



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

Portrait global de la santé mentale des  
enfants en milieu scolaire au Québec,  
principalement au primaire

**Centre de Transfert pour la Réussite  
Éducative du Québec**

Collection



[www.accessavoirs.ulaval.ca](http://www.accessavoirs.ulaval.ca)

## **RÉSUMÉ**

Le mandat réalisé dans le présent document a pour but de dresser un portrait global de la santé mentale des enfants en milieu scolaire au Québec, principalement au primaire. Pour ce faire, les principaux troubles psychopathologiques répertoriés à l'enfance et à l'adolescence présents dans le milieu scolaire sont détaillés et la médication ainsi que la prévalence liée à ces différents troubles sont abordées. De plus, certaines pratiques et stratégies recommandées aux enseignants ainsi que certaines ressources mises à leur disposition sont indiquées. Finalement, le rôle des enseignants dans l'accompagnement des parents est évoqué.

## **RÉALISÉ PAR**

Guylaine Roy et Maria Magdalena Gurau, étudiantes de 2<sup>ème</sup> cycle en Sciences de l'éducation

## **DANS LE CADRE DU COURS**

PSE-6009 - Intervention auprès des familles

## **SUPERVISÉ PAR**

Julie Lessard, professeure adjointe à la Faculté des sciences de l'éducation, Département des fondements et des pratiques en éducation

**AUTOMNE 2013**

**Cette œuvre est mise à disposition selon les termes  
de la *Licence Creative Commons Attribution 3.0 non transposé*.**

## Table des matières

Liste des tableaux.....	v
Liste des figures .....	vi
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I.....	2
1.1 LES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES RÉPERTORIÉS À L'ENFANCE ET À L'ADOLESCENCE.....	2
1.2 PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT .....	4
1.2.1 Prévalence globale des troubles de santé mentale .....	4
1.2.2 Prévalence des troubles au Canada .....	5
1.2.3 Diagnostics les plus fréquents au Québec .....	5
CHAPITRE II .....	6
2. 1 PRÉSENTATION DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES RÉPERTORIÉS À L'ENFANCE ET À L'ADOLESCENCE.....	6
2.1.1 Les troubles de la communication et des apprentissages.....	6
2.1.2 Les troubles envahissants du développement (TED).....	9
2.1.3 Le retard mental ou la déficience intellectuelle.....	13
2.1.4 Les troubles du comportement .....	16
2.1.5 Le trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention/hyperactivité.....	20
2.1.6 Les troubles anxieux .....	22
2.1.7 Les troubles de l'humeur.....	25
2.2 MÉDICATION DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT .....	27
2.2.1 Troubles de santé mentale et médication.....	27
2.2.2 Situation actuelle au Canada et au Québec.....	29
2.2.3 TDAH, prescription de routine ou traitement multimodal?.....	29
CHAPITRE III .....	30
3. TROUBLES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU SCOLAIRE .....	30
3.1 Portrait et prévalence de la santé mentale en milieu scolaire .....	30
3.1.1 Définition EHDAA (Élèves Handicapés ou en Difficulté d'Adaptation ou d'Apprentissage)...	30
3.1.2 Regroupement des diagnostics selon les codes de difficulté .....	31

3.1.3	Prévalence EHDAA en milieu scolaire .....	33
3.1.4	Distribution EHDAA en milieu scolaire selon les ordres d'enseignement et le sexe.....	33
3.1.5	Intégration EHDAA, faits saillants .....	34
3.2	Politiques et stratégies éducatives mises en place pour les élèves présentant des difficultés liées à un trouble de santé mentale.....	35
3.2.1	Éducation publique primaire et secondaire au Québec.....	35
3.2.1.1	L'école .....	35
3.2.1.2	La commission scolaire.....	36
3.2.1.3	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) .....	38
3.2.2	Orientations et encadrements (MELS) .....	38
3.2.2.1	Guides destinés au milieu scolaire .....	38
3.2.3	Plan d'intervention et services complémentaires .....	39
3.2.3.1	Plan (s) d'intervention.....	39
3.2.3.2	Les services éducatifs complémentaires.....	40
3.3	Programmes éducatifs selon le type de diagnostic .....	41
3.4	Pratiques d'intervention appliquées selon les besoins du milieu.....	43
3.4.1	Intégration EHDAA et stratégies d'intervention correspondantes.....	43
3.4.2	Organisation des services éducatifs.....	44
3.4.3	Retombées des services éducatifs et évaluation des interventions .....	45
3.5	Ressources disponibles pour les enseignants .....	46
3.5.1	Les différents partenaires et les rôles des professionnels .....	46
3.5.2	Entente de complémentarité des services MELS-MSSS .....	47
3.5.3	Guides de pratique et outils d'aide et de soutien aux enseignants .....	48
3.5.4	Associations des enseignants et organismes de transfert de connaissances.....	49
3.6	Rôle des enseignants dans l'accompagnement des parents.....	50
3.6.1	Comment les enseignants peuvent accompagner et/ou informer les parents.....	50
3.6.2	Offrir des conditions favorables pour atteindre des services complémentaires de qualité .....	51
3.6.3	Instruments pour développer la collaboration avec les parents .....	51
3.6.4	Établir de bonnes relations entre parents et enseignants .....	52
	CONCLUSION.....	53
	RÉFÉRENCES .....	58
	TABLEAUX ET FIGURES.....	64

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Les traitements médicamenteux des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent .....	64
Tableau 2 : Regroupement des diagnostics selon les codes de difficulté .....	65
Tableau 3 : Répartition des élèves HDAA au préscolaire et au primaire .....	66
Tableau 4 : Programmes éducatifs selon le type de diagnostic .....	67

## Liste des figures

Figure 1 : Organisation des services éducatifs pour les élèves HDAA, selon leurs besoins .....	68
------------------------------------------------------------------------------------------------	----

## INTRODUCTION

Le présent document a été conçu en réponse à un mandat particulier, du Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec (CTREQ), reçu par l'intermédiaire du service de médiation Accès savoirs. Ce dernier consiste à dresser un « Portrait global de la santé mentale des enfants en milieu scolaire au Québec, principalement au primaire ».

Dans la première partie du travail, nous indiquerons les troubles psychopathologiques répertoriés durant l'enfance et l'adolescence. Par la suite, nous traiterons de la prévalence des troubles mentaux au niveau mondial, canadien et québécois. Finalement, nous spécifierons les diagnostics les plus fréquents au Québec.

Dans la seconde partie, nous présenterons les sept troubles les plus fréquents. La présentation de chacun de ces troubles se fera sous forme de fiche indiquant la description et la nature du trouble, les formes principales d'expression, l'étiologie, les troubles associés, la prévalence et l'épidémiologie, la prévalence en milieu scolaire, les trajectoires développementales et pronostics, la médication et autres formes de traitement, les manifestations généralement observées sur le plan scolaire et des stratégies recommandées aux enseignants. Par la suite, nous mentionnerons les médicaments qui sont les plus prescrits pour traiter les différents troubles, ainsi que le pourcentage d'enfants et d'adolescents qui en font usage au Canada et au Québec. Finalement, nous traiterons plus spécifiquement de la médication liée au trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).

Dans la troisième partie, nous aborderons les troubles de la santé mentale en milieu scolaire. Les élèves qui présentent ces troubles sont considérés comme ayant des besoins particuliers et ils sont identifiés comme des « élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage » (EHDAA). C'est donc à partir de cette identification que nous dresserons un portrait et la prévalence de la santé mentale en milieu scolaire. Nous vous présenterons les politiques et stratégies éducatives mises en place pour les élèves présentant des difficultés liées à un trouble de santé mentale, certains programmes éducatifs selon le type de diagnostic, certaines pratiques

d'intervention appliquées selon les besoins du milieu, les ressources disponibles pour les enseignants et finalement le rôle des enseignants dans l'accompagnement des parents.

## CHAPITRE I

### 1.1 LES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES RÉPERTORIÉS À L'ENFANCE ET À L'ADOLESCENCE

Les informations suivantes sont tirées de l'ouvrage *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, de Jean E. Dumas (2007).

Le domaine de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent est en plein essor. De 1999 à 2006, on a constaté une très forte augmentation des publications scientifiques sur le sujet dans les deux banques de données les plus souvent utilisées par les chercheurs et les cliniciens, soient MEDLINE et PsycINFO. Malgré tout, il demeure toujours difficile de répondre clairement à certaines questions liées aux symptômes et autres caractéristiques spécifiques, à la comorbidité, à l'épidémiologie, aux trajectoires développementales et à l'étiologie.

Il est complexe d'établir les frontières entre le normal et le pathologique chez un enfant, mais généralement, pour qu'un comportement soit considéré comme étant pathologique, un ou plusieurs des critères suivants doivent être observés : excès ou insuffisance; enfreinte aux normes; retard ou décalage développemental; entrave au fonctionnement adaptatif. Souvent, les situations ne sont ni évidentes, ni catégoriquement pathologiques. Par exemple, chez certains enfants, des crises de colère pourraient être vues comme une façon d'acquérir l'indépendance alors que pour d'autres, elles représenteraient des comportements excessifs.

Les systèmes qui sont généralement utilisés pour classer et diagnostiquer les troubles psychopathologiques sont : la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles de comportement* de l'Organisation mondiale de la Santé, la CIM-10 (OMS, 1992) et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association, le DSM IV (APA, 2000). Ce dernier définit le trouble mental comme « un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, qui survient chez un individu et qui est associé à une détresse concomitante ou à un handicap ou à un risque significativement élevé



de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. Quelle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. Ni un comportement déviant, ni des conflits existants essentiellement entre l'individu et la société ne sont des troubles mentaux, sauf si la déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement propre à l'individu ».

L'approche préconisée par le DSM est une approche multiaxiale qui permet de décrire non seulement les difficultés particulières de santé mentale d'un enfant ou d'un adolescent, mais aussi le contexte dans lequel elles se manifestent. De plus, le DSM-IV prône le modèle biopsychosocial qui tient compte des différents contextes de développement dans lesquels chaque personne évolue.

Nous soulignons que les documents que nous avons consultés réfèrent tous au DSM-IV, DSM-IV-TR et/ou au CIM-10. Par contre, nous devons mentionner qu'en mai 2013 la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux a été publiée (DSM-5). Globalement, la plus grande modification apportée dans le DSM-5 est « le passage d'une organisation du manuel en fonction d'un système multiaxial (axes 1, 2, 3, 4) à une présentation centrée sur des catégories de troubles. Entre autres, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme (regroupe toutes les catégories répertoriées auparavant dans le DSM-IV-TR sous la rubrique de troubles envahissants du développement), tous les retards globaux du développement se retrouvent maintenant dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux » (CNRIS, 2013).

Les principaux troubles répertoriés pour les enfants et les adolescents sont les troubles de la communication et des apprentissages, les troubles envahissants du développement, le retard mental ou la déficience intellectuelle, les troubles du comportement, le trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention/hyperactivité, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires, les tics, la schizophrénie et les troubles du contrôle sphinctérien.

## 1.2 PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

### 1.2.1 Prévalence globale des troubles de santé mentale

Les données de prévalence présentées dans la partie suivante portent sur des intervalles d'âges différents. Dans la plupart des sources mentionnées, les données statistiques sont disponibles pour l'ensemble de la population des enfants et des adolescents, sans distinction.

#### Prévalence mondiale des troubles mentaux (0-19 ans)

Dans plusieurs contextes nationaux et culturels, le taux global de prévalence des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent est d'environ 20 %, selon les données fournies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2005). Les études prises en considération par l'OMS adoptent une définition large de la santé mentale des enfants et des adolescents, de la naissance jusqu'à 19 ans. Les données de prévalence pour le continent nord-américain se situent autour de la moyenne : Canada (Ontario) 18,1 % pour l'intervalle d'âge 4-16 ans et États-Unis 21,0 % pour les 9-17 ans.

#### Prévalence globale des troubles mentaux au Canada (9-19 ans)

Selon une étude fournie par la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC, 2013), plus de 6,7 millions de personnes au Canada étaient atteintes d'une maladie mentale en 2011. Autrement dit, une personne sur cinq est aux prises avec une maladie mentale. De ce total, 1,04 million d'entre elles sont des enfants et des adolescents âgés de 9 à 19 ans. Ils représentent 23,4 % de la population de cette tranche d'âge, soit près d'un jeune sur quatre. Il est important de mentionner que le risque d'apparition d'une maladie mentale à l'âge adulte est beaucoup plus élevé chez ces enfants et ces adolescents.

## Prévalence globale au Québec (5 - 10 ans)

Pour le Québec, les données sur la prévalence proviennent d'une étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ÉLDEQ, 2010) couvrant la période de 1998 à 2010. Dans cette étude, pour identifier les problèmes de santé mentale diagnostiqués par un professionnel de la santé (qui incluent ici les troubles d'adaptation et les troubles d'apprentissage), la question a été adressée directement à la mère. Dès que la mère déclare que l'enfant a eu un diagnostic relié à la santé mentale, l'enfant est considéré comme ayant eu, à l'âge de 10 ans, au moins un diagnostic de troubles de santé mentale. Ainsi, entre 5 et 10 ans, près de 19 % des enfants ont reçu au moins un diagnostic de trouble d'adaptation ou d'apprentissage.

### 1.2.2 Prévalence des troubles au Canada

Selon les données publiées en 2013 par la CSMC, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont les maladies mentales les plus courantes au Canada. Près de 4 millions de personnes en étaient atteintes en 2011, soit de 11,75 % de la population. En outre, 12 % des jeunes âgés de 9 à 19 ans en étaient atteints en 2011. La prévalence des troubles de l'humeur et troubles anxieux est de 12,1 % pour cette catégorie d'âge, tandis que le taux au sein de la population globale est de 11,7 %. À la deuxième place, nous retrouvons la toxicomanie (consommation de substances psychoactives) avec un taux de prévalence d'environ 7 % et le TDAH pour lequel le taux indiqué se situe autour de 4 % pour les enfants et les adolescents.

### 1.2.3 Diagnostics les plus fréquents au Québec

Selon l'étude mentionnée précédemment (ÉLDEQ, 2010), entre 5 et 10 ans, 11 % des enfants ont eu un seul diagnostic de problème de santé mentale et 8 %, deux ou plus. Les trois diagnostics les plus fréquents chez les enfants sont : le déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (12 %), le trouble d'apprentissage (10 %) et le trouble émotif ou nerveux (taux non spécifié).

## CHAPITRE II

### 2. 1 PRÉSENTATION DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES RÉPERTORIÉS À L'ENFANCE ET À L'ADOLESCENCE

Bien qu'il y ait d'autres troubles pouvant être présents chez l'enfant et l'adolescent (les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires, les tics, la schizophrénie et les troubles du contrôle sphinctérien), les sept troubles les plus fréquents seront présentés en détail. L'information contenue dans les fiches, présentée dans ce chapitre, provient des ouvrages suivants : Child and Youth Mental Health Information Network (CYMHIN; 2009); Dumas, J. E. (2007); Fédération des syndicats de l'enseignement (CSQ; 2013); Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D. & Tousignant, M. (1999); Healy, H. (2009); Institut universitaire de Santé Mentale de Québec (2012); MELS (2007); et Tétreault et coll. (2010).

#### 2.1.1 Les troubles de la communication et des apprentissages

<b>Description et nature du trouble</b>			
Les troubles de langage se présentent sous de multiples formes, se rattachent à de nombreuses pathologies et sous-tendent des problèmes dont l'origine se trouve dans des dysfonctionnements neurologiques, dans des perturbations intellectuelles, facteurs socioculturels, etc.			
Les troubles d'apprentissages, quant à eux, portent sur les difficultés qui se manifestent essentiellement dans deux matières scolaires : la langue et les mathématiques. Les jeunes ne présentent pas de déficience au niveau intellectuel, physique ou sensoriel, pourtant ils éprouvent des difficultés dans les apprentissages scolaires.			
- Dyslexie (trouble de lecture) - Dysgraphie (trouble de l'expression écrite) - Dyscalculie (trouble de calcul)		- Les troubles de langage réceptif - Les troubles de langage expressif	
<b>Formes principales d'expressions liées à ces troubles</b>			
<b>Plan comportemental</b>	<b>Plan cognitif</b>	<b>Plan affectif</b>	<b>Plan sensori-moteur</b>
- Retrait/Agitation possible	- Difficulté de compréhension	- Anxiété	
	- Problèmes d'attention/concentration	- Détresse	
	- Perturbations dans la communication	- Irritabilité	

<b>Étiologie</b>
<p>Compte tenu la grande diversité des troubles de langage, nous retrouvons également une multiplicité des étiologies. Les facteurs génétiques, neurophysiologiques, socioculturels doivent être pris en considération pour expliquer l'origine des troubles de communication.</p> <p>Pour les troubles d'apprentissages, il y a plusieurs hypothèses étiologiques : une possible atteinte cérébrale, l'hérédité, le retard de maturation, la déficience de fonctionnement cérébral, etc.</p>
<b>Troubles associés</b>
<p>Les troubles de la communication et des apprentissages peuvent accompagner d'autres troubles de santé mentale : déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement (TED), schizophrénie, etc. Cette concomitance va nuancer les troubles de communication selon les caractéristiques du trouble qu'ils accompagneront.</p>
<b>Prévalence et épidémiologie</b>
<p>La plupart des études rapportent les troubles des apprentissages sans distinction. Les taux rapportés varient considérablement en fonction des échantillons étudiés et des critères diagnostiqués et il faut donc les considérer avec prudence. À titre d'exemple, se basant sur le fait que le trouble de la lecture pourrait atteindre jusqu'à 20 % des enfants d'âge scolaire aux États-Unis et que le trouble est souvent associé à celui de l'expression écrite, Lyon et al. (2003, cités dans Dumas, 2007) estiment que ce dernier trouble atteint au moins 10 % des enfants de cet âge dans ce pays.</p> <p>Une étude en provenance de la Grande-Bretagne rapporte des taux nettement inférieurs soit 3,9 % pour le trouble de la lecture, 1,3 % pour le trouble du calcul et 2,3 % à la fois pour un trouble du calcul et de la lecture (Lewis, Hitch &amp; Walker, 1994, cités dans Dumas, 2007).</p>
<b>Prévalence en milieu scolaire</b>
<p>Selon les données sur les élèves handicapés ou en difficulté (EHDAA) au préscolaire et au primaire, pour la province de Québec (2007-2008), les élèves ayant une déficience langagière représentent un quart de la population totale des EHDAA (4 131 sur un total de 15 599).</p> <p>Pour les autres troubles de la communication et des apprentissages, les données de prévalence ne sont pas spécifiées.</p>
<b>Trajectoires développementales et pronostics</b>
<p>Les troubles des apprentissages s'accompagnent fréquemment de problèmes de langage et de communication. Si les difficultés d'apprentissage entraînent de façon régulière un échec scolaire et une évaluation négative de l'entourage, cela peut avoir des impacts psychologiques néfastes, tels qu'une faible estime de soi, qui peuvent dans certains cas persister sous différentes formes jusqu'à l'âge adulte.</p>

### **Médication et autres formes de traitements**

Il n'y a pas de traitements médicamenteux spécifiques pour cette catégorie de troubles. Les approches d'intervention dans les troubles de langage s'intéressent soit à l'amélioration de l'appareil locutoire réceptif et expressif, soit sur les apprentissages du langage des signes et sur le développement des prérequis à la communication verbale.

Pour les troubles d'apprentissage, les interventions suivent des approches psychothérapeutiques, langagières ou celles centrées sur les forces cognitives de la personne.

### **Manifestations généralement observées sur le plan scolaire**

Les caractéristiques des manifestations en milieu scolaire par rapport aux apprentissages et à l'adaptation sont influencées par les particularités des troubles associés.

Du point de vue des apprentissages :

- Tendance à ne retenir que la dernière consigne donnée.
- Difficultés marquées en ce qui a trait à l'expression et à la compréhension de phrases, tant à l'oral qu'à l'écrit.
- Vocabulaire limité.
- Difficultés marquées à acquérir de nouveaux concepts.

Du point de vue du fonctionnement à l'école :

- Difficultés sur les plans comportemental et relationnel, en réaction au fait de ne pas être compris ou de ne pas comprendre.
- Difficultés sur le plan de l'organisation spatiale et temporelle.
- Difficultés à tenir compte des informations verbales dans différentes situations.

### **Quelques stratégies recommandées aux enseignants**

- Un enseignement explicite pour leur faire apprendre des stratégies cognitives afin de faciliter l'acquisition, l'emmagasinage ou l'utilisation de l'information (par exemple : mémoriser, établir des liens, faire des catégories), des stratégies métacognitives qui concernent la capacité pour un élève de gérer, d'ajuster ou de réguler des actions cognitives dans un apprentissage et des stratégies compensatoires.
- Fournir plus de temps pour passer les examens, du soutien informatique, des outils technologiques d'aide à l'écriture incluant les outils d'aide à la correction.
- Recourir à des outils technologiques d'aide à l'écriture, incluant les outils d'aide à la correction pour la passation des épreuves ministérielles.
- Rééduquer en fonction des difficultés rencontrées au regard des processus en lecture, en écriture et en mathématiques.
- Travailler spécifiquement sur la motivation scolaire (ils peuvent apprendre s'ils utilisent les bonnes stratégies).

Il est à noter que chaque élève a un profil particulier de difficultés. Il faut donc faire une évaluation multidisciplinaire pour chaque enfant présentant un trouble de la communication et

des apprentissages pour savoir sur quels processus travailler en lecture et en écriture (orthopédagogue) et connaître ses autres difficultés (orthophoniste ou psychologue) pour mettre en place les interventions appropriées.

### 2.1.2 Les troubles envahissants du développement (TED)

<b>Description et nature du trouble</b>			
<p>Les troubles du développement apparaissent au cours des premières années de la vie de l'enfant, provoquent une altération envahissante du développement du jeune enfant et ont pour conséquences des déficits et des anomalies qualitatives dans le fonctionnement intellectuel, sensoriel, moteur ou langagier. Ces déficits constituent des écarts par rapport au stade de développement ou à l'âge mental de l'enfant et sont parfois associés à des troubles de la communication et de l'adaptation sociale. Selon les critères diagnostiques, cinq troubles envahissants de développement sont recensés dans le DSM-IV.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le trouble autistique</li> <li>- Le trouble désintégratif de l'enfance</li> <li>- Le trouble envahissant de développement non spécifié</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le syndrome d'Asperger</li> <li>- Le syndrome de Reth</li> </ul>	
<b>Formes principales de manifestation des troubles envahissants du développement</b>			
<b>Plan comportemental</b>	<b>Plan cognitif</b>	<b>Plan affectif</b>	<b>Plan sensori-moteur</b>
- Intolérance et réactions fortes aux changements et situations nouvelles	- Difficultés d'apprentissage dans les classes régulières	- Indifférence aux contacts des autres	- Hypersensibilité ou hyposensibilité des sens (ouïe, toucher, vue, goût, odorat)
- Routines et rituels non fonctionnels	- Problèmes d'attention/concentration	- Réactions excessives	- Insensibilité aux souffrances physiques
- Communique par geste plutôt que par la parole	- Difficultés à comprendre les idées abstraites	- Difficultés à contrôler ses émotions	- Évitement des contacts physiques
- Gestes répétitifs et ritualisés	- Anomalies dans la communication	- Angoisse, peur, confusion	
- Activités et intérêts inhabituels ou fortement restreints		- Absence d'empathie	

<p>- Agitation possible</p> <p>- Agressivité, automutilation possible</p>			
<b>Étiologie</b>			
<p>Parmi les hypothèses étiologiques concernant l'autisme, les plus importantes sont les aspects génétiques, les facteurs obstétricaux et post-nataux, les aspects neurologiques et biochimiques.</p> <p>La difficulté d'identifier les facteurs causaux réside dans en premier temps dans l'hétérogénéité du syndrome. Ensuite, le TED n'est pas clairement délimité du point de vue de l'expression clinique et de l'évolution.</p>			
<b>Troubles associés</b>			
<p>Chez les enfants, d'autres troubles sont associés fréquemment à un tableau d'autisme : le retard de développement, les troubles de sommeil, de l'alimentation. Des problèmes dans l'acquisition de la propreté et des problèmes moteurs peuvent être présents également. Les plus fréquentes sont les problèmes sensoriels et les troubles émotionnels.</p>			
<b>Prévalence et épidémiologie</b>			
<p><u>L'autisme</u> : les taux de prévalence varient selon les critères retenus et aussi en fonction de l'âge considéré. Plusieurs études provenant de différents pays indiquent un taux de 12 à 13 personnes sur 10 000 (Fombonne, 2001, 2005; Lauritsen, Pedersen et Mortensen, 2004). La fréquence de l'autisme est plus grande chez les garçons que chez les filles. Selon le DSM-IV, les chiffres moyens sont de 4 à 5 garçons pour 1 fille. Par contre, chez les filles, nous retrouvons un tableau clinique plus lourd, le trouble autistique étant plus souvent associé à des retards mentaux graves et à des troubles neurologiques.</p> <p><u>Le syndrome d'Asperger</u> : il est plus rare que l'autisme. En moyenne 2,5 enfants sur 10 000 sont atteints selon les études épidémiologiques recensées par Fombonne (2001, 2005).</p> <p><u>Le syndrome de Rett</u> : il est rare. Il touche environ une personne sur 10 000. Ce chiffre est approximatif, car il est moins connu que l'autisme et le syndrome d'Asperger et les critères diagnostiques sont largement répandus depuis peu (Kerr et Witt Engerström, 2005). Les filles sont plus souvent atteintes mais certaines études de cas ont décrit la présence du trouble chez quelques garçons (par ex., Coleman, 1990; Philippart, 1990).</p> <p><u>Le trouble désintégratif de l'enfance</u> : il est très rare. Il atteint environ deux personnes sur 100 000, il commence vers 3 à 4 ans en moyenne et il est plus fréquent chez les garçons (sex-ratio de l'ordre de 4G : 1F) (Fombonne, 2005; Volkmar et al., 2005).</p> <p>Contrairement à la croyance qui associe l'autisme avec la déficience intellectuelle, seulement 25% des enfants atteints présentent un QI normal ou subnormal. Pour ceux qui ont un QI inférieur à 50, il s'agit d'une forme sévère d'autisme et ils représentent environ 50% de la population totale atteinte.</p>			



### **Prévalence en milieu scolaire**

Selon les données sur les élèves handicapés ou en difficulté (EHDAA) au préscolaire et au primaire, pour la province de Québec (2007-2008), les élèves ayant un TED représentent un quart de la population totale des EHDAA (3 759 sur un total de 15 599).

### **Trajectoires développementales et pronostics**

À l'âge adulte, seul un petit nombre de personnes ayant un trouble autistique sont capables de vivre d'une manière autonome et de travailler en milieu non protégé. La plupart d'entre elles restent dépendantes et continuent à avoir des difficultés de communication importantes. De plus, très souvent, elles présentent des comportements qui perturbent leurs relations sociales, comme des stéréotypes ou des intérêts très particuliers.

Dans de nombreux cas des enfants atteints du syndrome d'Asperger, l'ensemble de ces problèmes persiste sans grand changement jusqu'à l'âge adulte et continu à séparer les personnes atteintes du syndrome d'Asperger de leur entourage, bien que certaines d'entre elles soient capables de mener une vie relativement normale.

Le pronostic est grave pour la plupart des personnes atteintes du syndrome de Rett. Leurs difficultés persistent tout au long de leur vie.

Bien qu'il manque de données de suivi, il est certain que le pronostic est grave pour tous les enfants atteints du trouble désintégratif. Leurs difficultés multiples et leur dépendance persistent tout au long de leur vie.

### **Médication et autres formes de traitements**

L'utilisation des traitements médicamenteux pour les TED a comme but de contrôler les comportements qui nuisent à l'adaptation de l'enfant. Les neuroleptiques (ex. halopéridol) ont été utilisés de façon empirique pour leur effet sédatif, afin de réduire l'agressivité et l'agitation. Même pour les enfants chez lesquels une amélioration avait été observée, l'effet à long terme n'est pas maintenu et des troubles secondaires ont été enregistrés.

Les traitements alternatifs sont les thérapies cognitivo-comportementales (visant à développer les comportements positifs et à réduire les comportements inadaptés) et les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (considérées pendant plusieurs années comme le seul traitement valable).

### **Manifestations généralement observées sur le plan scolaire**

Malgré les difficultés d'apprentissage et d'adaptation chez les élèves ayant un TED, les statistiques portant sur les années 2007 et 2008 indiquent que ces derniers se retrouvent de façon quasi proportionnelle en classe ordinaire (1686) et en classe spécialisée (1642).

Les manifestations décrites antérieurement gagnent en intensité et en fréquence quand l'enfant se retrouve en classe et qu'il doit répondre aux exigences du milieu.

#### Du point de vue des apprentissages :

- Difficultés à généraliser, difficulté de réaliser des apprentissages dans un nouveau contexte.
- Difficultés à planifier et à s'organiser dans le temps, l'espace ou par rapport à la tâche.
- Difficultés à comprendre les consignes et à les mettre en pratique.
- Possibles difficultés sur le plan de la communication et du langage.

#### Du point de vue du fonctionnement à l'école :

- Difficultés sur le plan social : interactions plutôt restreintes, difficiles à saisir et rarement le résultat de son initiative; habiletés sociales peu développées et risque de présenter des comportements sociaux inappropriés.
- Difficultés sur le plan affectif : grande difficulté à exprimer ses émotions, à faire comprendre une demande, à exprimer un besoin ou à faire un choix.
- Difficultés sur le plan sensoriel en raison de son hyper/ hyposensibilité.
- Ils manifestent beaucoup d'anxiété s'ils ne sont pas structurés.
- Ils démontrent de la rigidité dans leurs apprentissages.

#### **Quelques stratégies recommandées aux enseignants**

- Structurer l'espace de façon permanente (définir les espaces de travail et de jeux et les aider à s'orienter dans le temps).
- Structurer l'horaire dans le temps (donner par écrit ou par pictogramme l'horaire de la journée).
- Assigner un endroit pour s'asseoir à la même place et pas au centre du groupe, car trop de stimuli.
- Séquencer leur quotidien (installer les notions en ordre et en séquences).
- Utiliser des pictogrammes (réduire le verbal autant que possible).
- Donner du temps pour qu'ils puissent traiter l'information et toujours vérifier leur compréhension (ils n'ont pas le réflexe de signaler ce qu'ils n'ont pas compris).
- Donner une consigne à la fois (leur parler lentement).
- Permettre des périodes régulières où ils peuvent s'occuper seuls (cela les aide à baisser leur anxiété).
- Permettre un environnement calme (peu de bruit durant le travail).
- Identifier un répertoire de comportements adaptés rendant leur participation fonctionnelle (leur faire apprendre de manière explicite).
- Fournir toutes les informations possibles sur ce qu'on attend de leur part (les élèves ayant un TED ne le trouveront pas seuls).
- Utiliser un horaire de sept jours, car le lien avec la maison est très important.
- Utiliser des moyens visuels qui s'avèrent une des approches les plus efficaces de l'enseignement (aide à apprendre, à communiquer et à développer la maîtrise d'eux-mêmes).
- Permettre un tutorat (une approche d'enseignement par les pairs), car il leur est très motivant de recevoir l'attention d'un pair.
- Demander une tâche signifiante (ne pas compter des blocs pour compter des blocs).
- Offrir des renforcements éloquentes pour les amener à être autonomes.

### 2.1.3 Le retard mental ou la déficience intellectuelle

<b>Description et nature du trouble</b>			
<p>Le retard mental est aussi nommé déficience intellectuelle. Il se caractérise par la présence de trois critères : 1) le trouble commence avant 18 ans, mais généralement durant la petite enfance ou l'enfance; 2) un fonctionnement intellectuel très inférieur à la moyenne; et 3) ce fonctionnement entraîne une limitation de l'adaptation dans plusieurs domaines.</p> <p>Quatre degrés de sévérité de retard mental sont habituellement différenciés à partir des capacités intellectuelles de l'enfant et de ses difficultés d'adaptation : léger, moyen, grave et profond. Ces difficultés se traduisent de façon plus ou moins marquée selon le degré de sévérité du retard au niveau du comportement social, du langage, de l'autonomie personnelle et de la motricité.</p>			
<b>Formes principales d'expressions liées à ce trouble</b>			
<b>Plan comportemental</b>	<b>Plan cognitif</b>	<b>Plan affectif</b>	<b>Plan sensori-moteur</b>
- Activités et intérêts restreints	- Difficultés d'apprentissage	- Impatience	- Recherche ou évitement des contacts physiques
- Gestes répétitifs et rituels	- Déficit de l'attention	- Manque de réactions ou réactions excessives	- Hypersensibilité ou hyposensibilité des sens
- Intolérance au changement	- Déficit de la concentration		
- Agitation possible - Agressivité, automutilation possible			
<b>Étiologie</b>			
Des facteurs biologiques conduisent environ aux deux tiers des cas de retard mental.			
<b>Troubles associés</b>			
Les enfants et les adolescents présentent plusieurs affections médicales et somatiques qui varient selon l'âge et dépendent avant tout du degré de sévérité et de l'étiologie du retard.			
<b>Prévalence et épidémiologie</b>			
Le retard mental peut affecter 1 à 2 % de la population et les garçons en sont plus atteints que les filles.			

<b>Prévalence en milieu scolaire</b>
<p>Selon les données sur les élèves handicapés ou en difficulté (EHDAA) au préscolaire et au primaire, pour la province de Québec (2007-2008), 1 049 présentent une déficience intellectuelle moyenne à sévère (code 24) sur un total de 15 599.</p> <p>Pour ce qui est de la déficience intellectuelle profonde (code 23), les élèves sont moins nombreux, soit 238 pour le total de 15 599.</p>
<b>Trajectoires développementales et pronostics</b>
<p>Le trouble mental est chronique et habituellement l'ensemble du fonctionnement est affecté tout au long de la vie.</p>
<b>Médication et autres formes de traitements</b>
<p>Comme dans le cas des troubles autistiques, l'utilisation des traitements médicamenteux se fait dans le but de contrôler les comportements qui nuisent à l'adaptation de l'enfant. Les neuroleptiques ont été utilisés à cet effet afin de réduire l'agressivité et l'agitation.</p> <p>Les interventions non pharmacologiques suivent deux perspectives : l'intervention sur l'efficacité intellectuelle (entraînement cognitif) et l'intervention pour augmenter l'autonomie et assurer l'intégration de la personne dans la communauté (développement des habiletés particulières).</p>
<b>Manifestations généralement observées sur le plan scolaire</b>
<p><b>Déficience intellectuelle moyenne à sévère :</b></p> <p><u>Du point de vue des apprentissages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés à traiter des données nombreuses et complexes.</li> <li>• Difficultés dans le repérage et la sélection des informations pertinentes.</li> <li>• Difficultés à utiliser un apprentissage dans un nouveau contexte, capacités de généralisation et de transfert limitées.</li> <li>• Difficultés sur le plan de la communication et du langage : difficultés d'élocution, vocabulaire limité et utilisation fréquente de phrases télégraphiques.</li> </ul> <p><u>Du point de vue du fonctionnement à l'école :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés sur les plans moteur et sensoriel : en ce qui a trait à la motricité globale, à la motricité fine, à la coordination visuo-motrice, à l'équilibre, à la posture et au schéma corporel.</li> </ul> <p><b>Déficience intellectuelle profonde:</b></p> <p><u>Du point de vue des apprentissages :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprentissages limités réalisés principalement par la manipulation, l'exploration, l'expérimentation et l'association.</li> </ul>

- Difficultés liées à la parole, souvent non acquise.

Du point de vue du fonctionnement à l'école :

- Difficultés sur le plan affectif : grande difficulté à exprimer ses émotions, à faire comprendre une demande, à exprimer un besoin ou à faire un choix.
- Difficultés sur le plan social : interactions plutôt restreintes, difficiles à saisir et rarement le résultat de son initiative; habiletés sociales peu développées et risque de présenter des comportements sociaux inappropriés.
- Difficultés sur les plans moteur et physique : possibilité d'hypotonie, d'hypertonie ou de spasticité; mouvements involontaires; manque de dextérité manuelle; faible capacité de coordination rendant ardue l'exécution des gestes fonctionnels les plus élémentaires; souvent, état de santé précaire.

**Quelques stratégies recommandées aux enseignants**

Pour les élèves présentant une déficience intellectuelle légère :

- Présenter des modèles; voir comment les choses peuvent être exécutées (ils apprennent par modélisation).
- Favoriser la modélisation pour comprendre comment s'approprier des habiletés sociales adéquates, pour le travail d'équipe par exemple.
- Favoriser un modelage et une pratique guidée avant une pratique autonome.
- Favoriser un accompagnement (médiation verbale, questionnement métacognitif) pour établir des liens entre les différentes connaissances et faire des catégories.
- Favoriser des stratégies d'apprentissage pour acquérir des connaissances et des concepts, développer des habiletés, des attitudes et des compétences.
- Offrir un enseignement explicite des stratégies est important, et ce, tant pour les apprentissages scolaires que sociaux (en raison du fait que les élèves ont peu de stratégies).
- Utiliser du matériel concret pour soutenir la construction de sens, pour aider à la compréhension, pour faire des liens et pour favoriser l'appropriation de nouveaux concepts.
- Offrir des occasions fréquentes de pratique, d'entraînement pour automatiser leurs apprentissages.
- Donner une aide pour la construction de sens et la compréhension (recourir constamment à un mode de raisonnement concret).

Pour les élèves présentant une déficience intellectuelle moyenne à sévère :

- Fournir une assistance pour faciliter l'organisation dans des activités nouvelles.
- Offrir une éducation à l'autonomie de base.
- Offrir un soutien dans les apprentissages.
- Utiliser du matériel adapté pour soutenir les apprentissages.
- Permettre une manipulation de matériel concret pour aider à la formation des concepts.
- Offrir un encadrement selon leurs difficultés.
- Établir des objectifs très clairs pour favoriser leur apprentissage.

## 2.1.4 Les troubles du comportement

<b>Description et nature du trouble</b>			
<p>Les comportements perturbateurs et antisociaux répétitifs caractérisent les troubles de conduite et demandent une quantité disproportionnée de temps et de ressources en milieu scolaire et dans d'autres contextes.</p> <p>Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est un type de problème de comportement où l'enfant est ouvertement hostile, récalcitrant et irritable. Il se met en colère contre les autres, et, souvent, il fait exprès de contrarier les autres.</p>			
- Les troubles de conduite (TC)		- Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP)	
<b>Formes principales de manifestation des troubles de comportement</b>			
<b>Plan comportemental</b>	<b>Plan cognitif</b>	<b>Plan affectif</b>	<b>Plan sensori-moteur</b>
- Humilier, intimider, menacer	- Faible autocritique	- Difficulté à tolérer l'entourage	- Agitation motrice
- Blasphémer, injurier	- Problèmes d'attention/concentration	- Réactions excessives	- Poings fermés
- Bousculer les objets ou les personnes	- Possible difficulté langagière	- Difficulté à contrôler ses émotions	- Yeux exorbités
- Frapper et briser les objets	- Anomalies dans la communication	- Irritabilité	
- Menacer de frapper ou frapper les personnes		- Perte de contrôle émotionnel	
- Parler fort, hausser le ton, crier		- Colère et rage	
<b>Étiologie</b>			
<p>Les causes des troubles de conduite sont inconnues, malgré l'existence de nombreuses observations. Plusieurs théories sont utilisées pour donner des pistes étiologiques : la théorie de la contrainte sociale, la théorie de l'attachement, la théorie de la sous-stimulation psychologique, celle des neurotransmetteurs centraux et la théorie des déficits neuropsychologiques.</p> <p>Pour le trouble d'opposition, plusieurs facteurs sont pris en considération : le sexe, le tempérament, les caractéristiques des parents et les facteurs génétiques, les facteurs familiaux, les</p>			

facteurs socio-économiques, etc. Les modèles explicatifs peuvent être univariés (tempérament de l'enfant ou discipline parentale) ou multivariés.
<b>Troubles associés</b>
Les enfants et les adolescents présentant un trouble de conduite manifestent habituellement d'autres troubles psychiatriques : des troubles d'internalisation (dépression, anxiété), TDAH, des difficultés d'apprentissage. Ce phénomène amène souvent des confusions dans la démarche de poser un diagnostic.
<b>Prévalence et épidémiologie</b>
<p>Le trouble oppositionnel avec provocation :</p> <p>Le DSM-IV mentionne que le taux de prévalence du trouble oppositionnel avec provocation varie de 2 à 16 % selon les échantillons étudiés et les méthodes d'évaluation utilisées (APA, 2000). Cette fourchette très large s'explique principalement par le fait que ses manifestations varient d'un contexte à un autre et que les critères diagnostiques ne sont pas toujours appliqués de la même manière dans chaque recherche.</p> <p>Selon une recherche de Grande-Bretagne (Maughan, Rowe, Messer, Goodman &amp; Meltzer, 2004, cités dans Dumas, 2007) basée sur un échantillon représentatif de plus de 10 000 jeunes âgés de 5 à 15 ans, le taux de prévalence est de 3,2 % chez les garçons et de 1,4 % chez les filles selon les critères du DSM-IV.</p> <p>Le trouble des conduites :</p> <p>Le DSM-IV rapporte aussi une fourchette très large du trouble des conduites de 1 à plus de 10 % (APA, 2000). Les résultats obtenus par Maughan et al. (2004, cités dans Dumas, 2007), rapportent un taux de prévalence de 2,1 % chez les garçons et 0,8 % chez les filles selon les critères du DSM-IV.</p>
<b>Prévalence en milieu scolaire</b>
Selon les données sur les élèves handicapés ou en difficulté (EHDAA) au préscolaire et au primaire, pour la province de Québec (2007-2008), les élèves diagnostiqués avec un trouble de comportement totalisent 1 073 (les codes de difficulté 13 et 14) sur un total de 15 599.
<b>Trajectoires développementales et pronostics</b>
Pour ces troubles, il n'y a pas une trajectoire développementale unique en raison de leurs ramifications complexes et changeantes tout au long du développement et de la comorbidité élevée qui les caractérise.
<b>Médication et autres formes de traitements</b>
Le traitement des troubles du comportement comporte d'importantes difficultés. Jusqu'à présent, aucun traitement utilisé n'a modifié de façon significative l'évolution des enfants à long terme. De plus, les enfants présentant ce trouble manquent de motivation pour suivre le traitement et

adoptent des attitudes manipulatrices à ce sujet.

Les médicaments stimulants sont employés le plus souvent dans le traitement des troubles du comportement. Étant donné leurs effets secondaires et leur manque d'efficacité, les médicaments jouent un rôle limité dans le contrôle des comportements perturbateurs et antisociaux. Actuellement, le traitement le plus efficace est la thérapie cognitivo-comportementale orientée vers le contrôle de l'agressivité.

### **Manifestations généralement observées sur le plan scolaire**

Du point de vue des apprentissages :

- Leur vie scolaire ainsi que les relations avec leurs pairs souffrent grandement de leur attitude et leur comportement.
- Difficultés à se concentrer et capacité d'attention réduite.
- Difficultés d'apprentissage dues à leur capacité d'attention réduite.

Du point de vue du fonctionnement à l'école :

- Leur attitude rebelle cible souvent les personnes en position d'autorité, mais également, parfois, ses camarades de classe.
- Persistance des comportements inadéquats malgré l'application des conséquences prévues aux règles de conduite.
- Difficultés marquées dans leurs relations avec leurs pairs.
- Refus de se conformer aux normes.
- Absentéisme fréquent.

### **Quelques stratégies recommandées aux enseignants**

Pour les élèves présentant un trouble du comportement : il s'agit des élèves qui ont un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés appréciables d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement scolaire, social ou familial.

- Établir une discipline subordonnée à des objectifs d'apprentissage scolaire.
- Donner des tâches qui les obligent à s'impliquer (éviter les tâches de type exercice ou des tâches ennuyantes pour eux).
- Offrir des activités d'apprentissage où ils travaillent en coopération (éviter les activités de compétition).
- Faire des interventions précises pour soutenir leur motivation scolaire (leur dire à quoi servent les notions apprises).
- Favoriser le renforcement dans leurs apprentissages et lors de comportements adéquats (éviter de mettre une échelle de 1 à 3 lors d'une évaluation du comportement, car ils sont perdants automatiquement (mettre une échelle de 1 à 10) pour leur laisser une chance d'apprendre les bons comportements).
- Offrir un encadrement lors des périodes d'enseignement (scinder une période en allouant des pauses pour permettre de faire des mouvements, attention aux périodes de flottement).
- Établir une routine en classe pour les rassurer.



- Fournir des consignes précises pour gérer les transitions.

Pour les élèves présentant un trouble grave du comportement : il s'agit d'élèves qui, suite à une évaluation multidisciplinaire, présentent des caractéristiques telles que plusieurs comportements négatifs, provocateurs ou antisociaux, peu de culpabilité envers leurs actes, peu de respect pour les règles établies, une humeur changeante, etc.

*Organiser la classe soigneusement :*

- Le choix de l'emplacement de leur bureau doit tenir compte des élèves assis à côté, des distractions physiques et de la place qu'ils auront pour bouger.
- La circulation en classe doit être facile (pas de matériel à enjamber, etc.).
- L'utilisation d'un espace pour répondre à leurs besoins (chaises pour réfléchir, etc.).
- Les bureaux peuvent être en rangées ou regroupés selon les besoins.

*Organiser l'horaire et les stratégies d'enseignement :*

- Des routines bien établies et des attentes claires.
- Des transitions annoncées à l'avance.
- Une planification de segments d'enseignement courts et fréquents assortis d'une variété de tâches.
- Une attention particulière portée à la moindre cause pouvant aggraver certains comportements négatifs (faim, fatigue, période d'immobilisation, etc.).
- Des activités très structurées.
- Une individualisation de certains objectifs avec une évaluation fréquente de leurs progrès.
- Une attention particulière à leur motivation scolaire, autant sur les types d'activités à leur offrir que sur la manière de les rendre compétents à accomplir les tâches proposées.

*Créer une classe accueillante :*

- Un climat sécuritaire, convivial et accueillant.
- Un ton de voix positif et des commentaires précis (éviter le sarcasme).
- Une écoute active de la part des enseignantes et enseignants.
- Une image positive d'eux-mêmes en réalisant des réussites, tant sur le plan pédagogique que sur le plan comportemental.

*Établir un plan disciplinaire de responsabilité dans la classe :*

- Des attentes communiquées clairement.
- Une participation de leur part à l'élaboration des règles de la classe.
- Des conséquences données en classe pour des comportements inappropriés mineurs.
- Des conséquences données à l'extérieur de la classe pour des comportements inappropriés majeurs (crier des injures, contester constamment ou comportements agressifs et dangereux).

### 2.1.5 Le trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention/hyperactivité

<b>Description et nature du trouble</b>			
<p>Les deux dimensions principales de ce trouble sont l'hyperactivité/l'impulsivité et l'inattention. L'enfant qui en est atteint a des comportements excessifs ou insuffisants par rapport à ceux de ses camarades : il est impulsif, hyperactif, bruyant, agité, inattentif, désorganisé ou il lui apparaît difficile de répondre aux attentes de son entourage.</p>			
<b>Formes principales d'expressions liées à ces troubles</b>			
<b>Plan comportemental</b>	<b>Plan cognitif</b>	<b>Plan affectif</b>	<b>Plan sensori-moteur</b>
- Ne suit pas les consignes	- Difficulté à soutenir son attention	- Impatience	- Bouge beaucoup, incapable de rester longtemps assis
- Passe d'une activité à l'autre	- Difficulté à prêter attention aux détails	- Trouve déplaisantes les tâches qui demandent beaucoup d'effort intellectuel	- Peut parler beaucoup
	- Facilement distrait par des événements mineurs	- Peut être bruyant pendant les activités calmes	
<b>Étiologie</b>			
<p>De nombreuses études font état d'une composante génétique qui probablement prédispose certains enfants à présenter des difficultés d'inhibition. Plusieurs résultats de recherche soutiennent l'hypothèse que l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité qui distinguent le trouble, indiquent un déficit de nature exécutive, causé par un dérangement du système d'activation et d'inhibition comportementale qui est nécessaire pour gérer harmonieusement le comportement.</p> <p>Il est difficile d'établir un lien entre les facteurs de risque familiaux et l'étiologie du trouble, car ces facteurs peuvent contribuer à l'apparition du trouble et à son évolution et peuvent aussi être influencés par le trouble. Les difficultés des enfants hyperactifs dérangent leur vie de famille et scolaire. La famille et l'école, de leur côté, peuvent contribuer au maintien des comportements dérangeants.</p>			
<b>Troubles associés</b>			
<p>Le déficit de l'attention/hyperactivité est souvent accompagné de symptômes d'opposition et d'agressivité, du trouble oppositionnel avec provocation ou du trouble des conduites. Souvent, ces difficultés comorbides favorisent le maintien ou l'aggravation des symptômes surtout chez les garçons.</p>			

<b>Prévalence et épidémiologie</b>
Il est estimé que 4 à 6,5 % d'enfants et d'adolescents dans les pays industrialisés sont touchés par ce trouble. Il touche davantage les garçons que les filles. Un contexte social et culturel qui donne une grande importance à la réussite scolaire peut favoriser sa manifestation. De plus, un style de vie agité peut favoriser l'agitation et le manque d'organisation.
<b>Prévalence en milieu scolaire</b>
En milieu scolaire, il n'y a pas de code de difficulté spécifique associé à ce trouble. Les enfants souffrant d'un TDAH diagnostiqué sont considérés comme des élèves en difficulté. Le TDAH se retrouve dans la même catégorie que les troubles de comportement, mais il n'a pas de code associé. Des données sur la prévalence ne sont pas disponibles.
<b>Trajectoires développementales et pronostics</b>
Le trouble est généralement diagnostiqué à l'enfance, lors des premières années de l'école primaire, quand l'enfant ne réussit pas à rencontrer les exigences comportementales et scolaires qui lui sont demandées. Habituellement, les symptômes les plus perturbateurs du trouble diminuent avec l'âge. Par contre, des difficultés d'adaptation demeurent souvent présentes jusqu'à l'âge adulte. À cet effet, Mannuzza, Gittelman Klein, Bessler, Malloy et LaPadula (1993, cité dans Dumas, 2007), rapportent que 90 % des sujets à l'étude qui avaient été ou étaient encore hyperactifs occupaient un emploi une fois adulte, mais que ces derniers avaient un statut professionnel et un niveau d'éducation moins élevés que les sujets contrôles de leur étude.
<b>Médication et autres formes de traitements</b>
Il y a un consensus dans la littérature concernant la nécessité de traitements combinés et adaptés selon l'âge des enfants. Le but des traitements n'est pas de guérir, mais de stabiliser et diminuer les symptômes, ainsi que de prévenir les problèmes associés.  Le traitement avec des psychostimulants est le plus utilisé pour le TDAH. Pourtant, 30 % des enfants ne le tolèrent pas ou ne répondent pas à ce traitement. Des solutions de remplacement ont été proposées et évaluées pour les antidépresseurs, les neuroleptiques et la clonidine.  Les autres formes de traitement utilisent les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales. Les autres traitements controversés comme la diète alimentaire, les thérapies d'intégration sensorielle ou l'utilisation de la caféine n'ont pas obtenu l'aval scientifique nécessaire.
<b>Manifestations généralement observées sur le plan scolaire</b>
Ils ont de la difficulté à : <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'occuper de leurs effets personnels et de leur matériel scolaire.</li> <li>• Rester assis et fixer leur attention sur la tâche qu'il faut accomplir.</li> <li>• S'organiser ou suivre des instructions, faire des devoirs et accomplir des tâches en classe.</li> <li>• Participer aux discussions en classe (attendre son tour, écouter les autres).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planifier et terminer les travaux écrits (à court et à long terme).</li> <li>• Faire face aux changements et aux transitions (passer d'une activité à l'autre, d'une année scolaire à l'autre, d'une école à l'autre).</li> </ul>
<b>Quelques stratégies recommandées aux enseignants</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Répéter les consignes fréquemment ; une consigne claire et courte et la répéter après cinq minutes (car ils n'ont pas ou peu la perception du temps).</li> <li>• Ne pas se limiter à un renforcement verbal, car à lui seul il est rarement efficace; il faut un système de points renforçant chaque petit pas.</li> <li>• Faire des interventions positives avant de donner la punition (la proportion idéale est de deux interventions positives avant une négative).</li> <li>• Évaluer quotidiennement les aspects positifs de leur comportement, car ils ont besoin de rétroactions fréquentes pour maintenir leur motivation.</li> <li>• Intervenir de façon constante.</li> <li>• Appliquer des conséquences associées au manquement des règles (éviter la discussion et la négociation, car peu de temps après, ils auront oublié le sujet de discussion. Il faut appliquer la conséquence annoncée).</li> <li>• Appliquer un système de gestion de comportement très structuré et des conséquences logiques bien établies (afficher les règles de vie, cinq au plus).</li> <li>• Planifier les transitions entre les périodes de cours.</li> </ul>

### 2.1.6 Les troubles anxieux

<b>Description et nature du trouble</b>			
<p>L'anxiété est une réaction universelle qui surgit en présence d'objets ou de situations jugées dangereuses ou menaçantes par la personne. Elle se manifeste par des sentiments de peurs et d'angoisse qui permettent habituellement à l'enfant et à l'adolescent de s'adapter. Par contre, si ces derniers deviennent excessifs, autant en fréquence qu'en durée, ils peuvent nuire à l'adaptation et au développement de l'enfant. Il en découle alors différents troubles qui se distinguent par la présence d'anxiété extrême et incessante.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'anxiété de séparation</li> <li>- La phobie sociale</li> <li>- Le trouble panique</li> <li>- L'anxiété généralisée</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La phobie spécifique</li> <li>- Le trouble obsessionnel-compulsif</li> <li>- L'état de stress post-traumatique</li> </ul>	
<b>Formes principales d'expressions de l'anxiété liée à ces troubles</b>			
<b>Plan comportemental</b>	<b>Plan cognitif</b>	<b>Plan affectif</b>	<b>Plan physiologique</b>
- Fuite ou évitement	- Ruminations	- Peur	- Changement du rythme respiratoire ou du rythme

			cardiaque
- Compulsions	- Interprétations erronées	- Angoisse	- Sueurs froides
	- Obsessions	- Panique	- Crampes d'estomac
		- Détresse	

### **Étiologie**

L'origine des troubles anxieux est difficile à définir, mais la plupart des chercheurs sont d'avis que leur apparition, leur maintien et leur évolution résultent de l'interaction de facteurs développementaux, familiaux et environnementaux. C'est en agissant de concert que certains facteurs de risque augmentent la possibilité de symptômes liés à l'anxiété. Il peut s'agir par exemple de vulnérabilité génétique comme la présence de troubles anxieux chez d'autres membres de la famille ou de relations familiales peu valorisantes.

### **Troubles associés**

Un enfant ou un adolescent ayant un trouble anxieux a souvent une ou plusieurs conditions psychopathologiques associées. Il peut s'agir d'un autre trouble anxieux, d'un trouble de l'humeur, de l'hyperactivité ou de troubles de comportement. De plus, même si habituellement les enfants et les adolescents anxieux ont de bonnes capacités intellectuelles, ils éprouvent souvent des problèmes d'adaptation et d'apprentissage.

### **Prévalence et épidémiologie**

L'ensemble de ces troubles peut atteindre plus de 10 % des enfants et des adolescents. En général, ce sont les filles qui en sont le plus souvent atteintes. Par contre, la phobie sociale et le trouble obsessionnel compulsif sont aussi présents et parfois plus chez les garçons que chez les filles. Les études actuelles ne permettent pas d'établir un lien formel entre la culture, la religion et les troubles anxieux.

### **Prévalence en milieu scolaire**

En milieu scolaire, il n'y a pas de code de difficulté spécifique associé à ce trouble. Les enfants souffrant d'un trouble anxieux diagnostiqué pourraient se retrouver parmi ceux qui présentent des troubles relevant de la psychopathologie (code 53). Des données sur la prévalence ne sont pas disponibles.

### **Trajectoires développementales et pronostics**

Généralement, à part l'état de stress post-traumatique et certaines phobies spécifiques, les troubles anxieux se développent graduellement et de façon non uniforme. Les comportements qui y sont associés peuvent à certaines périodes être très présents et à d'autres moments disparaître.

Avec l'âge, plusieurs enfants et adolescents présentent moins de difficultés. Par contre, pour

certains, à l'âge adulte, des problèmes d'adaptation personnelle et professionnelle peuvent persister.
<b>Médication et autres formes de traitements</b>
<p>Pour le traitement médicamenteux des troubles anxieux, les substances psychoactives utilisées sont les antidépresseurs et les anxiolytiques. Les antidépresseurs ont été développés avec l'intention de traiter la dépression, mais ils ont également prouvé être efficaces pour traiter les troubles anxieux, dans le but de réduire les symptômes de la dépression et de stabiliser l'humeur. Les anxiolytiques, faits spécialement dans le but de traiter l'anxiété, sont finalement peu recommandés pour plusieurs raisons, principalement en raison de plusieurs effets secondaires dont la plus grave est le développement d'une dépendance.</p> <p>La méthode de traitement alternatif la plus employée est la psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC). Dans les troubles anxieux, le but de cette thérapie est de faire comprendre à la personne la cause de sa maladie afin de l'aider à affronter son anxiété de façon logique.</p>
<b>Manifestations généralement observées sur le plan scolaire</b>
L'enfant ou l'adolescent est fréquemment nerveux ou craintif et il a de la difficulté à faire face aux défis qui surviennent ou à de nouvelles situations. Le sentiment d'inquiétude ou de malaise pourrait atteindre un point tel qu'il perturbe le quotidien du jeune à l'école.
<b>Quelques stratégies recommandées aux enseignants*</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir un lien de confiance.</li> <li>• Parler d'un ton calme et rassurant.</li> <li>• Faire une gestion de classe prévisible accompagnée d'une routine à suivre.</li> <li>• Favoriser un programme et un horaire prévisibles.</li> <li>• Donner des consignes claires et précises.</li> <li>• Offrir un temps supplémentaire pour exécuter le travail.</li> <li>• Fournir de l'aide pour leur permettre de verbaliser leurs inquiétudes.</li> <li>• Afficher les règles dans la classe et s'y référer.</li> <li>• Identifier clairement les étapes à exécuter pour un travail afin qu'ils puissent se représenter la démarche à suivre dans leur tête.</li> <li>• Permettre l'accès à un endroit calme pour faire les examens séparément des autres élèves.</li> <li>• Permettre d'écouter de la musique lorsqu'ils font un travail ou un examen.</li> <li>• Fournir de l'aide pour pratiquer des stratégies pour pouvoir s'adapter et se calmer (respiration de relaxation, un endroit pour se réfugier, compter jusqu'à 10, etc.).</li> <li>• Vérifier régulièrement les travaux accomplis en classe.</li> <li>• Montrer des stratégies de résolution de problèmes.</li> <li>• Indiquer les limites concernant le comportement à l'école (les fixer et les mettre en vigueur; à la longue, elles portent leurs fruits).</li> </ul>

\*Il s'agit de stratégies à appliquer sans distinction de la particularité du trouble pour les élèves présentant des troubles relevant de la psychopathologie.

### 2.1.7 Les troubles de l'humeur

<b>Description et nature du trouble</b>			
<p>Les trois troubles de l'humeur présents chez les enfants et les adolescents sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le trouble dépressif majeur</li> <li>- Le trouble dysthymique</li> <li>- Le trouble bipolaire</li> </ul> <p>Les troubles de l'humeur sont caractérisés par de forts sentiments de désespoir et de dépression, par un manque d'intérêt prononcé, par une baisse d'activité ou au contraire par une agitation maniaque.</p>			
<b>Formes principales d'expressions liées à ces troubles</b>			
<b>Plan comportemental</b>	<b>Plan cognitif</b>	<b>Plan affectif</b>	<b>Plan sensori-moteur</b>
- Retrait social	- Altération de la capacité de penser	- Tristesse, déprime	- Fatigue, diminution de l'énergie
- Perte d'autonomie	- Troubles de mémoire	- Irritabilité, colère	- Troubles de sommeil
- Altération du fonctionnement social	- Rumination	- Anxiété	- Plaintes somatiques
- Perturbation dans l'alimentation, l'hygiène, l'habillement		- Culpabilisation, dévalorisation	
- Idéation et possibles comportements suicidaires		- Manque de réactions ou réactions excessives	
		- Instabilité émotionnelle	
<b>Étiologie</b>			
<p>La plupart des chercheurs reconnaissent que les troubles de l'humeur ont comme origine plusieurs facteurs comme un trouble mental présent chez un parent, la pauvreté ou la maltraitance. La présence de divers facteurs de risque tôt dans l'enfance prédispose certains enfants et adolescents à manifester un désarroi affectif lors des événements stressants de la vie. Ce dernier peut devenir chronique pour certains.</p>			

<b>Troubles associés</b>
<p>Les troubles de l'humeur sont souvent associés à des événements stressants (deuil, maladie) ou à d'autres troubles psychopathologiques. La comorbidité est fréquente, car lorsqu'ils sont déprimés, les enfants et adolescents présentent souvent de multiples troubles tels qu'un trouble oppositionnel avec provocation, un trouble des conduites ou un TDAH.</p>
<b>Prévalence et épidémiologie</b>
<p>Il est estimé que 17 à 20 % des jeunes auront un ou plusieurs épisodes dépressifs avant la fin de l'adolescence.</p> <p>La prévalence des troubles dépressifs est de 1 % avant l'âge de 6 ans. Elle est d'environ 2 à 3 % chez les enfants de moins de 12 ans et 6 à 9 % chez les adolescents. De nombreuses études, citées dans Dumas (2007; p.ex., Kessler et Walters, 1998; McGee et al., 1990; Roza Hofstra, van der Ende et Verhulst, 2003), montrent que la prévalence de ces troubles augmente rapidement à l'approche de la puberté et qu'elle est en moyenne 3 à 4 fois plus élevée pendant l'adolescence que pendant l'enfance. Cette augmentation ne s'observe pas seulement dans le cas du trouble bipolaire, dont la présence demeure de l'ordre de 1 à 2 % jusqu'à l'âge adulte.</p>
<b>Prévalence en milieu scolaire</b>
<p>En milieu scolaire, il n'y a pas de code de difficulté spécifique associé aux troubles de l'humeur. Les enfants qui ont été diagnostiqués pourraient se retrouver parmi ceux qui présentent des troubles relevant de la psychopathologie (code 53). Des données sur la prévalence ne sont pas disponibles.</p>
<b>Trajectoires développementales et pronostics</b>
<p>Si les troubles de l'humeur perdurent, des difficultés d'adaptation sont souvent présentes et elles peuvent demeurer jusqu'à l'âge adulte telles qu'une consommation élevée de différents psychotropes et des difficultés d'emploi.</p>
<b>Médication et autres formes de traitements</b>
<p>Les traitements médicamenteux à base d'antidépresseurs (pour diminuer les symptômes de dépression) et d'anxiolytiques (pour faire baisser l'anxiété) n'ont pas prouvé leur efficacité chez l'enfant comme chez l'adulte. Les mécanismes exacts de leur action et les effets chimiques restent encore controversés.</p> <p>Les autres formes de traitement font appel aux différents types de thérapies (psychanalytique, interpersonnelle, cognitive, comportementale).</p>
<b>Manifestations généralement observées sur le plan scolaire</b>
<p>Un enfant ou un adolescent aux prises avec un trouble de l'humeur peut avoir en classe les comportements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son humeur change brusquement, ce qui a des conséquences sur ses relations avec les</li> </ul>



autres.

- Il semble distrait en classe et ne prête pas attention à ce qui se passe autour de lui.
- Il est constamment triste ou se met à pleurer à la moindre occasion.
- Il peut se montrer irritable et il manque d'intérêt à l'égard d'activités qui auparavant lui plaisaient.

### **Quelques stratégies recommandées aux enseignants\***

- Établir un lien de confiance.
- Parler d'un ton calme et rassurant.
- Faire une gestion de classe prévisible accompagnée d'une routine à suivre.
- Favoriser un programme et un horaire prévisibles.
- Donner des consignes claires et précises.
- Offrir un temps supplémentaire pour exécuter le travail.
- Fournir de l'aide pour leur permettre de verbaliser leurs inquiétudes.
- Afficher les règles dans la classe et s'y référer.
- Identifier clairement les étapes à exécuter pour un travail afin qu'ils puissent se représenter la démarche à suivre dans leur tête.
- Permettre l'accès à un endroit calme pour faire les examens séparément des autres élèves.
- Permettre d'écouter de la musique lorsqu'ils font un travail ou un examen.
- Fournir de l'aide pour pratiquer des stratégies pour pouvoir s'adapter et se calmer (respiration de relaxation, un endroit pour se réfugier, compter jusqu'à 10, etc.).
- Vérifier régulièrement les travaux accomplis en classe.
- Montrer des stratégies de résolution de problèmes.
- Indiquer les limites concernant le comportement à l'école (les fixer et les mettre en vigueur; à la longue, elles portent leurs fruits).

\*Il s'agit de stratégies à appliquer sans distinction de la particularité du trouble pour les élèves présentant des troubles relevant de la psychopathologie.

## **2.2 MÉDICATION DES TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'ENFANT ET L'ADOLESCENT**

### 2.2.1 Troubles de santé mentale et médication

La consommation croissante de médicaments psychotropes par les enfants et les adolescents, ainsi que l'élargissement du registre de leur utilisation suscitent des questionnements concernant les taux de prévalence, les caractéristiques des jeunes à qui l'on en prescrit, les nouvelles tendances en matière de pharmacoprescription et les facteurs qui y sont associés (Lafortune, Gagné & Blais, 2012).

Dans le contexte du traitement multimodal, le but de l'approche médicamenteuse est de réduire les symptômes afin de faciliter l'adhésion aux thérapies psychosociales. À l'heure actuelle, l'intervention pharmacologique comporte deux directions. L'approche syndromique, qui s'appuie sur l'ensemble des symptômes, est l'approche traditionnelle et est souvent plus pertinente dans la persistance des comportements dans le temps (le diagnostic principal). Par contre, dans la pratique clinique, l'approche symptomatique qui cible des symptômes spécifiques (peu importe le diagnostic principal) est parfois privilégiée parce qu'elle est plus simple à suivre, surtout si la demande d'intervention se fait en urgence (D'Ambrogio & Speranza, 2012). Les tendances récentes montrent que les prescriptions sont souvent motivées par les symptômes, plus que par leur ensemble, notamment par le diagnostic (Lafortune, Gagné & Blais, 2012).

Le premier motif de pharmacothérapie en Amérique du Nord est un diagnostic de comportement perturbateur (Lafortune & Collin, 2006). Ce diagnostic regroupe le TDAH sans distinction, le trouble oppositionnel et le trouble de conduite. Dans la population globale des enfants et des adolescents, les jeunes médicamentés comptent plus de garçons (70 %) que de filles.

Les types de médicaments prescrits le plus fréquemment sont les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques et les antidépresseurs. Les principaux médicaments utilisés dans le traitement des troubles de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent sont, selon le trouble (D'Ambrogio, 2012) : le TDA avec hyperactivité (psychostimulants), le trouble oppositionnel (psychostimulants et neuroleptiques), le trouble de conduite (normothymique et neuroleptiques).

À part les trois troubles mentionnés, le traitement médicamenteux est également utilisé pour les troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire) : antidépresseurs et régulateurs de l'humeur et pour la schizophrénie : neuroleptiques. Pour le trouble autistique et/ou retard mental, il n'y a pas de traitement spécifique, des neuroleptiques pourraient être utilisés si besoin.

Quant aux traitements médicamenteux non stimulants utilisés dans le TDAH, les études sur leur efficacité sur les comportements perturbateurs associés sont moins nombreuses. Ce type de médicaments pourrait s'avérer utile surtout en cas d'association avec une symptomatologie dépressive ou anxieuse (D'Ambrogio & Speranza, 2012).

Des informations supplémentaires sur les traitements médicamenteux des troubles de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent sont disponibles dans le Tableau 1 à la fin du document.

### 2.2.2 Situation actuelle au Canada et au Québec

Les taux de prescriptions pour les médicaments psychotropes dans leur ensemble varient chez les jeunes de 0,5 à 4 % selon les pays étudiés. Pour tous les types de médicaments, les taux de prévalence nord-américains dépassent ceux observés en Europe (Lafortune, Gagné & Blais, 2012).

Selon une étude réalisée en 2005 par Beck et al. (cité dans Lafortune & Collin, 2006), 2,5 % des enfants et des adolescents âgés de 15 à 19 ans ont utilisé des médicaments psychotropes au cours des 12 derniers mois (7,2 % de l'ensemble de la population). Au Québec, 4,2 % des jeunes ont fait un usage des psychotropes : 2,3 % des psychostimulants et 1,9 % des antidépresseurs et tranquillisants majeurs (neuroleptiques). Les garçons sont les consommateurs les plus nombreux parmi les jeunes, tandis que chez les adultes, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à utiliser des psychotropes.

De toutes les substances psychoactives, les psychostimulants sont les médicaments qui ont été les plus étudiés. De plus, quelques études canadiennes se sont intéressées plus spécifiquement à l'utilisation du Méthylphénidate (Ritalin) (Lafortune & Collin, 2006).

### 2.2.3 TDAH, prescription de routine ou traitement multimodal?

Le TDAH et les psychostimulants associés aux amphétamines (méthylphénidate - Ritalin) ont fait l'objet d'une attention plus particulière. Des études des années 2000 (en Ontario) montrent que 3,4 % des jeunes (10-20 ans) prennent du Ritalin (Lafortune & Collin, 2006). Au Québec, 12 % des enfants âgés de 41 mois à 10 ans ont pris de façon régulière du Ritalin (ÉLDEQ, 2010).

Même si les psychostimulants sont les psychotropes les plus étudiés, il n'y a pas encore de données probantes sur les bénéfices et les risques de leur utilisation dans le traitement des troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents. Par contre, les recherches se mettent d'accord pour affirmer que ce ne sont pas tous les enfants diagnostiqués TDAH qui ont besoin d'un traitement médicamenteux et qu'il faut toujours considérer le traitement multimodal. Ensuite, en ce qui concerne l'évaluation diagnostique, selon une étude réalisée par Lajoie en 2004 (cité dans Lafortune & Collin, 2006), il n'y a pas beaucoup de professionnels spécialisés dans le

diagnostic de ce trouble et il manque de consensus sur la pertinence des critères utilisés (par exemple «est-ce que l'enfant bouge beaucoup?»).

## CHAPITRE III

### 3. TROUBLES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU SCOLAIRE

Les informations présentées dans ce chapitre sont tirées partiellement ou intégralement des documents provenant du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), de la Fédération des syndicats des enseignements, ainsi que d'autres organismes et associations dont le mandat est en lien avec l'éducation.

#### 3.1 Portrait et prévalence de la santé mentale en milieu scolaire

##### 3.1.1 Définition EHDAA (Élèves Handicapés ou en Difficulté d'Adaptation ou d'Apprentissage)

Les élèves ayant des besoins particuliers en milieu scolaire sont identifiés comme « élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage » (EHDAA). Présentement, ils se divisent en deux grandes catégories : les élèves avec des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage et les élèves handicapés. Pour être « reconnu » comme tel, l'élève doit faire l'objet d'un diagnostic par une ou un spécialiste, puis d'une reconnaissance par le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS).

Selon les lignes directrices du MELS publiées en 2010 (*Rencontres des partenaires d'éducation*), les élèves considérés comme « **handicapés** » ou comme **ayant des troubles graves du comportement** sont ceux qui, à la suite d'une évaluation diagnostique réalisée par un personnel qualifié, présentent des incapacités ou des limitations découlant d'une déficience ou d'un trouble se manifestant sur le plan scolaire et nécessitant des mesures d'appui.

Lorsqu'il est question d'**élèves « en difficulté »**, le Ministère considère les élèves à risque pour lesquels un plan d'intervention a été établi ainsi que les élèves qui correspondent aux définitions d'élèves en difficulté d'apprentissage et ceux présentant des troubles du comportement. *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en*

*difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA)* (MELS, 2007) amène des précisions sur les définitions des trois catégories nommées auparavant.

En terme d'apprentissage, un élève de niveau primaire et secondaire est considéré en difficulté quand les mesures mises en place par le personnel enseignant et les autres intervenants durant une période significative n'ont pas permis à l'élève de progresser suffisamment dans ses apprentissages pour lui permettre d'atteindre les exigences minimales de réussite du cycle en langue d'enseignement ou en mathématique conformément au Programme de formation de l'école québécoise.

Pour qu'un élève soit considéré comme présentant des troubles du comportement, les résultats de son évaluation psychosociale doivent révéler un déficit important de la capacité d'adaptation se manifestant par des difficultés significatives d'interaction avec un ou plusieurs éléments de l'environnement scolaire, social ou familial.

En ce qui est de l'**élève à risque**, il représente une catégorie à part qui n'est pas comprise dans l'appellation EHDAA. Au niveau de tous les ordres d'enseignement, ces élèves présentent des facteurs de vulnérabilité susceptibles d'influer sur leur apprentissage ou leur comportement. Ils peuvent se retrouver ainsi à risque, notamment au regard de l'échec scolaire ou de leur socialisation, si une intervention rapide n'est pas effectuée.

### 3.1.2 Regroupement des diagnostics selon les codes de difficulté

Les troubles de santé mentale diagnostiqués à l'enfance se retrouvent en milieu scolaire à travers les codes de difficulté établis par le MELS. Le Tableau 2 présente des handicaps ou difficultés ainsi que les codes qui y sont associés et les troubles psychopathologiques correspondants.

Le Tableau 2 a été réalisé à partir des informations sur les EHDAA et les codes de difficulté présentées dans *Fédération des comités de parents du Québec* (n.d.).

Tableau 2

Élève à risque	Trouble psychopathologique (DSM-IV)	Code	EHDAA
Élève présentant certaines difficultés d'apprentissage ou manifestant des comportements qui sont susceptibles de l'empêcher d'atteindre les objectifs d'apprentissage et de socialisation poursuivis par l'école.	<b>Élève en difficulté d'adaptation</b>		
	TDAH		Élève présentant un trouble déficitaire de l'attention (TDA) ou avec hyperactivité (TDAH)
	Troubles de comportement	12	Troubles du comportement
		14	Troubles graves du comportement
	<b>Élève en difficulté d'apprentissage</b>		
	Troubles de la communication et des apprentissages		Élève présentant des difficultés d'apprentissage
			Élève présentant des troubles spécifiques d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe et dyscalculie)
			Élève présentant une dysphasie de légère à moyenne ou trouble primaire du langage
	Retard mental ou la déficience intellectuelle	98	Élève présentant une déficience légère
	<b>Élève handicapé</b>		
	Troubles de la communication et des apprentissages	34	Élève présentant une déficience langagière
	Troubles envahissants du développement	50	Élève présentant un trouble envahissant du développement (TED)
	Retard mental ou déficience intellectuelle	24	Élève présentant une déficience moyenne à sévère
	<i>Possible</i> Troubles de l'humeur Troubles anxieux Schizophrénie <i>ou autres</i>	53	Élève présentant un trouble relevant de la psychopathologie

### 3.1.3 Prévalence EHDAA en milieu scolaire

Selon les données recueillies en 2009-2010, dans les commissions scolaires, la proportion des élèves ayant des besoins particuliers, identifiés comme « élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage » (EHDAA), atteint près de 20 %.

Le document officiel de l'Entente de complémentarité MELS - MSSS (*Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes, MELS, 2008*) précise que le terme « en difficulté » est pris au sens large et fait référence à un ensemble de difficultés. Étant donné des contraintes liées à la collecte de l'information concernant ces enfants dans le réseau de la santé et des services sociaux, les renseignements disponibles proviennent uniquement du réseau de l'éducation.

Il est nécessaire de mentionner également que peu d'informations concernant les élèves considérés « à risque » sont disponibles, même s'ils sont inclus dans l'Entente. Les élèves « à risque » n'ont pas de code de difficulté et ils ne sont pas obligatoirement identifiés à des fins administratives. Des informations sur la répartition des élèves handicapés ou en difficulté dans le réseau scolaire selon les types de difficultés et la nature des classes fréquentées sont présentées dans le Tableau 3 à la fin du document. Il faut préciser que les 57 782 élèves considérés « à risque » ne se retrouvent pas dans ce tableau. Les données concernent l'année scolaire 2007-2008 et proviennent de documents fournis par la Direction de la recherche, des statistiques et de l'information du MELS.

La répartition des élèves HDAA au préscolaire (4 et 5 ans) et au primaire pour la province de Québec (2007-2008) est présentée dans le Tableau 3. Selon les données présentées dans le tableau, les élèves présentant une déficience langagière (n = 4 131) ou un trouble envahissant du développement (n = 3759) représentent environ la moitié de l'ensemble des élèves HDAA au préscolaire (4 et 5 ans) et au primaire au Québec (n = 15 599).

### 3.1.4 Distribution EHDAA en milieu scolaire selon les ordres d'enseignement et le sexe

Parmi les élèves de niveau préscolaire, primaire et secondaire, c'est au niveau primaire et secondaire que nous retrouvons la grande majorité des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Selon les données publiées par MELS en 2010 (*Rencontres des*

*partenaires d'éducation*), la même tendance s'observe aussi dans les pays membres de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE). Nous retrouvons moins d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage au préscolaire et une concentration de ces élèves au primaire et au secondaire (OCDE, 2008). Pour les années étudiées (2002-2003 à 2009-2010), une augmentation de la prévalence est perceptible à tous les ordres d'enseignement, mais elle est plus importante au secondaire (36 %).

Selon les données fournies par le MELS, les élèves en difficulté constituent la très grande proportion parmi les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Cette proportion était de 82 % en 2009-2010 et de 87 % en 2002-2003. Donc une légère diminution est constatée au fil des ans. Par contre, pour les élèves handicapés la hausse est légère et constante. Cette tendance à la hausse légère, mais constante, des populations d'élèves handicapés se retrouve aussi dans la plupart des pays étudiés dans le rapport 2007 de l'OCDE tandis que la proportion d'élèves en difficulté demeure relativement stable (OCDE, 2008).

Les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage sont en grande majorité des garçons, soit près de deux fois plus de garçons que de filles. Cette proportion est plus importante chez ceux qui présentent des troubles graves du comportement (7 fois plus de garçons) et des troubles envahissants du développement (5,5 fois plus de garçons).

L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE, 2008) présente des données en accord avec le portrait retrouvé au Québec, notamment une répartition générale 60/40 entre les garçons et les filles et précise que cette tendance se maintient dans le temps.

### 3.1.5 Intégration EHDAA, faits saillants

L'intégration en classe ordinaire varie considérablement selon les caractéristiques des élèves. En effet, les élèves en difficulté sont majoritairement intégrés en classe ordinaire (70,5 % en 2009-2010), tandis que ceux handicapés se retrouvent plus en classe spécialisée.

Au niveau mondial nous retrouvons une distribution similaire. En général, les deux tiers au moins des élèves en difficulté sont scolarisés dans les classes ordinaires des écoles ordinaires (OCDE, 2008). Pour leur part, les élèves handicapés se retrouvent, en proportion plus faible, intégrés en



classe ordinaire (40,6 % en 2009-2010). Dans son ensemble, la proportion des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage a légèrement augmenté en classe ordinaire et elle a diminué en classe spécialisée.

Depuis plusieurs années, il est possible d'observer dans la société québécoise un intérêt constant pour la conception et la mise en place de stratégies d'intervention visant à mieux répondre aux besoins spécifiques des élèves handicapés, en difficulté ou à risque. Les difficultés d'apprentissage et d'adaptation en milieu scolaire touchent un nombre important d'élèves et sont au cœur des préoccupations du système scolaire québécois.

## **3.2 Politiques et stratégies éducatives mises en place pour les élèves présentant des difficultés liées à un trouble de santé mentale**

### **3.2.1 Éducation publique primaire et secondaire au Québec**

En faisant un survol du fonctionnement du système scolaire québécois, nous pouvons identifier différentes politiques, stratégies et pratiques éducatives mises en place pour les élèves à risque ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA).

Au Québec, les trois organisations à la base de l'éducation publique primaire et secondaire au Québec sont : l'école, la commission scolaire et le Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. Ces instances se partagent les responsabilités et sont régies par la Loi sur l'instruction publique (LIP). Cette loi permet l'encadrement du système d'éducation québécois ainsi que ses structures pédagogiques et administratives.

#### **3.2.1.1 L'école**

La direction de l'école - Selon la Loi sur l'instruction publique le directeur de l'école a le devoir et la responsabilité d'établir un plan d'intervention pour l'élève handicapé ou en difficulté. Il est responsable des décisions prises dans ce dernier et il doit en assurer le suivi. Le plan d'intervention doit être élaboré avec l'aide des parents de l'élève, de l'élève et du personnel qui lui fournit des services (MELS, 2004). De plus, la direction de l'école organise les services éducatifs complémentaires en fonction des besoins des élèves.

Le conseil d'établissement - Dans chaque école, un conseil d'établissement est mis sur pied pour faciliter le partenariat entre les parents, l'école et la communauté (LIP, art.42). Il est composé de parents, de membres du personnel de l'école et de représentants de la communauté. C'est lui qui adopte le projet éducatif de l'école, voit à sa réalisation et l'évalue de façon périodique. Par ailleurs, l'article 64 de la Loi sur l'instruction publique précise que « toute décision du conseil d'établissement doit être prise dans le meilleur intérêt des élèves ».

### *3.2.1.2 La commission scolaire*

Il s'agit d'une organisation qui se situe entre le Ministère de l'Éducation et les établissements d'enseignement. Selon l'article 234 de la LIP, elle doit adapter les services éducatifs à l'élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage selon ses besoins.

Selon l'article 235 de la LIP (Gouvernement du Québec, 2013) :

« La commission scolaire adopte, après consultation du comité consultatif des services aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, une politique relative à l'organisation des services éducatifs à ces élèves qui assurent l'intégration harmonieuse dans une classe ou un groupe ordinaire et aux autres activités de l'école de chacun de ces élèves lorsque l'évaluation de ses capacités et de ses besoins démontre que cette intégration est de nature à faciliter ses apprentissages et son insertion sociale et qu'elle ne constitue pas une contrainte excessive ou ne porte pas atteinte de façon importante aux droits des autres élèves ».

Cette politique doit notamment prévoir :

- les modalités d'évaluation des élèves handicapés et des élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, lesquelles doivent prévoir la participation des parents de l'élève et de l'élève lui-même, à moins qu'il en soit incapable;
- les modalités d'intégration de ces élèves dans les classes ou groupes ordinaires et aux autres activités de l'école ainsi que les services d'appui à cette intégration et, s'il y a lieu, la pondération à faire pour déterminer le nombre maximal d'élèves par classe ou par groupe;
- les modalités de regroupement de ces élèves dans des écoles, des classes ou des groupes spécialisés;

- les modalités d'élaboration et d'évaluation des plans d'intervention destinés à ces élèves.

Comité des parents - Selon l'article 189 de la LIP un comité de parents doit être institué dans chaque commission scolaire. Il est le représentant des parents auprès de cette dernière.

Selon la loi, le comité de parents doit être consulté et il doit donner son avis sur plusieurs sujets dans le but d'assurer le meilleur fonctionnement de la commission scolaire. De plus, il doit transmettre les besoins des parents identifiés par les représentants des écoles et par le représentant du comité consultatif des services aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage.

Le comité de parents se compose d'un représentant provenant de chaque école de la commission scolaire ainsi que d'un représentant du comité consultatif des services aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (CCSEHEDAA) (LIP, art. 189). Les comités de parents sont regroupés au sein de la Fédération des comités de parents à l'échelle du Québec (Fédération des comités de parents du Québec, n.d.).

Comité consultatif des services aux enfants handicapés et en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (CCSEHDAA) - Aux termes de la loi, en plus du comité de parents, la commission scolaire doit aussi former le comité consultatif des services aux élèves handicapés et aux élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (CCSEHEDAA). C'est le comité de parents qui désigne les parents qui siégeront sur ce comité. Ce dernier est constitué de représentants de plusieurs groupes (parents, directions d'école, enseignants, personnels professionnels, organismes externes, etc.).

Le comité est consultatif, c'est-à-dire qu'il donne son avis entre autres sur :

- la politique d'organisation des services éducatifs aux élèves HDAA;
- l'affectation des ressources financières pour les services aux élèves HDAA;
- l'application du plan d'intervention à un élève HDAA (Fédération des comités de parents du Québec, n.d.).

### *3.2.1.3 Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)*

Le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) élabore et propose au gouvernement des politiques liées aux domaines de l'éducation, du loisir et du sport.

Le ministère joue un rôle prépondérant dans l'organisation des orientations scolaires et académiques. Il est à noter que chaque région compte une direction régionale du MELS. Par ailleurs, dans chaque direction régionale, il y a un responsable de l'adaptation scolaire.

### *3.2.2. Orientations et encadrements (MELS)*

#### *3.2.2.1 Guides destinés au milieu scolaire*

- *Une école adaptée à tous les élèves - Politique de l'adaptation scolaire - Plan d'action en matière d'adaptation scolaire (Ministère de l'Éducation du Québec, 1999).*

La politique de l'adaptation scolaire et son plan d'action décrivent six voies d'action qui devraient être favorisées dans le milieu scolaire pour aider l'élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage pour qu'il réussisse sur le plan de l'instruction, de la socialisation et de la qualification.

- *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) (MELS, 2007).*

Document émis pour permettre aux intervenants scolaires (administrateurs, gestionnaires, personnels enseignants, personnels des services éducatifs complémentaires, etc.) d'avoir une compréhension univoque des concepts et des mécanismes sous-jacents à l'organisation des services.

Nous y retrouvons les codes des troubles et des difficultés, l'évaluation diagnostique et conclusions professionnelles, limitations et incapacités, manifestations généralement observées sur le plan scolaire (du point de vue des apprentissages et du point de vue du fonctionnement).

- *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes (MELS, 2008).*

Il s'agit d'un guide pour soutenir le personnel du réseau de l'éducation et celui des services sociaux dans l'élaboration d'ententes lorsqu'il y a prestation conjointe de services à des jeunes en difficulté ou handicapés.

- *Le plan d'intervention...au service de la réussite de l'élève – Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention (MELS, 2004).*

Ce document a été élaboré afin de guider le milieu scolaire dans les pratiques liées à la démarche du plan d'intervention. Il a été émis en réponse au besoin de soutien du personnel des commissions scolaires et des écoles. Il vise à identifier les pratiques qui sont les plus prometteuses pour aider les élèves handicapés ou en difficulté à réussir.

- *Les difficultés d'apprentissage à l'école - Cadre de référence pour guider l'intervention (Ministère de l'Éducation du Québec, 2003).*

Il vise à fournir un nouvel éclairage sur l'aide à apporter aux élèves qui rencontrent des difficultés d'apprentissage et à faciliter la recherche d'interventions efficaces pour répondre à leurs besoins. Il s'adresse à la fois aux enseignants, aux intervenants des services complémentaires, aux conseillers pédagogiques, aux gestionnaires et aux parents.

- *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite (Ministère de l'Éducation, 2002).*

Ce document vise à aider les commissions scolaires et les écoles à déterminer les orientations et les pratiques à renouveler en matière de services éducatifs complémentaires.

### 3.2.3. Plan d'intervention et services complémentaires

#### 3.2.3.1 Plan (s) d'intervention

Pour soutenir et favoriser la réussite scolaire des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage une démarche d'élaboration d'un plan d'intervention personnalisé doit être entreprise en collaboration avec l'élève, ses parents et le personnel concerné.

Il s'agit d'un outil de planification conçu pour répondre aux besoins spécifiques d'un élève ayant des besoins particuliers. Il touche plusieurs domaines du développement, soit académique,

comportemental, psychologique, social, moteur, pédagogique, orthopédagogique, orthophonique et familial.

PI – Plan d'intervention (éducation) : des interventions sont planifiées dans une démarche de concertation pour aider l'élève handicapé ou en difficulté à développer des compétences.

PSII – Plan de services individualisé et intersectoriel (éducation et santé et services sociaux) : en cas de services conjoints à l'élève par le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux, un PSII peut être élaboré afin de planifier et de coordonner les services et les ressources des deux réseaux (*MELS, 2008*). Ce n'est pas la somme des PI de tous les établissements, mais un consensus établi entre les deux réseaux qui fournissent les services, le jeune et ses parents sur les objectifs à atteindre et les moyens pour les réaliser.

### *3.2.3.2 Les services éducatifs complémentaires*

La Loi sur l'instruction publique (LIP) établit le droit de l'élève au service d'éducation préscolaire et aux services d'enseignement primaire et d'enseignement secondaire. L'élève a aussi droit, dans le cadre des programmes offerts par la commission scolaire, aux autres services éducatifs complémentaires et particuliers (LIP, art. 1).

Des programmes de services complémentaires s'adressant à tous les élèves de l'éducation préscolaire, primaire et secondaire sont élaborés. À l'intérieur de ces quatre programmes, plusieurs services aident particulièrement les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage tels que les services de soutien en orthopédagogie, en psychologie et en orthophonie. Les quatre services sont :

- Le programme de service de soutien : il a comme objectif d'accroître l'intérêt de l'élève et de l'inciter à faire des efforts.
- Le programme de vie scolaire : il vise à développer chez l'élève son autonomie, son sens des responsabilités, sa dimension morale et spirituelle, ses relations interpersonnelles et son sentiment d'appartenance à l'école et à la communauté.
- Le programme de services d'aide : il vise à accompagner l'élève dans son cheminement scolaire, dans sa recherche d'orientation scolaire et professionnelle ainsi que dans la recherche de solutions aux difficultés qu'il rencontre.

- Le programme de services de promotion et de prévention : il vise à donner à l'élève un environnement favorable au développement de saines habitudes de vie et de compétences qui influenceront de manière positive sa santé et son bien-être.

*Le Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire* (art. 5) énumère les services qui doivent être insérés dans ces programmes. Ce sont des services de promotion de la participation de l'élève à la vie éducative, d'éducation aux droits et aux responsabilités, d'animation, sur les plans sportif, culturel et social, de soutien à l'utilisation des ressources documentaires de la bibliothèque scolaire, d'information et d'orientation scolaire et professionnelle, de psychologie, de psychoéducation, d'éducation spécialisée, d'orthopédagogie, d'orthophonie, de santé et de services sociaux, d'animation spirituelle et d'engagement communautaire.

Tous ces services sont utiles à la mise en œuvre des différents programmes.

### 3.3 Programmes éducatifs selon le type de diagnostic

[Le tableau suivant indique, à titre d'exemple, certains programmes éducatifs. La description de chacun succède le Tableau 4.](#)

[Tableau 4](#)

<b>PROGRAMMES ÉDUCATIFS SELON LE TYPE DE DIAGNOSTIC</b>	
<b>Diagnostic/ Difficulté</b>	<b>Nom du programme</b>
Difficultés de comportement	Programme Répit-Transit
Trouble du spectre autistique	Programme TEACCH ( <i>Treatment and Education of Autistic an related Communication Handicapped Children</i> )
Déficience intellectuelle moyenne à sévère	Programmes d'études adaptés Français, Mathématique, Sciences humaines (enseignement primaire)
Déficience intellectuelle profonde	Les échelles de niveaux de compétence
	Programme éducatif destiné aux élèves ayant une déficience intellectuelle profonde

- *Le programme Répît-Transit qui s'adresse aux élèves ayant des difficultés de comportement.*

Il s'agit d'un programme scolaire préventif (primaire/secondaire), le jeune est retiré temporairement de la situation conflictuelle (école), mais il continue son apprentissage tout en recevant de l'aide pour ses comportements. Il reçoit de l'aide par exemple d'un psychoéducateur ou d'un orthopédagogue. Par la suite, l'élève réintègre progressivement l'école. Ce programme aide le jeune, mais il permet aussi de soutenir le milieu scolaire particulièrement les enseignants pour qu'il développe de nouvelles compétences leur permettant de mieux vivre avec les jeunes à risque. Il permet un répît au jeune et à l'enseignant.

- Durée du programme : 8 à 12 semaines.
- Programme mis en place par une quinzaine de commissions scolaires au Québec.
- Récipiendaire du prix de la psychoéducation en 2003.

- *Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children).*

Il s'agit d'un programme de traitement et d'éducation pour les enfants de tous les âges, atteints d'autisme et de troubles apparentés du développement.

L'orientation principale du programme TEACCH est de développer l'autonomie de l'enfant dans les trois sphères importantes de sa vie : dans son milieu familial, dans son milieu scolaire et dans la communauté.

Les objectifs qui sont travaillés en milieu scolaire avec l'enfant sont la communication, les activités sociales et les loisirs, l'indépendance et formation professionnelle et les troubles de comportement. Ces objectifs sont ajoutés dans le plan d'intervention de l'enfant selon ses besoins.

- *Les programmes d'études adaptés Français, Mathématique, Sciences humaines, enseignement primaire pour les élèves présentant une déficience intellectuelle moyenne à sévère (Ministère de l'Éducation du Québec, 1996).*



Il s'agit de trois programmes d'études (français, mathématiques et sciences humaines) adaptés à l'intention des élèves qui présentent une déficience intellectuelle allant de moyenne à sévère, avec ou sans autres déficiences associées, qu'ils soient scolarisés en classe ordinaire, en classe-ressource, en classe spéciale ou dans une école spéciale.

- *Le programme éducatif destiné aux élèves ayant une déficience intellectuelle profonde (MELS, 2011).*

Il s'agit d'un programme qui encourage la concertation et le travail d'équipe des intervenants du milieu. Il propose un projet d'éducation pour les élèves (4 ans à 21 ans) ayant une déficience intellectuelle profonde pour qu'ils développent des compétences liées à la connaissance, à la communication, à la motricité, à la socialisation, à l'affectivité et à la vie communautaire.

- *Les échelles de niveaux de compétence (MELS, 2011).*

Il s'agit d'un outil de référence pour les enseignants afin d'évaluer le niveau de développement des compétences des élèves ayant une déficience intellectuelle profonde. Il permet de faire un portrait des compétences développées par l'élève. Il sert aussi d'outil pour communiquer avec les différents partenaires et dans la démarche d'intervention. Il facilite l'interprétation des observations faites par l'enseignant lorsque ce dernier procède au bilan des acquis.

### **3.4 Pratiques d'intervention appliquées selon les besoins du milieu**

#### **3.4.1 Intégration EHDAA et stratégies d'intervention correspondantes**

Dans le contexte de la réforme actuelle du système scolaire québécois (« L'école, tout un programme »), le mouvement pour l'intégration des élèves ayant des besoins particuliers en classe régulière est en expansion afin d'éviter leur isolement et leur marginalisation. Ce mouvement est en accord avec la tendance mondiale concernant l'intégration des élèves en difficulté. Malgré ces efforts, un nombre important d'élèves en difficulté ou à risque se retrouvent encore en marge des classes ordinaires, car ils ne correspondent pas aux critères d'admission d'une classe spécialisée.

« Une école adaptée à tous ses élèves », la politique de l'adaptation scolaire actuellement en cours (Gouvernement du Québec, 1999) prône la scolarisation dans le milieu le plus naturel

possible. Les commissions scolaires sont responsables de l'organisation des services éducatifs aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage, en tenant compte des capacités et des besoins particuliers identifiés. Elles doivent s'assurer que l'intégration des EHDAA dans une classe ou un groupe ordinaire devrait être la norme visée si elle facilite leurs apprentissages et leur insertion sociale.

Après l'évaluation de leurs capacités et leurs besoins et en considérant les recommandations lors des plans d'intervention, les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage peuvent être intégrés en classe ordinaire ou être regroupés au sein de classes spécialisées dans une école ordinaire ou encore recevoir des services selon d'autres modalités d'organisation.

### 3.4.2 Organisation des services éducatifs

L'intégration des élèves référés peut se réaliser en classe ordinaire, au moyen de quatre options différentes, soit :

#### **Classe ordinaire :**

- l'enseignant est responsable de toutes les interventions;
- l'enseignant a accès au soutien pédagogique ou professionnel;
- l'enseignant et l'enfant reçoivent un soutien pédagogique ou professionnel; des interventions spécialisées sont réalisées directement auprès de l'élève en classe et des interventions pédagogiques en adaptation scolaire sont destinées à l'enseignant;
- l'élève participe, pour une partie de son temps de présence à l'école, aux activités d'apprentissage à l'intérieur d'une classe ordinaire et est, pour l'autre partie de son temps, intégré à une classe-ressource où un enseignant spécialisé offre des services d'appoint. Des interventions spécialisées sont déployées à l'extérieur de la classe ordinaire. Ce service est appelé au Québec dénombrement flottant (Authier, 2010). Les classes kangourou représentent un exemple de classes-ressources.

Une autre alternative d'intervention est de retirer temporairement l'élève de sa classe pour fréquenter un service de répit dans une autre école. La pratique d'intervention se fait selon une approche individualisée sur une période de 6 à 12 semaines avec retour à sa classe d'origine. Ces services de

répit sont destinés aux élèves qui rencontrent des difficultés de comportement et d'adaptation à la classe ordinaire.

**La classe spécialisée** est le type de classe destinée à des élèves qui, en raison de certaines caractéristiques, sont regroupés afin de recevoir un enseignement adapté à leurs besoins. La classe spécialisée est localisée dans une école ordinaire sur le territoire de la Commission scolaire. L'enseignant est spécialisé en adaptation scolaire et l'environnement est organisé et adapté pour répondre aux besoins des élèves. L'enseignant et les élèves reçoivent des services d'appuis spécialisés à l'intérieur et à l'extérieur de la classe (TES, orthopédagogie, orthophonie, psychoéducation, ...).

**L'école spécialisée** est un établissement public qui a comme mission d'offrir des services éducatifs adaptés aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Ce type de service éducatif est envisagé lorsqu'aucun service n'est disponible à la Commission scolaire compte tenu des besoins particuliers de l'enfant.

Nous retrouvons également d'autres regroupements administratifs qui, en collaboration avec les écoles, regroupent les élèves qui ne peuvent être scolarisés à l'intérieur de l'école ordinaire ou spéciale. Ces regroupements d'élèves peuvent se réaliser au moyen de deux options différentes, soit : l'élève a accès à **l'enseignement à domicile** lorsqu'il répond aux critères édictés par le MELS ou lorsque l'élève est **scolarisé à l'intérieur d'un établissement du MSSS**.

L'ensemble des services éducatifs présentés et les approches d'intégration des EHDAA sont représentés dans la *Figure 1*.

### 3.4.3 Retombées des services éducatifs et évaluation des interventions

Le débat sur la préservation des classes spéciales ou versus la favorisation de l'éducation dans le milieu le plus naturel possible (école de quartier, classe ordinaire) est toujours d'actualité. Le débat oppose les deux approches qui ont révolutionné les services éducatifs : l'inclusion scolaire (*full inclusion*) et l'intégration scolaire (*mainstreaming*).

Les données de recherches effectuées sur l'intégration scolaire des élèves HDAA n'ont pas encore apporté de réponses claires concernant le meilleur service éducatif pour les élèves ayant des

difficultés (Authier, 2010). Il y a des études qui favorisent la scolarisation en classe ordinaire, tandis que d'autres considèrent que les élèves HDAA tirent plus de bénéfices en classe spéciale.

Au Québec, les pratiques éducatives et les interventions spécialisées suivent le courant d'une plus grande intégration scolaire, donc elles favorisent l'inclusion scolaire (Authier, 2010). Les critiques visent le manque de soutien adéquat et les outils essentiels pour pouvoir scolariser les EHDAA dans les classes ordinaires. Aussi, l'intégration de ces élèves à tout prix engendre des contraintes excessives sur le reste du groupe de la classe ordinaire.

Pour répondre aux besoins des EHDAA dans le cadre le plus normal possible, il faut utiliser des mesures spécialisées lorsqu'il est impossible d'adapter la classe ordinaire. Étant donné que les classes ressources et spéciales sont adaptées pour répondre aux besoins particuliers et spécifiques des EHDAA, la Fédération des syndicats de l'enseignement (FSE) recommande que le MELS privilégie le modèle en cascade plutôt qu'un modèle favorisant l'inclusion. Le modèle en cascade favorise l'intégration scolaire. Dans la cascade des services, les mesures spéciales sont utilisées seulement s'il est impossible de répondre aux besoins de l'élève dans un cadre régulier (Authier, 2010).

### **3.5 Ressources disponibles pour les enseignants**

Globalement, les ressources pour les enseignants sont disponibles à l'intérieur du système scolaire (ministère, commission scolaire) ou à l'extérieur de celui-ci (syndicat des enseignants et autres associations, organisations des services de santé et services sociaux et autres).

#### **3.5.1 Les différents partenaires et les rôles des professionnels**

Afin de mener à bien leur intervention éducative et d'atteindre leurs objectifs, les enseignants travaillent en collaboration avec différents partenaires comme les collègues, les parents, les professionnels des services complémentaires (psychoéducateurs, psychologues, orthophonistes, etc.) ou encore des spécialistes externes du réseau de la santé, etc.

Entre autres, la réalisation des quatre programmes de services complémentaires qui se retrouvent à l'intérieur de la commission scolaire demande la contribution du personnel enseignant, du personnel de soutien et du personnel professionnel, en plus des douze services énumérés

précédemment. La contribution de chacun dépend entre autres des choix faits par l'école, du programme visé et des besoins particuliers des élèves. Il est important de mentionner que ces services sont étroitement liés dans la vie d'une école.

Les personnes-ressources des douze services doivent travailler en concertation avec les enseignants, les parents et les autres intervenants afin d'aider l'élève à développer des compétences lui permettant son insertion dans la société. Leurs interventions doivent tenir compte des besoins du milieu ainsi que des élèves handicapés ou ayant de difficultés d'adaptation ou d'apprentissage. Le travail d'équipe entre les différents intervenants du milieu scolaire permet un partage des savoirs et des savoir-faire qui favorisent l'augmentation de l'efficacité des interventions ainsi que la réussite d'un plus grand nombre d'élèves.

Exemples de concertation présentée par le MELS (2002) dans le document intitulé *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite* :

Un éducateur spécialisé, une psychologue et un enseignant réalisent un projet de parrainage permettant à des élèves ayant une déficience intellectuelle de s'engager activement dans les activités offertes durant l'heure du dîner. (p. 47)

Une psychoéducatrice et un conseiller d'orientation collaborent à la réalisation d'activités d'apprentissage ou de projets d'équipe permettant à des élèves ayant des difficultés d'ordre comportemental d'exercer différents rôles et responsabilités dans l'école. (p.47)

Une orthophoniste conseille des enseignants dans le choix des approches à privilégier pour faciliter le transfert des apprentissages fait par des élèves ayant reçu des services d'aide. (p. 47)

Par les professionnels (psychoéducateurs et autres), les enseignants peuvent avoir accès à des ressources liées à des interventions et à des outils spécifiques (ex. : *Guide d'intervention personnalisée auprès des élèves, Concerto-jeunes; Une initiative de concertation pour les élèves affichant des problèmes de comportement; Guide d'identification de certaines difficultés psychosociales vécues par les jeunes, Les capsules clin d'œil*).

### 3.5.2 Entente de complémentarité des services MELS-MSSS

Dans le cadre des services intégrés développés par l'école, des services diversifiés provenant de l'externe peuvent appuyer l'élève et donner un soutien à l'enseignant. Il peut s'agir des

établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires, etc. Pour répondre aux besoins des jeunes, un partenariat avec les parents et l'ensemble de la communauté environnante de l'école est nécessaire (MELS, 2002).

Les membres du personnel du réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux peuvent élaborer des ententes visant la prestation conjointe de services pour les jeunes en difficulté ou handicapés.

### 3.5.3 Guides de pratique et outils d'aide et de soutien aux enseignants

Les principaux documents de politiques et guides ministériels conçus pour les enseignants dans le but de soutenir et d'accompagner les EHDAA sont les suivants :

- *Canevas de plan d'intervention commun pour faciliter le suivi des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage et la concertation des intervenants et guide d'utilisation (MELS, 2012).*

Il s'agit d'un canevas de plan d'intervention national qui peut être utilisé par les établissements d'enseignement publics et privés du Québec. Il est aussi accessible grâce à l'application de Suivi Personnalisé Internet (SPI). Cet outil permet entre autres une meilleure concertation des divers intervenants et intervenantes, une focalisation sur la démarche et sur les besoins de l'élève, une meilleure préparation des intervenants et intervenantes. Un guide d'utilisation est disponible.

- *Des conditions pour mieux réussir! Plan d'action pour soutenir la réussite des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) (MELS, 2008).*

En appui aux orientations de la Politique de l'adaptation scolaire et les difficultés rencontrées par les élèves handicapés ou en difficultés d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA), des priorités d'actions sont émises, entre autres : soutenir une organisation des services variés, incluant la classe spéciale ; favoriser - lorsque ce choix s'applique - une meilleure intégration en classe ordinaire ; soutenir les parents et accroître la formation et l'accompagnement du personnel.

- *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité - Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes - Plan d'action (MELS, 2000).*

- *Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité - Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes - Document de soutien à la formation : connaissances et interventions (MELS, 2003).*
- *Rapport de comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central (MELS, 2000).*

Compte rendu des discussions et des travaux du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central (SSNC). Le document indique des actions pour soutenir l'intervention auprès des jeunes.

Les associations des syndicats de l'enseignement représentent une autre ressource importante pour les enseignants, car elles leur fournissent des stratégies éducatives et des guides de pratique.

- *Référentiel Les élèves à risque et HDAA (CSQ, 2013).*

Il s'agit d'un outil de soutien destiné au personnel enseignant qui est appelé à intervenir auprès des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (HDAA) intégrés dans une classe ordinaire. Il a été élaboré par la Fédération des syndicats de l'enseignement (CSQ).

Le référentiel est divisé en quatre parties : élèves à risque (ne sont pas compris dans l'appellation EHDAA), élèves en difficulté d'adaptation, élèves en difficulté d'apprentissage et élèves handicapés.

#### 3.5.4 Associations des enseignants et organismes de transfert de connaissances

Pour ce qui est des autres sources possibles où les enseignants peuvent trouver de l'aide, les plus importantes sont les associations pour les enseignants, les organismes mandatés par le MELS pour le transfert de connaissances éducatives, les sites Internet spécialisés, différents ouvrages, etc.

##### Association québécoise des enseignantes et des enseignants du primaire

L'Association québécoise des enseignantes et des enseignants du primaire (AQEP) est une association qui regroupe toutes les personnes œuvrant, de près ou de loin, auprès de l'un des trois cycles de l'enseignement primaire afin de créer une communauté enseignante forte et dynamique.

Sa mission est d'être la source de référence et de ralliement pour la communauté enseignante du primaire dans le but de favoriser l'avancement de l'éducation au Québec.

#### Carrefour éducation

Mandaté et subventionné par MELS, cet organisme a pour mission de fournir aux enseignants de l'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire et secondaire l'accès rapide, efficace et gratuit à des ressources pertinentes et validées pour faciliter et enrichir le développement des compétences des élèves.

#### CTREQ

Le [Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec](#) (CTREQ) est destiné à l'ensemble du personnel scolaire, aux parents, aux élèves et aux professionnels préoccupés par la réussite éducative et par la lutte contre l'échec et l'abandon scolaires. Ils peuvent y trouver des instruments adaptés à leurs besoins ainsi que différents services de consultation qui peuvent faciliter le dépistage, le diagnostic et les interventions, et ce, dans le but de permettre une plus grande réussite éducative.

### **3.6 Rôle des enseignants dans l'accompagnement des parents**

#### **3.6.1 Comment les enseignants peuvent accompagner et/ou informer les parents**

Les enseignants doivent participer à l'établissement d'un plan d'intervention. Selon, *Le plan d'intervention...au service de la réussite de l'élève* (MELS, 2004), ils jouent un rôle majeur, car ils doivent voir à ce que les interventions qui y sont suggérées soient appliquées dans leur classe et reliées au suivi pédagogique de l'élève concerné.

En ayant des contacts fréquents avec l'élève et ses parents, ils sont en mesure de connaître les besoins particuliers de chacun, ce qui leur permet d'adapter leur approche en fonction de ces derniers.

Ils peuvent aussi aider les parents à mieux comprendre les limitations de l'enfant pour ainsi leur permettre d'ajuster leurs attentes face à ce dernier. En s'assurant que les interventions soient effectuées dans leur classe conformément au plan d'intervention, ils aident l'élève pour qu'il atteigne ses objectifs et réussisse.



### 3.6.2 Offrir des conditions favorables pour atteindre des services complémentaires de qualité

Selon les orientations du Ministère de l'Éducation (MELS, 2002), pour offrir des conditions favorables, il faut compter sur la présence d'un nombre suffisant de ressources et de professionnels. De plus, des qualités humaines de base doivent être présentes afin de fournir des services d'enseignement et des services complémentaires adéquats. Pour optimiser la qualité des services, d'autres conditions sont importantes :

- La création d'un lien de confiance avec l'élève : la confiance est nécessaire pour permettre la qualité des services. Le lien de confiance est créé en faisant preuve de différentes qualités humaines, telles que l'empathie, la générosité, l'acceptation des différences et l'ouverture aux autres.
- Prêcher par l'exemple : le personnel de l'école sert souvent d'exemple sans s'en rendre compte. Certaines valeurs et certains droits fondamentaux doivent être respectés, tels que le respect de la vie privée de l'élève et de sa famille, le respect des différences (race, religion, milieu socioéconomique, etc.).
- L'adaptation des services aux besoins et la prise en compte des nouvelles connaissances : ceci peut concerner des changements vécus dans la vie de l'enfant, tels qu'une séparation ou un divorce des parents ou encore un changement sociétal, comme l'augmentation de l'intérêt des jeunes pour les jeux vidéo. Il faut que les interventions soient adaptées aux nouvelles réalités des jeunes. Il faut procéder à une évaluation des services pour être en mesure d'améliorer les interventions.

### 3.6.3 Instruments pour développer la collaboration avec les parents

Deux instruments sont mis à la disposition du personnel des écoles primaires du Québec pour les aider à développer et établir leur propre mode de collaboration avec les parents : il s'agit de *l'Inventaire des pratiques de l'école* et du *Questionnaire destiné aux parents*.

Un guide d'utilisation a été élaboré, *Rapprochez les familles et l'école primaire* (MELS, 2004).

Ces instruments aident le personnel scolaire et les parents à mieux se connaître. Quatre domaines de collaboration entre l'école et la famille ont été privilégiés : la communication entre l'école et

la famille, l'exercice du rôle parental, la participation des parents à la vie de l'école et la collaboration avec la communauté pour répondre aux besoins des familles et des jeunes.

Un autre guide d'accompagnement à l'intention du personnel scolaire, *Participation des parents à la réussite éducative des élèves du primaire* a été élaboré par le MELS en 2005. Il s'agit d'un guide qui propose des stratégies, des outils et des activités pour favoriser la participation des parents.

### 3.6.4 Établir de bonnes relations entre parents et enseignants

L'Association québécoise des enseignantes et des enseignants du primaire (AQEP) présente les attitudes des enseignants qui favorisent les relations positives avec les parents.

- L'écoute : une bonne communication avec le parent favorise sa collaboration. L'enseignant doit développer sa capacité d'écoute. Il doit accepter les points de vue différents des siens et éviter d'avoir une attitude d'expert avec le parent. Il faut permettre au parent d'exprimer ses besoins, ses opinions et ses sentiments. Il est préférable de fixer un autre rendez-vous si le parent manque de temps ou s'il est préoccupé.
- Reconnaître la compétence du parent : il est à l'avantage de l'enseignant de mettre en valeur les forces et les bons coups du parent, car cela permettra d'augmenter le sentiment de compétence de ce dernier, ce qui l'amènera à s'impliquer davantage.
- Il est important que l'enseignant mentionne au parent quels sont ses rôles et responsabilités. Ce dernier ne doit pas voir l'école comme entièrement responsable de l'éducation de son enfant.
- Éviter le jugement : l'enseignant doit être sensibilisé au vécu des familles, à titre d'exemple, à ce que vit une famille en situation de pauvreté. Il faut éviter de rejeter la faute sur le parent (matériel manquant, devoirs non faits, etc.) et collaborer avec lui. Il ne faut pas porter de jugements et garder un bon contact avec le parent.
- Communiquer aussi quand ça va bien : le parent apprécie lorsque l'enseignant communique avec lui (téléphone, carnet de bord, courriel, etc.), même si tout va bien avec l'élève. Cela favorise une meilleure communication avec les parents et permet de renforcer le lien de confiance.

La collecte d'informations que nous avons réalisée met en évidence le fait que de nombreux outils et différents services sont disponibles pour les enseignants. Par contre, il est pertinent de se demander si ces derniers connaissent suffisamment ces outils et services et de quelles façons ils sont déployés dans les milieux.

## CONCLUSION

Les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent se manifestent dans de nombreux domaines, et ce, de façons différentes. Nous retrouvons un consensus dans les sources consultées, selon lesquelles les troubles mentaux qui surviennent à un jeune âge peuvent se traduire par un déséquilibre permanent dans la vie adulte. Par conséquent, il est fondamental de travailler en prévention pour outiller les enfants et les soutenir dans leurs apprentissages, afin d'améliorer leur qualité de vie et de préparer leur passage à l'âge adulte.

Il faudrait également retenir qu'en plus des enfants et des adolescents qui sont atteints d'un trouble mental diagnosticable, beaucoup d'autres ont des difficultés qui peuvent être considérées comme étant « en dessous du seuil clinique », car ils ne correspondent pas aux critères de diagnostic. Ces jeunes sont affectés également et ils pourraient bénéficier des interventions.

En effet, cette situation se retrouve souvent en milieu scolaire, au primaire, en ce qui concerne les élèves ayant des besoins particuliers, notamment les élèves à risque. Surtout au primaire, en raison de leur jeune âge et des difficultés inhérentes au début du trajet scolaire, les enfants sont souvent en attente d'une évaluation pour recevoir un diagnostic. Comme il n'y a pas de diagnostic dans leur cas, les élèves à risque ne sont pas compris dans l'appellation « élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage ». Toutefois, une attention particulière doit être portée aux élèves à risque pour déterminer les mesures préventives ou correctives à leur offrir. Selon l'organisation des services éducatifs aux élèves à risque, les facteurs de vulnérabilité qu'ils présentent sont susceptibles d'avoir une influence sur leur apprentissage ou leur comportement et peuvent ainsi être à risque, notamment en regard de l'échec scolaire ou de leur socialisation, si une intervention rapide n'est pas effectuée (MELS, 2007).

En ce qui concerne la prévalence, les données mentionnées dans le présent travail montrent une similarité entre le taux global de prévalence des troubles psychopathologiques pour les enfants et les adolescents (environ 20 %) et le taux des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage au niveau préscolaire et primaire (environ 20 %). Dans les stratégies d'intervention auprès de ces élèves, il faut garder à l'esprit que ce dernier taux est en forte croissance au secondaire (36 %), ce qui oblige le réseau éducatif à porter une attention particulière aux services éducatifs offerts à ces élèves.

L'intervention pharmacologique auprès des enfants et des adolescents qui présentent un trouble de santé mentale reste un sujet encore controversé. Même si le modèle actuel de prise en charge de ces troubles de santé mentale tend de plus en plus vers la multidisciplinarité, l'approche pharmacologique garde une place importante parmi les stratégies thérapeutiques disponibles (D'Ambrogio & Speranza, 2012). Trois tendances principales sont retenues actuellement dans le domaine de la pharmacoprescription : le rajeunissement des jeunes à qui l'on prescrit, une centration sur les symptômes plus que sur les diagnostics et une hausse des prescriptions concomitantes motivées par la concomitance des troubles (Lafortune, Gagné & Blais, 2012).

Après les années 2000, les recherches sur l'utilisation des substances psychoactives dans le traitement des troubles de conduite (le TDAH y est inclus) ont fait l'objet d'une attention particulière sur le continent nord-américain. Ce sont ces troubles, ainsi que ceux de l'humeur qui sont les plus fréquemment diagnostiqués chez l'enfant et l'adolescent. Les traitements médicamenteux les plus courants utilisent les psychostimulants, les neuroleptiques et les antidépresseurs. Les mécanismes exacts de leur action et les effets qu'ils peuvent avoir restent encore controversés. Par exemple, le traitement avec des psychostimulants est le plus utilisé pour le TDAH. Pourtant, 30 % des enfants ne le tolèrent pas ou ne répondent pas à ce traitement.

L'augmentation de l'utilisation des médicaments psychotropes enregistrée dans les dernières dizaines d'années pourrait être due, selon certains chercheurs, au fait que les troubles mentaux sont surdiagnostiqués (Lafortune & Collin, 2006). Cette tendance s'inscrirait dans le courant en plein essor des neurosciences qui a amené une meilleure reconnaissance et identification des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents, mais pas toujours des critères diagnostiques qui font l'unanimité des professionnels.

Ce phénomène a eu de nombreuses répercussions sur le rôle professionnel des non-médecins, notamment sur celui de psychologue. L'intervention psychosociale se retrouve encore limitée par le fait que le modèle médical des neurosciences prône une approche décontextualisée et trop individuelle, même si les besoins spécifiques de l'enfant et de l'adolescent sont pris en compte.

Malgré l'aspect multimodal de l'intervention, le médecin est le professionnel qui détient, presque partout dans le monde, l'expertise unique en ce qui concerne le diagnostic et le traitement, et cela dans un contexte de rationalité relative et d'incertitude. De plus, l'approche d'évaluation multidisciplinaire ainsi que les stratégies d'intervention multimodale semblent ne pas toujours s'appliquer dans leur pratique. Ce sujet amène des questionnements et des controverses sur les champs de compétences, de responsabilités et d'actes réservés dans le travail des non-médecins dans le contexte d'un accroissement de la circulation de molécules psychotropes (Lafortune, Gagné & Blais, 2012).

D'autres réserves du milieu scientifique s'appuient sur une série de méta-analyses récentes qui montrent que parmi les recherches mettant à l'épreuve une molécule, celles financées par l'industrie pharmaceutique sont de trois à cinq fois plus susceptibles de conclure à la recommandation du médicament qui a été évalué comparativement aux études réalisées par des équipes indépendantes (Lafortune, Gagné & Blais, 2012).

De plus, selon les mêmes auteurs, peu de recherches ont été réalisées dans les milieux de pratiques complexes et, par conséquent, il manque de données sur le travail des pharmacoprescripteurs intervenant auprès des enfants. Pourtant, la tendance de centration sur le symptôme plutôt que sur le diagnostic pourrait expliquer en partie le fait que la proportion des enfants et des adolescents qui reçoivent une médication surpasse, selon les auteurs cités auparavant, celle des jeunes qui ont reçu un diagnostic avéré.

Nous concluons à ce sujet qu'il n'y a pas encore des données probantes sur les bénéfices et les risques d'utilisation des médicaments dans le traitement des troubles de santé mentale chez les enfants et les adolescents. Par contre, les recherches se mettent d'accord pour affirmer que ce ne sont pas tous les enfants diagnostiqués avec un trouble de santé mentale qui ont besoin d'un traitement médicamenteux et qu'il faut toujours considérer le traitement multimodal. De plus, ce

dernier devrait être toujours adapté aux besoins et aux caractéristiques de l'enfant et de l'adolescent.

Dans l'usage des médicaments, nous assistons en ce moment, au Québec, au passage de l'usage rationnel, issu de l'approche médicale, vers l'usage optimal des médicaments. Ce dernier prend en considération plusieurs interventions possibles, alternatives ou complémentaires à la médication, comme le dépistage, les interventions en situation de crise, la coordination des interventions intra et extramuros, ainsi que les coûts et ressources disponibles (Lafortune, Gagné & Blais, 2012). Dans ce contexte global, une réflexion s'avère nécessaire en ce qui concerne les politiques disponibles, les guides de pratiques et les contextes concrets d'intervention auprès des enfants et des adolescents aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Dans un système d'éducation en évolution, nous soulevons ici l'importance des rôles des enseignants et des professionnels qui sont appelés de plus en plus à intervenir, et ce, auprès d'une clientèle avec des besoins spécifiques éprouvant des difficultés concomitantes. Dans leur pratique professionnelle, les intervenants psychosociaux seront de plus en plus incités à intégrer la dimension médicale dans la conceptualisation des problématiques cliniques rencontrées (Lafortune & Collin, 2006).

La scolarisation des élèves en difficulté en classe ordinaire ou en classe spéciale ne fait pas l'unanimité et nombreuses sont les réactions concernant leur intégration de la part des enseignants, des parents, des chercheurs et des élèves eux-mêmes. Un autre sujet de préoccupation concerne les conditions d'intégration de ces élèves à des regroupements qui bénéficient des modalités de service passant de l'aide individualisée en classe ordinaire à la rééducation en dénombrement flottant.

Placer un enfant dans une classe spéciale n'est cependant pas suffisant pour améliorer sa capacité d'adaptation et ses apprentissages. Les types d'encadrement, les stratégies éducatives et les pratiques d'intervention à l'intérieur de ces classes doivent aussi être considérés. Des services spécialisés sont souvent rattachés à des classes spécialisées (psychoéducateurs, psychologues, orthophonistes, orthopédagogues, éducateurs spécialisés) et l'effectif des élèves qui la fréquentent est grandement diminué (environ dix élèves par classe). Malgré la concentration des services à l'intérieur et à l'extérieur de la classe spécialisée, les interventions privilégiées, les moyens pédagogiques et l'organisation de la classe ne sont pas suffisamment documentés.

Pour adapter les pratiques pédagogiques et les interventions spécialisées, il est primordial de considérer les élèves individuellement. À partir de la réalité des difficultés vécues par les élèves en classe, il est possible d'améliorer tant les classes spéciales que celles ordinaires. Il est possible également d'enrichir la pédagogie en classe ordinaire, même si les stratégies pédagogiques adaptées en classe ordinaire sont actuellement insuffisantes pour permettre aux élèves en difficulté de rattraper le retard accumulé (Authier, 2010). Étant donné tous ces éléments, l'approche globale doit mettre l'accent sur la prévention précoce, intensive et soutenue des difficultés d'apprentissage, dans le sens d'intervenir avant que les difficultés ne s'aggravent et que le retard accumulé empêche l'élève en difficulté de rester en classe ordinaire.

La problématique de la santé mentale chez les enfants et les adolescents demeure un sujet complexe dans un domaine d'enjeux et de controverses. Les recherches sur la prise en charge de cette clientèle vulnérable et les types d'interventions visant à répondre à ses besoins complexes n'échappent pas à ces débats. L'Organisation mondiale de la Santé réaffirme l'importance des risques associés à la médicalisation des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents (Auby, 2012), qui pourraient mener à la « psychiatisation » des problèmes de la vie normale et du développement psychosocial en milieu scolaire.

## RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2004, 384 pages.
- Association québécoise des enseignantes et des enseignants du primaire. (2013). Site internet. Repéré à <http://www.enseignementprimaire.ca/aqep/>
- Auby, P. (2012). Nouveaux enjeux de la recherche clinique en psychopharmacologie chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 62-68. doi:10.1016/j.neurenf.2011.04.007
- Authier, J. (2010). Université du Québec à Montréal. *Perceptions d'élèves en difficulté d'apprentissage quant à leurs conditions d'intégration scolaire au primaire*. Mémoire de maîtrise. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/2684/1/M11293.pdf>
- Carrefour éducation. (2013). Site Internet. Repéré à [http://carrefour-education.qc.ca/a\\_propos](http://carrefour-education.qc.ca/a_propos)
- Catale, C. & Meulemans, T. (2013). Diagnostic, évaluation et prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité : le point de vue du neuropsychologue. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61, 40-147. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.12.005>
- Child and Youth Mental Health Information Network (CYMHIN). *Les interventions qui comptent. Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. (2009). Repéré à <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC; 2013). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Repéré à <http://mentalhealthcommission.ca/Francais/node/5128>
- Commission scolaire de Montréal (CSDM). (2005). *Les options de service pour les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage*. Repéré à <http://www2.csdm.qc.ca/sasse/Scripts/Options.htm>
- Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys. Service des ressources éducatives. (2010). *Guide pratique à l'intention des parents d'élèves handicapés ou avec difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA)*. Repéré à <http://www.csmb.qc.ca/fr-CA/parents-eleves/~media/Files/PDF/CSMB/publications/guide-parents-ehdaa.ashx>
- Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (CNRIS). (2013). *Le DSM-5 : l'impact de la recherche sur l'évolution des concepts et des définitions du trouble du spectre de*



*l'autisme, du trouble de la communication sociale, de la déficience intellectuelle et des retards globaux du développement*.5. Repéré à [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa\\_no\\_site=3179&owa\\_no\\_fiche=180](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=3179&owa_no_fiche=180)

Couture, C., & Lapalme, M. (2007). Les retombées de la première année d'implantation des classes « kangourou » au Québec. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 10, 63-81.

CTREQ. Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec. Site Internet. Repéré à <http://www.ctreq.qc.ca/>

D'Ambrogio, T. & Speranza, M. (2012). Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 52–61. doi:10.1016/j.neurenf.2011.10.010

Dion-Viens, D. (2010). Élèves en difficulté : hausse « troublante » du nombre de cas. Le Soleil. Repéré à <http://www.lapresse.ca/le-soleil/actualites/education/201005/16/01-4280973-eleves-en-difficulte-hausse-troublante-du-nombre-de-cas.php>

Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (3<sup>e</sup> éd.). Bruxelles, Belgique : Groupe de Boeck.

Fédération des comités de parents du Québec (n.d.). *Guide d'accompagnement à l'intention des parents d'un enfant ayant des besoins particuliers*. Repéré à [http://www.fcpq.qc.ca/data/userfiles/files/Recherche\\_Developpement/outils\\_parents/GuideEnfantsHDAA.pdf](http://www.fcpq.qc.ca/data/userfiles/files/Recherche_Developpement/outils_parents/GuideEnfantsHDAA.pdf)

Fédération des comités de parents du Québec. (2009). *Le comité de parents Pivot de la participation parentale*. Repéré à [http://www.fcpq.qc.ca/data/userfiles/files/formation/Francais/f04\\_CP\\_fr.pdf](http://www.fcpq.qc.ca/data/userfiles/files/formation/Francais/f04_CP_fr.pdf)

Fédération des syndicats de l'enseignement (CSQ). (2013). *Référentiel Les élèves à risque et HDAA*. Repéré à [http://www.fse.qc.net/fileadmin/user\\_upload/z00/documents/VP/referentielEHDAA2013.pdf](http://www.fse.qc.net/fileadmin/user_upload/z00/documents/VP/referentielEHDAA2013.pdf)

Fondation canadienne de recherche en psychiatrie. (2005). *Quand ça ne va pas : aide aux enseignants aux prises avec des élèves en difficulté*. Repéré à [http://www.ctf-ce.ca/documents/Priorities/FR/mental%20health/CPRF\\_Teachers\\_FR.pdf](http://www.ctf-ce.ca/documents/Priorities/FR/mental%20health/CPRF_Teachers_FR.pdf)

Gonon, F., Guilé, J.-M. & Cohen, D. (2010). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 273–281. doi:10.1016/j.neurenf.2010.02.004

Gouvernement du Québec. Loi sur l'instruction publique (2013). Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I\\_13\\_3/I13\\_3.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_13_3/I13_3.html)

- Gouvernement du Québec. Loi sur l'instruction publique. *Régime pédagogique de l'éducation préscolaire, de l'enseignement primaire et de l'enseignement secondaire*. (2013). Repéré à [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I\\_13\\_3/I13\\_3R8.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_13_3/I13_3R8.HTM)
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (2005). ActiJeunes. *Guide d'accompagnement à l'intention du personnel scolaire. Participation des parents à la réussite éducative des élèves du primaire*. Repéré à [http://www.rapcotenord.ca/sites/default/files/participation\\_parents.pdf](http://www.rapcotenord.ca/sites/default/files/participation_parents.pdf)
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2009). *À la même école. Les élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage : évolution des effectifs et cheminement scolaire à l'école publique*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1871280>
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2013). *Conseil d'établissement. Fonctions et pouvoirs*. Repéré à <http://www.mels.gouv.qc.ca/parents-et-tuteurs/conseil-detablissement/questions-et-reponses/conseil-detablissement-dune-ecole/fonctions-et-pouvoirs/>
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2008). *Des conditions pour mieux réussir! Plan d'action pour soutenir la réussite des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*. Repéré à [http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS/Formation\\_jeunes/Adaptation\\_scolaire/PlanActionEHDA.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS/Formation_jeunes/Adaptation_scolaire/PlanActionEHDA.pdf)
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2008). *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*. Repéré à [http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS/Formation\\_jeunes/Adaptation\\_scolaire/2Reseau1ObjectifProtocoleEntente\\_f.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS/Formation_jeunes/Adaptation_scolaire/2Reseau1ObjectifProtocoleEntente_f.pdf). Consulté le 12 novembre 2013
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2013). *Directions régionales du Ministère*. Repéré à <http://www.mels.gouv.qc.ca/nous-joindre/directions-regionales-du-ministere/>
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. *Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*. Repéré à <http://www.comportement.net/publications/ehdaa.PDF>
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (2004). *Guide d'utilisation de deux instruments à l'intention des écoles primaires. Rapprocher les familles et l'école primaire*. Repéré à [http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/Regions/Guide\\_Utilisation-1.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/Regions/Guide_Utilisation-1.pdf)
- Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2011). *Guide d'utilisation en lien avec le canevas de base du plan d'intervention*. Repéré à

[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS/Formation\\_jeunes/Adaptation\\_scolaire/GuideUtili\\_CanevasPlanInterv\\_f\\_1.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS/Formation_jeunes/Adaptation_scolaire/GuideUtili_CanevasPlanInterv_f_1.pdf)

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (2004). *Le plan d'intervention...au service de la réussite de l'élève. Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention.*

Repéré à

[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS/EPEPS/Formation\\_jeunes/Adaptation\\_scolaire/19-7053.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS/EPEPS/Formation_jeunes/Adaptation_scolaire/19-7053.pdf)

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (2003). *Les difficultés d'apprentissage à l'école. Cadre de référence pour guider l'intervention.* Repéré à

[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS/EPEPS/Formation\\_jeunes/Adaptation\\_scolaire/19-7051-01\\_01.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS/EPEPS/Formation_jeunes/Adaptation_scolaire/19-7051-01_01.pdf)

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2011). *Les échelles des niveaux de compétence. Programme éducatif destiné aux élèves ayant une déficience intellectuelle profonde.* Repéré à

<http://www.mels.gouv.qc.ca/references/publications/resultats-de-la-recherche/detail/article/les-echelles-de-niveaux-de-competece-programme-educatif-destine-aux-eleves-ayant-une-defic/>

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (2002). *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite.* Repéré à

[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS/EPEPS/Coord\\_interv\\_milieu\\_defavorise/19-7029.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS/EPEPS/Coord_interv_milieu_defavorise/19-7029.pdf)

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2007).

*L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA).* Repéré à

[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS/EPEPS/Formation\\_jeunes/Adaptation\\_scolaire/19-7065.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS/EPEPS/Formation_jeunes/Adaptation_scolaire/19-7065.pdf)

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (1996). *Programmes d'études adaptés Français Mathématique Sciences humaines Enseignement primaire.* Repéré à

[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS\\_ServEns/Programmes/francais\\_math\\_sc-humaines\\_primaire\\_prog\\_adaptes.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS_ServEns/Programmes/francais_math_sc-humaines_primaire_prog_adaptes.pdf)

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. (2011). *Programme éducatif destiné aux élèves ayant une déficience intellectuelle profonde. Programme de formation de l'école québécoise.* Repéré à

[http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/EPEPS/Formation\\_jeunes/Programmes/ProgEducDestineElevesDefIntelProfonde\\_PFEQ\\_f.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/EPEPS/Formation_jeunes/Programmes/ProgEducDestineElevesDefIntelProfonde_PFEQ_f.pdf)

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Rencontres des partenaires d'éducation.* Repéré à

[http://www.autisme.qc.ca/assets/files/AVIS-FEDE/Octobre-2010-en\\_Part\\_Integration.pdf](http://www.autisme.qc.ca/assets/files/AVIS-FEDE/Octobre-2010-en_Part_Integration.pdf)

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (2000). *TDAAH Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système*

*nerveux central*. Repéré à <http://www.mels.gouv.qc.ca/references/publications/resultats-de-la-recherche/detail/article/rapport-de-comite-conseil-sur-le-trouble-de-deficit-de-lattentionhyperactivite-et-sur-lusage-d/>.

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *TDAH. Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : connaissances et interventions*. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/formation.pdf>.

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. (2000). *TDAH Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes Plan d'action*. Repéré à [http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site\\_web/documents/publications/antérieur/hyperplan.pdf](http://www.mels.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/publications/antérieur/hyperplan.pdf).

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation (2009). *Une école adaptée à tous les élèves. Plan d'action en matière d'adaptation scolaire*. Repéré à <http://www.mels.gouv.qc.ca/references/publications/resultats-de-la-recherche/detail/article/une-ecole-adaptee-a-tous-ses-eleves-politique-de-ladaptation-scolaire/>

Groulx, M. (1997). Programme TEACCH. Principes et techniques d'intervention. Matériel de formation.

Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D. & Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. Montréal, Québec : Gaëtan morin éditeur.

Healy, H. (2009). *Les médicaments psychiatriques démythifiés* (5<sup>e</sup> éd.). France : Elsevier Masson SAS.

Institut de la Statistique du Québec. (2010). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2010)*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/alimentation/sante-enfants-prevalences.pdf>.

Institut universitaire de Santé Mentale de Québec. (2012). *Notions de base sur les maladies mentales. Guide pratique d'intervention*.

Lafortune, D. & Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Canadian Psychology*, 47, 155-169. doi : 10.1037/cp2006006

Lafortune, D., Gagné M.-P. & Blais De, É. (2012). De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments psychotropes auprès des enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 69–76. doi:10.1016/j.neurenf.2011.05.002

- Nadeau, M.-F., Normandeau, S. & Massé L. (2012). Efficacité d'un programme de consultation pour les enseignants du primaire visant à favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH. *Canadian Journal of Behavioral Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 44, 146–157. doi : 10.1037/a0024655
- Organisation mondiale de la Santé. *Guide des politiques et des services de santé mentale. Politiques et plans relatifs à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent*. (2006). Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/policy/santementale\\_enfant\\_ado\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/santementale_enfant_ado_final.pdf).
- Parlement du Canada. De l'ombre à la lumière. *La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. (2006). Repéré à [http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/SOCI/rep/rep02may06-f.htm#\\_Toc131145154](http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/391/SOCI/rep/rep02may06-f.htm#_Toc131145154).
- Rénéric, J.-P. (2012). Les psychostimulants dans le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60, 30–34. doi:10.1016/j.neurenf.2011.12.002
- Scribd. CTREQ Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec. *Programme Répît-Transit*. Repéré à <http://fr.scribd.com/doc/26376179/Programme-Repit-Transit>.
- Terrel, C. & Passenger, T. (2012). *Comprendre les troubles d'apprentissage chez l'enfant*. Les Publications Modus Vivendi inc.
- Tétreault et coll. (2010). *L'évaluation de l'implantation et des effets de l'Entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Repéré à [http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/upload/capsules\\_recherche/fichiers/capsule\\_53.pdf](http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/upload/capsules_recherche/fichiers/capsule_53.pdf).
- Tétreault et coll. (2010). *Rapport scientifique intégral. Pour un Québec attentif aux enfants handicapés ou en difficulté et à leurs familles, section Annexes*. Repéré à [http://www.cirris.ulaval.ca/cirris\\_fichiers/files/Rapport4.pdf](http://www.cirris.ulaval.ca/cirris_fichiers/files/Rapport4.pdf).
- Turgeon, L. & Parent, S. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : Troubles intériorisés*. Québec : Les presses de l'Université du Québec.
- Turgeon, L. & Parent, S. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 2 : Troubles de comportement*. Québec : Les presses de l'Université du Québec.

## TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1

*Les traitements médicamenteux des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent*

<b>Trouble</b>	<b>Psychotrope</b>	<b>Substance, médicament</b>
TDAH	psychostimulant	Méthylphénidate (Ritalin), autre amphétamine
Trouble oppositionnel avec provocation	psychostimulant neuroleptique	Méthylphénidate (Ritalin), autre amphétamine Antipsychotique atypique, (Rispéridone)
Trouble de conduite	normothymique neuroleptique	Lithium, Antipsychotique atypique
Trouble d'humeur (dépression)	antidépresseur, anxiolytique	Fluoxétine, Benzodiazépines
Trouble d'humeur (Trouble bipolaire)	normothymique neuroleptique	Lithium, Antipsychotique atypique (Rispéridone)
Schizophrénie	neuroleptique	Antipsychotique atypique (Rispéridone)
Autisme et/ ou retard mental	neuroleptique	Rispéridone ou autre antipsychotique atypique

Tableau 1 : Les traitements médicamenteux des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent

*Note.* Tableau réalisé à partir des informations présentées dans D'Ambrogio, T. & Speranza, M. (2012).

Tableau 2

*Regroupement des diagnostics selon les codes de difficulté*

Élève à risque	Trouble psychopathologique (DSM-IV)	Code	EHDAA
Élève présentant certaines difficultés d'apprentissage ou manifestant des comportements qui sont susceptibles de l'empêcher d'atteindre les objectifs d'apprentissage et de socialisation poursuivis par l'école.	<b>Élève en difficulté d'adaptation</b>		
	TDAH		Élève présentant un trouble déficitaire de l'attention (TDA) ou avec hyperactivité (TDAH)
	Troubles de comportement	12	Troubles du comportement
		14	Troubles graves du comportement
	<b>Élève en difficulté d'apprentissage</b>		
	Troubles de la communication et des apprentissages		Élève présentant des difficultés d'apprentissage
			Élève présentant des troubles spécifiques d'apprentissage (dyslexie, dysorthographe et dyscalculie)
			Élève présentant une dysphasie de légère à moyenne ou trouble primaire du langage
	Retard mental ou déficience intellectuelle	98	Élève présentant une déficience légère
	<b>Élève handicapé</b>		
	Troubles de la communication et des apprentissages	34	Élève présentant une déficience langagière
	Troubles envahissants du développement	50	Élève présentant un trouble envahissant du développement (TED)
	Retard mental ou déficience intellectuelle	24	Élève présentant une déficience moyenne à sévère
Possible Troubles de l'humeur Troubles anxieux Schizophrénie ou autres	53	Élève présentant un trouble relevant de la psychopathologie	

Tableau 2 : Regroupements des diagnostics selon les codes de difficulté

*Note.* Tableau réalisé à partir des informations sur les EHDAA et les codes de difficulté présentées dans *Fédération des comités de parents du Québec (n.d.)*.

Tableau 3

*Répartition des élèves HDAA au préscolaire et au primaire  
pour la province de Québec (2007-2008)*

Caractéristique (code)	N	Classe ordinaire		Classe spéciale		École spéciale	
		n	%	n	%	n	%
Déficiences langagières (34)	4 131	1 590	38.5	2 414	58.4	115	2.8
Troubles envahissants de développement (50)	3 759	1 686	44.9	1 642	43.7	429	11.4
Déficiences motrices légères ou organiques (33)	1 838	1 381	75.1	357	19.4	74	4.0
Déficiences atypiques (99)	1 132	570	50.4	400	35.3	62	5.5
Déficiences intellectuelles moyennes à sévères (24)	1 049	298	28.4	505	48.1	243	23.2
Déficiences auditives (44)	872	482	55.3	243	27.9	140	16.1
Troubles graves du comportement avec entente (13)	711	429	60.3	132	18.6	58	8.2
Troubles relevant de la psychopathologie (53)	640	310	48.4	218	34.1	107	16.7
Déficiences motrices graves (36)	573	213	37.2	132	23.0	206	36.0
Troubles graves du comportement sans entente (14)	363	160	44.1	137	37.7	65	17.9
Déficiences visuelles (42)	293	191	65.2	13	4.4	60	20.5
Déficiences intellectuelles profondes (23)	238	14	5.9	50	21.0	166	69.7
Déficiences intellectuelles légères reconnues handicapées (98)	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>15 999</b>	<b>7 324</b>	<b>47.0</b>	<b>6 243</b>	<b>40.0</b>	<b>1 725</b>	<b>11.1</b>

Tableau 3 : Répartition des élèves HDAA au préscolaire et au primaire

*Note.* Le présent tableau est tiré du document *Annexe 1 - Portrait des élèves handicapés ou en difficulté et des services*, Tétreault et coll. (2010).



Tableau 4

*Programmes éducatifs selon le type de diagnostic*

<b>PROGRAMMES ÉDUCATIFS SELON LE TYPE DE DIAGNOSTIC</b>	
<b>Diagnostic/ Difficulté</b>	<b>Nom du programme</b>
Difficultés de comportement	Programme Répit-Transit
Trouble du spectre autistique	Programme TEACCH ( <i>Treatment and Education of Autistic an related Communication Handicapped Children</i> )
Déficience intellectuelle moyenne à sévère	Programme d'études adaptés Français, Mathématique, Sciences humaines (enseignement primaire)
Déficience intellectuelle profonde	Les échelles de niveaux de compétence
	Programme éducatif destiné aux élèves ayant une déficience intellectuelle profonde

Tableau 4 : Programmes éducatifs selon le type de diagnostic