

CAHIER
recherche et pratique

VOLUME 2 NUMÉRO 1 MARS 2012

Reconnaître et traiter la souffrance des enfants

Cahier recherche et pratique : une suite attendue

Martin Drapeau, Ph. D., psychologue, Université McGill

L'efficacité des interventions fondées sur l'attachement pour les parents maltraitants et leurs enfants

Ellen Moss, Ph. D., Université du Québec à Montréal

La peur et l'anxiété chez les jeunes enfants et l'encadrement parental

Arlene R. Young, Ph. D., Université Simon Fraser

L'usage des médicaments psychotropes chez les enfants et adolescents

Denis Lafortune, Ph. D., Université de Montréal

La prévalence et la prévention de l'agression sexuelle envers les enfants et les adolescents

Isabelle Daigneault, Ph. D., psychologue, Université de Montréal

MISSION DU CAHIER RECHERCHE ET PRATIQUE

Le *Cahier recherche et pratique* est publié deux fois par année par l'Ordre des psychologues du Québec. L'objectif de cette publication est de présenter des synthèses des connaissances scientifiques en psychologie et de faciliter le transfert des connaissances vers le champ de la pratique. Les cahiers visent à outiller les psychologues praticiens, tous domaines et champs de pratique confondus, en mettant à leur disposition des relevés de littérature critiques et de brèves synthèses de connaissances sur des thématiques d'actualité. La revue vise aussi à informer le public et les professionnels qui travaillent en collaboration avec les psychologues sur les récents développements scientifiques et cliniques en psychologie ainsi que sur la contribution des psychologues à l'amélioration de la qualité de vie de la population.

La revue publie des articles sur invitation seulement, à la suite d'un appel de propositions. Aucune soumission indépendante n'est considérée ou acceptée. Cependant, le comité éditorial peut recevoir des suggestions de thématiques. Le choix des thématiques se fait en fonction de leur pertinence clinique et de leur pertinence scientifique, sociale et politique. Les articles qui proposent des meilleures pratiques dans un domaine ou dans un contexte particulier ou qui remettent en question certaines pratiques ou politiques existantes, en s'appuyant sur les résultats de la recherche, sont privilégiés. Dans tous les cas, la valeur d'un article est évaluée en fonction de ses assises scientifiques et de son potentiel pour améliorer les pratiques. Tous les articles sont soumis à une expertise à l'aveugle avant d'être acceptés et publiés.

Le *Cahier recherche et pratique* est publié par la Direction des communications de l'Ordre des psychologues du Québec. La reproduction et la distribution des textes sont autorisées avec mention de la source à condition que ce soit à des fins non lucratives.

Rédacteur en chef : Martin Drapeau, Ph. D., psychologue, professeur de psychologie du counseling et de psychiatrie, Université McGill

Coordonnatrice de la publication : Diane Côté, directrice des communications, Ordre des psychologues du Québec

Comité éditorial :

Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre des psychologues du Québec

Pierre Desjardins, psychologue, directeur de la qualité et du développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

Diane Côté, directrice des communications, Ordre des psychologues du Québec

Martin Drapeau, Ph. D., psychologue, membre du CA de l'Ordre des psychologues du Québec et professeur à l'Université McGill

Nathalie Girouard, Ph. D., psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique, Ordre des psychologues du Québec

Experts consultés pour ce numéro

Professeure Julie Achim, psychologue, Université de Sherbrooke

Professeure Marie-Eve Clément, Université du Québec en Outaouais

Professeure Melanie Dirks, Université McGill

Professeure Sylvie Drapeau, Université Laval

Professeure Suzanne Dugré, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Professeur Jean-Pierre Gagnier, psychologue, Université du Québec à Trois-Rivières

Professeur Cary Kogan, psychologue, Université d'Ottawa

Professeure Diane Marcotte, psychologue, Université du Québec à Montréal

D^{re} Katherine Moxness, Ph. D., psychologue, Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal

Professeure Marie-Hélène Poulin, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Professeure Elisa Romano, psychologue, Université d'Ottawa

Professeure Marsha Runtz, Université de Victoria

Professeur Miguel Terradas Carrandi, psychologue, Université de Sherbrooke

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-923164-48-9

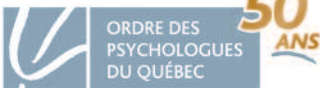
ISSN 1923-0311

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510

Mont-Royal Qc H3P 3H5

www.ordrepsy.qc.ca



Tous les numéros des éditions anglaises et françaises du *Cahier recherche et pratique* sont disponibles sur le site de l'Ordre des psychologues :

www.ordrepsy.qc.ca/cahierrecherche

Cahier recherche et pratique

- Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie
- La dépression : considérations autour des choix de traitements

Integrating Science and Practice

- Documenting the effectiveness of Psychotherapeutic Interventions
- Depression, Considerations Surrounding Treatment Choices

Cahier recherche et pratique : une suite attendue

Le tout premier numéro du *Cahier recherche et pratique* fut publié en mars 2010. Le but de cette nouvelle publication était de créer « une passerelle entre la recherche en psychologie et les psychologues praticiens qui veulent connaître l'état des connaissances et s'en inspirer pour choisir et améliorer leurs interventions » (*Cahier recherche et pratique*, 2010, p. 2). Après un premier numéro sur l'efficacité des interventions en psychothérapie, un second parut en septembre 2010, portant sur les options de traitement de la dépression. Il s'agissait alors d'un projet pilote dont la pertinence et l'utilité devaient être évaluées avant que nous puissions décider si la nouvelle revue allait devenir une publication régulière de l'Ordre.

Ainsi, l'année 2011 fut d'abord et avant tout consacrée à une étude de satisfaction des membres de l'Ordre vis-à-vis du *Cahier recherche et pratique*. En début d'année, à la demande de l'Ordre, la firme Jolicoeur et Associés lança un sondage auprès de 1500 membres. Sept cent cinquante-deux psychologues y répondirent, pour un taux de réponse de plus de 50 %. De ceux-ci, 63 % connaissaient la revue et l'avaient lue. Les résultats étaient éloquentes : 95 % des répondants estimaient que l'Ordre devait continuer de publier la revue. Un pourcentage similaire estimait que la publication d'une telle revue faisait partie du mandat de l'Ordre et était d'avis que le *Cahier recherche et pratique* était complémentaire à la revue *Psychologie Québec*, aussi publiée par l'Ordre. Les résultats du sondage ont aussi mis en lumière la grande pertinence de la revue au point de vue de la théorie et de la pratique. Les sondés estimaient par ailleurs que la revue était utile pour guider leurs interventions auprès de leur clientèle ainsi que dans leurs interactions avec leurs collègues. Les résultats du sondage soulignaient enfin la valeur éducative de la revue. Ces résultats sont conformes aux nombreux commentaires soumis par des lecteurs, tant du Québec que de l'extérieur, notamment des représentants de l'American Psychological Association et de la Société canadienne de psychologie.

À la lumière de ces résultats, le conseil d'administration de l'Ordre décida, à sa réunion du 17 juin 2011, d'autoriser la poursuite de la publication de la revue. La seconde moitié de 2011 fut alors consacrée à la définition du mandat de la revue et de ses politiques éditoriales, et à entreprendre les démarches nécessaires pour qu'elle soit répertoriée dans les principaux moteurs de recherche de littérature en psychologie. La mission de la revue et ses politiques éditoriales sont décrites à la page 2 du présent numéro, ainsi que sur le site de l'Ordre, où tous les numéros français et anglais peuvent être téléchargés :

www.ordrepsy.qc.ca/cahierrecherche.

Le troisième cahier : l'enfance

Avec ce troisième numéro du *Cahier recherche et pratique*, nous tournons notre attention vers les enfants. Il est estimé que 15 % des enfants et adolescents souffrent de troubles mentaux (Wadell et Shepherd, 2002), certains taux rapportés s'approchant plutôt des 20 %, d'autres le dépassant même largement, notamment dans les populations à plus faible revenu (Kieling et coll., 2011). Selon des estimations qui remontent déjà à quelques années (MSSS, 2005), ceci représenterait plus de 230 000 enfants et adolescents québécois qui souffrent à tout moment, la plupart de trouble anxieux, de trouble du comportement ou de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), ou encore de trouble dépressif, pour ne nommer que ceux-là. Plus préoccupant encore, 38 % des parents

Plus préoccupant encore, 38 % des parents canadiens auraient honte d'admettre que leur enfant souffre de troubles anxieux ou thymiques (...) et seul un enfant sur cinq, un sur quatre tout au mieux, recevrait les soins requis par son état.

canadiens auraient honte d'admettre que leur enfant souffre de troubles anxieux ou thymiques (Kinark Child and Family Services, 2007) et seul un enfant sur cinq, un sur quatre tout au mieux, recevrait les soins requis par son état (Leitch, 2007; Wadell et coll., 2005).

Si ces quelques chiffres devraient nous interpeller, les articles publiés dans ce numéro du *Cahier recherche et pratique* devraient quant à eux nous inviter à la réflexion et nous pousser à l'action. Quand on connaît les effets et les conséquences de la maladie mentale chez les enfants, les adolescents et leur entourage, que ce soit à court, moyen et même à long terme (p. ex. Felletti et coll., 1998; WHO, 2003), mais aussi les conséquences de l'abus et de la négligence (p. ex. Bowlus et coll., 2003), on ne peut que conclure

à l'importance d'intervenir, non seulement auprès des jeunes et de leur famille, mais aussi à un niveau sociétal. D'abord, dans un but de prévention, pour éviter que les difficultés apparaissent ou se chronicisent, ce qui prend tout son sens lorsqu'on sait que près de 70 % des troubles mentaux débutent durant l'enfance ou l'adolescence (MHCC, 2009). Ensuite, pour soulager et pour guérir, d'autant que près des trois quarts des cas de troubles mentaux durant l'enfance pourraient être traités avec succès grâce à un diagnostic et à une intervention rapides (Leitch, 2007). Pour ce faire, le Québec compte 2660 psychologues qui offrent des services pour les enfants et 3710 qui le font pour les adolescents. Il s'agit maintenant de leur assurer les moyens de travailler.



Martin Drapeau, Ph. D., psychologue
Rédacteur en chef, *Cahier recherche et pratique*
Professeur de psychologie du counseling et
de psychiatrie, Université McGill

RÉFÉRENCES

- Bowlus, A., McKenna, K., Day, T. et al. (2003). The Economic Costs and Consequences of Child Abuse in Canada. Téléchargé le 17 janvier 2012 sur publications.gc.ca/collections/collection_2007/lcc-cdc/JL2-39-2003E.pdf
- Cahier recherche et pratique* (2010). Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie, volume 1, numéro 1.
- Felletti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of deaths in adults: The Adverse Childhood Experience (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., et al. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378, 151-1525.
- Kinark Child and Family Services. (2007). Study shows children's mental health still taboo in Canada. Téléchargé le 17 janvier 2012 sur www.kinark.on.ca/news/news02StudyMediaRelease.aspx.
- Leitch, K.K., (2007). Reaching for the top: a report by the advisor on healthy children & youth. Téléchargé le 17 janvier 2012 sur www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-eng.pdf
- Mental Health Commission of Canada (2009). Toward recovery and wellbeing: a framework for a mental health strategy for Canada. Téléchargé le 17 janvier 2012 sur www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/boarddocs/15507_MHCC_EN_final.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens. Téléchargé le 17 janvier 2012 sur publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf
- Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C.A., et al. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 226-233.
- Waddell, C., et Shepherd, C. (2002). Prevalence of Mental Disorders in Children and Youth, Vancouver, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit: A Research Update Prepared for the British Columbia Ministry of Children and Family Development. Téléchargé le 17 janvier 2012 sur www.mcf.gov.bc.ca/mental_health/pdf/02a_cymh.pdf
- World Health Organization (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders. Téléchargé le 17 janvier 2012 sur www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf

L'efficacité des interventions fondées sur l'attachement pour les parents maltraitants et leurs enfants

Ellen Moss, Ph. D., Université du Québec à Montréal

Vanessa Lecompte, B. Sc., Université du Québec à Montréal

Katherine Pascuzzo, Ph. D., psychologue, Université du Québec à Montréal

Karine Dubois-Comtois, Ph. D., psychologue, Université du Québec à Trois-Rivières

Chantal Cyr, Ph. D., psychologue, Université du Québec à Montréal

George M. Tarabulsky, Ph. D., Université Laval

Diane St-Laurent, Ph. D., Université du Québec à Trois-Rivières

Annie Bernier, Ph. D., Université de Montréal



Ellen Moss est professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Elle est aussi directrice du Centre d'étude sur l'attachement et la famille, un centre de recherche composé de professeurs et d'étudiants doctoraux et post-doctoraux. Présentement, le Centre mène des études longitudinales sur les effets

développementaux associés aux relations d'attachement parent-enfant ainsi que des études cliniques évaluant l'efficacité de programmes d'intervention basés sur la théorie de l'attachement pour les enfants maltraités et leurs familles. Les travaux de la professeure Moss sont publiés dans des revues scientifiques d'envergure internationale. M^{me} Moss s'implique également dans la diffusion des connaissances au grand public via les médias et les ateliers de formation. De plus, elle donne plusieurs conférences dans les milieux scolaires et les centres de santé mentale.

moss.ellen@uqam.ca

La maltraitance¹ est un problème social persistant et répandu qui a des effets à long terme dévastateurs sur le développement social, affectif et cognitif des enfants. Les familles touchées par la maltraitance sont l'une des populations à plus haut risque, devant souvent composer avec des conditions de pauvreté extrême, un isolement social, des événements de la vie stressants et des symptômes psychiatriques présents chez les parents et les enfants (Trocmé *et al.*, 2005). Même si la maltraitance est associée à des effets négatifs avérés et à d'énormes coûts humains, sociaux et de santé, il existe relativement peu de programmes bien conçus et évalués qui ciblent les parents maltraitants (Cicchetti et Valentino, 2006). Après l'échec documenté des programmes de formation didactique pour les parents maltraitants (Daro, 1988), les efforts ont été centrés sur des programmes de visites à domicile élaborés en vue d'offrir un soutien social et un encadrement interactif. Toutefois, en général, ces programmes n'incluaient aucun modèle théorique intensif visant le changement des schémas d'interactions dysfonctionnels précoces inhérents à la maltraitance et qui mettent en péril le développement. Plus important encore, peu de programmes d'intervention dans le domaine de la maltraitance ont été évalués selon des devis de recherche avec répartition aléatoire et groupe témoin destinés aux enfants d'âge préscolaire (Schonkoff et Phillips, 2000). Par ailleurs, les résultats de nombreuses études proviennent exclusivement de mesures des changements d'attitudes ou du niveau de stress chez les parents ou de mesures institutionnelles de la période ou du type de placement hors du foyer. Ces mesures ne témoignent pas de la qualité de la relation entre le pourvoyeur de soins et l'enfant ni du fonctionnement de l'enfant.

La théorie de l'attachement fournit des bases solides permettant de comprendre les facteurs de risque et de résilience qui jouent un rôle dans le développement des enfants maltraités et de guider l'élaboration et l'évaluation de programmes d'intervention pour cette population à risques multiples. La présente synthèse décrit les programmes de traitement qui ont été influencés par la théorie de l'attachement.

Attachement

D'après la théorie de l'attachement, les expériences des nourrissons liées à une quête de réconfort et de protection auprès du parent – ou d'autres figures d'attachement – dans les moments de détresse forment la base du développement des modèles de fonctionnement interne. Un enfant qui a connu une relation sécurisante est

1 La maltraitance des enfants, parfois appelée violence et négligence envers les enfants, englobe toutes les formes de mauvais traitements physiques et affectifs, de sévices sexuels, de négligence et d'exploitation qui entraînent un danger réel ou potentiel pour la santé, le développement ou la dignité d'un enfant.

censé acquérir une capacité de maîtrise de soi, ainsi qu'une représentation interne de soi en tant que personne compétente et des autres en tant que personnes fiables (Bretherton, 1985). Il est démontré que l'attachement insécuré accroît le risque de psychopathologie (De Klyen et Greenberg, 2008). Il ressort invariablement qu'un type d'insécurité de l'attachement chez l'enfant, soit la désorganisation, est très stable en l'absence d'intervention et constitue un important facteur de risque de psychopathologie (Lyons-Ruth et Jacobvitz, 2008; Moss *et al.*, 2005). La désorganisation est aussi très fréquente chez les enfants maltraités, quelque 32 à 86 % d'entre eux étant classés dans cette catégorie (Van IJzendoorn, Schuengel et Bakermans-Kranenburg, 1999).

L'un des principes fondamentaux de la théorie de l'attachement est que la qualité de la relation d'attachement dépend de la sensibilité de la réponse du pourvoyeur de soins aux besoins de l'enfant (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Un pourvoyeur de soins sensible perçoit correctement les signaux affectifs qui régissent le comportement de recherche de proximité chez l'enfant et y répond d'une manière appropriée et contingente. Une insensibilité parentale, un comportement terrifié/terrifiant et des soins atypiques ont été liés au développement d'un attachement désorganisé chez les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire (Schuengel, Bakermans-Kranenburg et Van IJzendoorn, 1999). Des études ont indiqué qu'une sensibilité précoce du parent aux besoins et aux signaux de l'enfant, et la capacité du parent d'y répondre adéquatement, est un mécanisme clé qui façonne le développement du cerveau et le substrat des processus mentaux qui interviennent dans différents aspects du fonctionnement cognitif lié à la maîtrise des émotions

et à la communication (voir Schore, 2001, pour une revue). Selon des études longitudinales, un comportement sensible dans la prestation de soins et des relations d'attachement sécurisant sont associés à un risque nettement moindre de psychopathologie et de sous-rendement scolaire (Moss et St-Laurent, 2001).

Les programmes d'intervention

Les données à l'appui du rôle de la sensibilité maternelle dans le développement de l'attachement sécurisant proviennent de plusieurs études de prévention et d'intervention, effectuées auprès d'échantillons cliniques et non cliniques, ayant pour but d'améliorer la qualité de l'interaction précoce parent-enfant et l'attachement de l'enfant. Ces études, réalisées pour la plupart chez des dyades mère-enfant, consistaient en programmes de courte durée (de 5 à 16 semaines) ou de longue durée (de 20 semaines à un an) qui comportaient généralement des visites hebdomadaires à la maison. Dans le modèle de courte durée, les intervenants cherchaient surtout à modifier le comportement interactif du pourvoyeur de soins avec l'enfant en vue de le rendre plus sensible, en utilisant souvent la rétroaction par vidéo, alors que dans le modèle de longue durée, ils offraient une psychothérapie et un soutien social, en mettant l'accent sur la réinterprétation par les mères des expériences qu'elles avaient vécues durant leur propre enfance par rapport à leur rôle courant de pourvoyeuse de soins.

Plusieurs études (Cicchetti, Rogosch et Toth, 2006; Lieberman, Van Horn et Gosh Ippen, 2005; Lieberman, Gosh Ippen et Van Horn, 2006; Toth, Mangan, Manly, Spagnola et Cichetti, 2002) ont porté sur l'efficacité à long terme (M = 46 semaines) de l'intervention préventive fondée sur l'attachement chez

des dyades mère-enfant de familles touchées par la maltraitance. Dans les modèles d'intervention évalués au cours de toutes ces études, la relation enfant-parent servait de principal véhicule pour l'amélioration des résultats chez l'enfant, et un volet plus intrapsychique pour la mère et l'enfant s'y ajoutait pour changer les représentations internalisées, de soi et des autres, associées aux expériences d'attachement. Les résultats de l'étude de 2006 de Cicchetti et ses collègues, qui se démarque par le recours à l'assignation aléatoire et à des mesures de la qualité de la relation pourvoyeur de soins-enfant et du fonctionnement de l'enfant, a fait état d'une réduction substantielle de l'attachement désorganisé et d'une augmentation de l'attachement sécurisant dans le groupe d'intervention. Toth et ses collègues (2002) de même que Lieberman et ses collègues (2005, 2006) ont utilisé des devis avec répartition aléatoire auprès d'échantillons d'enfants d'âge préscolaire. Toth et ses collègues ont constaté qu'après l'intervention les enfants maltraités avaient beaucoup moins de représentations négatives d'eux-mêmes et de leur mère, et avaient plus d'attentes positives de la relation mère-enfant. À l'évaluation post-intervention, Lieberman et ses collègues (2005) ont noté une amélioration en ce qui a trait aux troubles du comportement, aux symptômes de stress traumatique et au diagnostic chez les enfants, de même qu'à l'évitement et aux symptômes de détresse chez les mères. Un suivi après six mois a révélé que l'amélioration avait été durable pour les troubles du comportement des enfants et la détresse maternelle (données fournies par les mères dans les deux cas).

Olds et ses collègues, dans plusieurs essais cliniques avec répartition aléatoire (1997, 1998, 2007), ont évalué une stratégie d'intervention à long terme

Ces études confirment également que les stratégies d'intervention standard encore utilisées dans la majorité des services de protection de la jeunesse au Québec (...) ne sont pas suffisantes pour prévenir une trajectoire de développement négative chez les enfants maltraités.

par des visites à domicile ciblant de multiples résultats pour les mères et les enfants. La théorie de l'attachement a été intégrée à des essais cliniques plus récents où l'on a mis l'accent sur la promotion d'un comportement sensible et réceptif de prestation de soins dans les interactions parent-enfant, sur la discussion concernant les propres antécédents des mères en matière d'éducation des enfants et sur le développement d'une relation aidante empathique. Les résultats indiquent qu'il y a eu des améliorations de la sensibilité et de la réceptivité chez les mères, et de la réceptivité et du développement mental chez les bébés. Toutefois, en raison de la diversité des services inclus dans le programme de visites à domicile, il est difficile de déterminer quel volet du programme produit les différents effets. De plus, l'effet de l'intervention sur la sécurité de l'attachement et la désorganisation chez l'enfant est incertain, ces construits n'ayant pas été mesurés.

Selon une importante méta-analyse de l'intervention fondée sur l'attachement visant à promouvoir l'attachement sécurisant, les programmes de courte durée axés directement sur l'augmentation de la prévisibilité, de la constance et de la chaleur du comportement du parent envers l'enfant sont plus efficaces que les démarches visant un changement des représentations internalisées et de plus longue durée (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn et Juffer, 2003). À la lumière d'une méta-analyse

subséquente (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn et Juffer, 2005), de courts programmes d'intervention fondée sur la sensibilité seraient aussi plus efficaces pour changer l'attachement désorganisé. En utilisant un devis avec répartition aléatoire et groupe témoin, Van Zeijl et ses collègues (2006) ont observé qu'un programme de courte durée à six séances, comprenant une formation sur la sensibilité et la discipline, était efficace pour améliorer les attitudes de la mère au chapitre de la sensibilité, pour promouvoir les interactions sensibles dans un contexte de discipline et pour réduire les troubles du comportement d'un enfant hyperactif, mais n'a pas eu d'effet sur la sensibilité de la mère ni sur le comportement agressif ou le trouble oppositionnel chez l'enfant. À ce jour, un seul essai clinique avec répartition aléatoire et groupe témoin a porté sur l'efficacité d'une intervention de courte durée fondée sur l'attachement pour les pourvoyeurs de soins principaux signalés pour cause de maltraitance et leurs enfants (de 1 à 5 ans) (Moss *et al.*, 2011). Le groupe visé par l'intervention a reçu huit visites hebdomadaires à domicile conçues pour la dyade pourvoyeur de soins-enfant et axées sur l'amélioration de la sensibilité du pourvoyeur de soins. De brèves discussions sur des thèmes liés à l'attachement et à la maîtrise des émotions ainsi qu'une rétroaction par vidéo de l'interaction parent-enfant faisaient partie des séances d'intervention. La comparaison des scores préintervention et postintervention a

révélé que le groupe visé par l'intervention a connu des améliorations importantes pour ce qui est de la sensibilité du parent et de la sécurité d'attachement de l'enfant, de même qu'une réduction de la désorganisation et des problèmes d'internalisation et d'externalisation chez l'enfant.

Conclusions

Des études ont montré que les interventions fondées sur l'attachement sont efficaces pour améliorer la sensibilité des parents et la sécurité de l'enfant et pour réduire les troubles du comportement chez l'enfant. Plusieurs nouvelles études (Moss *et al.*, 2011; Van Zeil *et al.*, 2006) corroborent aussi l'idée de « moins égale plus » de Bakermans-Kranenburg et ses collègues (2003), selon laquelle des programmes de courte durée, offerts à un moment opportun et directement axés sur l'augmentation de la prévisibilité, de la cohérence et de la chaleur du comportement du parent envers l'enfant, peuvent être très efficaces même chez des populations à risque extrêmement élevé. Pour les futures recherches, il sera important de mener des essais cliniques avec répartition aléatoire et groupe témoin pour comparer des interventions de longue et de courte durée axées sur la sensibilité chez des échantillons de familles touchées par la maltraitance afin d'examiner la question de la dose.

Ces études confirment également que les stratégies d'intervention standard encore utilisées dans la majorité des services de protection de la jeunesse au Québec (par exemple, le groupe témoin dans notre étude) ne sont pas suffisantes pour prévenir une trajectoire de développement négative chez les enfants maltraités. Dans le cadre des interventions actuelles chez cette population, les ressources sont mobilisées pour le

traitement du parent ou de l'enfant séparément, sans démarche intensive centrée sur la dyade parent-enfant. Bien que les styles d'attachement dysfonctionnels des parents aient une forte influence sur le développement des stratégies d'attachement et des troubles du comportement chez l'enfant, le traitement isolé du parent ne se traduit pas par de bons résultats pour l'enfant (Moss *et al.*, 2007).

Par contre, le seul traitement des problèmes socioaffectifs de l'enfant va à l'encontre de l'idée, dans la théorie de l'attachement, qu'un tel comportement est souvent une adaptation à l'insensibilité du parent aux signaux d'attachement de l'enfant. Une intervention axée principalement sur la dyade parent-enfant maximise les chances que le tableau chronologique de développement soit respecté et que les gains

thérapeutiques soient maintenus. À cet égard, les modèles fondés sur l'attachement présentés dans cette étude peuvent être des outils d'intervention efficaces pour les enfants maltraités et d'autres enfants ayant des troubles de l'attachement (par exemple, les enfants placés en famille d'accueil ou adoptés) et leurs parents.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 26, 191-216.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation, 2nd ed.* (p. 129-201). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.
- Daro, D. (1988). *Confronting child abuse: Research for effective program design*. New York: Free Press.
- De Klyen, M., & Greenberg, M.T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 637-665). New York: Guilford Press.
- Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1017-1026.
- Lieberman, A.F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 913-918.
- Lieberman, A.F., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2005). Towards evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment second edition: Theory, research, and clinical applications* (p. 666-697). New York: Guilford Press.
- Moss, E., Cyr, C., Bureau, J.-F., Tarabulsky, G.M., & Dubois-Comtois, K. (2005). Stability of attachment during the preschool period. *Developmental Psychology*, 41, 773-783.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23, 195-210.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37, 863-874.
- Moss, E., Tarabulsky, G.M., St-Laurent, D., Bernier, A., & Cyr, C. (2007). L'intervention auprès des familles maltraitantes fondée sur les principes de l'attachement. Dans C. Chamberlain, S. Léveillé & N. Trocme (éd.). *Enfants à protéger: parents à aider – des univers à rapprocher*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Olds, D., Henderson, C., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, *et al.* (1998). Long-terms effects of home visitation on children's criminal and antisocial behaviour. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Olds, D., Eckenrode, J., Henderson, C., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., *et al.* (1997). Long-terms effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. *Journal of the American Medical Association*, 278, 637-643.
- Olds, D., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 48, 355-391.
- Osofsky, J.D., Kronenberg, M., Hammer, J.H., Lederman, J.C., Katz, L., Adams, S., *et al.* (2007). The development and evaluation of the intervention model for the Florida Infant Mental Health Pilot Program. *Infant Mental Health Journal*, 28, 259-280.
- Schonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early child development*. Washington, DC: National Academies Press.
- Schore, A.N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal. Special Issue: Contributions from the decade of the brain to infant mental health*, 22, 7-66.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 54-63.
- Toth, S.L., Maughan, A., Manly, J.T., Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: Implications for attachment theory. *Development & Psychopathology*, 14, 877-908.
- Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., *et al.* (2005). *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect – 2003: Major Findings*. Ottawa, ON: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Van Zeijl, J., Koot, H., Mesman, J., Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Juffer, *et al.* (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting Psychology*, 74, 994-100.

LE TDAH : AU-DELÀ DES DÉFICITS

Emma A. Climie, M. Sc., cand. Ph. D., psychologue, Université de Calgary

Emma Climie est professeure adjointe dans le cadre du programme de pédopsychologie scolaire appliquée de l'Université de Calgary et est chercheuse principale pour le groupe de recherche sur le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité financé par la bourse de la famille Carlson. Elle est aussi membre du Collège des psychologues de l'Alberta.

eaclimie@ucalgary.ca

Un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) revêt fréquemment une connotation négative. En général, l'accent est mis sur les comportements indésirables; les enfants touchés ont souvent du mal à rester assis sans bouger, à terminer leurs tâches et à s'entendre avec leurs pairs (APA, 2000; Barkley, 1997). Par conséquent, ces éléments de déficience sont au cœur d'une grande partie de la recherche et des interventions cliniques chez ces enfants.

Cependant, une telle perspective centrée sur les déficits n'est pas toujours justifiée, car beaucoup d'enfants atteints d'un TDAH réussissent bien en classe, avec leurs pairs et dans leurs collectivités (Spencer, Biederman et Mick, 2007). Bon nombre d'enfants atteints de TDAH ont des qualités positives qui peuvent se révéler bénéfiques en classe ou à la maison (Climie, Mastoras, McCrimmon et Schwean, sous presse; Mikami et Hinshaw, 2003, 2006). Les enfants atteints de TDAH qui sont intelligents entretiennent des rapports plus satisfaisants avec leurs pairs (Mikami et Hinshaw, 2006) et des rapports sains avec leurs parents (Chronis et coll., 2007). Ils connaissent une évolution très favorable comparativement à l'enfant type atteint de TDAH (Modesto-Lowe, Yelunina et Hanjan, 2011). D'ailleurs, le succès avec les pairs et dans le milieu familial semble améliorer les chances de réussite pour les enfants atteints de TDAH et fait ressortir l'importance d'encourager et de renforcer ces rapports.

Pourtant, les chercheurs tiennent rarement compte de ces facteurs d'influence et continuent d'étudier en quoi ces enfants sont désavantagés. La question reste

donc en suspens : comme la recherche sur plusieurs autres populations cliniques (p. ex. personnes souffrant de troubles du spectre autistique) commence à être axée sur les capacités plutôt que sur les incapacités (p. ex. Montgomery et coll., 2008), pourquoi les enfants atteints de TDAH sont-ils encore vus sous un angle négatif?

En travaillant selon une perspective basée sur les forces, les chercheurs, cliniciens et enseignants peuvent mieux saisir les éléments positifs chez les enfants atteints de TDAH et unir leurs efforts vers un objectif de succès. Il est important de mieux comprendre les capacités et les besoins d'apprentissage particuliers des enfants atteints de TDAH et de favoriser l'utilisation de ces forces pour pallier chaque point faible et permettre à ces enfants de réussir, tant à la maison qu'à l'école.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: The Guilford Press.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Williams, S.H., Baumann, B.L., Kipp, H., Jones, H.A., & Rathouz, P.J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43 (1), 70-82.
- Climie, E.A., Mastoras, S.M., McCrimmon, A.W., & Schwean, V.L. (in press). Resilience in Childhood Disorders. In S. Prince-Embry (Ed.). *Translating Resiliency Theory for Children, Adolescents and Adults*. Springer, New York: NY.
- Mikami, A.Y., & Hinshaw, S.P. (2003). Buffers of peer rejection among girls with and without ADHD: The role of popularity with adults and goal-directed solitary play. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 81-397.
- Mikami, A.Y., & Hinshaw, S.P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls: Buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 825-839.
- Modesto-Lowe, V., Yelunina, L., & Hanjan, K. (2011). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A shift towards resilience? *Clinical Pediatrics*, 50 (6), 518-524.
- Montgomery, J. M., Schwean, V. L., Burt, J. G., Dyke, D. I., Thorne, K. J., Hindes, Y. L., McCrimmon, A. W., & Kohut, C. S. (2008). Emotional Intelligence and Resiliency in Young Adults with Asperger's Disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 23 (1), 70-93.
- Spencer, T.J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (6), 631-642.

La peur et l'anxiété chez les jeunes enfants et l'encadrement parental

Arlene R. Young, Ph. D., Université Simon Fraser
Marlena Szpunar, M.A., Université Simon Fraser



Arlene R. Young, Ph. D., est professeure agrégée de psychologie et directrice d'un programme de formation clinique agréé par la Société canadienne de psychologie et l'American Psychological Association à l'Université Simon Fraser. Elle y dirige également le Children's Social and Emotional Development Lab (laboratoire

sur le développement émotionnel et social des enfants), dont les recherches portent sur les mécanismes sous-jacents au risque de problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes. Dans ses recherches actuelles, elle s'intéresse particulièrement à l'apparition des troubles d'anxiété durant l'enfance, notamment aux mécanismes qui mènent à l'anxiété tels que le lien entre le tempérament inhibé et le développement d'une compréhension de l'univers social et la régulation de l'affect chez l'enfant. La professeure Young est aussi cochercheure dans une étude sur un nouveau traitement pour les jeunes enfants anxieux et leurs parents. Elle est auteure de nombreux articles scientifiques et a présenté ses travaux lors d'un grand nombre de conférences et d'ateliers.

aryoung@sfu.ca

Les peurs et l'anxiété font partie intégrante de la vie des gens de tous âges, y compris des enfants. En général, les enfants éprouvent un nombre étonnant de peurs à divers stades de leur développement (p. ex. Gullone, 1999). La peur de personnages imaginaires comme les fantômes et les monstres est courante au cours de la petite enfance; avec l'âge les peurs deviennent plus réalistes (p. ex. blessure ou danger physique) ou sont de nature sociale. Les peurs sont très répandues, même chez les enfants qui se développent normalement, notamment chez les enfants à l'âge préscolaire (71 %); elles atteignent généralement un sommet entre 7 et 9 ans (87 %) et diminuent entre 10 et 12 ans (68 %) (Muis, Merckelbach, Gadet et Moulaert, 2000). Les inquiétudes et les cauchemars sont également très fréquents chez les enfants de 4 à 12 ans, chez lesquels ils se manifestent dans une proportion de 67 % et 80 %, respectivement (Muis et coll., 2000). Il a été démontré à plusieurs reprises que l'intensité des peurs, des inquiétudes et des comportements rituels est plus élevée chez les filles que chez les garçons, dans les divers groupes d'âge. Cette variation dans la nature et l'intensité des inquiétudes, des peurs et des rituels est probablement un indice révélateur des différences dans les situations et les attentes auxquelles sont confrontés les enfants au cours de leur développement. En règle générale, les enfants apprennent à maîtriser ces peurs à mesure qu'ils développent une maturité émotionnelle et cognitive.

Toutefois, ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, au cours de la seconde moitié de la première année de vie, les bébés apprennent à différencier un visage connu d'un visage inconnu. Ce développement cognitif est souvent caractérisé par un sentiment de peur et de détresse en présence de personnes inconnues (Thompson et Limber, 1990). Cette peur, intense par moments, disparaît habituellement à la fin de la première année. Chez les enfants dont l'anxiété sociale est plus élevée, cette peur continue au-delà de la première année et perturbe le fonctionnement social et la routine normale de l'enfant. De la même façon, l'anxiété de séparation fait partie du développement normal au cours des deux premières années de vie. Il est également courant que les jeunes enfants aient peur devant de nouvelles situations ou activités. Leurs peurs diminuent généralement lorsqu'ils se sont habitués au nouvel environnement ou à la nouvelle situation. Chez les enfants qui ont des troubles d'anxiété de séparation, la peur tend généralement à augmenter, au lieu de diminuer, avec les séparations répétées du parent ou du substitut parental (Silove et Manicavasagar, 2001); ces enfants éprouvent une détresse importante même lorsqu'ils s'attendent à la séparation. Des dizaines d'années de recherche ont permis de montrer les facteurs qui peuvent expliquer la manière

dont se développent et persistent les peurs, les détresses et l'anxiété cliniquement importantes.

LES CAUSES DE L'APPARITION ET DE LA PERSISTANCE DE L'ANXIÉTÉ CLINIQUEMENT IMPORTANTE

Des études sur des familles et des jumeaux ont observé la variabilité des degrés de peur et d'anxiété chez les enfants. Elles laissent supposer qu'environ un tiers de cette variabilité est influencée par des facteurs génétiques (p. ex. Albano et coll., 2003; Eley et Gregory, 2004). La plupart des études sur les influences génétiques proposent une prédisposition générale à une réactivité anxieuse plutôt que des liens avec des troubles d'anxiété spécifiques (Albano et coll., 2003). Cette observation est particulièrement évidente chez les jeunes enfants et ceux d'âge préscolaire où l'on constate une covariation élevée entre les divers sous-types d'anxiété (Spence, Rapee, McDonald et Ingram, 2001). Une des causes probables du mécanisme sous-jacent à cette vulnérabilité est l'héritabilité de l'inhibition comportementale (IC) par rapport à l'inconnu, un type de tempérament considéré comme un facteur de prédisposition au développement de l'anxiété clinique (Hirshfeld-Becker, Biederman et Rosenbaum, 2004). L'IC exprime la tendance à la surexcitation et au retrait en réponse à des événements nouveaux, y compris des personnes, des situations et des objets non familiers. Cette caractéristique relativement persistante, observée chez les jeunes enfants, se manifeste par une tendance à l'anxiété et à la peur chez les bambins et par la gêne et le retrait dans des situations nouvelles ou non familières chez les jeunes enfants (Kagan, 1997). L'IC est une variante normale du tempérament qui peut être observée chez 15 % des enfants européens et nord-américains.

Les enfants sujets à l'IC ont, en tant que groupe, un risque élevé de développer un niveau clinique d'anxiété, en particulier d'anxiété sociale; toutefois, ce niveau d'anxiété se manifesterait seulement chez environ un tiers d'entre eux (Kagan, 1997). En conséquence, d'autres facteurs, y compris le milieu familial et les autres milieux, ont un rôle très clair (voir aussi Brooker et coll., 2011).

LA RELATION PARENT-ENFANT ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA RÉGULATION DES ÉMOTIONS ET D'UNE

COMPRÉHENSION DE L'UNIVERS SOCIAL

Des données longitudinales laissent entendre que l'IC permet de prédire l'anxiété clinique seulement dans les situations de parentage problématique (Rubin, Burgess et Hastings, 2002). L'influence relative du tempérament des enfants et des réactions parentales est quelque peu difficile à cerner vu l'influence réciproque de l'un sur l'autre tout au long du développement (Degnan, Almas et Fox, 2010). Les parents et les enfants maintiennent des relations complexes et ils n'agissent pas seulement de façon isolée. Ils réagissent aux comportements de l'autre et ils suscitent des comportements chez l'autre de diverses manières (Rapee et Spence, 2004). L'anxiété, autant chez les parents que chez les enfants, est liée aux comportements de parentage qui semblent aggraver l'anxiété chez l'enfant (Murray, Creswell et Cooper, 2009). Tout en tenant compte de la complexité de la situation familiale, nous analyserons en quoi les relations familiales des enfants anxieux varient sur le plan de l'attachement, de la régulation des émotions et d'une compréhension de l'univers social.

Attachement et exploration

L'attachement est un phénomène d'origine biologique qui pousse les enfants à chercher du soutien et de la protection auprès de leur parent ou du substitut parental lorsqu'ils se sentent menacés. En général, l'insécurité dans une relation d'attachement laisse présager des degrés d'anxiété élevés chez les enfants (Shamir-Essakow, Ungerer et Rapee, 2005), l'attachement insécurité ambivalent étant le plus typique (Colonnesi et coll., 2011). Les enfants présentant un attachement ambivalent expriment aussi leurs émotions plus intensément et ils ont du mal à les réguler (Bar-Haim, Dan, Eshel et Sagi-Schwartz, 2007). Les degrés d'anxiété les plus élevés sont observés chez les enfants qui ont un comportement inhibé, montrent un attachement insécurité et dont les mères sont anxieuses (Shamir-Essakow, Ungerer et Rapee, 2005). Ces facteurs peuvent s'influencer les uns les autres de diverses façons. Chez les enfants au comportement inhibé, le seuil de déclenchement de la réponse physiologique de stress est plus bas et les réactions de détresse semblent plus intenses (Kagan et Snidman, 1991). Il est par conséquent plus difficile pour les parents de manifester une réaction émotionnelle adaptée et constante (Nichols, Gergely et Fonagy, 2001). Les parents qui ont de la difficulté à réguler leur propre anxiété pourraient notamment se sentir dépassés par la détresse de leur enfant et avoir besoin d'être rassurés (Rubin et coll., 2002). De plus, les parents anxieux sont enclins à être moins chaleureux envers leurs enfants, attitude qui peut influencer sur le niveau de réassurance de l'enfant lorsqu'il est en interaction avec ses parents (DiBartolo et Helt, 2007). Ensemble, ces facteurs peuvent donner lieu à un modèle de réponse variable, lié à l'attachement

ambivalent. Dans ce modèle de comportement, les parents hésitent entre leur désir de rassurer et de comprendre leur enfant et le sentiment d'être dépassés ou d'avoir besoin de prendre du recul.

En outre, la réponse incohérente du parent entrave la capacité de l'enfant à développer les habiletés d'auto-régulation et le sentiment de sécurité qui lui sont nécessaires pour prendre des risques afin d'explorer son environnement et s'engager dans des interactions sociales (Nichols et coll., 2001). Malheureusement, les parents d'enfant anxieux pourraient renforcer la réticence de leur enfant à s'engager librement dans son environnement, surtout s'ils sont eux-mêmes anxieux. Par exemple, l'anxiété parentale et l'anxiété des enfants sont toutes deux associées à des comportements de contrôle parental plus élevé (Edison et coll., 2011). Il est reconnu qu'un contrôle parental plus grand incite les enfants anxieux à renoncer aux tâches stressantes à court terme (Harvison, Chapman, Ballash et Woodruff-Borden, 2008) et laisse présager une anxiété croissante durant toute l'enfance (Feng, Shaw et Silk, 2008). Le fait de limiter l'autonomie des enfants a un impact très fort sur l'anxiété durant l'enfance (McLeod, Wood et Weisz, 2007), probablement parce que les enfants dont l'autonomie est restreinte ne s'engageront pas dans des activités qui les feraient grandir socialement et leur permettrait d'acquérir un sentiment de maîtrise (Rubin et Mills, 1991). Ces réponses d'aucun secours de la part des parents ne semblent pas refléter un déficit d'habiletés au niveau du parentage; elles sont plutôt liées à un contexte ou une histoire d'attachement. Des études ont montré que les mères d'enfants anxieux ont un grand nombre d'émotions et de comportements aversifs envers leurs propres enfants, mais qu'elles peuvent avoir un

comportement positif envers d'autres enfants anxieux (Dumas et LaFrenière, 1993). Ainsi, les anxiétés et les frustrations des parents sont principalement déclenchées par leurs propres enfants, ce qui donne lieu à des comportements plus négatifs.

Mentalisation et régulation des émotions

Les premiers attachements fournissent aussi le contexte interpersonnel dans lequel les enfants découvrent leurs émotions et leurs états mentaux et commencent à réguler leur peur et leur anxiété (Fonagy, Steele, Steele et Moran, 1991). Lorsque les parents comprennent les états internes de leur enfant et réagissent avec empathie et savent s'adapter, l'enfant peut plus facilement découvrir ses états mentaux, les identifier et les comprendre (Fonagy et Target, 1997). L'enfant ressent une émotion positive s'il constate dans les réponses de ses parents qu'il a un impact sur leur réaction, ce qui accroît aussi le sentiment de contrôle chez l'enfant (Gergely et Watson, 1996).

Les parents d'enfants anxieux peuvent également montrer des déficits en ce qui concerne leur sensibilité et leur capacité de réaction aux émotions de leur enfant. Des études sur les interactions parents-enfants ont démontré que, comparativement aux parents d'enfants non anxieux, les parents d'enfants anxieux, au cours de discussions sur des événements émotifs entre autres, parlaient généralement moins, exploraient moins en profondeur les causes et les conséquences de l'émotion, étaient moins portés à s'appuyer sur leurs émotions positives et encourageaient moins les discussions sur leurs émotions avec leurs enfants (Suveg, Zeman, Flannery-Schroeder et Cassano, 2005; Suveg, Sood,

Hudson et Kendall, 2008). Lorsque les parents répondaient aux émotions négatives de leur enfant anxieux, ils avaient plutôt tendance à utiliser des réponses qui n'étaient d'aucune aide pour lui (p. ex. critique, désaccord, indifférence, contrariété, manque d'attention) (Hudson, Comer et Kendall, 2008). Ainsi, les parents d'enfants anxieux ne profitent peut-être pas toujours pleinement des occasions de discuter avec leurs enfants et de les aider à mieux comprendre et réguler leurs réactions internes. Si l'enfant a de la difficulté à obtenir de ses parents le soutien et la réaction appropriés, il peut éprouver un sentiment d'impuissance ou de manque de contrôle qui pourrait le rendre encore plus anxieux (Chorpita, Brown et Barlow, 1998).

Autoréflexion et compréhension de l'univers social

Très tôt, les états mentaux des parents affectent les enfants, mais ces derniers ne peuvent pas forcément réagir (Fonagy et coll., 1991). Vers l'âge de trois ans, les enfants commencent à exprimer leurs sentiments et à montrer qu'ils sont conscients que les sentiments des autres peuvent être différents des leurs (Bretherton, McNew et Beeghley-Smith, 1987); cette capacité se développe et devient de plus en plus complexe au cours l'enfance (Flavell, Flavell et Green, 1983). La qualité des réponses que l'enfant reçoit de ses parents ou du substitut parental et la sécurité de l'attachement de ceux-ci auront une influence sur sa capacité d'autoréflexion et d'acquisition d'une compréhension de l'univers social plus complexe (Humfress, O'Connor, Slaughter, Target et Fonagy, 2002). La capacité des parents de donner les réponses appropriées à l'enfant dépend de leur habileté à décrypter les états mentaux. Cette habileté est directement liée à

leur propre histoire d'attachement et à la qualité des réponses données par leurs parents ou substituts parentaux (Fonagy et coll., 1991).

En général, les parents d'enfants anxieux répondent d'une manière moins adaptée aux états internes de leurs enfants et leur donnent une rétroaction moins utile (Hudson et coll., 2008). Si le parent est anxieux, son interprétation des états mentaux des autres peut être faussée en raison de son anxiété et il peut transmettre subtilement à son enfant le message que le monde social est menaçant. Les jeunes enfants sont attentifs et réagissent aux réponses de leurs parents bien avant qu'ils aient la capacité de le démontrer. Les parents anxieux développent un comportement anxieux ou expriment des pensées empreintes d'anxiété – par exemple envisager le pire – et l'enfant sera porté à les faire siennes (Murray et coll., 2009). Ces observations montrent l'importance d'aider les parents anxieux et les parents d'enfants anxieux à développer d'autres comportements et attributions pour réduire la perception de danger dans l'environnement social.

CONCLUSIONS

L'évaluation de jeunes enfants présentant une anxiété cliniquement importante devrait être fondée sur une compréhension du phénomène de l'anxiété au cours de l'enfance normale, y compris le rôle du tempérament, la relation parent-enfant et le développement d'une compréhension de l'univers social et de la régulation des émotions. Les évaluations doivent être une occasion d'interaction parent-enfant et doivent comprendre une évaluation de la sensibilité parentale et de l'attachement. L'anxiété parentale et le tempérament de l'enfant doivent également être évalués. Les cliniciens doivent garder à l'esprit que,

sauf pour les peurs simples, les autoévaluations verbales de l'anxiété s'avèrent moins fiables chez les jeunes enfants que chez les enfants plus âgés et les adolescents (Ebesutani, Bernstein, Martinez, Chorpita et Weisz, 2011). Les nouvelles mesures d'évaluation au moyen de personnages dessinés ou de personnages animés (p. ex. le MAAC de Manassis et coll., 2009) sont un moyen prometteur pour évaluer les jeunes enfants anxieux.

En ce qui concerne les politiques sociales, il est essentiel de mener des campagnes d'information publique sur les risques liés à l'anxiété chez les jeunes enfants et l'importance des comportements du parent ou du substitut parental visant à réduire de tels risques. Les établissements de soins de santé, de la petite enfance et de loisirs sont les points de contact à privilégier pour la transmission d'information sur les signes d'anxiété chez les jeunes enfants et de techniques qui aideront les enfants à développer des

stratégies et des habiletés de régulation de l'anxiété. Il est important d'offrir une formation plus poussée à ceux et celles qui œuvrent dans le milieu de la santé, de l'éducation et des soins à l'enfant afin qu'ils puissent aider les jeunes enfants anxieux et leurs familles. Les programmes de parentage devraient également mettre l'accent sur l'importance des relations parents-enfants pour l'enfant qui apprend à réguler ses émotions et à faire face aux situations de stress. Les parents devraient pouvoir compter sur de l'information factuelle accessible sur des sites Web de qualité (p. ex. Association canadienne des troubles anxieux, www.anxietycanada.ca ou AnxietyBC, www.anxietybc.com) et dans des publications traitant de la façon d'aider efficacement leurs enfants anxieux. Enfin, il est essentiel de soutenir davantage la recherche dans les programmes de parentage et d'intervention pour les jeunes enfants qui pourraient présenter des troubles d'anxiété afin d'aider ces jeunes d'une grande vulnérabilité.

RÉFÉRENCES

- Albano, A. M., Chorpita, B. F. et Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In E. J. Mash (Ed.), *Child psychopathology* (2nd ed., p. 279-329). New York: Guilford Press.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR) (4th Text Revision ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y. et Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1061-1068.
- Booker, R., Neiderhiser, H., Kiel, E., Leve, L., Shaw, D. et Reiss, D. (2011). The association between infants' attention control and social inhibition is moderated by genetic and environmental risk for anxiety. *Infancy*, 16(5), 490-507.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. New York, NY US: Basic Books.
- Bretherton, I., NcNew, S. et Beeghley-Smith, M. (1987). Early person knowledge as expressed in gestural and verbal communication: When do infants acquire a 'theory of mind'? In J. Oates, S. Sheldon, J. Oates & S. Sheldon (Eds.), *Cognitive development in infancy*. (p. 219-246). Hillsdale, NJ England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Chorpita, B. F., Brown, T. A. et Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy*, 29 (3), 457-476.
- Colonnaesi, C., Draijer, E. M., Jan J M Stams, Geert, Van, d. B., Bögels, S. M. et Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645.
- Deegan, K. A., Almas, A. N. et Fox, N. A. (2010). Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 497-517.

RÉFÉRENCES (suite)

- DiBartolo, P. M. et Helt, M. (2007). Theoretical models of affectionate versus affectionless control in anxious families: A critical examination based on observations of parent-child interactions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 253-274.
- Dumas, J. E. et LaFreniere, P. J. (1993). Mother-child relationships as sources of support or stress: A comparison of competent, average, aggressive, and anxious dyads. *Child Development*, 64(6), 1732.
- Ebesutani, C., Bernstein, A., Martinez, J. I., Chorpita, B. F. et Weisz, J. R. (2011). The Youth Self Report: Applicability and validity across younger and older youths. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 338-346.
- Edison, S. C., Evans, M. A., McHolm, A. E., Cunningham, C. E., Nowakowski, M. E., Boyle, M., et coll. (2011). An investigation of control among parents of selectively mute, anxious, and non-anxious children. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(3), 270-290.
- Eley, T. C. et Gregory, A. M. (2004). Behavioral genetics. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety Disorders In Children and Adolescents* (2nd ed., p. 71-97). New York: Guilford Press.
- Feng, X., Shaw, D. S. et Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 32-47.
- Flavell, J. H., Flavell, E. R. et Green, F. L. (1983). Development of the appearance-reality distinction. *Cognitive Psychology*, 15(1), 95-120.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H. et Moran, G. S. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201-218.
- Fonagy, P. et Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.
- Fox, E., Russo, R. et Dutton, K. (2002). Attentional bias for threat: Evidence for delayed disengagement from emotional faces. *Cognition & Emotion*, 16, 335-379.
- Gergely, G. et Watson, J. S. (1996). The social biofeedback theory of parental affect-mirroring: The development of emotional self-awareness and self-control in infancy. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(6), 1181-1212.
- Harvison, K. W., Chapman, L. K., Ballash, N. G. et Woodruff-Borden, J. (2008). Anxiogenic patterns in mother-child interactions. *Child & Family Behavior Therapy*, 30(2), 137-151.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J. et Rosenbaum, J. F. (2004). Behavioral inhibition. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety Disorders In Children and Adolescents* (2nd ed., p. 27-58). New York: Guilford Press.
- Hirshfeld-Becker, D., Masek, B., Henin, A., Blakely, L., Pollock-Wurman, R., McQuade, J., DePrillio, L., Briesch, J., Ollendick, T., Rosenbaum, J. et Biederman, J. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for 4- to 7-year old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 498-510.
- Hudson, J. L., Comer, J. S. et Kendall, P. C. (2008). Parental responses to positive and negative emotions in anxious and nonanxious children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 303-313.
- Humfress, H., O'Connor, T. G., Slaughter, J., Target, M. et Fonagy, P. (2002). General and relationship-specific models of social cognition: Explaining the overlap and discrepancies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 873-883.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development*, 68, 139-143.
- Kagan, J. et Snidman, N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46(8), 856-862.
- Liber, J. M., van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Utens, E. M. W. J., van, d. L., Markus, M. T., et coll. (2008). Parenting and parental anxiety and depression as predictors of treatment outcome for childhood anxiety disorders: Has the role of fathers been underestimated? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 747-758.
- Manassis, K., Mendlowitz, S., Kreindler, D., Lumsden, C., Sharpe, J., Simon, M., Woolridge, N., Monga, S. et Alder-Nevo. (2009). Mood assessment via animated characters: A novel instrument to evaluate feelings in young children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3), 380-389.
- McLeod, B. D., Wood, J. J. et Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- Monga, S., Young, A. et Owens, M. (2009). Evaluating a cognitive behavioral therapy group program for anxious five to seven year old children: A pilot study. *Depression and Anxiety*, 26, 243-250.
- Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B. et Moolaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams of 4- to 12-year-old children: Their content, developmental patterns, and origins. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 43-52.
- Murray, L., Creswell, C. et Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 39(9), 1413-1423.
- Murray, L., de Rosnay, M., Pearson, J., Bergeron, C., Schofield, E., Royal-Lawson, M., et coll. (2008). Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy. *Child Development*, 79(4), 1049-1064.
- Nichols, K., Gergely, G. et Fonagy, P. (2001). Experimental protocols for investigating relationships among mother-infant interaction, affect regulation, physiological markers of stress responsiveness, and attachment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(3), 371-379.
- Rapee, R. M. (2000). Group treatment of children with anxiety disorders: Outcome and predictors of treatment response. *Australian Journal of Psychology*, 52(3), 125-130.
- Rapee, R. M. et Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767.
- Roy, A. K., Vasa, R. A., Bruck, M., Mogg, K., Bradley, B., Sweeney, M., Bergman, L., McClure-Tone, E. et Pine, D. CAMS Team. (2008). Attention bias toward threat in pediatric anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1189-1196.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B. et Hastings, P. D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development*, 73(2), 483-495.
- Rubin, K. H. et Mills, R. S. (1991). Conceptualizing developmental pathways to internalizing disorders in childhood. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 23(3), 300-317.
- Shamir-Essakow, G., Ungerer, J. A. et Rapee, R. M. (2005a). Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 33(2), 131-143.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C. et Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293-1316.
- Suveg, C., Sood, E., Hudson, J. L. et Kendall, P. C. (2008). "I'd rather not talk about it": Emotion parenting in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 875-884.
- Suveg, C., Zeman, J., Flannery-Schroeder, E. et Cassano, M. (2005). Emotion socialization in families of children with an anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2), 145-155.
- Thompson, R. et Limber, S. (1990). *Handbook of social and evaluation anxiety*. New York, NY: Plenum Press.

L'AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE DU TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

Catherine des Rivières, Ph. D., Université du Québec à Montréal
 Manon Noiseux, M. Sc., Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
 Nathalie Poirier, Ph. D., Université du Québec à Montréal

Catherine des Rivières est professeure au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Détentrice d'un doctorat en santé publique de l'Université de Montréal et d'un postdoctorat effectué au sein de l'Unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, France), elle se spécialise dans l'analyse des déterminants sociaux de la santé. Elle conduit, à titre de chercheuse principale et de cochercheuse, plusieurs recherches financées par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, dont une qui porte sur la santé des parents de jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

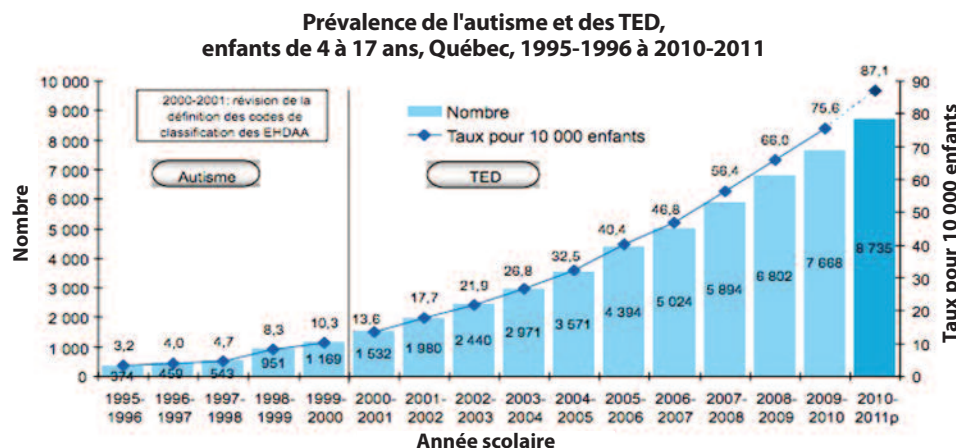
Le nombre d'enfants diagnostiqués d'un trouble envahissant du développement (TED) a augmenté de façon substantielle dans l'ensemble des pays industrialisés. Au Québec, depuis 2000, la prévalence du TED double tous les quatre ans. On compte aujourd'hui 1 enfant sur 106 ayant un TED en Montérégie, ce qui constitue une augmentation de près de 700 % en 10 ans (Noiseux, 2011).

Quelques hypothèses peuvent expliquer cette augmentation. La première, la *substitution diagnostique*, suggère que des enfants qui, auparavant, auraient reçu un diagnostic différent recevraient aujourd'hui un diagnostic de TED (King et Berman, 2009). À l'examen des données récentes sur les TED et autres problèmes neurodéveloppementaux, une telle substitution ne semble pas être en cause dans l'augmentation spectaculaire du TED au Québec (Noiseux, 2009). La deuxième, l'*omission diagnostique*, propose que des enfants qui, précédemment, n'auraient reçu aucun diagnostic, soient aujourd'hui diagnostiqués d'un TED. Cela impliquerait qu'il existe un nombre important d'adultes atteints d'un TED qui n'ont jamais été diagnostiqués, ce qui n'a pas été démontré. La troisième hypothèse est celle de l'*élargissement des critères diagnostiques*.

Cette hypothèse impliquerait que l'augmentation observée serait surtout liée à l'ajout d'enfants dont l'atteinte est légère, ce qui ne semble pas être le cas – l'augmentation est rapportée à travers tous les niveaux de QI (CDC, 2009). La dernière hypothèse est celle d'une hausse réelle du trouble. Cette hypothèse demeure toutefois difficile à expliquer, car l'étiologie du TED, qui comporte des composantes génétiques et environnementales, reste peu connue (Landrigan, 2010; Spence, 2001).

Si la substitution diagnostique, l'omission et l'élargissement des critères peuvent expliquer en partie la croissance constatée, l'hypothèse d'une augmentation réelle ne peut, à la lumière des données actuelles, être exclue. Il est donc nécessaire que les psychologues et les professionnels de la santé et de l'éducation soient attentifs à l'augmentation de ce trouble chez les enfants afin de guider les familles vers des services adaptés.

Augmentation de la prévalence des TED au Québec



p : Les données de 2010-2011 sont provisoires et pourraient être incomplètes.
 Source : MELS, DRSI, Portail informationnel, système Charlemagne, données au 2011-04-30.

RÉFÉRENCES

Centers for Disease Control and Prevention (2009). « Prevalence of Autism Spectrum Disorders — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. » *MMWR* 58(SS-10): 28.

Landrigan, P. J. (2010). « What causes autism? Exploring the environmental contribution. » *Current Opinion in Pediatrics*, 22, 219-225.

Noiseux, M. (2011). *Portrait épidémiologique des troubles envahissants du développement chez les enfants de la Montérégie*. Présentation UQAM, 3 novembre 2011, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil.

Noiseux, M. (2009). *Surveillance des troubles envahissant du développement chez les enfants de 4 à 17 ans de la Montérégie 2000-2001 à 2007-2008*. Québec : Agence de la santé et des services sociaux.

King, M., & Bearman, P. (2009). « Diagnostic change and the increased prevalence of autism. » *International Journal of Epidemiology*, 38(5), 1224-34.

Spence, M. A. (2001). The genetics of autism. *Current Opinion in Pediatrics*, 13, 561-565.

L'usage des médicaments psychotropes chez les enfants et adolescents

Denis Lafortune, Ph. D., Université de Montréal



Denis Lafortune, Ph. D., enseigne à l'Université de Montréal et est chercheur au Centre international de criminologie comparée et au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Ses travaux portent sur l'usage des médicaments psychotropes auprès des jeunes placés en centre de réadaptation, sur l'application de diverses

mesures restrictives de liberté ainsi que sur la transformation des pratiques qu'a entraînée la mise en vigueur, en 2003, de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents. Le professeur Lafortune a exercé pendant 10 ans à titre de psychologue auprès d'enfants et d'adolescents présentant des troubles sévères de santé mentale. Depuis 2011, il est professeur-chercheur en résidence au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Il est récipiendaire de prix d'enseignement et a édité ou contribué à nombres d'ouvrages collectifs, en plus d'avoir publié plusieurs articles dans des revues savantes d'envergure nationale ou internationale.

denis.lafortune@umontreal.ca

Selon les pays, les taux de prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents issus de la population générale varient de 0,5 % à 4 % (Bailly, 2007). De manière plus spécifique, des psychostimulants (p. ex. le méthylphénidate [Ritalin]) sont prescrits à 2,9 % des jeunes Nord-Américains, alors qu'entre 0,4 % et 1 % des jeunes Européens en reçoivent. En ce qui concerne les antipsychotiques atypiques (p. ex. la rispéridone [Risperdal]), les taux sont de 0,8 % en Amérique du Nord et de 0,2 % en Europe. Quelle que soit la classe de médicaments, les taux de prévalence en Amérique dépassent ceux constatés en Europe (Desjardins, Lafortune et Cyr, 2010). La plupart des enquêtes épidémiologiques révèlent aussi d'importantes variations régionales, une donnée significative pour qui s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé. Par exemple, l'usage de méthylphénidate fluctue de manière importante selon les régions, que ce soit au Québec, en Ontario ou au Manitoba (Lafortune et Collin, 2006). Pourquoi?

En Amérique du Nord, la première indication de psychopharmacothérapie chez les jeunes est un diagnostic de trouble du comportement perturbateur (Martin, Van Hoof, Stubbe, Sherwin et Scahill, 2003). Pathak et coll. (2004) notent par ailleurs que le niveau de fonctionnement global des enfants faisant usage de médicaments est souvent jugé faible au moment du diagnostic, ce qui suggère une détérioration des activités dans les milieux familial, social et scolaire.

Les jeunes qui sont médicamentés comptent plus de garçons (70 %) et sont en moyenne plus vieux que ceux qui ne le sont pas. Dans la population normale, les psychostimulants et les antidépresseurs sont les familles de molécules les plus prescrites. Cela dit, les médicaments psychotropes sont de quatre à cinq fois plus souvent consommés par les jeunes pris en charge par l'État et placés dans des foyers de groupe et des centres de réadaptation. Les taux de médication y varient de 13 % à 77 %, pour une moyenne d'environ 20 % (Breland-Noble et coll., 2004). Par exemple, 37 % des jeunes de 6 à 18 ans hébergés dans les centres de réadaptation, les foyers de groupes et les ressources intermédiaires des centres jeunesse du Québec prenaient une molécule psychotrope en 2006 (Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse, 2007). Les psychostimulants y étaient de loin les médicaments les plus prescrits (26 % des ordonnances), suivis par les antipsychotiques (16 %), souvent donnés pour diminuer l'agressivité, et les antidépresseurs (5 %). Par ailleurs, parmi les jeunes faisant usage de médicaments psychotropes, 44 % avaient une polyprescription, la combinaison la plus fréquente étant celle

d'un stimulant du système nerveux central avec un antipsychotique. Dans cette recherche québécoise, d'importantes différences régionales ont de nouveau été observées.

Nouvelles tendances

Sur le plan de l'épidémiologie, trois nouvelles tendances ont pu être identifiées depuis 10 ans. Tout d'abord, les jeunes qui font l'objet d'une prescription sont de moins en moins âgés. Zito et coll. (2000) ont été parmi les premiers à évoquer une augmentation « dramatique » (p. 1069) des ordonnances rédigées pour les enfants d'âge préscolaire.

Deuxièmement, les prescriptions sont de plus en plus motivées par la simple présence des symptômes, les épidémiologistes ayant observé une relative autonomie entre la formulation d'un diagnostic d'axe I ou II et la prescription de médicaments. Selon Connor (2002), à l'approche traditionnelle fondée sur le diagnostic principal s'en est ajouté une autre se basant sur des symptômes cibles (*target symptoms*). Le prescripteur passe alors de raisonnements syndromiques à des raisonnements plus symptomatologiques et dimensionnels. D'après Green (2007), ce paradigme rend maintenant compte d'un très grand nombre de prescriptions faites aux enfants et adolescents (p. ex. pour l'agression, l'hyperactivité ou les problèmes de sommeil). Un tel constat n'est pas étranger au développement de la neurobiologie, qui ne prend pas comme modèle le DSM-IV et propose plutôt des hypothèses dimensionnelles pour expliquer les fonctionnements normal et anormal. Il suffit de penser au modèle dopaminergique du déficit de l'attention ou de la schizophrénie (Seeman, 1995) et au modèle sérotoninergique de la violence (Siever, 2008) ou de la dépression majeure (Maes et Meltzer, 1995). Dans cette

logique, il est postulé que le médicament fait varier de façon spécifique les neurotransmetteurs disponibles et agit, par le fait même, sur l'expression des symptômes.

Troisièmement, la polyprescription — ou la combinaison de différents psychotropes — est en pleine émergence, et ce, même chez les médecins généralistes (Mojtabai, 2010). Dans les revues savantes et guides de pratique, cette stratégie est habituellement motivée par la notion de comorbidité. Selon Duffy et coll. (2005), le besoin d'utiliser des combinaisons de médicaments provient d'une réponse souvent peu satisfaisante aux prescriptions simples, surtout lorsque la condition du patient est chronique, complexe ou qu'elle implique une comorbidité psychiatrique. Le patient sous polymédication est alors vu comme polysyndromique ou polysymptomatique.

L'usage rationnel des médicaments

En santé publique, le paradigme dominant pour étudier le médicament stipule que les pratiques devraient tendre vers un usage *rationnel*. Par exemple, selon l'Organisation mondiale de la santé (www.who.int/fr), le patient devrait recevoir des produits adaptés à sa condition clinique, à des doses correspondant à ses besoins individuels. L'accent est mis sur la qualité de l'ordonnance (p. ex. les indications, les posologies, les durées et les effets indésirables) et de la distribution des médicaments (p. ex. le renouvellement des prescriptions, l'information transmise au patient et le recours à des piluliers réduisant les risques d'erreur).

Les données probantes relatives à l'efficacité des diverses molécules sont alors centrales. Or, plusieurs médecins maintiennent leurs connaissances à jour en lisant des rapports émanant de

l'industrie pharmaceutique, rapports dont la neutralité scientifique est souvent mise en doute. Une série d'analyses récentes (p. ex. Als-Nielsen, Chen, Glud et Kjaergard, 2003; Bekelman, Yan Li et Gross, 2003) ont montré que parmi les recherches mettant à l'épreuve un médicament, celles financées par l'industrie sont de trois à cinq fois plus susceptibles de conclure à l'efficacité de la molécule que celles réalisées par des équipes indépendantes. Par exemple, Schur et coll. (2003) ont réanalysé les conclusions de plusieurs essais cliniques évaluant l'efficacité de la rispéridone et de la quétiapine [Seroquel] auprès de jeunes agressifs. Ils rapportent que les effets secondaires sont passablement plus lourds que dans les rapports de recherche produits par l'industrie. Outre le gain de poids jugé préoccupant, les auteurs soulignent que l'incidence d'effets extrapyramidaux est non négligeable, que l'usage de la rispéridone peut être associé à une augmentation du niveau de prolactine et qu'il peut mener au priapisme. Leurs recommandations cliniques relèguent la prescription des neuroleptiques au second rang dans le traitement de l'agressivité et privilégient un traitement psychosocial. En d'autres mots, si la médication est nécessaire pour diminuer les comportements agressifs, elle devrait être complémentaire à des interventions psychosociales, telles que l'organisation d'un milieu thérapeutique ou un entraînement aux habiletés sociales.

Pappadopulos et coll. (2006) ont quant à eux regroupé 42 essais cliniques contrôlés, randomisés et portant sur l'impact des pharmacothérapies sur l'agressivité des jeunes. Au final, la taille calculée de l'effet était de 0,72, ce qui se situe dans la catégorie moyenne haute. Les impacts les plus significatifs ont été obtenus avec le méthylphénidate dans le

Une série d'analyses récentes (...) ont montré que parmi les recherches mettant à l'épreuve un médicament, celles financées par l'industrie sont de trois à cinq fois plus susceptibles de conclure à l'efficacité de la molécule que celles réalisées par des équipes indépendantes.

traitement de l'agressivité des jeunes avec un déficit d'attention (taille moyenne de l'effet : 0,9; $n = 844$) et avec la rispéridone chez les sujets qui présentaient un trouble de la conduite et une déficience intellectuelle (taille moyenne de l'effet : 0,9; $n = 875$). Dans les deux cas, l'effet est jugé substantiel. Cela dit, la plupart de ces études étaient de courte durée (7 à 10 jours) et réalisées auprès d'enfants relativement jeunes ($\chi = 10,4$ ans). Les auteurs concluent que des études ultérieures devraient mieux distinguer l'impulsivité de l'agressivité proprement dite, tout en examinant l'efficacité des médicaments sur de plus longues périodes.

De l'usage rationnel à l'usage optimal des médicaments

Bien que les associations professionnelles fassent leurs propres efforts pour soutenir la décision clinique en publiant des lignes directrices, plusieurs études montrent qu'au quotidien les cliniciens ne se réfèrent pas forcément aux données probantes ou aux guides de pratique (p. ex. Essock et coll., 2009). C'est que les lignes directrices émises par les associations professionnelles suggèrent des balises, mais celles-ci

ne sont pas contraignantes. Ainsi, pour le TDAH, les paramètres de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) recommandent que l'évaluation initiale comporte : un entretien avec l'enfant et les parents, des échelles d'observation, une évaluation intellectuelle ou neuropsychologique et un examen physique. Or, dans les faits, plusieurs obstacles peuvent empêcher les psychiatres de suivre de telles lignes directrices avant d'ordonner une prescription (Pappadopulos, Siennick et Jensen, 2003). L'usage des médicaments psychotropes n'est donc pas que rationnel.

Il faut ainsi faire l'hypothèse qu'une intervention jugée peu adéquate en regard des guides de pratique ou des données probantes peut être soutenue par d'autres rationalités, telles que la demande des parents, les pressions de l'école, le manque de services psychosociaux ou le coût élevé de certaines interventions spécialisées. Les représentations que se font les médecins et leurs patients de l'acte de prescrire et du médicament lui-même sont aussi des éléments de compréhension indispensables. En effet, peu d'expériences humaines ont une puissance symbolique aussi manifeste que les actes de prescrire et d'ingérer des médicaments. Les significations attachées à ces actes dépassent de beaucoup les propriétés pharmaceutiques des substances et se traduisent notamment par l'effet placebo (p. ex. Brody et Weismantel, 2001). Voilà pourquoi on peut penser que le recours *réel* aux psychotropes s'explique mieux à partir d'un cadre d'analyse systémique que d'une logique rationnelle.

Depuis quelques années, un autre paradigme s'impose pour étudier l'usage des médicaments. Il stipule que les pratiques tendent vers un usage *optimal* (c.-à-d. le meilleur possible, compte tenu

du contexte). Ainsi, selon Laurier (2004), le médicament devrait être apprécié à la lumière de la diversité des interventions jugées efficaces, des coûts et des ressources disponibles (p. ex. les effectifs, les budgets, les formations), ainsi que des valeurs et des comportements des patients (p. ex. l'observance). Par sa *Politique du médicament*, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007) a adhéré à ce nouveau paradigme. Il s'ensuit qu'au Québec l'usage optimal des médicaments n'engage plus que le médecin prescripteur. Il devrait, au contraire, être soutenu par plusieurs ordres professionnels, fabricants de médicaments et assureurs de même que par une majorité d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

On peut conclure en affirmant que le paradigme de l'utilisation optimale implique un certain arbitrage entre différentes dimensions, soit entre les bienfaits et les risques pour la santé mentale des jeunes, de même qu'entre les coûts et l'efficacité associés à l'usage de médicaments psychotropes (Laurier, 2004). Il s'ensuit que la question concerne aussi les psychologues, puisque la qualité de l'usage des médicaments psychotropes ne peut être estimée que par la comparaison avec d'autres options disponibles, dont la psychothérapie. Ce jugement sur la qualité des pratiques doit aussi tenir compte de ce que les jeunes et leurs familles, comme groupe, considèrent être des objectifs thérapeutiques importants. Enfin, il doit prendre en considération des valeurs socialement reconnues telles que l'équité, la parcimonie et une approche appuyée sur la recherche empirique.

RÉFÉRENCES

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2007). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46 (7), 894-921.
- Als-Nielsen, B., Chen, W., Gluud, C., et Kjaergard, L.L. (2003). Association of funding and conclusions in randomized drug trials: a reflection of treatment effect or adverse events? *Journal of the American Medical Association*, 290 (7), 921-928.
- Bailly, D. (2007). Aperçu historique des prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant. In Bailly, D., et Mouren, M.-C. *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Masson.
- Bekelman, J.E., Yan Li, A.B., et Gross, C.P. (2003). Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: a systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 289, 454-465.
- Breland-Noble, A.M., Elbogen, E.B., Farmer, E.M.Z., Dubs, M.S., Ryan Wagner, H., et Burns, B.J. (2004). Use of psychotropic medication by youths in therapeutic foster care and group homes. *Psychiatric Services*, 55 (6), 706-708.
- Brody, H., et Weismantel, D. (2001). A challenge to core beliefs. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 4, 296-298.
- Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse (2007). *Rapport du Comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse : Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Comité de revue de l'utilisation des médicaments (2001). *Étude sur les stimulants utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité*. Québec : gouvernement du Québec.
- Connor, D.F. (2002). *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment*. New York : Guilford Press.
- Desjardins, J., Lafortune, D., et Cyr, F. (2010). La pharmacothérapie dans les centres de rééducation : portrait des enfants placés qui reçoivent des services médicaux. *La Psychiatrie de l'enfant*, 53,1, 285-312.
- Duffy, F.F., Narrow, W.E., Rae, D.S., West, J.C., Zarin, D.A., Rubio-Stipec, M., Pincus, H.A., et Regier, D.A. (2005). Concomitant pharmacotherapy among youths treated in routine psychiatric practice. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 15, 1, 12-25.
- Essock, S.M., Covell, N.H., Leckman-Westin, E., Lieberman, J.A., Sederer, L.I., Kealey, E., et coll. (2009). Identifying clinically questionable psychotropic prescribing practices for Medicaid recipients in New York State. *Psychiatric Services*, 60, 12, 1595-1602.
- Green, W.H. (2007). *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology*. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins.
- Lafortune, D., et Collin, J. (2006). La prescription de médicaments psychotropes aux enfants et adolescents : prévalence, politiques, pratiques et pistes de recherche. *Psychologie Canadienne / Canadian Psychology*, 47, 3, 155-169.
- Laurier, C. (2004). L'utilisation optimale des médicaments. *Qu'en est-il? Symposium sur l'utilisation optimale des médicaments*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. Centre des congrès de Québec, le 20 et 21 mai 2004.
- Maes, M., et Meltzer, H.Y.M. (1995). The serotonin hypothesis of major depression. In Bloom, F.E., et Kupfer, D.J. (éd.). *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, New York : Raven Press, p. 933-944.
- Martin, A., Van Hoof, T., Stubbe, D., Sherwin, T., et Scahill, L. (2003). Multiple psychotropic pharmacotherapy among child and adolescent enrollees in Connecticut Medicaid managed care. *Psychiatric Services*, 54, 1, 72-77.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *La politique du médicament*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Mojtabai, R. (2010). National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1, 26-36.
- Pappadopulos, E.A., Siennick, S.E., et Jensen, P.S. (2003). Antipsychotics for aggressive adolescents: barriers to best practice. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 3, 1, 85-98.
- Pappadopulos, E., Woolston, S., Chait, A., Perkins, M., Connor, D.F. et Jensen, P.S. (2006). Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: efficacy and effect size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 1, 27-39.
- Pathak, S., Arszman, S.P., Danielyan, A., Johns, E.S., Smirnov, A., et Kowatch, R.A. (2004). Psychotropic utilization and psychiatric presentation of hospitalized very young children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14, 3, 433-442.
- Schur S.B., Sikich L., Findling R.L., Malone R.E., Crismon M.L., et Drivan A. (2003). Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAA). *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 132-144.
- Seeman P. (1995). Dopamine receptors: clinical correlates. In Bloom, F.E., et Kupfer, D.J., (éd.). *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, New York : Raven Press, p. 295-302.
- Siever, L.J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 429-442.
- Zito, J.M., Safer, D.J., DosReis, S., Gardner, J.F., Boles, M., et Linch, F. (2000). Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *Journal of the American Medical Association*, 283 (8), 1059-1069.

La prévalence et la prévention de l'agression sexuelle envers les enfants et les adolescents

Isabelle Daigneault, Ph. D., psychologue, Département de psychologie, Université de Montréal

Delphine Collin-Vézina, Ph. D., École de service social, Université McGill

Martine Hébert, Ph. D., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal

Les trois auteurs sont membres du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS)



Isabelle Daigneault, Ph. D., psychologue, est professeure adjointe au Département de psychologie de l'Université de Montréal et membre du Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS). Elle est psychologue clinicienne à la clinique universitaire de psychologie de l'Université

de Montréal, où elle supervise des stages cliniques d'intervention auprès d'enfants et d'adolescents ainsi qu'un stage d'initiation à la relation thérapeutique. Depuis les 15 dernières années, ses travaux de recherche ont porté sur l'agression sexuelle d'enfants et d'adolescents. Elle s'intéresse particulièrement aux thèmes de la résilience et de la santé mentale de jeunes agressés sexuellement, et aux processus influençant les trajectoires de vie des jeunes victimes. Ses projets portent également sur l'efficacité des traitements offerts aux victimes et des programmes de prévention de l'agression sexuelle.

isabelle.daigneault@umontreal.ca

« L'agression sexuelle est un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne¹. »

L'agression sexuelle des enfants et des adolescents constitue un problème de santé publique qui suscite incompréhension et indignation. Bien que cette problématique reçoive une attention grandissante, deux questions cruciales restent en suspens : les données les plus récentes démontrent-elles une baisse du nombre de victimes d'agression sexuelle dans notre société? et les programmes de prévention ont-ils réussi à diminuer la victimisation sexuelle des enfants et des adolescents? Le présent article propose d'analyser l'état des connaissances sur ces deux thèmes qui, bien qu'imbriqués l'un dans l'autre, sont le plus souvent abordés en silo.

Les taux d'incidence de l'agression sexuelle connus des autorités varient selon les années. Aux États-Unis, on a observé une diminution constante de ces taux de 61 % entre 1992 et 2009, passant de plus de 200 cas à 89 cas par 100 000 enfants (Finkelhor, Jones et Shattuk, 2011). Au Canada, le déclin observé est de plus de 50 % entre 1998 et 2008 (de 89 à 43 cas par 100 000; Collin-Vézina, De La Sablonnière, Silva et Tourigny, 2011). Les trois études québécoises sur les situations signalées en protection de la jeunesse révèlent quant à elles des taux d'incidence similaires aux données canadiennes de 1998 (81/100 000) et de 2008 (55/100 000), bien qu'une hausse ait été notée en 2003 (Collin-Vézina et coll., 2011). Il importe ici de se demander si les taux d'incidence annuels sont des indicateurs fiables de l'ampleur du problème et si la diminution du nombre de victimes connues des autorités reflète une diminution réelle du nombre d'enfants victimes d'agression sexuelle.

Une première réponse à la question de la fiabilité des taux d'incidence réside dans les études de prévalence effectuées auprès d'adultes qui documentent l'agression sexuelle vécue avant leur majorité. Ainsi, les résultats d'une méta-analyse recensant plus

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec, gouvernement du Québec, p. 22.

de 200 études internationales effectuées entre 1980 et 2008 et totalisant près de 10 millions de participants révèlent des taux de prévalence de l'agression sexuelle autorapportée (18,0 % des femmes et 7,6 % des hommes) 30 fois plus élevés que les taux de prévalence rapportés par les autorités (Stoltenborgh, Van Ijzendoorn, Euser et Bakermans-Kranenburg, 2011). Au Québec, un sondage révèle que 21,3 % des adultes agressés sexuellement durant l'enfance disent n'avoir jamais révélé l'incident à quiconque avant l'étude et plus de la moitié ont attendu plus de cinq ans après l'agression avant de la dévoiler (Hébert, Tourigny, Cyr, McDuff et Joly, 2009). Ces résultats confirment un phénomène que l'on nommera la « pointe de l'iceberg », où les seuls cas connus forment la partie émergée, qui semble alors peu représentative de l'ensemble des cas d'agression sexuelle avérés pour une période donnée. Même si ces données illustrent que les cas connus représentent la pointe de l'iceberg de la problématique de l'agression sexuelle, nous pouvons supposer qu'il en est de même pour les taux d'incidence annuels documentés par les autorités.

D'autre part, une première réponse au questionnement quant à la réalité du déclin observé des taux d'incidence annuels concerne les nombreux filtres s'interposant entre les cas d'agression sexuelle avérés et ceux connus des autorités. Ainsi, selon la métaphore de l'iceberg, les variations des taux d'incidence dues aux filtres représenteraient une variation du niveau de l'eau qui cache ou qui expose davantage l'iceberg, qui pourrait par ailleurs conserver sa taille au fil des années. Ces filtres sont nombreux et varient de la volonté des victimes à porter plainte aux autorités aux changements dans les pratiques de rétention des

signalements et de corroboration des faits d'agression sexuelle en protection de l'enfance (Collin-Vézina et coll., 2011). Cependant, aux États-Unis, les recherches ont démontré que de tels filtres ne pouvaient à eux seuls rendre compte de l'important et constant déclin de l'incidence de l'agression sexuelle et que ce dernier devait en partie refléter une diminution réelle des taux d'incidence. Ces conclusions étaient d'autant plus robustes que la diminution de l'incidence de l'agression sexuelle concordait avec des déclinés similaires des taux de prévalence autorapportés et de la criminalité en général (Finkelhor et Jones, 2004). Ces observations n'ont toutefois jamais été corroborées en contexte québécois ou canadien (Collin-Vézina, Hélie et Trocmé, 2010). En outre, les résultats de trois sondages téléphoniques représentatifs de l'ensemble de la population québécoise adulte effectués en 2002, 2006 et 2009 révèlent plutôt une stabilité de la prévalence autorapportée de l'agression sexuelle durant l'enfance oscillant autour de 22,1 % pour les femmes et de 9,7 % pour les hommes (Collin-Vézina et coll., 2011).

Les programmes de prévention de l'agression sexuelle des enfants

Si l'on considère toutefois qu'un réel déclin pourrait sous-tendre en partie les diminutions des taux d'incidence observés, il resterait à en déterminer les facteurs explicatifs. Les programmes de prévention de l'agression sexuelle des enfants visent justement à diminuer les taux d'agression sexuelle et la question de leurs effets pourrait nous offrir quelques pistes de réponse. Notons d'abord l'existence de deux formes plus répandues d'efforts préventifs en matière d'agression sexuelle, soit la « gestion » des agresseurs et les program-

mes éducatifs dispensés pour la majorité en milieux scolaires. L'approche visant à contrôler les agresseurs connus, par exemple les registres, les enquêtes préemploi, les sentences de prison plus longues et les différents programmes d'intervention, constitue une initiative de prévention tertiaire intervenant surtout dans la sphère individuelle et, en tant que telle, possède certaines limites préventives inhérentes (Finkelhor, 2009). Par ailleurs, bien que le public approuve généralement les pratiques juridiques dites punitives, telles que les plus longues sentences, elles sont basées sur une conception erronée des agresseurs en tant que pédophiles inconnus et malveillants qui s'attaquent aux enfants dans les lieux publics, alors que la population d'agresseurs sexuels d'enfants est plus variée, inclut des individus connus de la victime et est notamment composée de mineurs dans près du tiers des cas (Finkelhor, 2009).

La seconde approche la plus fréquente, de prévention primaire cette fois, consiste en des programmes éducatifs universels généralement offerts dans les écoles et s'adressant à des victimes potentielles. En majorité, ces programmes universels interviennent également dans la sphère préventive individuelle et plus rarement familiale ou sociétale. Auprès des enfants fréquentant l'école primaire, la méta-analyse de Zwi et coll. (2007), recensant 15 études, et celle de Davis et Gydicz (2000), recensant 27 études, révèlent que les programmes sont efficaces à améliorer les connaissances au sujet de l'agression sexuelle et les habiletés préventives des enfants. Cette deuxième recension a par ailleurs démontré que les programmes sont plus efficaces s'ils durent longtemps (quatre séances ou plus), s'ils répètent les concepts importants, s'ils offrent aux enfants des occasions multiples de

pratiquer activement les notions et habiletés enseignées et s'ils sont basés sur des concepts concrets (interdits) plutôt que sur des notions abstraites (droits ou sentiments). Au Québec, le programme « Espace » s'est révélé efficace à augmenter les connaissances et habiletés des enfants de milieu socio-économique moyen (Hébert, Lavoie, Piché et Poitras, 2001 – recensée dans Zwi et coll., 2007), mais présentait des résultats mitigés en milieu urbain multiethnique et défavorisé, indiquant que dans ce milieu une adaptation du programme peut être requise afin d'en optimiser les effets (Daigneault, Hébert, McDuff et Frappier, sous presse).

Auprès des adolescents ou jeunes adultes fréquentant l'école secondaire ou l'université, une méta-analyse recensant 69 études et près de 20 000 participants révèle que les programmes sont efficaces pour améliorer les connaissances et les attitudes des participants (Anderson et Whiston, 2005). Toutefois, les changements sur le plan des comportements ou des intentions d'agir seraient trop faibles pour être cliniquement importants. Trois programmes québécois ont également démontré des effets probants sur le plan des connaissances ou des attitudes des participants (ViRAJ; Lavoie, Dufort, Hébert et Vézina, 1997; J'AVISE; Chamberland, 2003; et Viol-Secours; Daigneault, Hébert, McDuff, Michaud et Magnan, 2010) et obtenaient des tailles d'effet similaires à celles de la recension de Anderson et Whiston (2005).

On dispose à l'égard de certains de ces programmes des données suggérant qu'ils diminuent aussi l'incidence de l'agression sexuelle des enfants (Gibson et Leitenberg, 2000) et de la violence sexuelle dans les relations amoureuses des adolescents (Foshee et coll., 2005). Ces résultats sont toutefois

Au Québec, un sondage révèle que 21,3 % des adultes agressés sexuellement durant l'enfance disent n'avoir jamais révélé l'incident à quiconque.

embryonnaires, puisque les études liant les programmes de prévention de l'agression sexuelle à l'incidence et à ses fluctuations sont trop peu nombreuses; nous disposons donc de peu d'indices indiquant que les efforts de prévention déployés depuis les années 1970 ont eu un effet sur les taux d'incidence réels ou observés par les autorités (Finkelhor, 2009; Wurtele, 2009).

La prévention : une approche globale

Une conceptualisation multifactorielle de l'agression sexuelle suggère que seul le développement d'approches préventives globales, visant les conditions personnelles, familiales et sociétales qui influencent le risque d'agression, pourra réduire substantiellement les taux d'incidence et de prévalence (Wurtele, 2002, 2009). Ces actions peuvent prendre des formes variées, tels les campagnes de sensibilisation pilotées par le ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine du gouvernement du Québec (Cadrin, 2011), les efforts visant à offrir une formation adéquate à tous les intervenants appelés à œuvrer auprès des jeunes (Bergeron et Hébert, 2011), ou même le développement de « trousseaux » visant à inciter les médias à fournir une information juste et exempte de sexisme, de préjugés et de sensationnalisme dans les situations d'agression sexuelle qu'ils rapportent.

Si de telles approches étaient largement implantées et coordonnées, elles pourraient avoir un impact accru sur le nombre de victimes d'agression sexuelle. Si, de surcroît, des évaluations rigoureuses étaient effectuées afin d'en attester les effets, nous saurions mieux quelle part de la diminution des taux d'incidence de l'agression sexuelle est une simple fluctuation du niveau de l'eau qui camoufle la taille réelle de l'iceberg, et quelle part représente une baisse des agressions sexuelles réellement commises, ou une fonte de l'iceberg.

Conclusions

Pour favoriser la fonte de l'iceberg, nous devrions poursuivre les efforts de prévention, inspirés des meilleures pratiques auprès des enfants et adolescents en les intégrant à l'éducation à la sexualité, tout en nous adressant non seulement aux victimes potentielles, mais également aux agresseurs potentiels. Il nous faut aussi élargir les pratiques préventives aux familles et à la société; nous assurer que la formation de tous les professionnels appelés à intervenir auprès des enfants aborde systématiquement la problématique de l'agression sexuelle; nous assurer que la mise en œuvre du plan d'action gouvernemental sera basée sur les données probantes et que ses retombées seront systématiquement évaluées. Les psychologues et autres professionnels œuvrant auprès d'enfants en difficulté pourraient contribuer à une meilleure connaissance et à la prévention de cette problématique au Québec en évaluant systématiquement la présence de mauvais traitements et d'agression sexuelle chez tous les enfants qu'ils rencontrent et en signalant tout soupçon à la direction de la protection de la jeunesse.

RÉFÉRENCES

- Anderson, L. A., & Whiston, S. C. (2005). Sexual assault education programs: A meta-analytic examination of their effectiveness. *Psychology of Women Quarterly*, 29(4), 374-388.
- Bergeron, M. & Hébert, M. (2011). La prévention et la formation en matière d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (éd.), *L'agression sexuelle envers les enfants*, Tome I. (p. 445-493). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Cadrin, H. (2011). Première campagne gouvernementale québécoise de sensibilisation aux agressions sexuelles. Conférence présentée au Congrès international francophone sur l'agression sexuelle, Montreux, Suisse.
- Chamberland, A. (2003). *Évaluation des effets du volet information et sensibilisation du programme jeunes en action contre la violence sexuelle (J'AVISE)*. Université Laval, Québec.
- Collin-Vezina, D., De La Sablonnière, M., Silva, D., & Tourigny, M. (2011). Nouvelles perspectives sur l'influence des processus de dévoilement et de rétention des dossiers d'agression sexuelle sur le nombre de victimes connues des autorités. Conférence présentée au Congrès international francophone sur l'agression sexuelle (CIFAS).
- Collin-Vezina, D., Helie, S., & Trocme, N. (2010). Is child sexual abuse declining in Canada? An analysis of child welfare data. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 807-812.
- Daigneault, I., Hébert, M., McDuff, P., & Frappier, J.-Y. (sous presse). Evaluation of a Sexual Abuse Prevention Workshop in a Multicultural, Impoverished Urban Area. *Journal of Child Sexual Abuse*.
- Daigneault, I., Hébert, M., McDuff, P., Michaud, F., & Magnan, S. (2010). Effets à court terme du programme de prévention Viol-secours : Données préliminaires. In M. Tardif (éd.), *L'agression sexuelle : transformations et paradoxes, CIFAS 2009. Textes choisis* (p. 4-55). Montréal, Canada: Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Davis, M., & Gidycz, C. A. (2000). Child sexual abuse prevention programs: A meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 257-265.
- Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19(2), 169-194.
- Finkelhor, D., & Jones, L. M. (2004). *Explanations for the decline in child sexual abuse cases*. Washington, DC: Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Finkelhor, D., Jones, L. M., & Shattuk, A. (2011). *Updated trends in child maltreatment, 2009*. Durham, New Hampshire: Crimes against Children Research Center, University of New Hampshire.
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennett, S. T., Suchindran, C., Benefield, T., & Linder, G. (2005). Assessing the Effects of the Dating Violence Prevention Program "Safe Dates" Using Random Coefficient Regression Modeling. *Prevention Science*, 6(3), 245-258.
- Gibson, L. E., & Leitenberg, H. (2000). Child sexual abuse prevention programs: Do they decrease the occurrence of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1115-1125.
- Hébert, M., Lavoie, F., Piché, C., & Poitras, M. (2001). Proximate effects of a child sexual abuse prevention program in elementary school children. *Child Abuse & Neglect*, 25(4), 505-522.
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from the province of Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636.
- Lavoie, F., Dufort, F., Hébert, M., & Vézina, L. (1997). Évaluation d'un programme de prévention de la violence lors des fréquentations : Une évaluation de VIRAJ selon une approche quasi expérimentale. Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale, Département de psychologie, Université Laval, Sainte Foy.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec, Gouvernement du Québec. 90 p.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
- Wurtele, S. K. (2002). School-based child sexual abuse prevention. In P. A. Schewe (éd.), *Preventing violence in relationships: Interventions across the life span*. (p. 9-25). Washington DC: American Psychological Association.
- Wurtele, S. K. (2009). Preventing Sexual Abuse of Children in the Twenty-First Century: Preparing for Challenges and Opportunities. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(1), 1-18.
- Zwi, K., Woolfenden, S., Wheeler, D., O'Brien, T., Tait, P., & Williams, K. (2007). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(3).

L'INTERVENTION AUPRÈS DES JEUNES LES RESSOURCES DISPONIBLES POUR LES PROFESSIONNELS

L'Ordre des psychologues du Québec a produit des cadres de pratique et des lignes directrices.

- Cadre de pratique des psychologues en milieu scolaire
- Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental
- Lignes directrices pour le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité – traitement pharmacologique (mise à jour)
- Les lignes directrices pour l'évaluation d'un enfant en vue d'une demande de dérogation à l'âge d'admission à l'école
- Lignes directrices pour l'expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès

ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/guides-cadres-et-lignes-directrices.sn

Santé mentale des enfants

L'Ontario met à la disposition des cliniciens (en français et en anglais) de la documentation sur les outils cliniques et les meilleures pratiques pour plusieurs problématiques en enfance, dont l'intimidation, les troubles anxieux, la toxicomanie, les troubles de l'humeur, l'automutilation, le suicide, et bien d'autres.

kidsmentalhealth.ca/professionals/interventions_and_research.php

Le site Web du Portail canadien de recherche en protection de l'enfance

présente la recherche en matière de programmes et politiques de protection de l'enfance au Canada.

cecw-cepb.ca/fr/home

En 2006, le Child and Adolescent Mental Health Services Evidence Based Practice Unit de University College London

en collaboration avec la British Psychological Society et le Centre for Outcomes Research and Evaluation, a produit un document qui présente des résultats de recherche et des données probantes pour diverses modalités d'intervention et fait des recommandations pour différentes problématiques, dont les troubles du comportement, les troubles de l'attention, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, le stress post-traumatique, les troubles psychotiques, les troubles de l'alimentation, l'automutilation, l'abus de substances, les troubles envahissants du développement et la douleur.

Pour les troubles du comportement, on conseille notamment :

- de privilégier une intervention auprès des parents (parent training) pour les jeunes de moins de 10 ans présentant des difficultés d'une sévérité modérée;
- de combiner une intervention auprès des parents (parent training) et une intervention auprès du jeune (axée entre autres sur les habiletés sociales et la résolution de problèmes) pour les jeunes de 8 à 12 ans ou ceux présentant des difficultés plus sévères;
- pour les adolescents, de mettre en place des interventions individuelles axées entre autres sur l'adaptation (*coping*) et la résolution de problèmes;
- d'éviter la médication comme première intervention;
- d'envisager l'utilisation de psychostimulants pour les enfants présentant un TDAH en comorbidité si les interventions psychosociales n'ont permis aucune amélioration.

Pour les troubles anxieux, on recommande notamment :

- une thérapie cognitive ou cognitive comportementale (en groupe ou individuelle) pour les phobies, l'anxiété généralisée et les troubles obsessionnels-compulsifs;
- la médication peut être envisagée lorsque la psychothérapie n'a pas produit les effets escomptés.

Pour l'anorexie, on recommande :

- d'offrir une thérapie familiale et une intervention comportementale afin d'augmenter le poids lorsque nécessaire.

Drawing on the Evidence: Advice for mental health professionals working with children and adolescents. ucl.ac.uk/clinical-psychology/EBPU/publications/pub-files/drawing_on_the_evidence_booklet_2006.pdf

L'ENFANCE

sous la loupe des psychologues et des chercheurs québécois

La professeure **Miriam Beauchamp**, psychologue de l'Université de Montréal (et CHU Sainte-Justine), dirige le laboratoire de neuropsychologie développementale ABCs.
www.abcs.umontreal.ca

Le professeur **Armando Bertone**, psychologue, dirige le Perceptual Neuroscience Lab for Autism and Development, dont les travaux portent sur l'autisme, à l'Université McGill.
www.pnlab.ca

La professeure **Annie Bérubé**, de l'Université du Québec en Outaouais, mène des travaux sur l'évaluation des effets de programmes diffusés dans les milieux de pratique et ciblant les jeunes enfants et leur famille.

La professeure **Nathalie Bigras**, de l'UQAM, dirige l'Équipe de recherche qualité éducative des services de garde et petite enfance. Ses recherches portent sur les contextes éducatifs qui favorisent le développement de l'enfant pendant la petite enfance.
www.er.uqam.ca/nobel/petitenf

La professeure **Claud Bisailon**, psychologue, et son équipe de l'Université de Sherbrooke s'intéressent à l'attachement chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire.

La professeure **Thérèse Bouffard**, de l'UQAM, s'intéresse à la motivation, aux buts d'apprentissage, au rôle des parents et enseignants, ainsi qu'à la transition du primaire au secondaire.

La professeure **Krista Byers-Heinlein** dirige le Laboratoire de recherche sur l'enfance de l'Université Concordia. Ses travaux portent sur l'acquisition du langage.
www.crdh.concordia.ca/InfantResearch

La professeure **Chantal Cyr**, psychologue, et son équipe, le Laboratoire d'études sur le développement de l'enfant et sa famille de l'UQAM, travaillent sur l'attachement de l'enfant.

Les travaux de la professeure **Mireille Cyr**, psychologue de l'Université de Montréal, portent sur les entrevues d'enquête conduites auprès des enfants que l'on soupçonne d'avoir été agressés sexuellement, ainsi que sur l'adaptation des enfants et plus particulièrement sur l'effet du soutien des parents.
www.cripcas.ca

La professeure **Jacinthe Dion**, psychologue de l'Université du Québec à Chicoutimi, étudie l'ajustement psychosocial des enfants et des adolescents, notamment chez les membres des Premières Nations et les victimes d'agression sexuelle ayant une déficience intellectuelle.
www.uqac.ca/jdion

La professeure **Melanie Dirks**, de l'Université McGill, s'intéresse à la compétence sociale et la maladie mentale chez les jeunes.

La professeure **Karine Dubois-Comtois**, psychologue de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (et de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal), poursuit des travaux sur l'application clinique de la théorie de l'attachement auprès de diverses populations à risque.
www.psyuqtr.ca/prof/dubois-comtois.htm

La professeure **Marie-Hélène Gagné**, de l'Université Laval, poursuit des travaux sur les pratiques parentales, sur la protection de la jeunesse ainsi que sur les trajectoires d'adaptation et d'insertion des jeunes en difficulté.

La professeure **Catherine Herba**, de l'UQAM, s'intéresse entre autres au développement émotionnel des enfants et aux effets de la dépression maternelle.
www.chu-sainte-justine.org/Recherche

La professeure **Irène Krymko-Bleton**, psychologue, dirige le volet québécois de la recherche internationale sur la construction de l'identité dans le monde d'aujourd'hui.

Le professeur **Carl Lacharité**, psychologue, dirige le Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille à l'UQTR. Ses travaux portent sur les situations de négligence envers les enfants et les interventions à mettre en place pour les contrer.

www.uqtr.ca/ceidef

La professeure **Sarah Lippé**, psychologue de l'Université de Montréal (et CHU Sainte-Justine), travaille sur le développement cérébral et cognitif de l'enfant sain et de l'enfant ayant un trouble neurologique.

La professeure **Jennifer J. McGrath**, psychologue, et son équipe du Laboratoire de psychologie en santé publique pédiatrique de l'Université Concordia, étudient les facteurs de risque précoces des maladies cardiovasculaires qui se développent pendant l'enfance et l'adolescence.
www.pphp.concordia.ca

La professeure **Dominique Meilleur**, psychologue, de l'Université de Montréal, dirige le Laboratoire de recherche sur l'adolescence et les troubles de la conduite alimentaire (TCA).

Le professeur **Sébastien Normand**, de l'UQO, dirige des travaux de recherche qui visent entre autres à mieux comprendre l'impact du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) sur les relations d'amitié des enfants.

Le professeur **Pierre Plante**, de l'UQAM, s'intéresse à l'art-thérapie, la médiation culturelle et le recours à la créativité en thérapie.

Le professeur **Marc Provost**, de l'UQTR, mène des travaux sur le développement des compétences sociales et les relations familiales, sur la prévention primaire et sur les facteurs de risques chez les jeunes enfants.
www.psyuqtr.ca/prof/provost.htm

La professeure **Nancie Rouleau**, de l'Université Laval, poursuit des travaux sur la caractérisation neuropsychologique du prodrome de la schizophrénie et de la maladie bipolaire, ainsi que sur le TDAH et le développement normal de l'attention.

La professeure **Jessica Ruglis**, psychologue de l'Université McGill, poursuit des travaux notamment sur les déterminants sociaux et éducationnels de la santé et le développement des jeunes.

Le professeur **Steven Shaw**, psychologue, dirige le Resilience, Pediatric Psychology, and Neurogenetic Connections Lab, où il étudie le succès scolaire chez les enfants à risque.
www.mcgill.ca/connections-lab

La professeure **Diane St-Laurent**, de l'UQTR, étudie entre autres l'impact de la maltraitance sur l'adaptation des enfants.
www.psyuqtr.ca/prof/st_laurent.htm

La professeure **Victoria Talwar**, de l'Université McGill, étudie le développement sociocognitif des enfants, leur développement moral, ainsi que le témoignage d'enfants devant les tribunaux.
www.TalwarResearch.com

Le professeur **Miguel M. Terradas**, psychologue de l'Université de Sherbrooke, s'intéresse à la capacité de mentalisation et à la régulation des affects d'enfants ayant vécu divers traumatismes.

Le professeur **Réjean Tessier**, de l'Université Laval – Centre de recherche du CHUQ, travaille auprès des enfants nés prématurément, de petit poids ou présentant des retards de croissance. Il travaille aussi auprès d'enfants ayant été adoptés.

La professeure **Marie-Hélène Véronneau**, de l'UQAM, mène des travaux notamment sur la réussite et la persévérance scolaire ainsi que sur les relations avec les pairs.