

Vers un juste équilibre

Pour promouvoir la santé mentale et le bien-être des élèves

Guide du personnel scolaire

Version provisoire | 2013



accompagner chaque enfant
appuyer chaque élève

 Ontario

La Fonction publique de l'Ontario s'efforce de faire preuve de leadership quant à l'accessibilité. Notre objectif est de nous assurer que tous les employés du gouvernement de l'Ontario et tous les membres du public que nous servons ont accès à tous les services, produits et installations du gouvernement. Ce document, ou l'information qu'il contient, est offert en formats substitués sur demande. Veuillez nous faire part de toute demande de format substitut en appelant ServiceOntario au 1 800 668-9938 (ATS : 1 800 268-7095).

Table des matières

Préface	4
PARTIE 1 – INTRODUCTION	5
Rôle de <i>Vers un juste équilibre</i>	6
Principes directeurs	7
Utilisation de <i>Vers un juste équilibre</i>	8
Comprendre les problèmes de santé mentale et de dépendance des enfants et des jeunes	10
Aperçu	10
Causes des problèmes	13
Observation des signes et des symptômes des problèmes	13
<i>Confidentialité des informations</i>	15
Aide aux élèves en cours de traitement	16
Conséquences sur l'apprentissage des élèves	16
Réflexions sur les enfants et les jeunes issus de familles immigrantes et réfugiées	16
Rôle du personnel scolaire dans la promotion de la santé mentale et du bien-être des élèves	18
Créer un environnement positif en classe	18
Réduire la stigmatisation : Parler en classe de santé mentale	21
Connaître ses élèves	22
Parler de santé mentale avec les parents et les élèves	23
Bibliographie	26

An equivalent publication is available in English under the title: Supporting Minds: An Educator's Guide to Promoting Students' Mental Health and Well-being, 2013. Draft Version.
Ce document est affiché sur le site Web du ministère de l'Éducation au <http://www.ontario.ca/edu>.

PARTIE 2 – SAVOIR RECONNAÎTRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ÉLÈVES ET POUVOIR Y RÉPONDRE	29
1. Problèmes d’anxiété	30
Qu’est-ce que l’anxiété?	30
Quelles sont les manifestations des problèmes d’anxiété?	30
Que peut faire le personnel scolaire?	34
Informations générales	41
Bibliographie	43
2. Problèmes d’humeur : la dépression et le trouble bipolaire	45
a) Dépression	45
Qu’est-ce que la dépression?	45
Quelles sont les manifestations de la dépression?	46
Que peut faire le personnel scolaire?	49
Informations générales	53
b) Trouble bipolaire	54
Qu’est-ce que le trouble bipolaire?	54
Quelles sont les manifestations du trouble bipolaire?	55
Que peut faire le personnel scolaire?	57
Informations générales	59
Bibliographie	59
3. Problèmes d’attention et d’hyperactivité/impulsivité	65
Que sont les problèmes d’attention et d’hyperactivité/impulsivité?	65
Quelles sont les manifestations des problèmes d’attention et d’hyperactivité/impulsivité?	67
Que peut faire le personnel scolaire?	69
Informations générales	77
Bibliographie	78
4. Problèmes de comportement	83
Que sont les problèmes de comportement?	83
Quelles sont les manifestations des problèmes de comportement?	85
Que peut faire le personnel scolaire?	87
Informations générales	94
Bibliographie	95
5. Problèmes liés à l’alimentation et au poids	98
Que sont les problèmes liés à l’alimentation et au poids?	98
Quelles sont les manifestations des problèmes liés à l’alimentation et au poids?	99
Que peut faire le personnel scolaire?	102
Informations générales	106
Bibliographie	107

6. Problèmes liés à une substance	110
Que sont les problèmes liés à une substance?	110
Quelles sont les manifestations d'une consommation problématique?	112
Que peut faire le personnel scolaire?	115
Informations générales	118
<i>Bibliographie</i>	120
7. Dépendance au jeu	125
Qu'est-ce que le jeu compulsif?	125
Quelles sont les manifestations des problèmes de dépendance au jeu?	127
Que peut faire le personnel scolaire?	129
Informations générales	129
<i>Bibliographie</i>	130
8. Automutilation et suicide	133
a) Automutilation	133
Qu'est-ce que l'automutilation?	133
Quelles sont les manifestations d'un problème d'automutilation?	133
Que peut faire le personnel scolaire?	134
Informations générales	136
b) Suicide	138
Que sont les idées et les comportements suicidaires?	138
Quelles sont les manifestations des idées et des comportements suicidaires?	140
Que peut faire le personnel scolaire?	142
Informations générales	147
<i>Bibliographie</i>	150
Annexe A : Initiatives provinciales apparentées	156
Annexe B : Contexte national et international	161
Annexe C : Signes d'actions pour la santé mentale	162
Remerciements	164

Préface

En juin 2011, le gouvernement de l'Ontario a publié le document intitulé *Esprit ouvert, esprit sain – Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. Le but de la stratégie est d'«[a]lléger le fardeau de la maladie mentale et des dépendances en veillant à ce que tous les résidents de l'Ontario aient un accès opportun à un système intégré de programmes de qualité, coordonnés et efficaces concernant la promotion de la santé mentale, la prévention, l'intervention précoce, le soutien communautaire et les traitements. » (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2011, p. 7).

Les trois premières années de la stratégie se concentrent sur les enfants et les jeunes avec les objectifs suivants : un accès rapide à des services de haute qualité, un dépistage précoce avec soutien et une aide aux enfants et aux jeunes vulnérables qui ont des besoins uniques (consulter l'annexe A). Étant donné que les écoles et les conseils scolaires jouent un rôle important dans la promotion de la sensibilisation, de la prévention et de l'intervention précoce, ainsi que dans l'orientation des élèves vers des services communautaires, la stratégie reconnaît explicitement le besoin de construire une capacité scolaire dans ce domaine.

Le présent guide a été créé en réponse à ce besoin. Il a été élaboré à partir d'une enquête complète des recherches actuelles ainsi que des consultations des experts et des praticiens des différents domaines. Le Guide fournit au personnel scolaire les informations nécessaires à tous ses membres pour aider les élèves qui ont des problèmes de santé mentale et de dépendance, et fournit aussi des stratégies efficaces qui permettent un dépistage précoce en classe.

En offrant des stratégies pour aider nos élèves les plus vulnérables, le Guide renforce les trois priorités fondamentales de l'éducation ontarienne, à savoir :

- De hauts niveaux de rendement des élèves;
- La réduction des écarts en matière de rendement des élèves;
- L'accroissement de la confiance du public dans l'éducation publique.

Le Guide complète plutôt que remplace les initiatives des conseils scolaires sur la promotion de la santé mentale et du bien-être des élèves.

Partie 1

Introduction

Principaux faits sur les problèmes de santé mentale des enfants et des jeunes

- Environ 20 % des enfants et des jeunes – soit un enfant sur cinq – ont un problème de santé mentale (Waddell et coll., 2002).
- Les problèmes de santé mentale peuvent sérieusement nuire à la capacité des enfants et des jeunes à réussir à l'école et à établir de bonnes relations avec leurs pairs.
- Il ne s'agit pas de mauvais enfants ni de mauvais parents.
- Les problèmes de santé mentale peuvent être pris en charge. Une prévention précoce est importante.
- Le traitement peut aider à soulager les symptômes, mais ne guérit pas, et l'enfant ou le jeune aura encore besoin de compréhension et de soutien.

Source : Adaptation de CYMHIN-MAD, 2010

Les problèmes de santé mentale varient selon leurs causes et leurs formes. Leur traitement peut nécessiter plusieurs types d'intervention et d'aide dont l'intégration doit être soigneusement coordonnée. La réponse à apporter à ces problèmes sera surtout déterminée par la perspicacité et l'expertise des professionnels de la santé mentale. Toutefois, puisque le personnel scolaire¹ joue un rôle important dans la vie de la plupart des enfants et des jeunes, il faut qu'il soit au courant des questions de santé mentale qui peuvent affecter les élèves et qu'il comprenne comment contribuer à une réponse à multiples facettes.

1. Dans le présent document, les termes *personnel scolaire* désignent le personnel intervenant dans le milieu scolaire comme les éducatrices et éducateurs de la petite enfance, les aide-enseignantes et aide-enseignants, le personnel enseignant, la direction d'école et la direction adjointe d'école.

Rôle de *Vers un juste équilibre*

On observe dans la société une inquiétude croissante concernant le nombre d'enfants et de jeunes qui connaissent des problèmes de santé mentale. Cette sensibilisation accrue coïncide avec l'objectif du système d'éducation de l'Ontario qui est de rendre les écoles sécuritaires et tolérantes, et de satisfaire les besoins de *tous* les élèves en prodiguant les types d'enseignement et d'évaluation qui sont « nécessaires pour quelques-uns et bénéfiques pour tous »².

Chaque jour, le personnel scolaire voit des élèves qui éprouvent des difficultés – qui manifestent un comportement difficile et extériorisé ou qui sont repliés sur eux-mêmes et sont anxieux. De tels comportements peuvent signaler des problèmes susceptibles d'être un obstacle à leur réussite en milieu scolaire et à leur fonctionnement en société. **Le personnel scolaire ne peut pas et ne devrait pas essayer de diagnostiquer des problèmes de santé mentale. Par contre, il a un rôle important à jouer dans :**

- la promotion d'une santé mentale positive à l'école;
- le dépistage des élèves qui peuvent avoir des problèmes de ce genre;
- l'orientation de ces élèves vers les services appropriés.

Ce guide-ressource (le Guide) est conçu pour aider le personnel scolaire à mieux comprendre la santé mentale afin de promouvoir le bien-être de tous les élèves. Le Guide fournit des informations permettant au personnel scolaire de repérer les élèves qui peuvent se sentir en détresse et de les diriger où ils peuvent obtenir des soins. Il aborde le rôle du personnel scolaire dans le dépistage des élèves qui peuvent être à risque de développer des problèmes de santé mentale et il décrit des façons de promouvoir la santé mentale et le bien-être de tous les élèves. On y trouve aussi des suggestions pour discuter de santé mentale avec les parents³ et les élèves. Le Guide fournit aussi des informations sur les types de problèmes de santé mentale que les enfants et les jeunes peuvent avoir, ainsi que sur les signes, symptômes, causes et fréquences des différents types de problèmes et leur impact potentiel sur l'apprentissage des élèves. Plus important encore, le Guide propose des stratégies pour améliorer l'aptitude des élèves à fonctionner en milieu scolaire sur les plans éducationnel et social.

« Éliminer la stigmatisation qui entoure la santé mentale et ouvrir la voie à un dialogue constructif sur le sujet entre les élèves et la direction des écoles, voilà ce qui pourrait faire la différence entre la vie et la mort, entre un adolescent qui réussit et un qui est laissé pour compte. »

Propos d'un leader scolaire

2. Voir le guide du ministère de l'Éducation, *L'apprentissage pour tous : Guide d'évaluation et d'enseignement efficaces pour tous les élèves de la maternelle à la 12^e année*, version provisoire de 2011. Disponible au <http://www.edu.gov.on.ca/fre/general/elemsec/speced/LearningforAll2011Fr.pdf>.

3. Dans ce Guide, le terme *parents* désigne le père, la mère, le tuteur ou la tutrice et peut inclure un fournisseur de soins ou un membre de la famille proche, ou un gardien ou une gardienne ayant la responsabilité parentale de l'enfant.

« La 7^e année a été difficile pour moi. Mon anxiété a empiré. Je me sentais triste et avais l'impression de ne pas avoir trouvé ma place, et j'ai raté beaucoup de cours. C'était la première fois que j'allais voir un médecin pour ça. Ma famille et mes enseignantes m'ont donné tout leur appui. À la fin de l'année, j'ai eu du plaisir à participer à une excursion de ma classe dans un camp de sports. C'est alors que j'ai pris conscience de ma passion et de mon talent pour les sports, ce qui m'a permis de me retrouver. »

Propos d'un jeune

Principes directeurs

Le Guide fait partie des initiatives du gouvernement de l'Ontario dans le cadre de sa Stratégie globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, énoncée dans le document *Esprit ouvert, esprit sain* (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011). Les principes directeurs suivants ont façonné le développement des deux documents.

« **Respect et compréhension.** Les personnes qui ont eu une maladie mentale ou des dépendances sont des membres très appréciés de leurs collectivités. Elles doivent être traitées avec dignité et respect. Il est important que les collectivités et les services travaillent ensemble pour éliminer les préjugés et la discrimination.

Développement sain, espoir et rétablissement. Les personnes qui sont résilientes nourrissent un espoir pour l'avenir. Les services miseront sur les points forts individuels pour aider les enfants et les jeunes à acquérir un sentiment de sécurité, d'estime de soi et de contrôle de leur avenir et pour aider les adultes à s'épanouir, à tenir des rôles sociaux valables et à tisser des liens utiles dans la collectivité.

Services autogérés. Les personnes qui ont eu une maladie mentale ou des dépendances, ainsi que leurs familles, enrichissent leurs soins de leurs points forts, de leur sagesse et de leur résilience. Elles doivent avoir la possibilité d'être entendues en tant que partenaires essentiels dans l'aménagement du système, l'élaboration des politiques et la fourniture des programmes et des services, ainsi que la possibilité de prendre des décisions éclairées à propos des soins personnels et du soutien qu'elles reçoivent.

Diversité, équité et justice sociale. Les personnes doivent avoir accès à des services qui sont adéquats sur le plan culturel et qui répondent à leurs besoins à n'importe quel âge et à tous les stades de leur vie. Elles doivent avoir des possibilités équitables de recevoir ces services et de jouer un rôle dans leurs collectivités sans être l'objet de préjugés. L'Ontario s'attache à éliminer les injustices individuelles et sociales qui contribuent aux maladies mentales et aux dépendances.

Excellence et innovation. L'Ontario s'engage à réaliser des améliorations continues en proposant des soins de qualité, opportuns, accessibles, efficaces, autogérés, axés sur la collaboration et sûrs. Les services visent l'excellence et encouragent les pratiques exemplaires et l'innovation.

Obligation de rendre des comptes. L'Ontario mettra à profit les programmes et les services efficaces de santé mentale et de lutte contre les dépendances ainsi que les meilleures données issues de l'expérience de vie, de la pratique et de la recherche. »

(Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2011, p. 9)

Utilisation de *Vers un juste équilibre*

Il est important de reconnaître que le Guide ne constitue qu'une des diverses ressources à la disposition des conseils scolaires pour renforcer la capacité des gestionnaires et du personnel de l'école à favoriser une bonne santé mentale chez les élèves. Étant donné qu'il s'agit d'une question extrêmement complexe, les efforts pour améliorer ces capacités devraient idéalement englober toute une gamme d'éléments fondés sur des données probantes.

Le personnel scolaire dispose de nombreuses ressources axées sur les connaissances en santé mentale. Ces ressources doivent toutefois être soigneusement étudiées afin d'évaluer leur fiabilité et leur pertinence pour la pratique en classe et de permettre de déterminer la conformité des idées véhiculées avec les orientations existantes du perfectionnement professionnel.

Effectuer des liens avec le curriculum lorsque c'est opportun donne des occasions propices au développement de la capacité des élèves à promouvoir leur propre santé mentale et celle de leurs pairs. Les élèves ont la possibilité d'apprendre les divers aspects de la santé mentale et du bien-être affectif tout au long du curriculum de l'Ontario, depuis la maternelle jusqu'à la 12^e année, grâce à un éventail de programmes, de sujets et de cours (voir l'annexe A).

Vers un juste équilibre comporte deux parties. La **Partie 1** présente des généralités sur les problèmes de santé mentale et les dépendances ainsi que des conseils pour le personnel scolaire dans son rôle d'aide pour une bonne santé mentale et le bien-être des élèves. La **Partie 2** est composée de huit sections, chacune traitant d'un problème de santé mentale en particulier. La structure de chaque section fournit avant tout au personnel scolaire les informations dont il a besoin pour repérer les problèmes de santé mentale chez les élèves et proposer une aide adéquate – sous des titres comme Qu'est-ce que la dépression? Quelles sont les manifestations de la dépression? Que peut faire le personnel scolaire? À la fin de chaque section, des Informations générales sont fournies sur le type particulier de problème. Des hyperliens sont indiqués dans toute la section texte, donnant ainsi accès à plus d'information.

Pour un bon emploi du Guide, les écoles et les conseils scolaires peuvent trouver utile :

- d'organiser une présentation générale faite par la direction de l'école ou un professionnel de la santé mentale⁴;
- d'effectuer une présentation des suivis des parties qui intéressent tout spécialement l'école (peut-être avec des conférenciers).

4. Dans le présent document, les termes *professionnel de la santé mentale* désignent les personnes qui font partie d'une grande catégorie de praticiens de la santé mentale comme : psychiatre, psychologue clinicien, travailleur social clinique, infirmière psychiatrique et conseiller en santé mentale. Un praticien ou une praticienne doit être muni des documents d'un établissement d'enseignement dans son domaine propre attestant qu'il a satisfait aux exigences en matière d'éducation et de formation de sa discipline.

Comprendre les problèmes de santé mentale et de dépendance des enfants et des jeunes

Aperçu

■ *Classification*

Nombreux sont les problèmes comportementaux et émotionnels que les enfants et les jeunes peuvent afficher et qui peuvent avoir un impact négatif sur leur bien-être et perturber leur fonctionnement en milieu scolaire, à la maison, dans la collectivité et en société. La réussite scolaire et les relations avec la famille et les amis peuvent en être affectées. La gamme des problèmes comportementaux et émotionnels vécus peut entraîner chez les élèves le risque de développer des troubles mentaux cliniques et peut aussi augmenter le risque de maladies physiques comme le diabète et une maladie cardiaque. Parfois aussi, ces enfants et ces jeunes présentent un risque accru de suicide (Gould et coll., 2003; Weissman et coll., 1999).

La plupart des problèmes de santé mentale des enfants et des jeunes sont classés en deux grandes catégories : les *problèmes intériorisés* et les *problèmes extériorisés*. Les premiers comprennent des symptômes comme le repli sur soi, l'anxiété, des inquiétudes, une humeur dépressive. Les seconds comprennent des comportements comme l'agressivité, la défiance, l'insubordination et la destruction (Achenbach, 1991). Au Canada, l'utilisation appropriée des critères diagnostiques exige un degré élevé de formation et les évaluations diagnostiques ne devraient être entreprises que par des personnes agréées pour exécuter un tel acte autorisé. En Ontario, la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* (L.O. 1991) stipule que seuls les membres des professions de la santé réglementées comme les médecins (p. ex., psychiatres, médecins de famille) et les psychologues sont autorisés à poser un diagnostic. Actuellement on se sert du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR, texte révisé de 2005 en français) de l'American Psychiatric Association (APA) pour classer et diagnostiquer de tels troubles. Une nouvelle version révisée (DSM-V) est prévue en anglais pour le printemps 2013.

■ *Continuum de sévérité*

La santé mentale existe dans un continuum. Les problèmes de santé mentale et de dépendance des enfants et des jeunes vont de légers à sérieux. Par exemple, la plupart des élèves se sentent un peu anxieux ou nerveux avant un test, mais quelques-uns peuvent ressentir une anxiété extrême et débilitante dans toute situation où ils sont évalués ou testés. Le dépistage précoce des signes et des symptômes de problèmes émotionnels et comportementaux est important, car ces derniers peuvent présenter un risque réel d'évoluer en troubles cliniques qu'une intervention précoce peut alors diminuer. En effet, des démarches précoces dès l'apparition de symptômes, même légers, peuvent prévenir leur aggravation. Une intervention professionnelle peut être indiquée quand un enfant ou un jeune connaît des difficultés à répondre aux exigences quotidiennes et que ces difficultés persistent pendant plusieurs semaines.

Le diagramme suivant illustre cette continuité. Les élèves peuvent se trouver à différents points du continuum de la santé mentale tout au long de leur cheminement scolaire.

SANTÉ MENTALE – CONTINUUM DE LA MALADIE MENTALE

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE		
SANTÉ	Problèmes ou préoccupations émotionnels	MALADIE Maladie mentale
Bien-être		
Stress occasionnel à détresse légère Aucune incapacité	Détresse légère à modérée Incapacité légère ou temporaire	Détresse marquée Incapacité modérée invalidante ou chronique

Source : Traduction du tableau provenant de MHealthy – University of Michigan Health & Well-Being Services, « Understanding U: Managing the Ups and Downs of Life – What Is Mental Health? » 2012, disponible en anglais seulement au http://hr.umich.edu/mhealthy/programs/mental_emotional/understandingu/learn/mental_health.html

■ *Comorbidité*

Il arrive que les enfants et les jeunes manifestent des signes d'une combinaison de plusieurs troubles mentaux au cours de leur développement. De nombreux troubles ont une forte tendance à la comorbidité, ce qui signifie qu'ils se produisent souvent de façon simultanée. Par exemple, les troubles d'anxiété et le trouble dépressif majeur (TDM) coexistent souvent chez les jeunes. Par ailleurs,

les enfants ayant un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) manifestent souvent aussi des symptômes de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Les problèmes de santé mentale et de consommation d'alcool et de drogues présentent souvent des problèmes simultanés. On estime que 50 % des enfants qui connaissent un trouble de santé mentale présentent aussi deux troubles ou plus en même temps (Waddell et coll., 2002).

La comorbidité de différents problèmes émotionnels et comportementaux varie avec l'âge et le stade de développement de l'enfant ou du jeune. Quand les enfants et les jeunes ont des problèmes multiples ou plus d'un trouble, ils sont plus vulnérables et le traitement devient plus compliqué. Cela souligne l'importance de repérer les enfants et les jeunes qui manifestent des signes précoces de problème de santé mentale – ceux dont les symptômes légers sont le signal d'un risque plus élevé – avant l'émergence de symptômes plus graves et de problèmes plus complexes.

■ *Quelle est la fréquence des problèmes de santé mentale?*

La plupart des estimations suggèrent que 15 à 20 % des enfants et des jeunes sont aux prises avec un problème de santé mentale. Cela pourrait signifier que dans une classe de trente élèves, cinq ou six élèves peuvent avoir un problème de santé mentale et trois ou quatre un problème qui perturbe beaucoup leur quotidien.

Les recherches révèlent que les problèmes de santé les plus courants chez les enfants et les jeunes sont, par ordre décroissant d'importance, les problèmes d'anxiété, les problèmes comportementaux (y compris le TDAH et le trouble des conduites), les problèmes de l'humeur (p. ex., troubles dépressifs) et les problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme (Merikangas et coll., 2009; Boyle et coll., 1987; Offord et coll., 1987; Offord et coll., 1989; Offord et coll., 1992; Waddell et coll., 2002 pour une révision des recherches; Boyle et coll., 1989). Il existe également de réelles différences culturelles dans les taux des troubles de santé mentale constatés chez les enfants et les jeunes de différents pays. Les données probantes des recherches ont généralement montré que le taux des troubles de l'humeur et celui de l'anxiété sont plus élevés chez les filles que chez les garçons, alors que c'est l'inverse pour le taux des troubles du comportement. Garçons et filles présentent des taux équivalents de problèmes de consommation d'alcool et de drogues (Merikangas et coll., 2009).

Causes des problèmes

Selon les recherches, une multitude de facteurs génétiques et environnementaux interagissent et mènent, avec le temps, à l'apparition et à la persistance des problèmes de santé mentale et de dépendance chez les enfants et les jeunes (Merikangas et coll., 2009).

Du point de vue biologique et génétique, des facteurs tels que des problèmes de développement du cerveau en bas âge, des influences génétiques, un déséquilibre chimique et un traumatisme cérébral peuvent tous contribuer à des problèmes de santé mentale. D'autres facteurs ou éléments déclencheurs possibles comprennent des caractéristiques associées à l'enfant, à sa famille et à ses parents, ainsi que des influences contextuelles comme le quartier où il vit. Il faut aussi mentionner, par exemple, des perturbations cognitives et psychologiques, des difficultés prénatales et postnatales, des facteurs de stress graves dans la vie, des relations difficiles avec les pairs, des conflits familiaux, la consommation d'alcool et de drogues, et des caractéristiques parentales et familiales telles que des antécédents familiaux de maladie mentale (consulter Merikangas et coll., 2009 pour une révision des recherches).

Quel que soit l'élément déclencheur immédiat, les problèmes de santé mentale et de dépendance sont habituellement renforcés par une variété de facteurs environnementaux tels que des expériences précoces ou des éléments de stress précédant de peu l'apparition d'un problème. Des facteurs tels que l'âge, le sexe et le stade de développement peuvent aussi influencer la manière dont se présentent les problèmes de santé mentale.

Il faut noter que certaines populations courent un plus grand risque de développer des problèmes de santé mentale en raison des circonstances qu'elles rencontrent. Le personnel scolaire ontarien est de l'avis général qu'il faut créer un espace francophone respectueux du dynamisme et du pluralisme de la collectivité, équitable et inclusif tout en s'assurant que les élèves se sentent tous en sécurité, à l'aise et acceptés (voir p. 19). Toutefois, certains groupes d'élèves, comme les immigrants récents, les enfants de familles à faible revenu, les élèves autochtones et ceux ayant des besoins particuliers peuvent présenter un risque plus élevé. Pour préserver les chances de succès scolaire et personnel à long terme de ces élèves, le personnel scolaire doit être conscient des défis auxquels ils sont confrontés.

Observation des signes et des symptômes des problèmes

Comme déjà indiqué, en Ontario les seuls professionnels qualifiés pour diagnostiquer les problèmes de santé mentale sont les médecins – dont les psychiatres – et les psychologues. Les conseils scolaires comptent parfois dans

leur effectif des professionnels de la santé mentale habilités à poser un diagnostic, mais dans de nombreuses collectivités il faut orienter les patients vers les services de santé mentale s'adressant aux enfants et aux jeunes. En Ontario, ces services, qui sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et par le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, sont prodigués par des organismes indépendants. Parmi ces organismes, plusieurs centres de santé mentale pour enfants de l'Ontario sont membres de Santé mentale pour enfants Ontario (SMEO) qui en diffuse une liste par région dans son site Web en anglais au http://www.kidsmentalhealth.ca/about_us/memberslist.php, avec l'indication « FR » lorsque des services sont fournis en français dans un de ces centres.

Le personnel scolaire a un rôle important de *soutien* dans le processus menant à un diagnostic, car il peut observer des aspects du comportement d'un élève dans le cadre scolaire qui ne sont pas toujours évidents pour les parents ni pour les professionnels de la santé mentale. Ces observations peuvent aider à constituer un profil du fonctionnement de l'enfant. Le Guide fournit une liste des signes et des symptômes des problèmes les plus fréquents de santé mentale et de dépendance que l'on peut observer en classe. Il ne faut pas oublier toutefois, que chez certains élèves, les problèmes de santé mentale sont souvent complexes et se recourent. De nombreux types de comportements ou symptômes que le personnel scolaire observe en classe peuvent être associés à une variété de problèmes ou de troubles de santé mentale pouvant parfois apparaître conjointement. Par exemple, un enfant qui a des difficultés à se concentrer, qui ressent de la fatigue et de l'irritabilité et qui a des troubles du sommeil pourrait être atteint de trouble dépressif majeur ou de trouble d'anxiété généralisée (TAG) ou encore de problèmes subcliniques (symptômes associés à la dépression ou à l'anxiété, mais ne répondant pas à des critères qui permettent d'établir un diagnostic). C'est-à-dire, des symptômes similaires peuvent avoir différentes causes et signaler différents besoins (Garber et Weersing, 2010).

C'est pourquoi, tout observateur devrait éviter de sauter à des conclusions sur la présence ou l'absence d'un trouble mental ou sur la nature d'un trouble. Il devrait plutôt noter ses observations de façon aussi objective que possible et essayer de déterminer si les symptômes semblent perturber le fonctionnement de l'élève. Il est préférable de partager ces observations avec les parents, l'équipe-école, l'équipe de soutien externe et la direction d'école selon le cas (voir l'encadré ci-dessous).

Lorsque des problèmes émotionnels ou comportementaux perturbent beaucoup le fonctionnement d'un élève socialement, scolairement, à la maison ou dans la collectivité, celui-ci peut avoir besoin d'aide.

Pour aider à comprendre les comportements ou les symptômes manifestés par un élève, il est important de comprendre le développement de l'enfant et de l'adolescent et de savoir quel est le comportement typique pour chaque stade et

Confidentialité des informations

Les questions de confidentialité et d'accès aux informations personnelles sont d'une extrême importance en ce qui concerne la santé mentale des élèves. Les conseils scolaires et les écoles provinciales de l'Ontario fonctionnent à l'intérieur d'un cadre juridique dans lequel différentes mesures législatives régissent les décisions à prendre concernant l'accès aux informations et leur confidentialité, comme :

- La *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* disponible au http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90f31_f.htm;
- La *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* disponible au http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90m56_f.htm;
- La *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* disponible au http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_04p03_f.htm;
- La *Loi sur l'éducation* disponible au http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90e02_f.htm.

Les conseils et les écoles de la province ont en place des politiques et des procédures qui suivent les mesures législatives concernant l'accès aux informations et leur confidentialité. De plus, les conseillères et conseillers juridiques ainsi que les coordonnatrices et coordonnateurs de l'accès à l'information peuvent apporter leur appui sur ces questions.

Les documents suivants fournissent des renseignements sur les mesures législatives concernant l'accès aux informations et à leur confidentialité dans le domaine de l'éducation :

- Le *Guide sur les lois de l'Ontario qui régissent la divulgation de renseignements personnels concernant les élèves (révisé en juin 2011)* de la Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario. Disponible au <http://www.ipc.on.ca/images/Resources/educate-f.pdf>;
- *La divulgation de renseignements personnels par les universités, les collèges et les autres établissements d'enseignement dans les situations d'urgence : Conseils sur l'exercice du pouvoir discrétionnaire* (2008) de la Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario et de l'Office of the Information & Privacy Commissioner for British Columbia. Disponible au http://www.ipc.on.ca/images/Resources/ipc-bc-disclosure-edu-f_758102830000.pdf.

chaque âge. Un document comme celui élaboré par le Hincks-Dellcrest Centre, *The ABCs of Mental Health*, offre des informations concernant le développement des enfants et des jeunes (disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/ABC/Welcome>).

Aide aux élèves en cours de traitement

Les traitements sont conçus pour cibler les facteurs qui provoquent et entretiennent des symptômes et des comportements particuliers, et qui empêchent ainsi l'enfant ou le jeune de fonctionner dans différentes sphères de sa vie. Certains des buts du traitement comprennent la diminution de la sévérité des symptômes et de la détresse, ainsi que l'amélioration de l'aptitude de l'élève à effectuer ses activités quotidiennes. Les traitements habituels comprennent des interventions psychosociales (comme la thérapie cognitivo-comportementale), la psychothérapie et la pharmacothérapie, seules ou combinées. Lorsqu'un élève reçoit un traitement pour un trouble mental qui a été diagnostiqué, le personnel scolaire devrait travailler en étroite collaboration avec les parents et les professionnels de la santé mentale afin de comprendre dans quelle mesure les traitements dispensés peuvent affecter le fonctionnement de l'élève à l'école et de déterminer comment le personnel scolaire et l'école peuvent l'aider.

Les stratégies et les traitements sont plus efficaces quand l'élève, les parents, les professionnels de la santé mentale et l'équipe-école travaillent ensemble avec des approches similaires pour résoudre un problème.

Conséquences sur l'apprentissage des élèves

Les élèves ayant des problèmes de santé mentale peuvent avoir de la difficulté à progresser régulièrement en milieu scolaire. Ceux qui ont des troubles mentaux sévères connaissent souvent des difficultés d'apprentissage scolaire et peuvent avoir besoin d'aide appropriée telle que décrite dans un plan d'enseignement individualisé (PEI). Ces plans devraient inclure des attentes pour que les élèves acquièrent les habiletés sociales, la conscience de soi, la maîtrise et l'estime de soi nécessaires pour réussir leurs études. Ces éléments sont importants pour tous les élèves, mais les élèves qui ont des problèmes de santé mentale ont souvent de la difficulté à acquérir ces éléments au même rythme que les autres élèves. De même, les élèves qui ont un trouble d'apprentissage, un handicap physique ou un handicap de développement ont souvent besoin d'un soutien pour acquérir des habiletés sociales et interpersonnelles.

Réflexions sur les enfants et les jeunes issus de familles immigrantes et réfugiées

Les enfants et les jeunes qui vivent dans des familles immigrantes ou réfugiées représentent le segment de la population canadienne qui connaît la plus forte croissance (Statistique Canada, 2007). Au cours des trente-cinq années qui

se sont écoulées entre 1971 et 2006, le pourcentage de jeunes élevés dans des familles immigrantes est passé de 24 % à 34 % (Statistique Canada, 2006).

Des expériences stressantes vécues lors de la migration et de la réinstallation dans un nouveau milieu peuvent compromettre la capacité des enfants et des jeunes immigrants à atteindre et à maintenir de façon optimale leur fonctionnement psychologique et leur bien-être. Par conséquent, ces enfants et ces jeunes peuvent être plus facilement affectés par des problèmes de santé mentale en raison de leur plus grande exposition à des facteurs de risque comme la pauvreté dans la famille ou le quartier, le chômage des parents, la discrimination et l'exclusion sociale, l'exposition à la violence et aux traumatismes, ainsi que la séparation prolongée des membres de leur famille.

■ *Soutenir la santé mentale des élèves immigrants et réfugiés en milieu scolaire*

À l'heure actuelle, on en sait très peu sur l'utilisation des services de santé mentale par les enfants immigrants et réfugiés qui vivent au Canada. Pour diverses raisons, les familles immigrantes peuvent être réticentes à procurer des services pour leurs enfants. L'un des facteurs dissuasifs possibles serait une pénurie, réelle ou supposée, de professionnels de la santé mentale sensibilisés à leur culture ou pouvant communiquer dans leur langue d'origine. D'autres facteurs dissuasifs sont la méconnaissance des systèmes provinciaux de services en santé mentale et la stigmatisation associée au traitement. Dans ces cas, les dispositifs d'aide mis en place en milieu scolaire pour ces enfants et ces jeunes peuvent se révéler d'un grand secours.

La culture joue un très grand rôle dans la manière dont les élèves peuvent se présenter avec leurs difficultés de santé mentale et comment ils désignent et communiquent ces difficultés à des tiers. C'est pourquoi les signes et les symptômes associés aux différents problèmes de santé mentale dans le Guide peuvent connaître de légères variations selon les valeurs et les normes culturelles.

En outre, alors que la crainte de la stigmatisation touche tous les élèves, elle peut être encore plus prononcée dans certains groupes ethniques et culturels. Par conséquent, il est essentiel de créer un milieu scolaire qui respecte et valorise la diversité tout en fournissant des informations exactes sur la santé mentale aux élèves et à leurs parents. Il est important que les écoles et les collectivités créent en leur sein une « compétence culturelle » pour répondre aux besoins en matière de santé mentale des élèves et des parents issus de divers groupes immigrants, ethniques et linguistiques (voir l'encadré).

La *compétence culturelle* consiste en l'acceptation et au respect de la différence, résultat d'une autoévaluation continue concernant les cultures, d'une attention à la dynamique de la différence, du développement constant de la connaissance des cultures et d'une volonté d'adapter les ressources et les procédures à l'intérieur des modèles de services pour répondre aux besoins de populations minoritaires.

(Saldaña, 2001)

Rôle du personnel scolaire dans la promotion de la santé mentale et du bien-être des élèves

Créer un environnement positif en classe

Tout comme une bonne santé physique est bien plus que l'absence de maladie physique, une bonne santé mentale est bien plus que l'absence de maladie mentale. La santé mentale existe dans un continuum et peut être renforcée par des relations amicales positives, par la participation à des activités significatives et par la capacité à gérer efficacement le stress et les conflits. Même si une bonne alimentation, des exercices physiques et le sommeil ne garantissent pas une bonne santé, cette dernière est hors de portée en leur absence. De même, si les amis, les activités et l'aptitude à gérer ses propres émotions ne garantissent pas une bonne santé mentale, ils peuvent y contribuer. Puisque les enfants et les jeunes passent plus de six heures par jour et plus de 190 jours par année à l'école, ce qui se produit à l'école peut exercer une grande influence sur leur bien-être. L'école peut être un acteur clé dans la promotion de la santé mentale et la capacité de résilience des élèves.

D'après le Consortium conjoint pour les écoles en santé, il y a une « corrélation de la santé mentale positive avec un développement sain » (Consortium conjoint pour les écoles en santé, 2010, p. 16-17). Toujours selon le Consortium, la promotion d'une bonne santé mentale et d'un développement sain est associée aux facteurs suivants :

- reconnaissance et gestion efficace des émotions;
- promotion du développement sain et normal des enfants et des adolescents;
- exploration et emploi des habilités innées et des capacités des enfants et des adolescents;
- établissement de relations familiales, scolaires et communautaires significatives;
- perfectionnement des aptitudes à résoudre les problèmes et à faire face au stress;
- création d'environnements d'apprentissage positifs et significatifs;
- plus grande participation aux activités récréatives et aux loisirs communautaires structurés;
- plus grand respect et meilleure estime de la diversité et des différences individuelles;
- meilleure compréhension et suppression de la stigmatisation des troubles de santé mentale;

« L'école est un endroit où les élèves vont pour apprendre et se développer comme individus, et il est donc important pour eux de savoir que des ressources sont disponibles s'ils ont des difficultés de santé mentale. »

Propos d'une jeune fille

« Le climat scolaire peut se définir comme le milieu d'apprentissage et les relations personnelles qui se vivent à l'école et au sein de la communauté scolaire. Un climat scolaire positif existe lorsque tous les membres de la communauté scolaire se sentent en sécurité, inclus et acceptés et promeuvent de manière active des comportements et des interactions positifs. Les principes de l'équité et de l'éducation inclusive sont intégrés dans le milieu d'apprentissage pour contribuer à un climat scolaire positif et à une culture de respect mutuel. Un climat scolaire positif est un élément essentiel de la prévention de comportements inappropriés. »

(Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2012, p. 2)

- plus nombreuses occasions données aux enfants et aux adolescents de faire preuve d'autonomie et de faire des choix appropriés à leur âge;
- plus grande sensibilité aux besoins des autres et démonstration de comportements sociables;
- plus grande pratique d'activités physiques structurées et non structurées;
- diminution des comportements à risque élevé (p. ex., consommation de drogues);
- meilleurs résultats scolaires et plus grande assiduité scolaire;
- diminution des comportements oppositionnels;
- plus grand engagement scolaire et meilleure confiance en soi.

Il est bien connu qu'un milieu physique et social, sécuritaire et tolérant dans les écoles et les classes améliore les conditions d'apprentissage. Le milieu physique comprend les bâtiments et les terrains de l'école, les services de transports du conseil scolaire et les matériaux et les équipements servant aux programmes scolaires. Les classes dont le climat est positif et le contexte social favorable ont un impact positif sur l'apprentissage, la santé mentale et le développement équilibré des élèves. Le milieu scolaire est influencé par de nombreux facteurs, aussi bien formels (p. ex., politiques de l'école et de la classe, codes de conduite, clubs, groupes d'entraide) qu'informels (p. ex., interaction non structurée avec les pairs, jeux libres). Les organismes communautaires, y compris ceux de santé publique, jouent également un rôle en offrant l'accès à des ressources et à des services pour le personnel, les élèves et les familles dans le milieu scolaire.

Grâce à ses pratiques d'enseignement, le personnel scolaire de l'Ontario soutient déjà une croissance et un développement équilibrés ainsi qu'une bonne santé mentale chez ses élèves. Un enseignement de qualité donne aux élèves une vaste gamme de possibilités pour apprendre, s'exercer et démontrer leurs connaissances et leurs compétences dans le cadre d'une vie saine. Les programmes offerts pendant la journée d'enseignement forment souvent la base d'activités constructives qui ont lieu hors du contexte de l'enseignement. Les habiletés sociales et affectives qui aident les élèves à développer et à maintenir une bonne santé mentale se prêtent à un enseignement explicite. Une variété de stratégies pédagogiques pour tous les élèves d'une classe contribue à créer un climat positif et à enseigner aux élèves les habiletés sociales et émotionnelles qui les aideront à former des relations équilibrées. Par exemple, le personnel scolaire peut :

- maintenir des attentes élevées de réussite scolaire selon lesquelles tous les élèves apprendront et réussiront;
- engager tous les élèves dans le travail scolaire en classe. Cela peut comprendre des stratégies de différenciation pédagogique (DP) et de conception universelle de l'apprentissage (CUA);
- établir des attentes claires et homogènes quant au comportement. Celles-ci changent à mesure que les élèves grandissent et sont mieux en mesure de

gérer leur propre comportement. Confronter l'intimidation et la violence constitue une démarche essentielle dans l'instauration de normes de comportement;

- féliciter l'élève pour ses bons comportements. L'aptitude à remarquer un comportement positif est parfois difficile à acquérir. On peut commencer par essayer de trouver un bon comportement à remarquer chaque jour; bientôt, on constatera que le nombre d'exemples de bon comportement augmente;
- apprécier un comportement spécifique. Dire « tu as réussi » n'est pas aussi efficace que dire « Michel, tu as réussi à te tenir tranquillement assis » ou « Naomi, tu as très bien réussi à résoudre ce problème de mathématiques »;
- faire intervenir les parents et les membres de la collectivité. Ceux-ci peuvent contribuer à créer une atmosphère positive à l'école par le bénévolat, le mentorat et tout simplement en prenant pour modèle des comportements appropriés.

Pour certains élèves, la première possibilité d'acquérir les habiletés nécessaires pour interagir avec d'autres enfants s'offre à eux lorsqu'ils fréquentent un programme préscolaire dans une garderie, une bibliothèque, une maternelle ou un jardin d'enfants. Ces programmes offrent tous la possibilité pour les enfants d'interagir et d'apprendre à s'entendre avec leurs pairs. Les enfants apprennent cela plus facilement s'ils ont des règles homogènes de comportement et si les conséquences sont systématiques lors d'un écart de conduite. Certains enfants n'auront peut-être pas connu ce genre d'expérience avant la première année scolaire et peuvent avoir des habiletés sociales limitées. D'autres auront davantage de difficultés à comprendre et à acquérir des habiletés sociales et un comportement approprié, tout comme certains ont du mal à apprendre à lire, à écrire et à compter. Peu importe la cause, les enfants qui arrivent en milieu scolaire avec peu d'habiletés sociales nécessaires pour gérer un nouvel environnement complexe risquent d'avoir de la difficulté à s'adapter. Cela peut donc se manifester dans leur propre comportement.

Il est particulièrement important pour le personnel scolaire de prendre conscience de la santé mentale et du bien-être des très jeunes élèves. Cependant, ces derniers sont souvent incapables d'exprimer clairement leurs idées et leurs sentiments, le dépistage s'avère alors difficile. Les signes de problème de santé mentale chez les très jeunes peuvent être très différents de ceux d'un enfant plus âgé ou d'un adulte.

Au fur et à mesure que les élèves se développent et acquièrent de la maturité, il peut arriver que leur compréhension des émotions et des habiletés sociales ne suive pas le rythme de leur compréhension en lecture et en mathématiques. Même si le comportement qu'ils montrent évolue, tout problème de comportement demeure un bon indicateur qu'un élève ne comprend pas comment se conduire ou n'a pas vécu les expériences nécessaires pour développer et

« La capacité de s'autoréguler ou d'établir ses propres limites permet à l'enfant de développer son bien-être affectif, ses états d'esprit et ses dispositions à agir, comme la persévérance et la curiosité; ces éléments ont un caractère fondamental dans l'apprentissage des jeunes enfants et interviendront dans leurs apprentissages futurs. »

(Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2010-11, p.11)

intégrer les habiletés sociales requises. Un enseignement explicite, la pratique et la rétroaction aident les élèves à construire des compétences en littératie et en numératie; cela s'applique également aux habiletés sociales et affectives. Bien que l'enseignement des habiletés sociales et affectives en tant que telles ne soit que rarement explicitement exigé dans les programmes-cadres, il existe des données probantes claires voulant que les élèves qui reçoivent un tel enseignement aient de meilleurs résultats scolaires.

Plusieurs programmes ont été développés pour enseigner les habiletés sociales et affectives et les stratégies qui renforcent la résilience. Puisque ces habiletés évoluent au fur et à mesure que les élèves se développent et acquièrent de la maturité, il est important de personnaliser le programme suivant l'âge et le stade de développement des élèves. De nombreux programmes sont conçus pour être utilisés par le personnel enseignant pour tous les élèves de la classe. Certains programmes sont faits pour être utilisés par le personnel scolaire et par un professionnel comme un travailleur social, un psychologue ou un thérapeute du comportement. Pour que ces programmes soient efficaces, il est essentiel que l'enseignante ou l'enseignant titulaire de classe y participe.

« La santé mentale et le bien-être émotionnel sont étroitement associés au renforcement de la résilience. La résilience est la capacité de se rétablir après une difficulté ou un changement – de fonctionner aussi bien qu'avant et d'aller de l'avant. La résilience est souvent citée comme étant la capacité à "rebondir" après des difficultés. »

(Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2010, p. 36)

Réduire la stigmatisation : Parler de santé mentale en classe

Bien que les problèmes de santé mentale touchent un jeune sur cinq, moins de 25 % des enfants et des jeunes qui ont des problèmes de santé mentale reçoivent un traitement spécialisé. Des études récentes révèlent que les problèmes de santé mentale qui causent une détresse psychologique et un dysfonctionnement importants sont présents chez 14 % des enfants et des adolescents (Waddell et coll., 2002). Enfants, jeunes et adultes conviennent tous qu'un des plus gros obstacles à la recherche d'aide en cas de problèmes de santé mentale est la crainte de la stigmatisation ou de la perception négative de la part des autres. Le personnel scolaire a une occasion unique d'influencer les perceptions et la compréhension des problèmes de santé mentale de tous les élèves. Il peut aider à réduire la stigmatisation des problèmes de santé mentale en discutant de la question en classe et en aidant les élèves à trouver et à utiliser des informations approfondies et des services fiables sur le sujet.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) reconnaît que le personnel scolaire a une occasion unique de promouvoir les connaissances sur la santé mentale et elle a fait l'une de ses priorités l'élaboration de ses programmes de sensibilisation pour réduire la stigmatisation des enfants et des jeunes qui ont des problèmes de santé mentale. La Commission collabore avec plusieurs fournisseurs de ressources pour développer des programmes efficaces pour la classe. Pour toute information, consulter les

sites Web de la Commission de la santé mentale du Canada au <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/default.aspx> et du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents au <http://www.excellencepourenfantsados.ca/home>.

Connaître ses élèves

Des adultes bienveillants peuvent faire toute la différence dans la vie d'un enfant ou d'un jeune (Luthar et coll., 2000; Meichenbaum, 2005 pour une révision des recherches). Les adultes bienveillants sont ceux qui se mettent à la disposition des élèves, les écoutent et réfléchissent vraiment aux inquiétudes que les élèves soulèvent et leur offrent parfois des conseils sur lesquels réfléchir ou des pistes pour obtenir de l'aide. Le personnel scolaire qui fait un effort pour connaître ses élèves est en mesure de remarquer des changements dans leur comportement, changements qui peuvent signaler une augmentation des difficultés sociales et affectives.

Il est important de répéter que même si le personnel scolaire joue un rôle important dans l'identification des signes de problèmes potentiels de santé mentale, il ne travaille pas seul. Une approche par équipe formée de parents, de membres du personnel scolaire et, le cas échéant, de spécialistes du conseil scolaire ou de la collectivité est impérative pour s'attaquer à ces problèmes. Chaque conseil a ses propres procédures, mais tous ont un processus en place pour que le personnel scolaire puisse signaler les élèves qui ont des difficultés en particulier. En outre, il est essentiel de faire participer les parents à la planification des mesures à prendre pour répondre le mieux possible aux besoins de l'élève.

Une première étape pour savoir si un élève a un problème de santé mentale serait de simplement documenter le comportement préoccupant. Les conseils scolaires peuvent avoir leurs propres formulaires pour inscrire ces informations. Lorsque plusieurs observations sur le comportement en particulier ont été réunies, le personnel scolaire peut les partager avec des collègues capables de les aider à élaborer un plan afin de gérer le comportement. Le personnel scolaire devrait être à l'affût des trois éléments suivants lorsqu'il se demande si un élève est aux prises avec un problème de santé mentale ou de dépendance.

- *Fréquence* : À quelle fréquence l'élève manifeste-t-il le comportement en question?
- *Durée* : Depuis combien de temps le comportement dure-t-il?
- *Intensité* : Dans quelle mesure le comportement perturbe-t-il le fonctionnement social et scolaire de l'élève?

Il y a d'autres signes généraux indiquant qu'un élève pourrait être aux prises avec des difficultés : lorsque ses émotions et ses comportements ne sont pas

appropriés pour son âge; lorsque son comportement est radicalement différent de celui de ses pairs et quand la durée du comportement semble excessive. Ces signes indiquent le besoin d'une surveillance plus étroite, car ils suggèrent que le comportement observé n'est pas conforme aux manifestations types de croissance et de développement sains. L'évaluation du dysfonctionnement comportemental est également importante. Par exemple, il se peut que les émotions d'un élève soient une manifestation normale de son stade de développement et non un symptôme de maladie sous-jacente comme une dépression. Une information précise sur la fréquence, la durée et l'intensité du comportement aidera à déterminer le potentiel de gravité du problème et s'il y a besoin d'intervenir.

« Les recherches indiquent que la participation accrue des familles à l'apprentissage des enfants apporte de grands avantages... lorsque les relations avec les familles sont fondées sur la confiance et le respect mutuels dans un milieu de garde sensible à la culture, aux valeurs, à la langue et à la composition familiale... ».

(Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2010-11, p. 42)

Parler de santé mentale avec les parents et les élèves⁵

Puisque le personnel scolaire est un important contact pour les élèves, les parents et souvent pour d'autres professionnels impliqués dans la vie des élèves, il faut qu'il sache comment communiquer avec tous les partenaires. La communication avec les élèves, les parents et des professionnels peut être parfois difficile et source de confusion. Les parents peuvent ne pas être d'accord avec la perception qu'a un membre du personnel scolaire du comportement de leur enfant. Les professionnels de la santé mentale risquent d'utiliser un langage et des termes que le personnel scolaire ne connaît pas. Les élèves peuvent poser des questions et avoir des inquiétudes qui sont difficiles à résoudre. Cette section du Guide fournit des directives qui peuvent aider le personnel scolaire à s'adresser aux parents et aux enfants au sujet des problèmes de santé mentale.

■ *Informer et aider les parents*

Étant donné que le personnel scolaire passe beaucoup de temps avec les élèves, il est bien placé pour distinguer les comportements types appropriés pour l'âge des comportements inappropriés qui entravent le développement et l'apprentissage d'un élève. L'expérience du personnel scolaire favorise le dépistage d'un comportement non conforme à ce qu'on attend d'élèves de cet âge. Les parents n'ont pas forcément de contacts réguliers avec d'autres jeunes et peuvent ne pas s'apercevoir que le comportement de leur enfant est différent. En outre, le stress causé par le travail scolaire, par les relations avec les pairs en milieu scolaire et par la structure de l'école peut déclencher des comportements à l'école qui ne sont pas reproduits hors de celle-ci.

Parfois, les parents savent que leur enfant a un problème mais hésitent à le révéler au personnel scolaire, ou à l'école, par crainte que cela change la

5. Dans cette partie, pour toute information importante concernant la législation sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, consulter l'encadré en page 15.

perception ou les attentes de ces derniers concernant leur enfant. Il ne faut pas oublier l'importance que la crainte de la stigmatisation peut avoir quand on discute des inquiétudes, que ce soit avec les parents ou avec les élèves eux-mêmes. Dans les discussions avec les parents, il est important de commencer par reconnaître les points forts et les réalisations de l'enfant afin de susciter la confiance. Parler aux parents des problèmes de leur enfant est parfois délicat et difficile : c'est l'un des aspects les plus stressants du travail, comme le disent de nombreux enseignantes et enseignants. Il est souvent utile de consulter une conseillère ou un conseiller d'orientation scolaire, la direction ou la direction adjointe de l'école avant d'engager les parents dans des discussions délicates. Il est également bon de s'exercer à mener une telle discussion avec des collègues avant une rencontre avec les parents.

Le personnel scolaire doit réfléchir soigneusement à sa façon de formuler ses inquiétudes en matière de bien-être et de santé mentale quand il parle d'un élève avec ses parents. Il peut être difficile pour un parent d'entendre que son enfant est aux prises avec un problème de santé mentale. Il faut trouver des façons relativement neutres et exemptes de jugement pour décrire le comportement d'un élève et en discuter. Par exemple :

« J'ai remarqué qu'Hammed a du mal à demeurer tranquille en classe. Il se laisse facilement distraire et a souvent des difficultés à se concentrer. Je me demande si vous avez remarqué cela aussi à la maison. »

« Caroline semble très silencieuse en classe et a de la difficulté à répondre aux questions que je lui pose, même quand elle connaît la réponse. Est-ce que d'autres enseignants vous en ont déjà parlé? »

Ces deux questions portent sur un comportement spécifique qui a été remarqué, sans jugement sur la cause. Si le parent convient que l'enfant manifeste le comportement à la maison ou dans d'autres milieux, l'enseignante ou l'enseignant peut commencer à explorer avec le parent des stratégies pour résoudre le problème.

Si le parent n'est pas d'accord, un commentaire approprié pourrait être : « Je constate souvent ce comportement dans la classe, et cela nuit à l'apprentissage de Ouma. Avez-vous des suggestions sur ce que nous pouvons faire pour l'aider à gérer ce comportement? » Encore une fois, cette approche permet à l'enseignante ou à l'enseignant d'engager le parent comme partenaire pour résoudre le problème et cela évite une discussion sur l'existence ou non du problème.

■ *Parler de santé mentale avec les élèves*

Les membres du personnel scolaire sont des mentors importants dans la vie de leurs élèves. Ils peuvent être l'adulte bienveillant vers qui se tourner en cas de problème. Toutefois, il peut arriver que certains d'entre eux se sentent mal

« Il peut être délicat de discuter de certains sujets liés à la vie saine [du curriculum de l'Ontario *Éducation physique et santé*] en raison des liens avec les valeurs familiales, religieuses ou culturelles... Il est important que les enseignantes et enseignants et les élèves soient à l'aise avec ces sujets pour être en mesure d'en discuter ouvertement, honnêtement et dans un contexte de respect mutuel. »

(Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2010, p. 32-33)

à l'aise à l'idée de parler des problèmes de leurs élèves, même si ces derniers s'adressent à eux. Dans ce cas, ils peuvent proposer d'aider l'élève à trouver un autre adulte de confiance à qui parler.

Les conversations sur des problèmes personnels ou des problèmes de santé mentale sont parfois difficiles. Il arrive que le personnel scolaire manque de connaissances sur les questions soulevées par l'élève. En discuter avec des collègues, une enseignante ou un enseignant-ressource, une infirmière ou un infirmier de la santé publique, une travailleuse ou un travailleur social, ou une conseillère ou un conseiller d'orientation scolaire peut être utile.

Quelques lignes directrices pour parler avec un élève

Le personnel scolaire doit suivre certains principes de base dans ses conversations avec un élève sur les difficultés de ce dernier. Par exemple, il devrait :

- trouver un endroit approprié pour tenir la conversation, afin que l'élève puisse parler librement dans un contexte sécuritaire et privé;
- commencer par expliquer qu'il y a des limites à ce qui peut être gardé confidentiel;
- offrir des informations sur ce qui a été observé, de manière objective et exempte de jugement;
- demander si l'élève aimerait discuter des observations de l'enseignante ou de l'enseignant;
- indiquer qu'il est là pour écouter l'élève et l'aider à trouver le soutien dont il a besoin, voire même faire intervenir une personne mieux placée pour assister l'élève;
- parler, le cas échéant, de faire participer les parents de l'élève à la solution.

Les deux exemples suivants montrent comment aborder de telles conversations.

« Marc, j'ai remarqué que tu sembles plus calme que d'habitude. Est-ce seulement dans ma classe, ou te sens-tu comme ça aussi dans les autres cours? »

« Aïcha, depuis ton arrivée le semestre dernier, j'ai remarqué que tu as de la difficulté à te concentrer dans mon cours. As-tu le même problème dans les autres cours? »

Ces exemples portent sur le comportement qui a été remarqué et invitent l'élève à réfléchir à ce propos. Si l'élève admet l'existence d'un problème, l'enseignante ou l'enseignant peut décider d'organiser une rencontre avec l'élève, un parent et une personne-ressource de l'école pouvant venir en aide. Parfois, un élève reconnaît l'existence d'un problème et explique qu'il obtient déjà les services d'une conseillère ou d'un conseiller, ou d'une thérapeute ou d'un thérapeute. Dans un tel cas, l'enseignante ou l'enseignant pourrait demander s'il y a quelque chose qu'il pourrait faire pour aider le counseling ou la thérapie en cours. Par exemple, « Michel, que pourrions-nous faire en classe pour t'aider à gérer ce comportement? ».

BIBLIOGRAPHIE

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist / 4–18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4^e éd. France : Masson.
- Avenevoli, S.; Stolar, M.; Li, J.; Dierker, L. et coll. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12): 1071–81.
- Boyle, M.H.; Offord, D.R.; Hofmann, H.G. et coll. (1987). Ontario child health study. I. Methodology. *Archives of General Psychiatry*, 44: 826–31.
- Boyle, M.H.; Offord, D.R.; Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario et Racine, Y. (1989). *Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : les enfants à risque*. Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario.
- Center for Health and Health Care in Schools. (2011). *Children of immigrants and refugees: What the research tells us*. Fiches disponibles en anglais seulement au <http://www.healthinschools.org/Immigrant-and-Refugee-Children.aspx>.
- Commissariat aux services en français. (2012). Rapport annuel 2011-2012, *Droits Devant*, p. 29. Disponible au http://www.csf.gouv.on.ca/csf_report_fr.html.
- Consortium conjoint pour les écoles en santé. (2010). *Le milieu scolaire comme terrain propice à la promotion de la santé mentale positive : Meilleures pratiques et perspectives*, p. 16–17. Disponible au http://www.jcsh-cces.ca/upload/PMH_French_Nov%2016_WebReady_1.pdf.
- Costello, E.; Egger, H. et Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44: 972–86.
- CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: Linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6 Suppl. 1): S104–S125.
- Garber, J. et Weersing, R.V. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology*, 17(4): 293–306.

Gould, M.S.; Greenberg, T.; Velting, D.M. et coll. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4): 386–405.

Hincks-Dellcrest-ABCs (The Hincks-Dellcrest Centre). (2011). *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-and-publications/The-ABC-s-of-mental-health.aspx>.

JCSH (Joint Consortium for School Health). (2009). *Addressing substance use in Canadian schools. Effective substance use education: A knowledge kit for teachers*. Victoria, BC: auteur.

Luthar, S.S.; Cicchetti, D. et Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3): 543–62.

Meichenbaum, D. (2005). *Understanding resilience in children and adults: Implications for prevention and interventions*. Ninth Annual Conference of the Melissa Institute for Violence Prevention and Treatment. Disponible en anglais seulement au <http://www.melissainstitute.org/documents/resilienceinchildren.pdf>.

Merikangas, K.R.; Nakamura, E.F. et Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1): 7–20.

MHealthy (University of Michigan Health & Well-Being Services). (2012). Understanding U: Managing the Ups and Downs of Life – What is Mental Health? Disponible en anglais seulement au http://hr.umich.edu/mhealthy/programs/mental_emotional/understandingu/learn/mental_health.html.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2011). *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. Toronto : auteur. Disponible au http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf.

Ministère de l'Éducation de l'Ontario. (2010). Le curriculum de l'Ontario de la 1^{re} à la 8^e année. *Éducation physique et santé, version provisoire (révisé)*. Toronto : auteur. Disponible au <http://www.edu.gov.on.ca/fre/curriculum/elementary/health.html>.

Ministère de l'Éducation de l'Ontario. (2010-2011). *Programme d'apprentissage à temps plein de la maternelle et du jardin d'enfants (version provisoire)*. Toronto : auteur. Disponible au http://www.edu.gov.on.ca/fre/curriculum/elementary/kindergarten_french_june3.pdf.

- Ministère de l'Éducation de l'Ontario. (2012). Note Politique/Programmes n° 145 *Discipline progressive et promotion d'un comportement positif chez les élèves* (5 décembre 2012). Toronto : auteur. Disponible au <http://www.edu.gov.on.ca/extra/fre/ppm/145f.pdf>.
- Offord, D.R.; Boyle, M.H.; Fleming, J.E. et coll. (1989). Ontario child health study: Summary of selected results. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34: 483–91.
- Offord, D.R.; Boyle, M.H.; Racine, Y. et coll. (1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 916–23.
- Offord, D.R.; Boyle, M.H.; Szatmari, P. et coll. (1987). Ontario child health study. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44: 832–36.
- Saldaña, D. (2001). *Cultural competency: A practical guide for mental health service providers*. San Antonio, TX: Hogg Foundation. Disponible en anglais seulement au http://www.hogg.utexas.edu/uploads/documents/cultural_competency_guide.pdf.
- Santor, D.; Short, K. et Ferguson, B. (2009). *Taking mental health to school: A policy-oriented paper on school-based mental health for Ontario*. Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO. Août. Disponible en anglais seulement au http://www.excellenceforchildandyouth.ca/sites/default/files/position_sbmh.pdf.
- Spennath, M.A.; Clarke, M.E. et Kutcher, S. (2011). The science of brain and biological development: Implications for mental health research. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4): 298–304.
- Statistique Canada. (2006). *Immigration et citoyenneté – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2006*. 97-557-XWF2006007. Ottawa : auteur. Disponible au <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/hlt/97-557/Index-fra.cfm>.
- Statistique Canada. (2007). *Immigration au Canada. Un portrait de la population née à l'étranger, Recensement de 2006*. Ottawa : auteur. Disponible au <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-557/index-fra.cfm?CFID=83439&CFTOKEN=91080857>.
- Waddell, C.; Offord, D.R.; Shepherd, C.A. et coll. (2002). Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: The state of the science and the art of the possible. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47: 825–32.
- Weissman, M.M.; Wolk, S.; Goldstein, R.B. et coll. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281(18): 1707–13.

Partie 2

Savoir reconnaître les problèmes de santé mentale chez les élèves et pouvoir y répondre

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, texte révisé) de l'American Psychiatric Association (APA) présente les critères pour diagnostiquer quelques-uns des troubles cliniques qui affectent le fonctionnement optimal des enfants, des adolescents et des adultes. Certains de ces troubles, plus fréquents que d'autres en milieu scolaire, sont décrits dans les différentes sections qui suivent. Chaque section est indépendante des autres, décrit les signes pertinents du problème dont il est question et donne des idées sur la manière d'aider un élève à l'école. Le personnel scolaire peut donc imprimer les sections, les consulter pour avoir une compréhension générale des problèmes et s'en servir pour certains élèves qui progressent peut-être avec peine.

1 Problèmes d'anxiété

Qu'est-ce que l'anxiété?

Beaucoup d'enfants et de jeunes ressentent des inquiétudes et des craintes de temps à autre qui peuvent se transformer au fur et à mesure des différents stades de leur développement. Par exemple, les enfants manifestent souvent de la détresse lorsqu'ils sont séparés des personnes qu'ils aiment, tout comme les jeunes se demandent souvent avec inquiétude s'ils arriveront à s'intégrer à leurs pairs lorsqu'ils explorent leur identité pendant les années stressantes de l'adolescence.

Le milieu scolaire lui-même peut déclencher de l'anxiété chez beaucoup d'élèves. Bien des situations ordinaires, comme avoir un test, faire des présentations orales, essayer d'être choisi pour faire partie d'une équipe, interagir avec ses pairs et d'autres élèves, ou participer à des activités en classe peuvent être aussi des sources d'anxiété. Dans ces cas, l'anxiété n'est pas inhabituelle et peut même être une fonction d'adaptation qui motive l'enfant ou le jeune à réussir et l'aide à bien performer (Petri, 1991). Par exemple, l'approche d'un événement stressant, comme avoir un test ou participer à un spectacle, peut rendre le jeune nerveux. Un certain niveau de préoccupation ou d'anxiété dans ces cas est une réponse raisonnable qui peut motiver l'élève à étudier ou à mémoriser son texte. Apprendre à faire face et à s'adapter à des situations stressantes en dépit d'une certaine anxiété, est une partie naturelle d'une croissance et d'un développement sains.

Parfois cependant, l'anxiété se transforme et passe de réponse adaptative modérée à une réaction plus exagérée qui peut perturber le fonctionnement social, scolaire ou affectif de l'élève. La gamme des problèmes causés par l'anxiété s'étend de légers à graves. Les soucis et les craintes de nature bénigne sont habituellement transitoires et gérables. Toutefois, lorsque les sentiments d'inquiétude deviennent persistants et intenses, ils peuvent avoir un effet paralysant chez l'élève et perturber ses activités en classe ainsi que son potentiel d'apprentissage, son rendement et ses relations sociales.

Quelles sont les manifestations des problèmes d'anxiété?

L'anxiété se manifeste essentiellement de manière interne. Ses signes extérieurs peuvent être difficiles à détecter, parce que le comportement et les symptômes ne se traduisent pas forcément par un comportement évident ni perturbateur.

L'élève peut ne parler de son inquiétude ni à ses parents ni à ses enseignants parce qu'il ne s'en rend pas compte. Lorsqu'il est dans une situation de détresse, il peut croire qu'il devrait souffrir en silence. Par exemple, l'élève qui croit échouer peut répondre à cette inquiétude en choisissant de ne pas aller à l'école. L'anxiété peut se manifester aussi par le perfectionnisme, l'évitement, la procrastination, le sentiment d'être débordé, des inquiétudes quant aux échecs ou aux changements dans la routine et les douleurs physiques comme les maux de tête ou d'estomac. Les symptômes associés à l'anxiété peuvent souvent contribuer à un mauvais rendement scolaire. En effet, les élèves qui en sont affectés peuvent facilement se sentir frustrés ou avoir de la difficulté à terminer leurs travaux. Ils peuvent aussi simplement refuser de faire le travail par crainte de l'échec ou éviter des situations et des tâches en particulier. D'autres personnes qui par contre n'ont que de faibles niveaux d'anxiété peuvent être très motivées et peuvent très bien réussir (Petri, 1991). Il faut aussi noter qu'il existe plusieurs sous-types de troubles anxieux qui peuvent être associés à des symptômes légèrement différents (voir « Types de troubles anxieux » ci-dessous).

TYPES DE TROUBLES ANXIEUX

Le **trouble anxieux généralisé** se caractérise par des inquiétudes excessives, chroniques ou difficiles à contrôler qui s'étalent pendant une période prolongée. L'objet de l'inquiétude peut être relié à différents événements ou circonstances, comme le travail scolaire, l'apparence physique ou l'avenir. Parmi les symptômes qui y sont associés, on note l'agitation, la fatigue, la difficulté à se concentrer et les troubles du sommeil, qui à leur tour peuvent nuire au bon fonctionnement quotidien de l'élève à l'école, au cours de situations sociales et dans le milieu familial.

L'**anxiété de séparation** commence avant l'âge de 18 ans et est généralement caractérisée par une inquiétude extrême d'être séparé des personnes importantes de son foyer ou de son fournisseur de soins, ce qui empêche l'élève de fonctionner.

Le **trouble d'anxiété sociale** se caractérise par une inquiétude ou une peur extrêmes des situations sociales avec des personnes qui ne sont pas familières. L'élève peut également craindre le ridicule, l'humiliation ou les moqueries, ou redouter d'être embarrassé en public ou devant un groupe. Le trouble d'anxiété sociale peut se manifester de différentes façons selon l'objet de l'anxiété.

Le **trouble panique** se caractérise par des épisodes – répétés et non provoqués – de peur intense du danger tels que des palpitations, des essoufflements, une sensation d'étouffement ou de transpiration, ou des sentiments de dépersonnalisation. Des crises de panique peuvent mener à un trouble panique. Le trouble panique apparaît souvent vers la fin du stade de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

suite...

TYPES DE TROUBLES ANXIEUX

...suite

La **phobie spécifique** se caractérise par une peur excessive d'un lieu, d'un objet bien précis, d'un animal, d'une activité ou d'une situation en particulier qui provoque une détresse extrême ou un évitement et qui affecte le fonctionnement de la personne. Les troubles phobiques s'installent typiquement dès l'enfance.

Le **trouble obsessionnel compulsif** se caractérise par des pensées récurrentes, persistantes et intrusives (obsessions) ou des actes répétitifs (compulsions) que la personne se sent obligée d'accomplir. Chez les enfants, cela comprend des routines pendant la toilette ou des routines de vérification qui exigent beaucoup de temps.

Le diagnostic du **trouble de stress post-traumatique** (aussi appelé syndrome ou état de stress post-traumatique), contrairement à d'autres troubles de santé mentale diagnostiqués, dépend de l'existence de données factuelles montrant que la personne a vécu un événement traumatique. Les symptômes ou les comportements comprennent généralement le fait de revivre l'événement traumatique, l'évitement d'événements associés ou de lieux en relation avec le traumatisme, l'engourdissement et la réactivité réduite, ainsi qu'une excitation physiologique élevée (réflexe de sursaut exagéré, difficulté à s'endormir). Les symptômes peuvent être différents chez les enfants.

(Adaptation et traduction des informations provenant de l'APA, 2005;
Evans et coll., 2005, p.165)

Remarque – Ces descriptions n'étant que de brefs aperçus, elles ne doivent pas servir à des fins de diagnostic.

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DE L'ANXIÉTÉ

Les signes habituels de l'anxiété comprennent les signes suivants qui diffèrent selon l'âge :

- absence fréquente de l'école;
- demande à être dispensé de présentations en classe;
- diminution du rendement scolaire;
- difficulté à répondre aux attentes;
- refus de se joindre ou de participer aux activités sociales;
- refus d'assister aux événements et aux fêtes scolaires;
- crise de panique, de larmes, de colère, d'immobilité ou d'agrippement avant ou après une activité ou une situation sociale (p. ex., récréation, activité en classe);

suite...

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DE L'ANXIÉTÉ

...suite

- inquiétude fréquente avant un événement ou une activité et questionnement comme « et qu'est-ce qui se passe si...? » sans que les réponses apportent un réconfort;
- isolement social fréquent, peu d'amis;
- difficulté à se faire des amis;
- maux physiques (p. ex., maux d'estomac) qui ne sont pas clairement attribuables à un état de santé physique;
- inquiétude excessive, par exemple des devoirs, des notes ou des routines quotidiennes;
- crises de larmes fréquentes;
- frustrations fréquentes;
- timidité excessive;
- crainte de nouvelles situations;
- refus de prendre part à des événements sociaux par peur des opinions négatives d'autrui (p. ex., peur du ridicule);
- difficultés à fonctionner en société;
- rejet et isolement par les pairs.

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010;
Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

Remarque – Cette liste ne donne que quelques exemples; elle n'est pas exhaustive et ne devrait pas servir à des fins de diagnostic.

Il faudrait se rappeler que les enfants et les jeunes montrent leur anxiété selon leur âge, leur stade de développement et les événements particuliers de leur vie. Par exemple, l'anxiété occasionnée chez le jeune enfant, lorsqu'il est séparé de ses parents, est une réaction courante et ceux qui sont vulnérables éprouvent souvent une véritable détresse bien visible en l'absence du parent (p. ex., ils peuvent pleurer, faire des crises de colère, se tenir collés à une personne). Plus tard dans l'enfance ou dans l'adolescence, une telle réaction ne serait pas typique, mais les enfants plus âgés peuvent manifester ce type d'anxiété en refusant d'aller à l'école, en demandant constamment à être rassurés ou en se plaignant de maux physiques.

Pour plus d'informations sur les comportements liés à l'anxiété chez les enfants et les jeunes de 3 à 18 ans, consulter le document *The ABCs of Mental Health*, disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/ABC/Welcome>.

Que peut faire le personnel scolaire?*

■ *Pour promouvoir une bonne santé mentale en classe...*

Certains élèves s'épanouissent à l'école et relèvent avec brio les défis liés à la performance, à l'évaluation et à l'interaction sociale. Pour beaucoup d'autres élèves cependant, le milieu scolaire peut être stressant et même déclencher un sentiment de détresse chez certains élèves. Cela concerne surtout ceux qui, pour une raison ou une autre, éprouvent des difficultés d'apprentissage, des difficultés relationnelles ou qui ne manifestent pas un sentiment d'appartenance au milieu scolaire. Les élèves qui vivent un stress important à l'école ne présentent pas forcément tous les symptômes liés à l'anxiété, mais ils y sont à risque et pourraient certainement bénéficier de stratégies pour créer des environnements scolaires qui réduiraient les sources potentielles de stress grave pour tous les élèves – il faut remarquer cependant qu'un niveau de stress modéré peut augmenter la motivation et accroître l'apprentissage de certains élèves.

STRATÉGIES DE RÉDUCTION DU STRESS POUR TOUS LES ÉLÈVES

- Créer un environnement d'apprentissage où les erreurs sont considérées comme une partie naturelle du processus d'apprentissage.
- Fournir des horaires et des routines prévisibles en classe.
- Annoncer les changements de routine à l'avance.
- Donner de simples exercices de relaxation qui impliquent toute la classe.
- Encourager les élèves à aborder une tâche qu'ils redoutent, de manière graduelle et par petites étapes.

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

■ *Pour soutenir les élèves qui manifestent des comportements et des symptômes d'anxiété...*

Même si le personnel scolaire, en collaboration avec les parents, n'est pas en mesure de diagnostiquer un problème d'anxiété, il est en mesure d'observer et de documenter les comportements liés à l'anxiété qui affectent le fonctionnement de l'élève à l'école, avec ses camarades, dans la communauté ou à la maison. Ces informations aideront à décider si l'élève peut bénéficier d'un appui supplémentaire ou s'il faut s'adresser à un professionnel de la santé mentale.

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

Lors de l'observation et de la description du comportement d'un élève, le personnel enseignant devrait noter les informations suivantes :

1. le moment où le comportement ou les symptômes tendent à se manifester;
2. les circonstances et les conditions qui déclenchent le comportement;
3. la fréquence du comportement;
4. la durée du comportement;
5. l'intensité du comportement.

Il est aussi utile de noter si le comportement est de plus en plus fréquent ou grave, ou s'il affecte la capacité de l'élève à fonctionner dans un certain nombre de domaines comme les travaux scolaires et les relations avec les pairs ou la famille.

Les autres points pertinents dont il faut tenir compte pour essayer de comprendre la gravité des problèmes d'anxiété d'un élève sont les suivants : s'il a du mal à se remettre d'une expérience stressante qu'il a subie (p. ex., rencontre sociale, test de fin d'année), s'il est très anxieux avant un événement précis, s'il continue à être anxieux sans cause apparente ou s'il ne peut cesser de s'inquiéter de son comportement dans une situation particulière. De telles réactions pourraient amener l'élève à éviter les situations similaires à l'avenir (p. ex., adopter une stratégie d'évitement de la plupart des rassemblements sociaux ou des interactions avec les pairs). Il est aussi utile d'observer si l'élève a la possibilité de s'adapter à des situations qu'il trouve stressantes. Par exemple, un élève qui est très timide et inhibé au cours de situations sociales peut néanmoins trouver un petit groupe d'amis et s'adapter sans ressentir de détresse; cet élève fonctionne bien.

Lorsque le niveau d'anxiété est assez élevé pour perturber les activités quotidiennes d'un élève, cela peut être une preuve supplémentaire d'un trouble de l'anxiété et indiquer que l'élève a besoin d'aide ou de stratégies spécifiques. La question de savoir si l'anxiété est une réaction raisonnable au stress ou est un motif de préoccupation dépend de plusieurs facteurs et nécessite de comprendre l'enfant en tant qu'individu. Un professionnel de la santé mentale examinera le degré de détresse et de dysfonctionnement, tout en gardant à l'esprit des facteurs comme son stade de développement ainsi que les attentes et les influences de ses environnements culturels et familiaux (Evans et coll., 2005, p. 162; Masse, 2012, p. 20).

Si les comportements liés à l'anxiété affectent l'apprentissage de l'élève ou son fonctionnement social, il peut être utile pour l'équipe-école, en collaboration avec les parents et les professionnels de la santé mentale, d'établir un plan pour aider l'élève à modérer ces comportements. Il faut alors absolument inclure l'élève à titre de participant dans la préparation de ce plan afin de l'encourager à s'engager et à coopérer activement. Un mode de communication régulier (p. ex., courriel), suivi conformément aux politiques et procédures du conseil, devrait être établi entre l'école, les parents et tout professionnel de la santé

mentale qui peut être impliqué. Ces communications permettent à l'équipe de suivre les progrès éventuels et de déterminer si l'élève a besoin d'interventions supplémentaires ou d'un soutien professionnel (Manassis, 2012). La communication des informations devrait suivre les exigences des politiques et des directives du conseil scolaire.

Plusieurs études ont été menées pour connaître les approches et les stratégies qui ont été utilisées avec succès en classe pour aider à réduire les sources d'anxiété des élèves. Ces études concernent trois domaines principaux : 1) l'environnement de la classe, 2) le contexte hors de la classe, 3) les stratégies liées à un comportement ou à des symptômes particuliers de l'élève. En déterminant le comportement et les symptômes qui ont le plus d'impact sur le fonctionnement de l'élève au cours des activités quotidiennes, le personnel scolaire peut identifier les stratégies qui sont les plus susceptibles d'être utiles à l'élève. Le tableau 1.1 donne un aperçu des stratégies spécifiques dont le personnel scolaire peut se servir pour aider les élèves qui manifestent différents comportements liés à l'anxiété.

Tableau 1.1		Stratégies spécifiques pour aider les élèves qui manifestent des symptômes liés à l'anxiété	
Symptôme ou comportement		Stratégies pédagogiques	
Une gamme de comportements liés à l'anxiété		<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec les parents, l'équipe-école et les personnes qui interviennent auprès de l'élève pour établir des attentes cohérentes pour l'élève à l'école, à la maison et dans d'autres domaines d'activité. Cela assure que les choses sont prévisibles et qu'il y a moins de confusion pour l'élève. • Récompenser les comportements courageux et non anxieux. Remarquer quand l'élève fait preuve de courage lorsqu'il essaie de faire quelque chose de difficile. • Parler à l'élève au début de chaque journée. • Connaître les situations que l'élève peut gérer et déterminer comment réagir quand il est incapable de se débrouiller. • Vérifier avec l'élève s'il a correctement pris note de ses devoirs. • Réduire le travail à l'école ou les devoirs à la maison selon les informations données par les parents et l'équipe-école au sujet de la quantité de stress que l'élève peut gérer. • Maintenir un horaire régulier autant que possible. • Demander aux parents quelles sont les stratégies qui fonctionnent pour soulager l'anxiété de l'élève à la maison. • Encourager et récompenser toutes les mesures positives prises par l'élève pour gérer son anxiété. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>	

Tableau 1.1

...suite

Symptôme ou comportement	Stratégies pédagogiques
<p>Perfectionnisme</p> <p>Exemple : L'élève s'inquiète d'erreurs mineures ou d'un travail qui n'est pas tout à fait parfait; il est trop critique de son rendement, travaille lentement, efface beaucoup, tarde à commencer ou à remettre ses travaux, évite purement et simplement d'essayer de faire les tâches.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer à l'élève que les erreurs sont normales ou les présenter comme des possibilités d'apprentissage. • Rassurer l'élève en disant que « tout le monde fait parfois des erreurs » ou que « personne n'est parfait ». • Encourager l'élève à produire des brouillons et à faire des remue-méninges. • Travailler avec les parents et l'équipe-école pour établir des stratégies adaptées aux besoins de l'élève en matière scolaire et en matière de santé mentale (p. ex., insister sur la quantité plutôt que sur la qualité du travail, garder des échéanciers flexibles). • Éviter d'attirer inutilement l'attention sur les erreurs (p. ex., éviter d'afficher les notes ou de commenter les erreurs devant tout le monde). • Reconnaître et récompenser les petites améliorations (p. ex., finir un travail à temps sans le reprendre continuellement pour le rendre parfait).
<p>Peur d'effectuer d'importants travaux</p> <p>Exemple : L'élève se sent dépassé par un gros travail, il peut supposer que c'est trop difficile et peut ne pas essayer de l'entreprendre du tout.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aider l'élève à diviser le projet en parties gérables. • Aider l'élève à préparer un calendrier pour compléter chaque partie. • Demander à l'élève de remettre une seule partie à la fois (plutôt que de viser la date de remise finale) et offrir un renforcement positif pour chaque partie terminée. • Réduire la taille des parties si l'élève continue à éprouver des difficultés. • Renforcer la confiance de l'élève en le récompensant pour un succès partiel ou pour des efforts fournis (au lieu de le féliciter pour le travail au complet). • Aider l'élève à se concentrer sur ses points forts et ses capacités pour améliorer ses performances en faisant des efforts.
<p>Anxiété face aux tests</p> <p>Exemple : L'élève exagère les conséquences de mauvais résultats aux tests et pense qu'une note insuffisante lui fera échouer toute son année.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Engager un dialogue avec les parents et l'équipe-école pour déterminer si l'élève pourrait bénéficier d'adaptations au niveau de l'évaluation (p. ex., pièce calme séparée pour les élèves facilement distraits). • Indiquer clairement combien compte un test dans la note finale (tous les élèves). • Prévoir plus de temps pour terminer les tests pour les élèves qui sont perturbés par les limites de temps accordées. • Éviter de donner des tests non planifiés. • Encourager l'élève à prendre quelques respirations lentes et profondes avant de commencer. • Encourager l'élève à commencer par une question facile. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>

Tableau 1.1		<i>...suite</i>
Symptôme ou comportement	Stratégies pédagogiques	
<p>Anxiété face aux délais (pas assez de temps)</p> <p>Exemple : L'élève s'inquiète parce qu'il pense qu'il n'aura pas assez de temps pour terminer les tâches à effectuer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter les tests minute ou tout test qui comporte de brefs délais. • Offrir des incitatifs pour encourager l'élève à travailler à un rythme approprié (p. ex., « Quand tu en auras fini avec X, tu pourras retourner à l'ordinateur »). Des limites de temps flexibles réduisent l'anxiété de l'élève. • Encourager l'élève à terminer une seule tâche à la fois (p. ex., déconseiller de mener plusieurs tâches de front). 	
<p>Intolérance à l'incertitude</p> <p>Exemple : L'élève a du mal à fonctionner quand il a des doutes sur ce qu'on exige et qu'on attend exactement de lui.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des informations pour accroître la capacité de l'élève à prévoir les événements et leurs résultats autant que possible. • Fournir des horaires quotidiens et des échéances claires. • Avertir l'élève si quelque chose sort de l'ordinaire et lui venir en aide pour l'y préparer. • Fournir à l'élève des listes de contrôle et d'autres rappels visuels pour les tâches et les événements à venir. • Élaborer un plan d'adaptation en cas d'événement inattendu (p. ex., exercice d'évacuation en cas d'incendie, enseignant suppléant), qui sera conservé par l'élève à son pupitre. Le plan peut inclure une pause pour une respiration lente et profonde, s'asseoir à côté d'un camarade choisi (qui connaît le plan), se référer à un résumé des besoins de l'élève et des routines quotidiennes. Un tel plan permettrait à un enseignant suppléant de continuer les routines de l'élève en l'absence de l'enseignant habituel. 	
<p>Besoin excessif de se faire rassurer</p> <p>Exemple : L'élève peut poser des questions à plusieurs reprises en classe ou chercher à se faire rassurer d'autres façons.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Essayer de répondre calmement (ce qui peut aider à diminuer l'anxiété). • Répondre aux questions avec une explication simple et répéter une fois en utilisant les mêmes mots (pour minimiser les risques de confusion). • Encourager l'élève à reporter ses questions supplémentaires à un autre moment convenu et être disponible à ce moment-là. • Renforcer positivement tout progrès pour une plus grande autonomie. • Donner des informations réalistes mais rassurantes sur des craintes spécifiques. • Encourager l'élève à mettre ses inquiétudes par écrit avant de demander l'aide d'un adulte. 	

suite...

Tableau 1.1

...suite

Symptôme ou comportement	Stratégies pédagogiques
<p>Symptômes physiques</p> <p>Exemple : L'élève peut souvent avoir des maux de tête ou des maux d'estomac, demander à aller aux toilettes ou avoir des épisodes d'hyperventilation en cas de stress.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire des exercices de relaxation avec toute la classe (bénéfique pour tous). • Encourager l'élève à respirer lentement et profondément lorsqu'il paraît stressé. • Avoir un endroit tranquille où l'élève peut s'installer quelques minutes s'il se sent dépassé. • Convenir avec l'élève d'un signal quand il a besoin d'aller aux toilettes. Encourager l'élève à prolonger le délai entre les visites aux toilettes et à revenir en classe en quelques minutes. • Le cas échéant, discuter avec les parents des circonstances dans lesquelles l'élève peut être autorisé à appeler à la maison ou à demander qu'on aille le chercher.
<p>Sensibilité interpersonnelle</p> <p>Exemple : L'élève est excessivement sensible aux commentaires potentiellement négatifs d'autrui.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parler d'un ton calme et patient à l'élève. • Éviter de pénaliser toute la classe quand quelques élèves se conduisent mal. • Fixer des limites fermes en cas de mauvais comportements et rester calme lors de l'application de ces limites. • Établir des attentes pédagogiques raisonnables qui tiennent compte de l'anxiété, mais qui ne sont pas trop limitées et n'isolent pas l'élève qui est anxieux. • Réagir rapidement à toute taquinerie ou intimidation de la part des élèves. • Renforcer positivement les efforts que font les élèves qui demandent de l'aide et qui hésitent généralement à le faire (peut-être de peur d'être critiqués ou ridiculisés).
<p>Anxiété sociale</p> <p>Exemple : L'élève craint ou évite les situations sociales, les situations où il sera évalué, celles qui impliquent de se produire devant de petits ou de grands groupes, de participer en classe ou d'effectuer des présentations orales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer avec les parents de l'élève pour savoir si le même comportement se produit à la maison et dans d'autres situations, et noter ce que les parents font pour aider leur enfant. • Travailler à développer un climat d'acceptation dans la classe. • Parler ouvertement du fait que tout le monde se sent nerveux à l'idée de parler devant la classe ou un groupe. • Résister à la pression de permettre à l'élève d'éviter les interactions sociales. • Encourager l'autonomie, afin de permettre à l'élève de développer des habiletés d'adaptation et de résolution de problème. • Pour un élève qui craint de répondre oralement aux questions en classe, essayer d'abord de fournir à l'élève la réponse à la question avant la période ou l'activité. Cela peut nécessiter de travailler jusqu'à répéter les questions et les réponses avec l'élève avant la période ou l'activité pour le préparer à répondre à voix haute en classe. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>

Tableau 1.1		<i>...suite</i>
Symptôme ou comportement	Stratégies pédagogiques	
	<ul style="list-style-type: none"> • Si un élève a très peur de répondre à des questions en classe, commencer par des questions fermées (auxquelles on répond par oui ou par non). • Créer un environnement dans lequel les élèves se sentent encouragés à s'exprimer et à socialiser. • Donner aux élèves des occasions de travailler, de socialiser et de parler en petits groupes, d'abord avec une autre personne, puis avec deux, trois ou quatre personnes. • Identifier les activités que l'élève peut faire pour augmenter son niveau de confort (p. ex., retourner les formulaires au bureau, distribuer les journaux de l'école, travailler à la bibliothèque). • Jumeler l'élève avec un autre élève qui est ouvert et accueillant. • Encourager l'élève à participer à des activités parascolaires. 	
Inquiétudes en cas de séparation	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan pour l'arrivée de l'élève à l'école (p. ex., donner une récompense immédiatement) en collaboration avec le personnel approprié (avec l'autorisation parentale). • Fournir des routines d'arrivée cohérentes et prévisibles. • Maintenir une communication régulière avec les parents et encourager leur participation aux activités en classe. • Prendre des dispositions pour qu'un camarade accueille l'enfant dans la cour de récréation et l'aide à faire la transition vers la classe. • Offrir un renforcement positif pour un comportement courageux et s'abstenir de commenter le comportement anxieux. • Travailler avec les parents afin d'identifier des façons positives de récompenser un comportement non anxieux (p. ex., permettre à l'élève d'apporter à la maison un livre spécial ou un jouet en guise de récompense pour n'avoir pas pleuré). 	
Craintes spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître tout progrès, même minime, de l'élève face à ses peurs. Communiquer avec les parents afin de savoir comment les craintes sont gérées à la maison. • Essayer de ne pas permettre à l'élève d'éviter une activité à cause de la peur. • Observer le comportement de l'élève afin de s'assurer qu'il n'est pas en train d'éviter de participer aux activités quotidiennes. 	

Source : Traduction adaptée du tableau 1 de « Manifestations of generalized anxiety and corresponding classroom strategies » de K. Manassis, « Generalized Anxiety Disorder in the Classroom » dans J.Q. Bostic et A.L. Bagnell (éd.), titre : « Evidence-based School Psychiatry », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21 no. 1 (January 2012); informations supplémentaires de Ryan et Warner, 2012; CYMHIN-MAD, 2010; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date

Informations générales

■ *Quelles sont les causes de l'anxiété?*

Les symptômes liés à l'anxiété peuvent résulter d'un certain nombre de facteurs, y compris la personnalité et le tempérament (p. ex., influences génétiques), des événements traumatisants ou stressants ou des circonstances particulières (p. ex., mauvais traitements, conflits familiaux, séparation des parents), un changement dans les conditions de vie, du retard dans l'acquisition d'une compétence (p. ex., habiletés verbales, sociales), l'intimidation ou un état médical (Manassis, 2012).

Il faut savoir que les symptômes observables de l'anxiété peuvent avoir des causes multiples, parfois difficiles à identifier sans l'aide d'un professionnel de la santé mentale. Les symptômes d'anxiété peuvent aussi survenir à la suite de circonstances ou de conditions particulières (p. ex., condition médicale comme des problèmes thyroïdiens, un abus d'une substance comme la caféine) ou d'un autre problème de santé mentale. Dans ces cas, les symptômes ressemblent à ceux des problèmes d'anxiété (Manassis, 2004, 2012). Des troubles déficitaires d'attention avec hyperactivité (TDAH) et des problèmes de l'apprentissage peuvent aussi faire penser à des symptômes et à des comportements concernant l'anxiété. Si un élève a des difficultés de nature scolaire et ne montre de l'anxiété qu'à l'école (mais ni à la maison, ni en société), cela peut suggérer que l'enfant a un problème d'apprentissage ou un autre type de trouble. Les différents types de problèmes d'anxiété (p. ex., trouble anxieux généralisé, phobie sociale, anxiété de séparation) sont souvent associés chez les enfants et les jeunes. Des symptômes d'anxiété apparaissent aussi habituellement avec d'autres problèmes de santé mentale comme la dépression ou le trouble du spectre de l'autisme. Comme il est important de comprendre le fonctionnement et le comportement de l'élève par rapport à une gamme de causes possibles, l'élève a besoin d'être évalué par un professionnel de la santé mentale (Manassis, 2012).

■ *Quelle est la fréquence des problèmes d'anxiété?*

L'anxiété est un des problèmes mentaux les plus courants; elle frappe aussi bien les enfants que les jeunes et les adultes (Merikangas et coll., 2011). Alors que certains troubles anxieux sont plus susceptibles de débuter dans l'enfance (p. ex., phobies, anxiété de séparation), plusieurs se manifestent vers la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte (Kessler et coll., 2007).

Les conclusions des recherches récentes montrent qu'environ 8 % des personnes ont un trouble d'anxiété d'un certain type à un moment donné de leur vie (Costello et coll., 2005). Deux des troubles anxieux les plus communs sont le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble d'anxiété sociale (TAS). Le

trouble d'anxiété généralisée touche près de 10 % des enfants et des adolescents (Keeton et coll., 2009), et le trouble d'anxiété sociale, environ 6 % des enfants (Ruscio et coll., 2008) et 12 % des adolescents (Merikangas et coll., 2011). On remarque aussi que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les femmes que les hommes, tous âges confondus. De plus, alors que les troubles anxieux commencent à peu près au même moment pour les garçons et pour les filles, ces taux augmentent plus rapidement pour les filles que pour les garçons (Merikangas et coll., 2011).

Ces taux suggèrent qu'au moins deux ou trois élèves dans une classe peuvent avoir des symptômes liés à l'anxiété qui causeront une situation de détresse importante et affecteront le fonctionnement social et scolaire de ces élèves. Si l'on tient compte aussi des élèves ayant des symptômes plus légers et de ceux dont les symptômes entraînent une détresse sans aucune déficience, le nombre total augmente (Manassis, 2012).

L'anxiété est associée à une gamme de troubles de santé mentale, mais le plus souvent à des troubles de l'humeur, surtout la dépression (Merikangas et coll., 2011). L'anxiété et le trouble dépressif majeur (TDM) se produisent ensemble dans 30 à 75 % des préadolescents et dans 25 à 50 % des adolescents (Garber, 2006; Avenevoli et coll., 2001).

Sans stratégies de traitement ni d'intervention, certains troubles anxieux qui commencent dans l'enfance peuvent durer toute la vie, même si les symptômes apparaissent et disparaissent en fonction de facteurs comme la présence ou l'absence de stress. Malgré les résultats négatifs associés à l'anxiété, les estimations indiquent que moins de 20 % des adolescents souffrant de troubles anxieux sont traités (Merikangas et coll., 2011). Faute d'intervention et de traitement, certains troubles anxieux peuvent mener à une fragilité chronique qui se prolonge à l'adolescence et se poursuit à l'âge adulte. Les enfants et les adolescents peuvent avoir du mal à avoir quelques amis, être réticents à participer aux activités en classe (p. ex., travail de groupe) et éprouver des difficultés en société (p. ex., activités parascolaires du groupe, interactions avec les pairs). Chez les adultes, les problèmes d'anxiété peuvent entraîner une incapacité de travail, l'altération du fonctionnement social et un risque accru d'autres troubles de santé mentale comme la dépression, la toxicomanie, l'alcoolisme et les idées suicidaires (Ryan et Warner, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

- APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4^e éd. France : Masson.
- Avenevoli, S.; Stolar, M.; Li, J. et coll. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12): 1071–81.
- Costello, E.; Egger, H. et Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44: 972–86.
- CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.
- Evans, D.L.; Foa, E.B.; Gur, R.E. et coll. (éd.). (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know* (Commission on Adolescent Anxiety Disorders, Chapter 9, Anxiety Disorders, p. 162–66). Oxford: Oxford University Press.
- Garber, J. (2006). Depression in children and adolescents: Linking risk research and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 31(6 Suppl. 1): S104–S125.
- Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-And-Publications/The-ABC-s-of-Mental-Health.aspx>.
- Keeton, C.P.; Kolos, A.C. et Walkup, J.T. (2009). Pediatric generalized anxiety disorder: Epidemiology, diagnosis, and management. *Paediatric Drugs*, 11: 171–83.
- Kessler, R.C.; Amminger, G.P.; Aguilar-Gaxiola, S. et coll. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20: 359–64.
- Kessler, R.C.; Burglund, P.; Demler, O. et coll. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 593–602.

Manassis, K. (2004). An approach to intervention with childhood anxiety disorders. *Canadian Family Physician*, 50: 379–84.

Manassis, K. (2012). Generalized anxiety disorder in the classroom. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21: 93–103.

Masse, D. (2012). *Guide de soutien à la pratique en santé mentale pour les jeunes de 12-18 ans*. Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Disponible au <http://www.reseaucfer.ca/wp-content/uploads/2012/07/guide-soutien-sante-mentale.pdf>.

Merikangas, K.R.; He, J.; Burstein, M. et coll. (2011). Service utilization for lifetime mental disorders in U.S. adolescents: Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50: 32–45.

Merikangas, K.R.; Nakamura, E.F. et Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1): 7–20.

Petri, H.L. (1991). *Motivation: Theory, research, and applications*. 3^e éd. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Ruscio, A.M.; Brown, T.A.; Chiu, W.T. et coll. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38: 15–28.

Ryan, J.L. et Warner, C.M. (2012). Treating adolescents with social anxiety disorder in schools. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21: 105–18.

2

Problèmes d'humeur : la dépression et le trouble bipolaire

A) DÉPRESSION

Qu'est-ce que la dépression?

En général, le terme dépression sert à décrire un sentiment de tristesse, d'irritabilité ou de perte d'intérêt pour des activités qui auparavant plaisaient habituellement à la personne. La plupart des enfants et des jeunes ressentent de la tristesse de temps à autre dans la vie. Ces sentiments peuvent être liés à des difficultés temporaires, comme une mauvaise note, un désaccord avec des amis ou ne pas avoir été sélectionné par une équipe sportive. Les sentiments de ce genre ne durent généralement pas longtemps et, avec le temps, aussi bien les enfants que les jeunes adultes apprennent différentes stratégies et s'adaptent pour faire face à ce genre de difficultés. Cependant, quand la tristesse, l'irritabilité ou le manque d'intérêt sont associés à des facteurs durables comme des conflits prolongés avec les pairs, l'absence d'engagement dans différentes activités, des difficultés scolaires persistantes ou des problèmes à la maison, une intervention et de l'aide peuvent s'avérer nécessaires.

L'élève dont les symptômes affectent de manière significative son fonctionnement comportemental, affectif, physique ou cognitif peut être aux prises avec un trouble dépressif (Evans, 2002). C'est plus grave qu'une « petite peine » quand les problèmes d'humeur persistent et affectent les pensées de l'élève, l'estime de soi, ses perceptions et la façon dont il se comporte et interagit avec les autres.

Parfois, l'élève présente certains symptômes liés à la dépression, mais cette morosité ne semble pas affecter son fonctionnement quotidien ou alors seulement à un degré très limité. Dans ce cas, même sans avoir un trouble de l'humeur, il court un risque accru de dépression ou de problèmes liés à la dépression. Il est important de surveiller attentivement cet élève.

TYPES DE TROUBLES DÉPRESSIFS

Le **trouble dépressif majeur** se caractérise généralement par un certain nombre de symptômes comme l'humeur dépressive ou irritable, le manque d'intérêt ou de plaisir à faire des activités, une baisse d'énergie, la difficulté à se concentrer, l'insomnie ou des troubles alimentaires. Ces symptômes durent plusieurs jours étalés sur une longue période et affectent cliniquement le fonctionnement de l'élève.

Le **trouble dysthymique** ou **dysthymie** est moins grave que le trouble dépressif majeur. Cette forme de dépression se caractérise généralement par des symptômes de dépression d'intensité légère à modérée qui sont présents pendant un an ou plus et qui provoquent une certaine baisse du fonctionnement de l'élève. Parmi ces symptômes, on note l'irritabilité et des problèmes touchant l'appétit, le sommeil, l'énergie, l'estime de soi et la prise de décision. D'autres symptômes et critères doivent aussi être présents.

(Adaptation des informations provenant de l'APA, 2005)

Remarque – Ces descriptions n'étant que de brefs aperçus, elles ne doivent pas servir à des fins de diagnostic.

Selon les recherches, l'apparition précoce de la dépression est associée à une altération grave de la vie psychosociale (Castaneda et coll., 2008), aux difficultés scolaires (Fergusson et Woodward, 2002; Fergusson et coll., 2007) et au risque de dépression grave plus tard dans la vie (Zisook et coll., 2007; Forbes et coll., 2006). Le trouble dépressif est aussi un facteur de risque important de suicide, qui, après les accidents, constitue la deuxième cause de décès chez les jeunes de 10 à 34 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2012). En outre, les jeunes qui sont déprimés sont plus à risque de développer des problèmes de consommation d'alcool et de drogues.

Le trouble dépressif majeur précoce peut se produire avant que les principaux jalons du développement de l'élève aient été atteints et il peut conduire à des difficultés interpersonnelles et scolaires, ainsi qu'à des retards de développement social, émotionnel et cognitif (Miller, 2007). Ces difficultés pourraient persister à l'âge adulte et affecter l'employabilité de la personne et ses relations avec les autres (Zisook et coll., 2007; Silk et coll., 2007).

Quelles sont les manifestations de la dépression?

L'élève qui éprouve un trouble dépressif manifeste un ensemble de symptômes qui reflètent sa morosité et son manque d'intérêt pour les choses qu'il aimait auparavant. À l'école, les symptômes de dépression chez un élève peuvent inclure la difficulté à se concentrer en classe, la fatigue, des travaux incomplets,

des absences fréquentes, ainsi que de l'irritabilité ou des sentiments de frustration. Ces symptômes peuvent affecter le rendement scolaire de l'élève et entraîner des difficultés supplémentaires concernant l'humeur.

La consommation d'alcool ou de drogues est associée à des problèmes de santé mentale comme la dépression. Parfois, les substances comme l'alcool ou les drogues servent à affronter et à alléger une faible estime de soi, la tristesse, l'inquiétude ou la peur.

Il est souvent difficile pour le personnel scolaire et les parents de déterminer si ces symptômes sont un motif d'inquiétude ou alors un comportement transitoire typique du stade de développement du jeune ou une réponse raisonnable à un événement stressant ou négatif (aigu ou chronique). L'adolescence en tant que telle est une période unique où d'importants changements se produisent et où les jeunes sont confrontés à de multiples sources de stress. Il est tout à fait normal que les jeunes connaissent de nombreuses sautes d'humeur et des signes d'irritabilité quand ils traversent cette période (Thapar et coll., 2012). Toutefois, les symptômes dépressifs ou les signes d'un trouble dépressif chez les enfants et les jeunes ne captent pas toujours l'attention, précisément parce que ces symptômes sont attribués au stress normalement ressenti par les jeunes (Saluja et coll., 2004; Thapar et coll., 2012). Il est important de ne pas *présumer* qu'il ne s'agit que de « juste une phase » (comme « C'est l'adolescence »), en raison de l'association bien connue entre l'humeur dépressive, les difficultés interpersonnelles et scolaires et les déficiences liées au développement (Miller, 2007) ainsi que de l'association entre la dépression et les risques de suicide.

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPRESSION

Les signes habituels de la dépression comprennent les signes suivants :

- Tristesse persistante;
- Humeur irritable;
- Contrariété ou réaction exagérée à des difficultés ou à des déceptions mineures;
- Perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités que l'élève aimait auparavant;
- Sentiments de désespoir;
- Fatigue ou manque d'énergie;
- Faible estime de soi ou image de soi négative;
- Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité;
- Difficulté à penser, à se concentrer, à prendre des décisions ou à se souvenir;
- Difficulté à terminer des travaux (p. ex., devoirs);
- Difficulté à commencer et à poursuivre une tâche, refus d'essayer d'effectuer une tâche;

suite...

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPRESSION

...suite

- Comportement provocateur, perturbateur ou argumentatif;
- Inquiétude démesurée pour de petites choses;
- Sentiment d'irritation ou de colère;
- Agitation, comportement qui est une source de distraction pour les autres;
- Propos négatifs au sujet de l'avenir;
- Crises de larmes exagérées pour de petites choses;
- Fréquentes plaintes de douleurs (p. ex., maux d'estomac, maux de tête);
- Passer du temps en solitaire, interaction sociale réduite, retrait, difficulté à maintenir des amitiés;
- Retrait à l'arrière de la classe, manque de participation;
- Refus de faire son travail scolaire et non-respect du code de conduite en général;
- Réponses négatives aux questions sur le travail non fait (« Je ne sais pas », « Ce n'est pas grave », « Ça n'intéresse personne de toute façon »);
- Retards ou école buissonnière, présence irrégulière;
- Baisse du rendement scolaire;
- Idées, tentatives ou actions suicidaires;
- Fluctuations de l'appétit;
- Perte ou prise de poids;
- Troubles du sommeil (difficulté à s'endormir, à rester endormi).

(Adaptation et traduction des informations provenant de Calear, 2010; CYMHIN-MAD, 2010; APA, 2005; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

Remarque - Cette liste ne donne que quelques exemples; elle n'est pas exhaustive et ne devrait pas servir à des fins de diagnostic.

Pour plus d'informations sur les symptômes liés à la dépression chez les enfants et les jeunes, consulter le document *The ABCs of Mental Health*, disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/ABC/Teacher-Resource/The-Sad-Child.aspx>.

Que peut faire le personnel scolaire?*

■ *Pour promouvoir une bonne santé mentale en classe...*

Comme les élèves doivent apprendre à traverser la période de l'adolescence et peuvent être confrontés à de nombreuses sources de stress scolaire et social, les écoles peuvent jouer un rôle important en leur enseignant à faire face aux défis, au stress et aux contraintes posées par les pairs, à résoudre des problèmes et à renforcer les habiletés sociales dont ils ont besoin pour construire des relations fructueuses avec leurs pairs et avec d'autres personnes.

Puisque la plupart des signes et des symptômes liés à la dépression sont intériorisés, il est parfois difficile de savoir qu'un élève est déprimé. À titre d'exemple, si un élève est plus réservé ou tranquille que d'habitude, le personnel scolaire ou un parent peut ne pas s'en rendre compte immédiatement, puisque ce comportement n'est pas perturbateur (Calear, 2012). Les enfants et les jeunes peuvent aussi se taire par gêne ou par timidité, ou ils peuvent mal comprendre ce qu'ils ressentent et la cause de leurs émotions. Par conséquent, ils risquent de ne pas demander de l'aide.

Les écoles peuvent jouer un rôle clé en encourageant les élèves à demander de l'aide (Calear, 2012), en fournissant un environnement sécuritaire et chaleureux dans lequel les élèves peuvent parler de ce qu'ils ressentent et en suivant les élèves pendant les périodes de stress aigu (p. ex., tests). Des stratégies pour créer un milieu bienveillant en classe et à l'école pour tous les élèves sont présentées ci-dessous.

STRATÉGIES DE RÉDUCTION DU STRESS POUR TOUS LES ÉLÈVES

- Aider toute la classe à utiliser des stratégies d'adaptation et des techniques de résolution de problème.
- Fournir à tous les élèves des informations sur la croissance et le développement normaux et sur les moyens de faire face au stress (p. ex., comment résister aux contraintes posées par les pairs, nouer des amitiés, réagir face à des sentiments dépressifs, maintenir une bonne hygiène de sommeil, faire des exercices tous les jours).
- Écrire les instructions au tableau pour fournir un repère visuel aux élèves qui éprouvent des difficultés à se concentrer sur des informations données verbalement.

suite...

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

STRATÉGIES DE RÉDUCTION DU STRESS POUR TOUS LES ÉLÈVES

...suite

- Adopter et enseigner des attitudes, un langage et des actions optimistes et positives.
- Travailler avec les points forts des élèves et s'en servir lorsque les élèves font des activités en classe.
- Donner aux élèves des responsabilités et des tâches qu'ils peuvent apprécier (p. ex., permettre à ceux qui aiment travailler à l'ordinateur d'intégrer une composante informatique dans les tâches; permettre à ceux qui aiment l'art de choisir des lectures illustrées).
- Prévoir en classe un espace où les élèves peuvent aller quand ils se sentent dépassés.
- Aider les élèves à diviser leurs travaux en plusieurs parties et à se préparer aux tests bien à l'avance des dates prévues.

(Traduction des informations provenant de Evans et coll., 2002;
Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

■ *Pour soutenir les élèves qui manifestent des symptômes et des comportements associés à la dépression...*

Le personnel scolaire, en collaboration avec les parents, est en mesure de remarquer quand un élève éprouve des difficultés à fonctionner à l'école, avec des amis ou dans le milieu communautaire ou familial, et d'aider à découvrir si un problème dans la vie de l'élève contribue à l'apparition des symptômes. Si le personnel scolaire n'est pas en mesure de poser un diagnostic, son rôle est cependant important pour déterminer si un élève peut avoir besoin de plus d'aide ou de s'adresser à un professionnel de la santé mentale.

En documentant les symptômes et les comportements de l'élève, le personnel scolaire devrait tenir compte des informations suivantes :

1. Le moment où le comportement ou les symptômes apparaissent;
2. La fréquence des symptômes;
3. La durée des symptômes;
4. L'intensité des symptômes.

Il est aussi utile de noter si les symptômes sont de plus en plus fréquents ou graves ou s'ils affectent la capacité de l'élève à fonctionner dans de nombreux domaines comme le travail scolaire et les relations avec les pairs ou la famille.

Pour les élèves qui présentent des signes d'humeur dépressive, il est particulièrement utile de noter si ces symptômes sont nouveaux ou atypiques (p. ex., un élève

bien motivé arrête désormais de faire ses travaux scolaires ou commence à s'absenter). Toutefois, le comportement de certains élèves peut ne pas indiquer de changements particuliers par rapport à leur comportement habituel. Ils peuvent alors présenter des problèmes d'humeur moins graves comme l'irritabilité, le manque d'énergie ou une mauvaise concentration. Les symptômes de ce type peuvent être un signe de dysthymie ou de trouble dysthymique, ce qui est un type de dépression chronique qui dure un an ou plus et est caractérisé par une humeur toujours morose, mais qui comporte des symptômes moins graves que ceux qui accompagnent un trouble dépressif majeur.

Le succès et l'accomplissement de tâches augmentent l'estime de soi de l'élève. Pour un élève atteint de dépression, les occasions de réussir sont extrêmement bénéfiques, même s'il a moins d'énergie et moins de motivation que d'habitude et montre une capacité réduite à se concentrer. Si l'élève est aux prises avec des problèmes de mémoire, on peut adapter les formats des tests ou des devoirs pour lui permettre de démontrer ses acquis. Dans de telles situations, le personnel scolaire peut travailler avec les parents d'un élève et l'équipe-école pour aider l'élève à organiser et à atteindre des buts réalistes qui peuvent donner à l'élève un sentiment de réussite, d'accomplissement et d'espoir.

Le tableau 2.1 donne un aperçu des stratégies spécifiques dont le personnel scolaire peut se servir pour aider les élèves qui manifestent des symptômes liés à la dépression.

Tableau 2.1

Stratégies spécifiques pour aider les élèves qui manifestent des symptômes liés à la dépression

- Installer l'élève à l'avant de la classe, là où il est facile pour l'enseignant de l'aider ou pour l'élève de sortir comme prévu dans sa stratégie d'adaptation.
- Favoriser des pauses fréquentes pour aider l'élève qui a des difficultés à se concentrer.
- Travailler avec les parents et l'équipe-école pour adapter le programme de l'élève, si ce dernier est extrêmement fatigué, éprouve des difficultés à se souvenir des choses en classe ou a du mal à se concentrer. Les adaptations pourraient inclure :
 - modifier la charge de travail de l'élève;
 - planifier des périodes d'étude pour les moments où l'élève est le plus susceptible d'être attentif ou d'avoir plus d'énergie;
 - préparer un horaire qui encourage la présence de l'élève;
 - utiliser des questions à choix multiples au lieu de questions ouvertes ou orales;
 - accorder un délai supplémentaire pour terminer les travaux et les tests.

suite...

Tableau 2.1

...suite

- Élaborer en collaboration avec l'élève des attentes claires et raisonnables.
- Fournir des informations continues à l'élève et aux parents sur les progrès accomplis.
- Aider l'élève à se fixer des objectifs réalistes et à surveiller ses propres progrès.
- Collaborer avec les parents et l'équipe-école pour aider l'élève à planifier et à réaliser les étapes qui mènent à un objectif.
- Conseiller l'élève sur comment organiser et planifier sa journée (p. ex., aide-mémoire, agenda).
- Établir un format et une routine pour communiquer régulièrement avec l'école, les parents et les professionnels de la santé mentale, en utilisant un agenda quotidien ou une mise à jour par courriel.
- Travailler avec l'élève pour qu'il développe ses compétences en résolution de problème.
- Donner une seule tâche à la fois.
- Aider l'élève à diviser un projet ou un important devoir en parties plus petites et gérables, et préparer un calendrier pour compléter chaque partie.
- Demander à l'élève de remettre une seule partie d'un projet ou d'un devoir à la fois. Offrir un renforcement positif pour chaque partie terminée.
- S'assurer que l'élève a toutes les notes et les informations pertinentes avant un test.
- Poser des questions ouvertes auxquelles il n'existe pas de réponse correcte en particulier, afin de permettre à l'élève de contribuer aux discussions sans crainte d'avoir tort devant les autres.
- Trouver des façons d'accroître l'estime de soi de l'élève, comme par exemple :
 - Identifier et souligner les points forts de l'élève et parler positivement de ses succès antérieurs.
 - Aider l'élève à identifier ses points forts qui lui permettent de bien travailler tous les jours dans plusieurs domaines d'activité.
 - Faire des commentaires positifs et des compliments sur des choses précises que l'élève a bien faites (p. ex., éloges personnalisés plutôt que généraux).
- Introduire de façon stratégique des possibilités pour l'élève de participer à des interactions sociales positives structurées avec ses pairs (p. ex., projets en équipe, petits groupes de travail).
- Collaborer avec les parents pour trouver des moyens d'accroître l'intérêt de l'élève et son implication dans une gamme d'activités qui diminueraient ses pensées négatives.
- Parler à l'élève tous les jours (p. ex., le saluer à l'entrée et lui poser une question sur un sujet qui l'intéresse).
- Corriger les erreurs ou suggérer des améliorations dans un contexte d'encouragement et de soutien, car l'élève peut être exceptionnellement sensible à la critique.
- Vérifier si l'élève dispose d'un réseau de soutien (parents, famille, amis).
- Trouver des façons d'associer un élève socialement isolé avec des pairs ayant des intérêts similaires.
- Fournir à l'élève la possibilité de participer aux prises de décisions concernant les activités de classe et les devoirs, pour l'aider à renforcer sa motivation, ses intérêts et son sentiment de réussite.
- Si un élève revient en classe après une hospitalisation ou une absence prolongée, être prêt à élaborer un plan de transition et à créer une stratégie gérable (à la fois pour l'enseignant et pour l'élève) pour rattraper les cours et les devoirs manqués, et aborder les problèmes potentiels liés à la stigmatisation par les pairs. Nommer une personne de soutien que l'élève peut contacter et qui prendra régulièrement des nouvelles de l'élève pendant les premières semaines de retour à l'école.
- **Connaître les directives administratives du conseil scolaire pour s'occuper des élèves qui entretiennent des idées suicidaires.**

Source : Traduction des informations provenant de Callear, 2012; CYHMIN-MAD, 2010; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date

Informations générales

■ *Quelles sont les causes des symptômes associés à la dépression?*

Un certain nombre de facteurs, souvent une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux (Rutter, 1986), peuvent augmenter les risques de dépression chez un enfant ou un jeune (Thapar et coll., 2012). Les facteurs de risque connus comprennent :

- des facteurs génétiques et biologiques;
- des traits de personnalité négatifs;
- des antécédents familiaux de dépression;
- des environnements familial et social stressants (compétences parentales limitées, absence de structures de soutien);
- les expériences de la petite enfance;
- des caractéristiques de la communauté (p. ex., violence dans le quartier).

(Traduction des informations provenant de Thapar et coll., 2012; Beardslee et coll., 1998; Hammen et coll., 2008; Waddell et coll., 2005)

Les symptômes peuvent apparaître à la suite d'événements douloureux ou stressants (p. ex., décès dans la famille, déménagement, transition) (Kessler, 1997), de situations malheureuses et traumatisantes (Widom et coll., 2007), de l'accumulation de nombreux événements mineurs stressants ou d'un stress chronique (p. ex., mauvais traitements, pauvreté, discorde familiale) (Thapar et coll., 2012; Marcotte, 2000). Il y a aussi d'autres facteurs liés au trouble dépressif majeur comme la consommation de substances donnant lieu à des abus, l'anxiété dès l'enfance et les troubles des conduites (Kessler et coll., 2001; Houle et coll., 2003), ainsi que des épisodes dépressifs précédents (Lewinsohn et coll., 1988). Lorsque plusieurs de ces facteurs se présentent simultanément et agissent l'un avec l'autre, ils peuvent influencer le développement du cerveau, affecter le fonctionnement affectif, social, comportemental et cognitif, et faire courir le risque à la personne de développer un trouble dépressif ou une variété d'autres problèmes de santé (Offord et Bennett, 2002; Waddell et coll., 2005; Spennath et coll., 2011).

D'autre part, les expériences et les facteurs positifs qui se produisent à l'échelle individuelle dans la famille et la communauté contribuent à favoriser la résilience chez l'enfant ou le jeune (Waddell et coll., 2005) et mènent à des résultats positifs. De plus, la manière dont chaque personne interprète le stress et y réagit (p. ex., façon de maîtriser ses émotions et d'utiliser des stratégies d'adaptation, styles de pensée) et la qualité des relations interpersonnelles (Thapar et coll., 2012) peuvent réduire le risque de symptômes liés à la dépression.

■ *Quelle est la fréquence de la dépression?*

La dépression est courante, surtout chez les adolescents. Pour la période du milieu à la fin de l'adolescence, le taux de prévalence est d'environ 4 à 5 % (Costello et coll., 2005, 2006). À la fin de l'adolescence, le pourcentage d'avoir une dépression peut monter à 20 % (les résultats des recherches varient selon plusieurs facteurs) (Lewinsohn, 1999; Hankin, 1998). Chez les enfants, on estime que moins de 1 % d'entre eux ont une dépression (Kessler, 2001). Les taux de prévalence pour les enfants et les jeunes augmentent dès que l'on tient compte des problèmes moins lourds ou de ceux comportant moins de déficience (Waddell et coll., 2005).

Certains problèmes de l'humeur peuvent disparaître d'eux-mêmes. Toutefois, s'ils ne sont pas traités, les problèmes peuvent devenir chroniques et durer toute une vie. Selon les recherches, l'âge moyen d'apparition du trouble dépressif majeur ou de la dysthymie oscille entre 11 et 14 ans (Lewinsohn et coll., 1993). Cependant, les enfants peuvent exprimer leur humeur dépressive différemment des jeunes ou des adultes. Par exemple, ils peuvent ne pas être en mesure de dire comment ils se sentent, mais plutôt dire qu'ils ont mal au ventre ou à la tête, qu'ils ont des courbatures ou d'autres douleurs. Le taux de prévalence est semblable pour les garçons et les filles durant l'enfance (Rutter, 1986; Nolen-Hoeksema, 1990), mais il augmente considérablement pour les filles pendant l'adolescence, les filles étant deux fois plus susceptibles que les garçons de souffrir de ces problèmes à partir de la puberté (Kessler et coll., 2001; Offord et coll., 1989; Moskvina et coll., 2008).

Bien que le trouble dépressif soit relativement fréquent chez les jeunes, il passe souvent inaperçu et est donc sous-diagnostiqué. C'est inquiétant car il est associé à des difficultés d'ordre social et éducationnel, aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues (Keenan-Miller et coll., 2007; Thapar et coll., 2012) et à l'augmentation des risques de suicide.

B) TROUBLE BIPOLAIRE

Qu'est-ce que le trouble bipolaire?

Le trouble bipolaire est une maladie mentale grave dont les conséquences se font sentir tout au long de la vie. Chez les adultes, il se caractérise par des épisodes de manie ou d'hypomanie (p. ex., exaltation, pensées grandioses, pensées incontrôlables) alternant avec des épisodes de dépression.

Selon les recherches, le trouble bipolaire peut apparaître aussi bien chez les enfants que chez les jeunes (Perlis et coll., 2004; Pavuluri et coll., 2005) avec

des conséquences négatives pour leur développement psychosocial (Sala et coll., 2009). Il est donc important que l'enfant ou le jeune reçoive des soins d'un professionnel de la santé mentale (p. ex., psychiatre, psychologue) si les symptômes sont présents (Youngstrom et coll., 2009).

Chez les enfants et les jeunes, les symptômes les plus courants incluent des sautes d'humeur, l'irritabilité et des comportements irresponsables et agressifs (McClellan et coll., 2007). Des états d'humeur non euphoriques peuvent aussi se caractériser par une irritabilité ou des idées de grandeur (c'est-à-dire se sentir important, capable de faire n'importe quoi) (Offord Centre, 2007; Mick et coll., 2005).

Les symptômes associés au trouble bipolaire peuvent affecter le fonctionnement de l'élève à l'école, dans la famille, dans la communauté et avec des amis. En effet, le trouble bipolaire est associé à des pensées suicidaires, au suicide ainsi qu'aux problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues (Sala et coll., 2009), ce qui indique bien l'importance d'une reconnaissance, d'une intervention et d'un traitement précoces (Sala et coll., 2010).

Quelles sont les manifestations du trouble bipolaire?

L'élève peut connaître des épisodes de tristesse et de détresse. Il peut aussi traverser des phases maniaques dont les symptômes sont plus qu'une « simple bonne humeur ». Il a alors l'impression d'être capable de faire n'importe quoi ou de posséder des pouvoirs spéciaux. Il peut se sentir très confiant ou intelligent, mais aussi extrêmement irritable, en colère, ou même rempli d'énergie et non fatigué. L'élève peut parler très vite ou mentionner qu'il ne peut pas exprimer ses pensées aussi rapidement qu'il le voudrait. Il peut sauter d'une idée ou d'un sujet à l'autre, avoir des idées grandioses (p. ex., devenir vedette de cinéma ou musicien célèbre) et sembler avoir besoin de peu de sommeil. Le personnel scolaire peut remarquer que ces élèves ont de la difficulté à se concentrer ou semblent enclins à avoir des ennuis (p. ex., depuis faire des farces jusqu'à prendre des risques très sérieux). L'élève peut aussi alterner entre des épisodes de grande productivité scolaire et des épisodes de difficultés à terminer ses tâches scolaires. De tels comportements peuvent être difficiles à comprendre et à gérer par les autres élèves car des symptômes psychotiques peuvent aussi se manifester chez l'élève.

Dans une certaine mesure, des symptômes associés au trouble bipolaire font également partie du développement typique ou d'une réponse à des situations et à des environnements particuliers. Il est important pour le personnel scolaire et les parents d'observer les symptômes et les comportements en tenant compte du stade de développement de l'élève, de ses humeurs et de son comportement habituels ainsi que du contexte dans lequel les symptômes se produisent

(p. ex., seulement à l'école, aussi bien à la maison qu'à l'école) (Sala et coll., 2009, 2010). **Une évaluation minutieuse par un professionnel de la santé mentale s'avère nécessaire pour déterminer si les symptômes sont ceux d'un trouble bipolaire.**

Puisque certains symptômes qui accompagnent le trouble bipolaire sont aussi liés à d'autres problèmes de santé mentale, il est important de considérer les symptômes dans le contexte plus grand des circonstances, de l'environnement et de la personnalité globale de l'élève et non de manière isolée. À titre d'exemple, l'irritabilité, la distraction et l'excès d'énergie se retrouvent dans toute une gamme de troubles dont la dépression, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble anxieux généralisé (Sala et coll., 2010; Merikangas et coll., 2009). C'est pourquoi il est important de noter la gravité des symptômes et s'ils diffèrent de l'humeur et du comportement habituels de l'élève. **Encore une fois, une évaluation minutieuse par un professionnel de la santé mentale s'avère nécessaire pour déterminer si les symptômes sont ceux d'un trouble bipolaire.**

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DU TROUBLE BIPOLAIRE

Les signes habituels du trouble bipolaire comprennent les signes suivants :

- état extrêmement anormal (qui dure généralement des semaines ou plus) qui implique une humeur dépressive ou maniaque;
- symptômes dépressifs (voir la section sur la *dépression*);
- symptômes maniaques dont :
 - extraordinaire confiance en soi non-typique chez l'élève,
 - irritabilité extrême ou humeur changeante, « hauts et bas » (labile) non typique chez l'élève,
 - idées grandioses et illogiques sur ses capacités personnelles (p. ex., penser avoir des pouvoirs surnaturels),
 - jugement très affaibli de la capacité habituelle de l'élève,
 - perception que les pensées se bousculent très rapidement,
 - changements extrêmes de l'expression orale, en particulier parler très vite, comme si les mots ne sortaient pas assez vite,
 - rages explosives, prolongées et souvent destructrices qui sont hors de caractère pour l'élève,
 - hyperactivité nouvelle ou marquée, agitation, distraction,
 - « casse-cou », comportement à risque.

(Adaptation des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010)

Remarque – Cette liste ne contient que quelques exemples; elle n'est pas exhaustive et ne devrait pas servir à des fins de diagnostic.

Que peut faire le personnel scolaire?*

■ *Pour aider les élèves qui présentent des symptômes associés au trouble bipolaire...*

Les élèves qui ont reçu un diagnostic de trouble bipolaire devraient bénéficier des soins d'un médecin ou d'un professionnel de la santé mentale. Lorsqu'un diagnostic de trouble bipolaire a déjà été posé, l'élève peut faire l'objet de traitements ou d'interventions. Le comportement et les symptômes associés au trouble bipolaire ainsi que les traitements possibles ont peut-être une incidence sur son apprentissage et sur son fonctionnement scolaire ou social; il est alors important que le personnel scolaire collabore avec la famille et les professionnels de la santé et de la santé mentale pour établir un plan qui aidera le mieux possible l'élève.

Les élèves qui ont reçu un diagnostic de trouble bipolaire ont souvent besoin d'un soutien spécifique à l'école, surtout pendant un épisode grave ou durant la période de récupération qui suit. Leurs capacités à fréquenter l'école, à se concentrer en classe et à terminer leurs travaux peuvent fluctuer considérablement. Pendant les épisodes dépressifs, ils peuvent sembler tristes ou en retrait. Ils peuvent éviter des élèves pendant la récréation ou la pause et se plaindre de fatigue ou du manque d'énergie. Au cours des phases maniaques, ils peuvent avoir un regain d'énergie, être plus présents auprès de leurs amis, avoir du mal à se concentrer sur la tâche à accomplir et faire des plans grandioses. On peut aussi remarquer des comportements à risque, comme des acrobaties dangereuses ou un comportement sexuel très à risque. Ces fluctuations de l'humeur sont difficiles à comprendre et à gérer pour les autres élèves et peuvent conduire à des conflits interpersonnels et à un isolement social. Le personnel scolaire devrait avoir des stratégies pour empêcher les conflits interpersonnels de s'aggraver afin de limiter les conséquences sociales tant pour l'élève concerné que pour ses pairs.

Parfois, le traitement d'un trouble bipolaire peut affecter le rendement scolaire de l'élève. En règle générale, des médicaments sont nécessaires et l'élève peut en ressentir des effets secondaires qui risquent d'affecter sa capacité de fonctionner. De nombreux médicaments ou doses d'un médicament ont un effet sédatif provoquant de la somnolence ou de l'inattention en classe ou de la difficulté à faire ses devoirs. Parfois, lorsqu'il faut ajuster les doses, l'élève peut se sentir agité et avoir du mal à rester assis et à se concentrer.

Le fonctionnement cognitif des élèves ayant un diagnostic de trouble bipolaire peut être affecté, ce qui rend aussi difficile :

- de faire attention;
- de se souvenir des informations;

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

- de se servir des habiletés de résolution de problème;
- de se servir des habiletés de la pensée critique de classer par catégories et d'organiser des informations;
- de coordonner rapidement ses mouvements occulo-manuels;
- de rester concentré sur un sujet.

(Adaptation des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010)

Le tableau 2.2 donne un aperçu des stratégies spécifiques dont le personnel scolaire peut se servir pour aider les élèves ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire.

Tableau 2.2	Stratégies spécifiques pour aider les élèves ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire
	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un mode de communication régulier entre l'école et les parents sur les attentes concernant les tâches ou les devoirs. • Consulter les parents et les professionnels de la santé mentale pour identifier des stratégies qu'ils recommandent et déterminer les stratégies qui peuvent le mieux aider l'élève. • Fournir à l'élève des directives claires, simples et une seule à la fois parce que des directives complexes peuvent porter à confusion ou le troubler. • Consulter les parents et les professionnels de la santé mentale pour connaître les symptômes de l'élève et savoir s'il existe des contraintes qui peuvent affecter sa capacité à apprendre. • Essayer de discuter avec l'élève qui prend des médicaments ou avec ses parents pour connaître les effets secondaires possibles sur les capacités d'apprentissage de l'élève et adapter l'enseignement en conséquence. • Parler à l'élève à son arrivée à l'école afin de savoir comment il se sent et, si possible, fournir des alternatives aux activités stressantes, les jours difficiles. Ajuster les devoirs pour empêcher l'élève de se sentir dépassé. • Adapter les attentes jusqu'à l'amélioration des symptômes. Aider l'élève à choisir des objectifs réalisables et à les poursuivre lorsque les symptômes sont plus sévères afin d'améliorer ses chances de succès. • Mettre en place une procédure qui permette à l'élève de sortir rapidement et en toute sécurité s'il se sent dépassé. • Prévoir plus de temps pour passer à une nouvelle activité ou dans un nouveau lieu. Le refus d'un élève qui a un trouble bipolaire de suivre des directives ou de passer à la tâche suivante peut être causé par l'anxiété et non par un acte de défiance intentionnel. • Utiliser à l'école des stratégies qui sont cohérentes avec celles utilisées à la maison. • Aider un élève qui pense que tout va mal à se concentrer sur les choses qui vont bien (p. ex., demander à l'élève d'écrire une chose qui a mal tourné sur une page et, sur la page opposée, des choses qui ont bien tourné). • Travailler avec les parents et l'équipe-école pour élaborer des plans d'urgence et de sécurité en cas de comportement susceptible de mettre l'élève ou les autres en danger. • Surveiller ce qui se passe dans la classe et entre les classes (si possible) pour aider les élèves qui trouvent les transitions difficiles. • Être en mesure d'élaborer pour un élève qui revient en classe après une hospitalisation ou une absence prolongée un plan de transition et créer une stratégie gérable (à la fois pour l'enseignant et pour l'élève) afin de rattraper les cours et les travaux, et aborder les problèmes possibles liés à la stigmatisation entre pairs (p. ex., expliquer ou non la maladie aux pairs et comment gérer les retombées du comportement extrême ou perçu comme bizarre par les pairs de l'élève). Trouver une personne de soutien que l'élève peut contacter et qui prendra régulièrement des nouvelles de l'élève au cours des premières semaines de la transition à l'école.

Source : Adaptation et traduction des informations provenant de Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date; CYMHIN-MAD, 2010

Informations générales

■ *Quelles sont les causes du trouble bipolaire?*

Un facteur de risque qu'on retrouve systématiquement dans le développement du trouble bipolaire sont les antécédents familiaux. Pour les enfants et les jeunes dont un membre de la famille proche souffre d'un trouble bipolaire, le risque de développer un tel trouble est environ cinq à dix fois plus élevé que pour la population en général (Youngstrom et coll., 2009).

■ *Quelle est la fréquence du trouble bipolaire?*

Le taux de prévalence du trouble bipolaire est faible dans la population; il est compris entre zéro et 2,1 % environ chez les adolescents, et le taux pour les garçons et les filles sont similaires (Merikangas et coll., 2009). Globalement, le taux pour toutes les personnes quel que soit leur âge est d'environ 3 ou 4 % (Merikangas et coll., 2007). Le taux inférieur des adolescents peut s'expliquer soit parce que le trouble bipolaire ne se produit pas aussi souvent chez eux, soit parce qu'il est difficile de diagnostiquer ce trouble avec précision tant que plusieurs cycles d'un comportement symptomatique n'ont pas été observés (CYMHIN-MAD, 2010).

BIBLIOGRAPHIE

a) Dépression

Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Analyse des données de Statistique Canada sur la mortalité*. Ottawa : auteur.

APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4^e éd. France : Masson.

Beardslee, W.R.; Versage, E.M. et Gladstone, T.R. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 1134–41.

Calear, A.L. (2012). Depression in the classroom: Considerations and strategies. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(1): 135–44.

Castaneda, A.E.; Tuulio-Henriksson, A.; Marttunen, M. et coll. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2): 1–27.

Costello, E.J.; Egger, H.; Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1): 972–86.

Costello, E.J.; Erkanli, A.; Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12): 1263–71.

CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.

Evans, J.R.; Van Velsor, P. et Schumacher, J.E. (2002). Addressing adolescent depression: A role for school counselors. *Professional School Counseling*, 5(3): 211–19.

Fergusson, D.M.; Boden, J.M. et Horwood, L.J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 191: 335–42.

Fergusson, D.M. et Woodward, L.J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59(3): 225–31.

Forbes, E.E.; Fox, N.A.; Cohn, J.F. et coll. (2006). Children's affect regulation during a disappointment: Psychophysiological responses and relation to parent history of depression. *Biological Psychology*, 71(3): 264–77.

Grant, K.E.; Compas, B.E.; Stuhlmacher, A.F. et coll. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129: 447–66.

Hammen, C.; Brennan, P.A. et Keenan-Miller, D. (2008). Patterns of adolescent depression to age 20: The role of maternal depression and youth interpersonal dysfunction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36: 1189–98.

Hankin, B.L.; Abramson, L.Y.; Moffitt, T.E. et coll. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107: 128–40.

Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-and-publications/The-ABC-s-of-mental-health.aspx>.

- Houle, V. (2003). *Prévention de la dépression chez les adolescents et les adolescentes à risque – Consultation sur la faisabilité de l’implantation d’un programme dans la région de Québec*. Beauport, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. Disponible au <http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/pdf/PrevDepresJeunes.pdf>.
- Keenan-Miller, D.; Hammen, C.L. et Brennan, P.A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescent Health, 41*: 256–62.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology, 48*: 191–214.
- Kessler, R.C.; Avenevoli, S.; Merikangas, K.R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry, 49*(12): 1002–14.
- Kessler, R.C.; Avenevoli, S. et Ries, M.K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry, 49*(12): 1002–14.
- Kessler, R.C. et Walters, E.E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety, 7*(1): 3–14.
- Lewinsohn, P.M.; Hoberman, H.M. et Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(3): 251–64.
- Lewinsohn, P.M.; Rohde, P.; Klein, D.N. et coll. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 38*(1): 56–63.
- Lewinsohn, P.M.; Rohde, P.; Seeley, J.R. et coll. (1993). Age-cohort changes in the lifetime occurrence of depression and other mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 102*: 110–20.
- Marcotte, D. (2000). *La prévention de la dépression chez les adolescents*. In F. Vitaro et C. Gagnon (éd.), *Prévention des problèmes d’adaptation chez les enfants et les adolescents*. Sainte-Foy : Éd. Presses de l’Université du Québec.
- Merikangas, K.R.; Nakamura, E.F. et Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*: 7–20.
- Miller, A. (2007). Social neuroscience of child and adolescent depression. *Brain Cognition, 65*(1): 47–68.

- Moskvina, V.; Farmer, A.; Jones, I.R. et coll. (2008). Sex differences in symptom patterns of recurrent major depression in siblings. *Depression and Anxiety*, 25(6): 527–34.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Offord, D.R. et Bennett, K.J. (2002). Prevention. In M. Rutter & E. Taylor (éd.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*, p. 881–99. 4^e éd. Oxford: Blackwell Science.
- Offord, D.R.; Boyle, M.H.; Fleming, J.E. et coll. (1989). Ontario child health study. Summary of selected results. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(6): 483–91.
- Rutter, M. (1986). The developmental psychopathology of depression: Issues and perspectives. In M. Rutter, C.E. Izard, & P.B. Read (éd.), *Depression in young people*, p. 3–30. New York: Guilford Press.
- Rutter, M. (1996). Connections between child and adult psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5(Suppl. 1): 4–7.
- Rutter, M; Moffitt, T.E. et Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47: 226–61.
- Saluja, G.; Iachan, R.; Scheidt, P.C. et coll. (2004). Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 158(8): 760–65.
- Silk, J.S.; Vanderbilt-Adriance, E.; Shaw, D.S. et coll. (2007). Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Developmental Psychopathology*, 19(3): 841–65.
- Spennath, M.A.; Clarke, M.E. et Kutcher, S. (2011). The science of brain and biological development: Implications for mental health research, practice and policy. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4): 298–304.
- Thapar, A.; Collishaw, S.; Pine, D.S. et coll. (2012). Depression in adolescence. *Lancet* (2 February) (Epub).
- Waddell, C.; McEwan, K.; Shepherd, C.A. et coll. (2005). A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50: 226–33.

Widom, C.S.; DuMont, K. et Czaja, S.J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry*, 64(1): 49–56.

Zisook, S.; Lesser, I.; Stewart, J.W. et coll. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(10): 1539–46.

b) Trouble bipolaire

APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4^e éd. France : Masson.

CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.

Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-and-publications/The-ABC-s-of-mental-health.aspx>.

Kowatch, R.A.; Youngstrom, E.A.; Danielyan, A. et coll. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children. *Bipolar Disorder*, 7: 483–96.

McClellan, J.; Kowatch, R. et Findling, R.L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1): 107–25.

Merikangas, K.R.; Akiskal, H.S.; Angst, J. et coll. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64: 543–52.

Merikangas, K.R.; Nakamura, E.F. et Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11: 7–20.

Mick, E.; Spencer, T.; Wozniak, J. et Biederman, J. (2005). Heterogeneity of irritability in attention deficit/hyperactivity disorder subjects with and without mood disorders. *Biological Psychiatry*, 58(7): 576–82.

Offord Centre (Centre of Knowledge on Healthy Child Development, Offord Centre for Child Studies). (2007). *Problèmes d'humeur chez les enfants et les adolescents*. Disponible au <http://www.knowledge.offordcentre.com/images/stories/offord/pamphlets/Fr%20-%20Mood%20B&W.pdf>.

Pavuluri, M.N.; Birmaher, B. et Naylor, M. (2005). Pediatric bipolar disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9): 846–71.

Perlis, R.H.; Miyahara, S.; Marangell, L.B. et coll. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55: 875–81.

Rice, K.G. et Leffert, N. (1997). Depression in adolescence: Implications for school counsellors. *Canadian Journal of Counselling*, 31(1): 18–34.

Sala, R.; Axelson, D. et Birmaher, B. (2009). Phenomenology, longitudinal course and outcome of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(2): 273–77.

Sala, R.; Axelson, D.; Castro-Fornieles, J. et coll. (2010). Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorders: Prevalence and clinical correlates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(10): 1344–50.

Youngstrom, E.A.; Freeman, A.J. et Jenkins, M.M. (2009). The assessment of bipolar disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(2): 353–59.

3 Problèmes d'attention et d'hyperactivité/impulsivité

Que sont les problèmes d'attention et d'hyperactivité/impulsivité?

Un grand nombre d'enfants et de jeunes ont, à certains moments, des difficultés à se concentrer, agissent de façon impulsive, sont très excités ou ne donnent pas suite aux demandes formulées par les adultes. Certains enfants peuvent avoir plus de difficultés que leurs pairs à se concentrer sur le travail scolaire, à exécuter leurs tâches et à ignorer les distractions.

Il est souvent difficile de savoir si l'inattention ou l'hyperactivité/impulsivité correspondent au stade de développement ou à l'âge de l'enfant, ou s'il faut s'en préoccuper. Un autre facteur qui complique les choses est que les enfants et les jeunes ont du mal à rester concentrés dans des situations où il est important de prêter attention, comme à l'école, alors qu'ils n'ont pas ce problème dans d'autres situations. Un comportement qui semble être en dehors des normes pour le stade de développement d'un enfant ne signifie pas nécessairement que l'enfant a un problème d'attention; la durée du comportement peut être brève et refléter un développement qui reste dans la normale (Sonuga-Barke et coll., 2003). En revanche, l'inattention ne devrait jamais être ignorée et devrait toujours être considérée comme un possible comportement à risque. Les élèves qui éprouvent des difficultés à se concentrer sur une tâche peuvent manquer d'importants jalons d'apprentissage et se laisser distancer par leurs pairs. Dès qu'un écart d'apprentissage commence à se creuser, il peut être très difficile à combler et peut s'agrandir durant tout le parcours scolaire.

Certains élèves éprouvent constamment des difficultés d'attention, au point où l'inattention ou l'hyperactivité/impulsivité perturbe de manière significative leur fonctionnement et les interactions à la maison, à l'école ou dans la communauté (Eiraldi et coll., 2012). Il est important pour le personnel scolaire, les parents et les professionnels de la santé mentale d'observer le comportement de l'élève et son fonctionnement aux différents stades de son développement et dans de multiples domaines et environnements (Holmbeck et coll., 2003), pour savoir si le comportement est préoccupant et si une aide supplémentaire est nécessaire ou si l'élève doit être évalué par un professionnel de la santé mentale. Les élèves dont les problèmes d'attention semblent significatifs et persistants devraient

être évalués par un tel professionnel afin de savoir si un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) doit être posé (voir la description du TDAH aux pages 75 à 77).

Pour plus d'informations sur les problèmes d'attention chez les enfants et les jeunes, consulter le document *The ABCs of Mental Health*, disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-And-Publications/The-ABC-s-of-Mental-Health.aspx>.

Même si l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité peuvent affecter les résultats scolaires et le fonctionnement social d'enfants et de jeunes, les recherches suggèrent que ces défis scolaires sont plus nettement associés à des problèmes d'attention qu'à des problèmes d'hyperactivité/impulsivité (Rabiner et Coie, 2000; Rogers et coll., 2011). Des découvertes récentes montrent aussi que les problèmes d'attention sont fortement corrélés à un échec au diplôme d'études secondaires (Pingault et coll., 2011) et que même si les problèmes d'attention sont minimes, leur persistance est annonciatrice de mauvais résultats scolaires (Warner-Rogers et coll., 2000; Massetti et coll., 2008; Breslau et coll., 2009; Rodrigues et coll., 2007; Dally, 2006). On a effectivement observé une difficulté sur le plan scolaire pour tous les groupes d'âge des élèves qui ont des problèmes d'attention sans que ces élèves ne présentent nécessairement des critères permettant de poser un diagnostic de TDAH (Fergusson et coll., 1997; Currie et Stabile, 2006).

Les problèmes d'attention, élément essentiel du TDAH, sont aussi une caractéristique de nombreux autres troubles neurodéveloppementaux comme les problèmes d'anxiété ou de dépression (p. ex., difficulté de concentration et de prise de décision), les troubles du spectre de l'autisme, certaines difficultés d'apprentissage spécifiques et des déficiences visuelles ou auditives. Les problèmes d'attention chez les enfants d'âge scolaire sont également associés à des conditions comme le syndrome d'alcoolisme fœtal, une naissance prématurée, une maladie cardiaque congénitale complexe et la leucémie lymphoblastique aiguë. Les problèmes d'attention peuvent en effet être un élément clé associé à des difficultés scolaires qu'éprouvent les élèves affectés par toute une gamme de conditions (Breslau et coll., 2009).

Quelles sont les manifestations des problèmes d'attention et d'hyperactivité/impulsivité?

Puisque des problèmes d'attention au cours des premières années d'un enfant risquent d'entraîner des difficultés d'apprentissage plus tard, il est important d'offrir des interventions préventives et correctives le plus tôt possible (Pingault et coll., 2011; Breslau et coll., 2009). Malheureusement, alors que le comportement le plus visible de l'hyperactivité est facilement remarqué par le personnel scolaire, les problèmes d'attention sont moins visibles et, par conséquent, moins susceptibles d'être dépistés à temps.

Certains élèves qui ont des problèmes d'attention sont aux prises avec des difficultés cognitives et ont des déficiences dans des domaines comme les fonctions exécutives (p. ex., déficits de la mémoire de travail, de la planification et de l'inhibition de la réponse) (Rogers et coll., 2011). En classe, cela peut se traduire par la difficulté à se souvenir des informations et à les utiliser, à planifier et à acquérir de nouvelles compétences et connaissances en lecture, en expression orale et écrite, et en mathématiques (Rogers et coll., 2011; Daley et Birchwood, 2010).

Le travail des élèves qui ont des difficultés d'attention peut sembler brouillon, car ces élèves bâclent souvent leurs travaux, ont du mal à faire attention aux détails et font des erreurs d'inattention (APA, 2005). Les élèves qui ont des problèmes d'attention peuvent aussi avoir des problèmes de mémoire de travail ce qui les entraîne à faire des erreurs (Young, 2012). Ils peuvent aussi avoir du mal, par exemple, à se concentrer sur les activités en classe (Achenbach, 2005), persister dans une tâche, à mener à bien leurs tâches, à respecter les règles de la classe et à suivre avec exactitude les directives de l'enseignante ou l'enseignant (Eiraldi, 2012). Ces problèmes peuvent en faire des apprenants inefficaces (Schweitzer et coll., 2000) qui prennent du retard sur leurs pairs (Alloway et coll., 2009), ont du mal à acquérir les savoirs essentiels et nécessaires en littérature, en numératie et en sciences pour développer des compétences plus complexes dans les années qui suivent (Breslau, 2009; Alloway et coll., 2009; Gathercole et Alloway, 2008).

Lorsqu'aux problèmes d'attention s'ajoute de l'hyperactivité, les élèves peuvent alors avoir des difficultés à rester en place pendant les activités en classe, à jouer ou à travailler tranquillement ou à attendre leur tour pour parler. Ils peuvent être agités, parler trop ou être constamment en mouvement. Le comportement des jeunes hyperactifs est habituellement décrit comme agité et manquant de persévérance au cours d'activités calmes (APA, 2005). Ceux qui sont impulsifs interrompent souvent les autres, font des commentaires hors de propos, laissent échapper les réponses, sont impatients et n'écoutent guère les directives (APA, 2005). Ces élèves ont tendance à avoir des accidents et peuvent se retrouver dans des situations dangereuses parce qu'ils n'anticipent pas les conséquences de leurs actes.

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DES TROUBLES DE L'ATTENTION

Les signes habituels des problèmes d'attention ou d'hyperactivité/impulsivité comprennent les signes suivants.

Problèmes d'attention

L'élève :

- est facilement distrait;
- ne prête pas attention aux détails et fait des fautes d'étourderie;
- oublie des objets, du matériel (p. ex., crayons) qui sont nécessaires pour accomplir une tâche;
- égare souvent ses affaires;
- a de la difficulté à organiser ses tâches;
- a du mal à se concentrer;
- suit les consignes de façon incomplète ou inexacte;
- ne termine pas souvent ses tâches;
- n'écoute pas quand on lui parle;
- évite manifestement ou montre qu'il n'aime pas du tout les travaux et devoirs à l'école ou à la maison qui exigent un effort mental soutenu (pensée dédiée).

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; APA, 2005; CAMH, 2007)

Hyperactivité/impulsivité

L'élève :

- a du mal à demeurer assis tranquillement;
- gigote;
- a de la difficulté à rester en place;
- parle trop ou tout le temps;
- est trop actif, ce qui peut déranger ses pairs ou ses proches;
- a du mal à jouer tranquillement;
- est toujours en mouvement;
- ne tient pas en place (à l'adolescence);
- n'arrive pas à réprimer ses impulsions comme faire des remarques inappropriées;
- interrompt les conversations;
- crie les réponses avant la fin de la question ou sans qu'on lui demande de le faire;
- frappe les autres;
- n'arrive pas à attendre son tour;
- est facilement frustré;
- manque de discernement.

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; APA, 2005; CAMH, 2007)

Remarque – Ces listes ne donnent que quelques exemples; elles ne sont pas exhaustives et ne devraient pas servir à des fins de diagnostic.

Que peut faire le personnel scolaire?*

■ *Pour promouvoir une bonne santé mentale en classe...*

Des stratégies pour aider tous les élèves, en particulier ceux qui montrent des problèmes d'attention, du mal à se concentrer et de la difficulté à acquérir les habiletés nécessaires pour réaliser des activités d'apprentissage en classe sont présentées ci-dessous.

STRATÉGIES QUI FAVORISENT UNE AMBIANCE CALME EN CLASSE ET QUI AIDENT TOUS LES ÉLÈVES À FAIRE ATTENTION

- Offrir un environnement structuré et une routine quotidienne stable.
- Annoncer à l'avance les changements de routines ou d'activités.
- Établir une routine et un ensemble de règles pour passer d'une activité à l'autre.
- Établir des procédures qui donnent à tous les élèves des chances égales de participer à des activités (p. ex., établir des règles pour prendre son tour, s'arranger pour que tous les élèves aient une chance de passer en premier).
- Donner des consignes faciles à suivre (p. ex., expliquer une étape à la fois; diviser les directives en plusieurs étapes).
- Afficher les règles là où tout le monde peut les voir.
- Renforcer les comportements positifs comme lever la main avant de parler ou travailler en silence.
- Donner des occasions d'apprendre par la pratique pour que les élèves dépensent leur surplus d'énergie.
- Limiter les distractions visuelles et auditives en classe autant que possible tout en tenant compte des besoins de tous les élèves.
- Parler directement à un élève en le regardant. Attendre que l'élève soit attentif avant de poursuivre la conversation.
- Éviter de mettre l'accent sur la compétition, car la tendance des élèves à vouloir gagner ou à être le premier peut accroître la probabilité d'un comportement impulsif.

(Traduction des informations provenant de House, 2002; CAMH, 2007)

■ *Pour aider les élèves qui manifestent des problèmes d'attention ou d'hyperactivité/impulsivité...*

Les problèmes d'attention découlent de causes neurobiologiques. Les enfants et les jeunes qui ont des difficultés dans ce domaine ont constamment besoin de

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

structure pour gérer leur comportement et réussir à l'école. Les élèves qui ont des problèmes d'attention, d'hyperactivité ou d'impulsivité réussissent mieux dans un milieu bien structuré, avec des horaires affichés et peu de distractions (p. ex., loin des fenêtres et des portes, sans pour autant être isolés). Ils ont besoin de routines prévisibles (Eiraldi et coll., 2012) et de modèles de bonnes habiletés organisationnelles. Parfois, le personnel scolaire peut avoir besoin de modifier les tâches et les directives pour tenir compte d'une attention limitée (p. ex., diminuer la longueur des travaux, diviser les tâches en tâches plus petites, modifier la façon de donner des directives, utiliser l'apprentissage par les pairs). L'aménagement de la classe (p. ex., disposition des chaises et tables) peut être modifié pour réduire les sources de distraction, et un soutien supplémentaire peut s'avérer nécessaire pour encourager la participation active de l'élève à son apprentissage. Il ne faut surtout pas oublier que les élèves qui ont des problèmes d'attention ne captent pas autant d'informations que les autres élèves, et il revient au personnel scolaire de surveiller l'apprentissage de ces élèves afin de s'assurer qu'ils ne manquent pas les notions, concepts et procédures importants. Des règles bien établies en matière de comportement et de conduite, et des conséquences claires et constamment renforcées sont aussi utiles, surtout pour les élèves impulsifs (Eiraldi et coll., 2012). Il est également souhaitable de mettre en place des stratégies similaires dans d'autres situations, comme à la maison. La collaboration étroite avec les parents favorise une approche cohérente pour l'enfant ou le jeune.

Les stratégies proposées dans le Guide concernent essentiellement les élèves de l'élémentaire qui ont des problèmes d'attention, d'hyperactivité ou d'impulsivité. Les recherches concernant les enfants d'âge préscolaire et les jeunes sont encore limitées (Eiraldi et coll., 2012). On sait cependant que l'augmentation des exigences scolaires au palier secondaire, le nombre réduit de structures, l'autonomie accrue et l'augmentation des pressions sociales pendant l'adolescence créent de nouveaux défis pour l'élève et le personnel scolaire à la fois (Young et Amarasinghe, 2010). Pour que le personnel scolaire des écoles secondaires puisse travailler, il faut comprendre les défis particuliers que posent les problèmes d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité, et aider l'élève à développer et à utiliser des stratégies qui peuvent lui permettre de gérer son temps, d'achever ses travaux et de s'organiser.

Le tableau 3.1 donne un aperçu des stratégies spécifiques dont le personnel scolaire peut se servir pour répondre à toute une gamme de problèmes liés à l'inattention, à l'hyperactivité et à l'impulsivité.

Tableau 3.1		Stratégies spécifiques pour aider les élèves qui manifestent des problèmes d'attention et d'hyperactivité/impulsivité	
Objectifs	Stratégies pédagogiques spécifiques		
Maximiser les fonctions exécutives (p. ex., capacité de planifier, de résoudre des problèmes, de faire plus d'une chose à la fois)	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer la quantité d'information que les élèves doivent retenir et traiter. • Fournir un enseignement explicite et personnalisé des compétences scolaires spécifiques. • Diviser les directives essentielles en petites unités, laisser du temps aux élèves pour les absorber, puis les répéter. • Utiliser des organisateurs, des feuilles de notes structurées, du matériel de manipulation et des présentations visuelles. • Se servir de l'enseignement et de l'apprentissage de stratégies comme la mnémonique. • Utiliser en classe le tutorat par les pairs. 		
Améliorer la capacité des élèves à faire attention	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les points forts et les besoins des élèves et ajuster les pratiques pédagogiques en conséquence. • Trouver des façons d'aider les élèves à s'engager activement dans leur apprentissage en sachant ce qui les intéresse. • Offrir des activités qui misent sur les points forts et les capacités des élèves. • Surveiller l'apprentissage pour détecter les lacunes dans les compétences et les connaissances des élèves dont le manque d'attention entrave leur acquisition d'informations par rapport à leurs pairs. • Créer un environnement de classe structuré et prévisible. • Décomposer les tâches en petites parties ou unités, introduire graduellement des tâches qui demandent plus de temps. • Attribuer une seule tâche à la fois. • Donner de petits travaux. • Aider les élèves à inscrire leurs devoirs du jour et ce qu'ils doivent faire dans un agenda ou un journal. Vérifier qu'ils ont correctement noté les informations. • Enseigner à l'élève comment utiliser les listes de contrôle et cocher chaque élément au fur et à mesure qu'il est terminé. (Les listes constituent un incitatif à effectuer les tâches et donnent la satisfaction de cocher chaque tâche terminée.) • Demander à l'élève de répéter les instructions (p. ex., « Bon, redis-moi ce que tu dois faire »). • Encourager les jeunes élèves avec des étoiles ou de petites récompenses souvent différentes. • Écrire les consignes des tâches et des devoirs sur le tableau et les répéter à voix haute à toute la classe. • Récompenser le comportement prosocial positivement et avec des récompenses tangibles. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>		

Tableau 3.1 ...suite	
Objectifs	Stratégies pédagogiques spécifiques
Améliorer la capacité des élèves à faire attention	<ul style="list-style-type: none"> • Installer les élèves avec des problèmes d'attention près de l'enseignant et loin des distractions comme les fenêtres, les portes ou les autres élèves qui ont aussi des problèmes d'attention. • Utiliser l'apprentissage assisté par les pairs. • Utiliser un signal qui indique aux élèves qu'il faut continuer une tâche. • Prévoir du temps supplémentaire pour terminer les examens. • Permettre de faire les examens dans un endroit calme (si possible). • Pour les adolescents : segmenter l'apprentissage en blocs de 10 à 15 minutes, suivis d'une vérification rapide des acquis. • Utiliser les cahiers de communication pour informer les parents des éléments positifs et des défis de la journée de l'élève.
Réduire et gérer le comportement associé à l'hyperactivité/impulsivité	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un environnement de classe structuré et prévisible. • Mettre en place de brèves séances de travail. • Décomposer les tâches en petites parties. • Donner une seule tâche à la fois. • Suggérer l'utilisation d'objets appropriés pour les élèves qui ne tiennent pas en place ou qui gigotent. • Pour les jeunes enfants : s'assurer que les conséquences d'un comportement indésirable se font sur-le-champ pour faire comprendre le lien à l'enfant. • Expliquer clairement à l'avance les conséquences d'un comportement indésirable et les appliquer systématiquement. • Encourager les jeunes élèves avec des étoiles ou de petites récompenses qui varient souvent. • Offrir des activités qui misent sur les points forts et les capacités des élèves. • Créer un système de surveillance, comme compter le nombre de fois où l'élève est assis ou debout. Note : cela peut être fait par le personnel scolaire ou par l'élève, selon le stade de développement de l'élève. • Offrir des activités qui font appel à plusieurs sens à la fois. • Découvrir ce qui intéresse ou motive les élèves. • Récompenser un comportement prosocial positivement et avec des récompenses tangibles. • Établir des règles claires en matière de comportement et de conduite. • Installer les élèves près de l'enseignant et loin des distractions comme les fenêtres, les portes ou les autres élèves avec des problèmes d'attention. • Pour les jeunes enfants : donner à l'élève des commissions simples à faire qui l'amènent à se lever, à se déplacer en ayant un but et à se sentir utile. • Utiliser les cahiers de communication pour informer les parents des éléments positifs et des défis de la journée de l'élève. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>

Tableau 3.1		<i>...suite</i>
Objectifs	Stratégies pédagogiques spécifiques	
Renforcer un comportement positif	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des récompenses tangibles (points, jetons, autocollants) pour l'accomplissement de tâches et les comportements appropriés en classe. Tenir compte des aspects suivants pour mettre en place un système de récompenses : <ul style="list-style-type: none"> • Les récompenses peuvent être données sur-le-champ ou à un moment précis. • Le comportement à récompenser devrait être bien identifié (p. ex., lever la main avant de parler) plutôt qu'un comportement généralement bon. • Il pourrait y avoir des échanges de jetons ou de points contre une activité favorite ou un prix choisi par l'élève. Une variante consiste à retirer des points pour un comportement indésirable, mais à pouvoir les récupérer par un comportement souhaitable. 	

Source : Traduction des informations provenant de Tannock, 2007; Rowe et coll., 2005; Eiraldi et coll., 2012; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date; CAMH, 2007; Parker, 2005; Lewandowski et coll., 2007

Il est souvent difficile de déterminer si l'échec scolaire est dû à des troubles d'apprentissage ou à des problèmes d'attention ou aux deux. Dans bien des cas, l'enseignante ou l'enseignant devra fournir un soutien, tant pour les troubles d'apprentissage que pour les problèmes de l'attention. Quoi qu'il en soit, les élèves peuvent avoir besoin d'aide pour terminer leurs travaux avec succès et répondre aux attentes d'apprentissage suivant l'âge de l'élève. Le tableau 3.2 propose des stratégies dont les enseignants peuvent se servir pour répondre aux comportements qui perturbent l'apprentissage des élèves.

Tableau 3.2 Stratégies en cas de comportements qui gênent l'apprentissage	
Comportement	Stratégies pédagogiques
L'élève fait des erreurs parce qu'il bâcle son travail ou ne fait pas attention aux détails importants.	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver un moyen de rendre la tâche plus intéressante pour un élève qui ne l'aime pas et qui essaie d'éviter de la faire. • Fournir à l'élève des exemples de travaux terminés pour lui montrer exactement de quoi le produit fini devrait avoir l'air. • Donner à l'élève un rappel visuel concret des étapes clés, comme un référentiel pour une activité.
L'élève ne peut pas concentrer son attention assez longtemps sur une tâche pour progresser.	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'engagement de l'élève en fournissant plus d'occasions pour répondre (p. ex., tutorat par les pairs, carte-réponse). • Encourager l'apprentissage actif grâce à des discussions, des activités de groupe et des activités qui incorporent les talents ou les compétences particulières de l'élève.
L'élève tergiverse beaucoup avant de commencer une tâche.	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec l'élève du plan pour le travail à faire, afin qu'il en connaisse bien les étapes. • Rappeler à l'élève de se mettre à la tâche. • Accompagner l'élève dans la première partie de la tâche, l'aider à démarrer. • Noter le moment où l'élève commence et celui où il s'arrête de travailler. • Apprendre à l'élève à prévoir le temps qu'une tâche peut prendre et surveiller combien de temps cela prendra effectivement. • Montrer à l'élève comment se rendre compte qu'il ne travaille pas. Lui faire prendre une pause de 10 minutes, puis le faire reprendre la tâche.
L'élève a du mal à suivre les directives.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des directives en petits groupes ou utiliser des stratégies d'apprentissage assisté par les pairs pour que l'élève reçoive des directives guidées et proactives. • Simplifier les directives et décrire les étapes une à une. • Donner des exemples concrets et une grille d'évaluation pour que l'élève comprenne ce qu'est une tâche bien faite et terminée. • Apprendre à l'élève à se servir d'un calendrier et d'un planificateur de tâches. • Utiliser une variété de référentiels pour les directives, entraîner l'élève à les utiliser avec la pratique guidée pour l'amener à terminer ses tâches (p. ex., l'aider à diviser la tâche en plusieurs parties gérables).
L'élève oublie ou égare ses affaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir à l'élève des rappels visuels des actions clés ou des matériaux.
L'élève est distrait par des détails superflus.	<ul style="list-style-type: none"> • Donner à l'élève une liste de contrôle avec ou sans pictogrammes pour guider le travail scolaire. • Accroître les possibilités pour l'élève de répondre et d'obtenir des rétroactions au moyen de cartes-réponses, de travaux en petits groupes et de stratégies d'apprentissage avec l'aide des pairs ou avec l'ordinateur.

Source : Traduction des informations provenant de Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date

Remarque sur le développement

Pour les enfants d'âge préscolaire, des stratégies utiles pourraient inclure l'affirmation des éléments créatifs du jeu et la non-utilisation de déclarations directives (Webster-Stratton, 2005). Des stratégies de renforcement devraient consister en récompenses concrètes distribuées immédiatement après un comportement positif. Si une des conséquences consiste à retirer un objet (p. ex., un jouet), ce retrait devrait être bref (DuPaul et Kern, 2011).

Pour les jeunes, les stratégies peuvent comprendre la négociation à l'avance d'une entente avec l'élève afin que les attentes soient claires. Par exemple, attribuer des points pour un comportement souhaité et les échanger contre une récompense plus tard (p. ex., activité préférée en fin de semaine).

■ *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité*

Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental courant et cliniquement significatif qui se caractérise par des niveaux élevés et persistants d'inattention ainsi que par la présence de symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité qui nuisent au fonctionnement quotidien dans un large éventail de contextes, y compris l'école, la maison, le travail et la société (Biederman et Faraone, 2005; APA, 2005). Il faut préciser que l'inattention ne provoque pas l'hyperactivité/impulsivité. Par contre, si l'attention d'un élève se concentre sur une tâche, son hyperactivité et son impulsivité peuvent devenir moins évidentes. Le type de comportement affiché n'est pas nécessairement lié au stade de développement de l'enfant (Zwi et coll., 2011).

SOUS-TYPES DE TDAH

Le TDAH comporte les trois sous-types suivants :

- 1) inattention prédominante (sans symptômes d'hyperactivité/impulsivité);
- 2) hyperactivité/impulsivité prédominante (sans symptômes d'inattention);
- 3) mixte (symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité)
(Eiraldi et coll., 2012).

Le sous-type mixte (inattention et hyperactivité/impulsivité) est le plus fréquent des trois.

(Adaptation des informations provenant de l'APA, 2005)

Le TDAH débute tôt dans l'enfance et peut persister toute la vie. Son diagnostic est basé sur plusieurs types de comportements qui se produisent sur une période spécifique dont le début se situe avant un certain âge. Le TDAH se manifeste non seulement chez les enfants d'âge scolaire, mais aussi chez ceux d'âge préscolaire, les adolescents et les adultes (Daley et Birchwood, 2010). Il est souvent difficile de diagnostiquer les enfants avant quatre ou cinq ans parce que leur comportement est variable et qu'ils ne se trouvent pas dans des situations qui nécessitent une attention soutenue aussi souvent que les enfants plus âgés (APA, 2005).

Selon les recherches, l'apparition précoce du TDAH peut être associée à des difficultés sociales et scolaires (Taylor, 1999). Un dépistage précoce des symptômes du TDAH s'impose donc pour que l'enfant puisse être évalué adéquatement par un professionnel de la santé mentale. Une intervention appropriée peut aider à minimiser les effets du TDAH sur l'enfant et le jeune au cours de sa vie (Greenhill et coll., 2008).

Les élèves atteints de TDAH peuvent éprouver des difficultés à contrôler leurs émotions, à tolérer les frustrations et à avoir des relations difficiles avec leurs pairs (Barkley, 1998). Le TDAH est aussi souvent associé à d'autres problèmes de santé mentale, y compris les problèmes de dépression et d'anxiété (Egger et coll., 2006) et peut se combiner à des problèmes comme le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites (Zwi et coll., 2011). À l'adolescence, le TDAH est associé à des taux plus élevés de consommation d'alcool, de cigarettes et de drogues, surtout si on ne s'occupe pas des problèmes affectifs et comportementaux du jeune qui se produisent en même temps.

Selon les recherches, les enfants d'âge scolaire qui ont le TDAH manifestent des symptômes similaires à ceux des enfants d'âge préscolaire qui ont le TDAH, mais ils manifestent aussi des comportements problématiques comme la provocation, la désobéissance et l'agression (Young et Amarasinghe, 2010). Chez les jeunes, toutefois, les symptômes du TDAH peuvent être différents de ceux observés chez les enfants. L'hyperactivité diminue à l'adolescence, alors que les symptômes d'inattention demeurent et affectent de manière significative le rendement scolaire (Biederman et coll., 2000).

Dans de nombreux cas, les problèmes du TDAH sont associés à des problèmes d'apprentissage. En effet, la moitié environ des élèves atteints de TDAH ont aussi un problème d'apprentissage qui peut être diagnostiqué.

Informations générales

■ *Quelles sont les causes du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité?*

Selon de très nombreuses observations, le TDAH est associé à une combinaison de facteurs de risque génétiques et environnementaux (Galera et coll., 2011). Les problèmes d'attention ont tendance à se retrouver chez plusieurs membres d'une même famille. Environ 25 % des parents dont les enfants ont des problèmes d'attention ont, ou ont eu, eux aussi des difficultés similaires ou d'autres problèmes de santé mentale comme la dépression. On n'a toutefois pas encore identifié de gènes spécifiques à l'origine du TDAH.

Les facteurs de risque environnementaux les plus constants qui sont associés au TDAH comprennent les événements qui se produisent pendant la période prénatale, périnatale (juste avant ou après la naissance) ou postnatale (Galera et coll., 2011; Thapar et coll., 2011). Les facteurs contributifs du TDAH sont, par exemple, fumer pendant la grossesse (Cornelius et Day, 2009; Zwi et coll., 2011) et consommer de l'alcool ou de l'héroïne pendant la grossesse (NICE, 2008). Il reste encore beaucoup à faire pour mieux comprendre l'impact de ces facteurs pendant la grossesse, ainsi que le faible poids du bébé et les complications à la naissance.

■ *Quelle est la fréquence du TDAH?*

Les recherches indiquent qu'environ 10 % des enfants ont des problèmes d'attention persistants (Gathercole et Alloway, 2008; Young, 2012), mais ce pourcentage n'inclut pas les enfants qui semblent répondre aux critères diagnostiques du TDAH (Polanczyk et Rohde, 2007). Les taux de prévalence du TDAH chez les enfants et les jeunes varient d'une étude à l'autre en fonction de la composition de l'échantillon, de l'endroit où l'étude a été menée et des critères particuliers utilisés pour évaluer les symptômes du TDAH. Cependant, l'examen systématique des résultats montre généralement des taux compris entre 5 et 10 % (Polanczyk et Rohde, 2007; Polanczyk et Jensen, 2008). Le taux de TDAH est significativement plus élevé chez les garçons que chez les filles, avec des ratios allant de 3:1 à 9:1 (Staller et Faraone, 2006). À l'âge adulte, les taux chez les hommes et chez les femmes sont égaux, ce qui suggère qu'on a pu négliger les symptômes du TDAH plus tôt chez les filles (Polanczyk et Rohde, 2007). Environ 50 % des enfants atteints de TDAH continueront à avoir des symptômes durant l'adolescence, mais ces symptômes seront différents (Young et Amarasinghe, 2010). Et environ la moitié de ces adolescents présenteront encore des symptômes à l'âge adulte. Le taux de prévalence du TDAH à l'âge adulte varie de 1 à 4 % (Kessler et coll., 2006).

BIBLIOGRAPHIE

- Achenbach, T.M. (2005). Advancing assessment of children and adolescents: Commentary on evidence-based assessment of child and adolescent disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3): 541–47.
- Alloway, T.P.; Gathercole, S.E.; Kirkwood, H. et Elliott, J. (2009). The cognitive and behavioural characteristics of children with low working memory. *Child Development*, 80: 606–21.
- APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4^e éd. France : Masson.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 2^e éd. New York: Guilford Press.
- Biederman, J. et Faraone, S.V. (2005). Attention deficit/hyperactivity disorder. *Lancet*, 366: 237–48.
- Biederman, J.; Mick, E. et Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder: Impact of remission and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157(5): 816–18.
- Breslau, J.; Miller, E.; Breslau, N. et coll. (2009). The impact of early behavior disturbances on academic achievement in high school. *Pediatrics*, 123: 1472–76.
- CAMH (Centre for Addiction and Mental Health). (2007). Feuillet “Knowledge exchange” sur “attention-deficit/hyperactivity disorder”. Dans *Acting out: Understanding and reducing aggressive behaviour in children and youth*, chapitre 8, “Diagnosis”. Disponible en anglais seulement au http://knowledgex.camh.net/educators/elementary/aggressive_behaviour/Pages/adhd.aspx.
- Cornelius, M.D. et Day, N.L. (2009). Developmental consequences of prenatal tobacco exposure. *Current Opinion in Neurology*, 22(2): 121–25.
- Currie, J. et Stabile, M. (2006). Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD. *Journal of Health Economics*, 25: 1094–1118.
- CYMHIN-MAD (Réseau d’information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l’intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.
- Daley, D. et Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: Why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support

ADHD children in the classroom? *Child: Care, Health and Development*, 36(4): 455–64.

Dally, K. (2006). The influence of phonological processing and inattentive behavior on reading acquisition. *Journal of Educational Psychology*, 98: 420–37. doi: 0.1037/0022-0663.98.2.420.

DuPaul, G.J. et Kern, L. (2011). *Young children with ADHD: Early identification and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.

Egger, H.L.; Kondo, D.I. et Angold, A. (2006). The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Young Children*, 19: 109–22.

Eiraldi, R.B.; Mautone, J.A. et Power, T.J. (2012). Strategies for implementing evidence-based psychosocial interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21: 145–59.

Fergusson, D.M.; Lynskey, M.T. et Horwood, L.J. (1997). Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(6): 633–44.

Galéra, C.; Côté, S.M.; Bouvard, M.P. et coll. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of General Psychiatry*, 68(12): 1267–75.

Gathercole, S.E. et Alloway, T.P. (2008). *Working memory and learning: A practical guide for teachers*. London: Sage.

Greenhill, L.L.; Posner, K.I.; Vaughan, B.S. et coll. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17: 347–66.

Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-And-Publications/The-ABC-s-of-Mental-Health.aspx>.

Holmbeck, G.N.; Greenley, R.N. et Franks, E.A. (2003). Developmental issues and considerations in research and practice. In A. Kazdin & J. Weisz (éd.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford Press.

House, S.N., (éd.). (2002). *Behaviour intervention manual: Goals, objectives, and intervention strategies*. Columbia, MO: Hawthorne Educational Services. Disponible en anglais seulement au <http://openlibrary.org/books/OL3670603M/Behavior-intervention-manual>.

Kessler, R.C.; Adler, L.; Barkley, R. et coll. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163: 716–23.

Kutscher, M.L. (2008). *Les enfants atteints de troubles multiples : Le guide complet pour les parents, les enseignants et les professionnels*. Chapitre 3, Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). p. 27–47. Montréal, Édition La Chenelière-Éducation.

Labbé, J. (2009). *Principes pour une discipline efficace*. Disponible au http://w3.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur_pediatrie/Etudiants/Notes_de_cours/Discipline_efficace.pdf.

Lewandowski, L.J.; Lovett, B.J.; Parolin, R.A. et coll. (2007). Extended time accommodations and the mathematics performance of students with and without ADHD. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25: 17–28.

Massetti, G.M.; Lahey, B.B.; Pelham, W.E. et coll. (2008). Academic achievement over 8 years among children who met modified criteria for attention-deficit/hyperactivity disorder at 4–6 years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3): 399–410.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. Disponible en anglais seulement au <http://publications.nice.org.uk/attention-deficit-hyperactivity-disorder-cg72>.

Parker, H.C. (2005). *The ADHD handbook for schools: Effective strategies for identifying and teaching students with attention-deficit/hyperactivity disorder*. North Branch, MN: Specialty Press.

Pingault, J.-B.; Tremblay, R.E.; Vitaro, F. et coll. (2011). Childhood trajectories of inattention and hyperactivity and prediction of educational attainment in early adulthood: A 16-year longitudinal population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 168(11): 1164–70.

Polanczyk, G. et Jensen, P. (2008). Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: A review and update. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 17: 245–60. doi: 10.1016/j.chc.2007.11.006.

Polanczyk, G. et Rohde, L.A. (2007). Epidemiology of attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 20: 386–92.

Rabiner, D. et Coie, J.D. (2000). Early attention problems and children's reading achievement: A longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 859–67.

- Rodrigues, A.; Järvelin, M-R.; Obel, C. et coll. (2007). Do inattention and hyperactivity symptoms equal scholastic impairment? Evidence from three European cohorts. *BMC Public Health*, 7: 327.
- Rogers, M.; Hwang, H.; Toplak, M. et coll. (2011). Inattention, working memory, and academic achievement in adolescents referred for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychology*, 17(5): 444–58.
- Rowe, K.; Pollard, J. et Rowe, K. (2005). Literacy, behaviour and auditory processing: Does teacher professional development make a difference? Étude générale à Wright Memorial Award, présentée à la Royal Australasian College of Physicians Scientific Meeting, Wellington, NZ. (8-11 May).
- Schweitzer, J.B.; Faber, T.L.; Grafton, S.T. et coll. (2000). Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(2): 278–80.
- Sonuga-Barke, E.; Daley, D.; Thompson, M. et coll. (2003). Preschool ADHD: Exploring uncertainties in diagnostic validity and utility, and treatment efficacy and safety. *Expert Review Neurotherapeutics*, 3(4):465–76.
- Staller, J. et Faraone, S.V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20: 107–23.
- Tannock, R. (2007). *The educational implications of attention deficit hyperactivity disorder*. Research Monograph 3. Toronto: Ontario Institute for Studies in Education/University of Toronto.
- Taylor, E. (1999). Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. *Development and Psychopathology*, 11: 607–28.
- Thapar, A.; Cooper, M.; Jefferies, R. et coll. (2011). What causes attention deficit hyperactivity disorder? *Archives of Disease in Childhood*, 97(3): 260–65.
- Warner-Rogers, J.; Taylor, A.; Taylor, E. et coll. (2000). Inattentive behavior in childhood: Epidemiology and implications for development. *Journal of Learning Disabilities*, 33: 520–36. doi:10.1177/002221940003300602.
- Webster-Stratton, C. (2005). The incredible years: A training series for the prevention and treatment of conduct problems in young children. Dans E. Hibbs & P. Jensen (éd.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*. 2^e éd., p. 507–55. Washington, DC: American Psychological Association.
- Young, S. (2012). The “RAPID” cognitive-behavioral therapy program for inattentive children: Preliminary findings. *Journal of Attention Disorders* (Feb. 27).

Young, S. et Amarasinghe, J.M. (2010). Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(2): 116–33.

Zwi, M.; Jones, H.; Thorgaard, C. et coll. (2011). Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, numéro 12. Art. no.: CD003018. doi:10.1002/14651858.CD003018.pub3.

4 Problèmes de comportement

Que sont les problèmes de comportement?

Il n'est pas rare pour les enfants et les jeunes d'outrepasser les règles ou de devenir récalcitrants de temps à autre. En fait, il peut être sain pour un enfant de tester les limites de temps en temps et d'exprimer des divergences d'opinions. Il y a des moments prévisibles et des étapes dans la croissance d'un enfant où le comportement oppositionnel est relativement ordinaire (p. ex., chez les jeunes enfants, les adolescents). Puisqu'un comportement particulier peut s'avérer problématique à un certain âge, mais typique à un autre âge, connaître le développement de l'enfant est important pour comprendre les problèmes de comportement. De plus, des épisodes occasionnels de comportement perturbateur sont souvent une réponse à des causes spécifiques, comme la frustration due à une tâche, un conflit avec un élève, la fatigue ou une tentative de montrer ses prouesses à ses pairs. Certains élèves peuvent apprendre des habiletés sociales et des habiletés d'autorégulation (Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 2012) plus lentement que leurs pairs, ce qui rend difficile la maîtrise de comportements à l'école.

Parfois, la répétition des comportements négatifs et non conformes peut apparaître chez un enfant ou un jeune. Lorsque les élèves sont souvent argumentatifs, en opposition ou agressifs, cela peut indiquer qu'ils sont aux prises avec des troubles de santé émotionnelle. Les phénomènes qui se caractérisent par le manque de respect et la défiance sont parfois appelés trouble oppositionnel avec provocation (TOP). Alors que des groupes de comportements qui sont associés à la violence et, par exemple, à l'agression envers des personnes et des animaux, à la destruction de biens, à des fraudes, des vols et des infractions graves des lois relèvent de la catégorie trouble des conduites. Parfois, le trouble oppositionnel avec provocation des enfants et des jeunes évolue vers la catégorie plus grave du trouble des conduites. **Un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation ou de trouble des conduites ne peut être posé que par un professionnel de la santé mentale, comme un psychologue ou un psychiatre.**

TYPES DE TROUBLES DE COMPORTEMENT PERTURBATEUR

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) se caractérise généralement par la récurrence d'un comportement négatif de défiance, désobéissance et d'hostilité envers des figures d'autorité, qui s'étale sur une certaine durée. Les enfants et les jeunes perdent souvent leur calme, se disputent avec les adultes, refusent d'obéir aux demandes ou aux règles des adultes, embêtent délibérément les gens, blâment les autres pour leurs propres erreurs et peuvent être susceptibles ou facilement irrités, en colère, remplis de ressentiment, rancuniers ou vindicatifs. Le comportement de défi s'adresse surtout à des figures d'autorité, mais il peut parfois cibler les frères et les sœurs, les camarades de jeu ou les camarades de classe. Pour un tel élève, la vie à la maison, la vie à l'école et les relations avec les pairs sont sérieusement compromises. Le TOP apparaît habituellement avant l'âge de huit ans et, au plus tard, au début de l'adolescence.

Beaucoup de jeunes qui présentent un TOP ont aussi d'autres problèmes de santé mentale, comme la dépression, l'anxiété ou des difficultés d'attention. Leurs problèmes de comportement se développent souvent à la suite de ces troubles.

Le trouble des conduites se caractérise généralement par un comportement antisocial grave et persistant, et est associé à des comportements répétitifs et persistants dans lesquels les droits d'autrui ou les principales lois et normes sociales sont bafoués. Il peut s'agir d'un comportement agressif, perturbateur mais non agressif (comme le vol, l'escroquerie ou les infractions graves), d'intimidation, de cruauté, de vol, d'utilisation d'armes, d'incendies, de mensonges, de fuites et d'absentéisme scolaire. Un trouble des conduites est diagnostiqué lorsque le comportement s'est manifesté durant quelque temps, qu'il commence à un certain âge et qu'il cause une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Le comportement se manifeste généralement dans une variété d'environnements, dont à la maison, à l'école et dans la société.

Le trouble des conduites peut aussi être associé à d'autres troubles dont les troubles de l'apprentissage et les problèmes de santé mentale tels que le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), l'usage de drogues, l'anxiété et la dépression. Le trouble des conduites commence habituellement à la fin de l'enfance ou au début de l'adolescence, mais on l'a observé aussi chez des enfants de cinq ans. Il apparaît rarement après seize ans.

Le traitement d'un TOP et d'un trouble des conduites est difficile en raison de la gamme des facteurs de risque et de la comorbidité fréquente de ces troubles avec d'autres troubles de santé mentale comme le TDAH, la dépression et les problèmes de consommation d'alcool et de drogues.

(Adaptation et traduction des informations provenant de Waddell et coll., 2001; APA, 2005; Offord et Bennett, 1994; Burke et coll., 2002)

Remarque – Ces descriptions n'étant que de brefs aperçus, elles ne doivent pas servir à des fins de diagnostic.

Les troubles de comportement non traités sont associés à des résultats très négatifs, comme l'aggravation des méfaits, un faible rendement et l'échec scolaires, le décrochage scolaire croissant de l'élève, les liens avec des pairs antisociaux et un risque accru d'autres problèmes de santé mentale. Un élève ayant plusieurs facteurs de risque dans sa vie (p. ex., pauvreté, contexte familial stressant, pratiques parentales sévères et incohérentes) peut être plus susceptible que d'autres élèves à développer un trouble du comportement. Un élève dont le comportement perturbateur est de plus en plus grave ou persistant risque beaucoup de faire face à toute une série de résultats négatifs à l'adolescence et à l'âge adulte (Lee, 2012). Selon les recherches, plus les symptômes sont graves dans l'enfance, plus les résultats peuvent être négatifs à l'âge adulte.

Les problèmes majeurs de comportement représentent les enjeux de santé mentale les plus difficiles à gérer pour l'école. Un comportement oppositionnel persistant peut avoir des effets perturbateurs dans la classe, entraver l'apprentissage non seulement de l'élève, mais aussi de ses camarades. Le dépistage et l'intervention précoces sont très importants en raison de l'impact négatif du comportement perturbateur à l'école, à la maison et dans la société, ainsi que des difficultés probables qui attendent la personne à l'adolescence et à l'âge adulte si ce comportement n'est ni traité ni géré. Si ce n'est pas réglé à temps, le comportement problématique peut s'aggraver et persister à l'adolescence et à l'âge adulte (Lochman et coll., 2011).

Quelles sont les manifestations des problèmes de comportement?

Les comportements perturbateurs peuvent prendre différentes formes, de mineures, comme les crises de larmes ou de colère, à majeures comme l'agression, la violence, le vandalisme et le vol (McMahon et Frick, 2007).

De nombreux épisodes sont de courte durée et peuvent résulter d'une situation particulièrement stressante ou d'une difficulté à laquelle l'élève est confronté. À titre d'exemple, un élève peut commencer à faire des siennes à cause de contraintes à la maison (p. ex., décès dans la famille, conflits parentaux) ou à l'école (p. ex., être la cible d'intimidation). Souvent, il suffit de reconforter et de rassurer l'élève en lui donnant un soutien supplémentaire et des stratégies pour y faire face. Cependant, si le comportement de l'élève ne s'améliore pas, le problème peut être suffisamment grave pour justifier une aide professionnelle.

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

Les signes habituels de problèmes de comportement comprennent les signes suivants :

- Attitude de défi (entêtement, résistance aux consignes, refus de faire des compromis, de céder, de négocier);
- Tests constants des limites (ignorer les consignes, argumenter, ne pas accepter le blâme);
- Persistance d'une humeur hostile;
- Manque d'empathie, de sentiment de culpabilité ou de remords et tendance à blâmer les autres pour ses propres erreurs;
- Faible estime de soi (qui peut aussi se déguiser en attitude dure);
- Actions agressives;
- Désobéissance;
- Comportement oppositionnel (p. ex., contester ou argumenter avec des personnes qui font autorité);
- Intimidation, menaces, tentatives d'effrayer les autres;
- Déclenchement de bagarres, violence physique, cruauté;
- Utilisation d'armes;
- Vol;
- Destruction délibérée de biens;
- Mensonges fréquents;
- Violations graves des règles (p. ex., chez les jeunes adolescents, rentrer tard malgré le couvre-feu);
- École buissonnière fréquente;
- Accès de colère, faible tolérance à la frustration, irritabilité;
- Imprudence, actions risquées.

Voici quelques signes qui indiquent que le problème peut être grave :

- L'élève a des problèmes de comportement depuis plusieurs mois, désobéit systématiquement, réplique quand on lui parle ou est physiquement agressif.
- Le comportement est hors de l'ordinaire et constitue une violation grave des lois ainsi que des règles acceptées dans la famille (p. ex., vandalisme, vol, violence).
- Le comportement dépasse de beaucoup les sottises d'enfant ou la rébellion d'adolescent.
- Le comportement n'est pas simplement une réaction à quelque chose de stressant dans la vie de l'élève (p. ex., criminalité répandue dans la communauté, pauvreté).

(Adaptation et traduction des informations provenant de l'APA, 2005; CPRF, 2005; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

Remarque – Ces listes ne donnent que quelques exemples; elles ne sont pas exhaustives et ne devraient pas servir à des fins de diagnostic.

Pour plus d'informations sur les problèmes de comportement chez les enfants et les jeunes, consulter le document *The ABCs of Mental Health*, disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/ABC/> et la brochure *Problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents* de l'Offord Centre for Child Studies, disponible au <http://www.knowledge.offordcentre.com/images/stories/offord/pamphlets/FR%20-%20Behaviour%20B&W.pdf>.

Que peut faire le personnel scolaire? *

■ *Pour promouvoir une bonne santé mentale en classe...*

Le personnel scolaire peut créer un environnement en classe qui réduit le stress et encourage un comportement positif pour tous les élèves. Un tel environnement est favorable à tous les élèves, y compris à ceux qui présentent des risques plus élevés de troubles du comportement.

Des études ont été menées pour connaître les approches et les stratégies utilisées avec succès en classe pour aider la prévention et le traitement des comportements perturbateurs. Les pratiques efficaces comprennent notamment :

- Le recours à des stratégies de prévention pour toute la classe afin de réduire le nombre total d'enfants qui développent des problèmes de comportement.
- L'accent mis sur les compétences des élèves pour renforcer les liens sociaux et la résolution de problème, la capacité de gérer leurs émotions et de contrôler la colère, la capacité de reconnaître le point de vue d'une autre personne et de ressentir de l'empathie.
- L'emploi de routines cohérentes pour que les élèves sachent clairement quelles sont les attentes en matière de comportement.
- L'emploi d'une gamme de méthodes pédagogiques, de possibilités et de paramètres d'apprentissage pour donner aux élèves la possibilité d'appliquer de nouvelles habiletés dans de nombreuses situations et environnements.
- L'utilisation de regroupements souples et une focalisation sur les résultats du groupe dans les activités en petits groupes pour permettre aux élèves à risque élevé d'interagir avec différents groupes de pairs, d'améliorer leurs compétences sociales et scolaires et d'établir des relations positives et des réseaux de soutien.
- En cas de comportement perturbateur, éviter les punitions sévères pour un comportement négatif avec une attention positive aux comportements souhaités et prosociaux (remarque : une attention négative et les tentatives

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

d'enrayer un comportement perturbateur peuvent entraîner chez l'élève un refus d'intérêt pour des comportements prosociaux et l'amener à dissimuler son comportement perturbateur).

- En cas de comportement perturbateur, il est souhaitable d'établir une communication régulière avec les parents pour coordonner une approche et aider ainsi l'élève à atteindre les objectifs pédagogiques et comportementaux positifs.

(Traduction des informations provenant de Lee, 2012)

Des stratégies dont le personnel scolaire peut se servir pour promouvoir un comportement positif en classe sont présentées ci-dessous.

STRATÉGIES POUR FAVORISER UN COMPORTEMENT POSITIF CHEZ TOUS LES ÉLÈVES

- Fournir des listes et des routines prévisibles dans la salle de classe.
- S'assurer d'avoir l'attention des élèves avant de commencer une leçon.
- Donner directement des instructions pour indiquer clairement ce qui va se passer.
- Donner l'exemple d'un comportement calme et respectueux que les élèves sont censés avoir.
- Créer un environnement chaleureux en classe, avec, si possible, un espace tranquille avec peu de distractions où un élève peut se retirer.
- Prendre conscience de la gamme des besoins des élèves de la classe afin de donner un niveau stimulant approprié.
- Communiquer clairement les attentes et les appliquer de manière cohérente. Adresser des énoncés clairs aux élèves : « Je m'attends à... » ou « Je veux que cela... ».
- Se concentrer sur le comportement approprié. Utiliser les règles qui décrivent le comportement désiré, pas celui à déconseiller (p. ex., au lieu de dire « pas de bagarres », dire « on va régler les conflits de façon appropriée »).
- Au début de l'année scolaire, définir clairement et simplement, lors de l'établissement des règles de conduite de la classe, les attentes concernant l'honnêteté, la responsabilité et la responsabilisation à l'école. Répéter ces attentes souvent à toute la classe, en particulier en cas d'infraction.
- Ne pas porter trop d'attention aux enfants qui blâment les autres, car cela pourrait renforcer ce comportement par inadvertance.
- Commencer chaque journée comme si c'était la première fois.
- Faciliter la transition de la cour de récréation à la salle de classe en disant calmement aux élèves quand il leur reste cinq minutes, puis une minute, en les encourageant à se préparer à rentrer et en les aidant à s'installer à la fin de la récréation. Programmer en classe une activité prévisible dont la plupart des élèves pourront profiter après la récréation pour faire une transition en douceur.

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date; Lee, 2012)

■ *Pour soutenir les élèves qui ont des problèmes de comportement...*

Les problèmes de comportement en classe entraînent un certain nombre d'effets négatifs. Cela peut affecter défavorablement autant l'apprentissage de l'élève touché que celui de ses camarades.

Lorsqu'un élève qui se comporte généralement bien commence à se conduire mal, le personnel scolaire doit l'observer attentivement et rassembler des données pouvant fournir des indices sur ce à quoi il pense et aider à identifier le motif du changement (p. ex., difficultés à la maison ou avec les pairs). Il faudrait noter les informations suivantes :

1. Quand le comportement problématique a commencé.
2. À quel moment le comportement se produit (p. ex., toute la journée, pendant la récréation, pendant les transitions entre les activités, au cours d'une activité spécifique en classe).
3. Ce qui se passait avant le début du comportement (les antécédents).
4. Le résultat du comportement (p. ex., effet sur les camarades de classe ou sur l'enseignante ou l'enseignant).

Il faut aussi noter la fréquence de ce comportement, son intensité, sa gravité et sa durée. Ces types d'information peuvent être utiles dans les discussions sur le comportement de l'élève. **Remarque : Ce sont les directives administratives de l'école et du conseil scolaire concernant un comportement perturbateur qui déterminent quand, comment et avec qui partager ces informations sur l'élève.**

La collecte et l'analyse des informations sur le comportement et son contexte constituent une première étape qui peut aider le personnel scolaire et les parents à comprendre le comportement en question et à trouver des moyens de remédier à la série d'événements qui l'entourent. À titre d'exemple, l'enseignante ou l'enseignant peut éliminer certains des déclencheurs qui auront été identifiés ou modifier les routines de classe ou les activités de l'élève afin d'éviter le comportement. Des stratégies spécifiques supplémentaires sont présentées au tableau 4.1.

Tableau 4.1 Stratégies spécifiques pour aider les élèves qui manifestent des problèmes de comportement en classe	
Types de comportement	Stratégies pédagogiques
<p>Problèmes de comportement comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menaces verbales ou physiques • Bagarres avec les élèves • Refus ou impossibilité de mettre fin à une activité ou un comportement 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des signes non verbaux comme des mouvements de la main, la proximité, des expressions du visage ou d'autres signaux pour indiquer à un élève (sans attirer l'attention de toute la classe) que le comportement n'est pas acceptable. • Utiliser des interventions discrètes pour des problèmes mineurs afin que l'élève ne soit pas récompensé de sa mauvaise conduite en devenant le centre d'attention. • Collaborer avec l'élève pour résoudre les problèmes, l'encourager à assumer la responsabilité de son comportement. • Donner l'exemple d'un comportement positif. • Utiliser un ton neutre, non conflictuel (p. ex., « Je remarque que tu as... ») en parlant de comportement avec l'élève. • Créer un endroit tranquille et sécuritaire où l'élève peut aller se calmer lorsqu'il est en colère ou frustré. • Pour l'élève agressif : l'encourager à faire du sport. • Pour les jeunes enfants : les aider à exprimer verbalement leur colère ou leur frustration. Cela peut obliger le membre du personnel scolaire à écrire les mots pour l'élève. • Aider l'élève à se parler à soi-même quand les choses vont mal. Par exemple « J'ai le droit de me fâcher, mais je vais me contrôler. » • Encourager positivement l'élève qui fait preuve de maîtrise de soi dans des situations qui seraient normalement des sources de colère, d'irritation ou de contrariété (p. ex., donner une récompense tangible comme un privilège de classe ou du temps libre). • Disposer les places des élèves de façon à réduire les possibilités de conflit. Essayer plusieurs façons avant de trouver l'emplacement idéal pour l'élève. • Enseigner des façons de composer avec la colère ou la frustration (p. ex., s'éloigner, parler). • Aménager un espace calme, loin des pairs, où l'élève peut travailler de façon autonome (mais sans l'isoler de manière punitive). • Maintenir des attentes cohérentes et des routines quotidiennes. • Éviter un comportement qui pourrait être source de stress pour l'élève (p. ex., annonce publique des résultats des tests, obligation pour l'élève de lire à haute voix en classe). • Planifier un programme complet d'activités pour éviter les périodes de temps libre. • Fournir des instructions claires et s'assurer que les règles sont bien comprises avant le début d'une activité. • Établir des règles claires dans la classe, les revoir souvent et en afficher des rappels visuels. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>

Tableau 4.1		...suite
Types de comportement	Stratégies pédagogiques	
	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de solutions alternatives avec un élève qui s'est comporté ou qui se comporte de façon inappropriée. • Donner à l'élève suffisamment de temps pour terminer les travaux ou les activités. • Communiquer clairement les délais pour les tâches et les activités et faire en sorte que l'élève les comprenne. Informer souvent l'élève sur le temps qui reste (p. ex., un signal comme éteindre les lumières). • Élaborer des stratégies pour aider l'élève pendant les transitions entre les activités. • Donner à l'élève de courts travaux au début, puis de plus en plus longs au fur et à mesure que sa capacité à faire face s'améliore. • Appuyer les efforts que fait l'élève pour ranger son matériel après une tâche (classeur, crayon). • Permettre à l'élève de commencer une nouvelle activité quand il fait preuve de maîtrise de soi. • Donner l'exemple d'un comportement socialement acceptable. 	

Source : Adaptation et traduction des informations provenant de House, 2002; CYMHIN-MAD, 2010; CPRF, 2005

Les problèmes de comportement peuvent être les symptômes les plus visibles d'un élève qui est en difficulté. Les difficultés comportementales souvent observées en classe peuvent indiquer ou entraîner des problèmes d'apprentissage, cependant étant donné la complexité d'un comportement perturbateur et le fait que le comportement se produit souvent de façon inattendue, il est parfois difficile de déterminer pourquoi l'élève agit d'une certaine manière. Il est néanmoins très utile de connaître la raison – consciente ou inconsciente – du comportement pour choisir les stratégies qui permettront d'y répondre efficacement. Par exemple, si un élève devient perturbateur chaque fois qu'une activité particulière est prévue et que ce comportement amène l'enseignante ou l'enseignant à excuser l'élève, il est raisonnable de conclure que l'élève veut éviter d'y participer. L'élève peut ne pas être capable de communiquer directement qu'il souhaite éviter l'activité, mais son comportement le fait. Il faut aussi se rappeler qu'il peut y avoir plusieurs raisons pour lesquelles un comportement particulier se produit, et que, par conséquent, différentes stratégies peuvent s'avérer nécessaires face à un comportement que différents élèves peuvent démontrer pour des raisons différentes (Lee, 2012).

En essayant de déterminer la cause d'un comportement, il est utile de savoir si l'élève présente d'autres facteurs de risque, s'il existe des déclencheurs identifiables (p. ex., une séquence d'événements ou de stimuli) et ce que l'élève pense et ressent avant et après le comportement en question (Lee, 2012).

Les raisons possibles pour des comportements perturbateurs comprennent les raisons suivantes :

- attirer l'attention
- obtenir de l'aide
- obtenir des observations ou une approbation
- obtenir le pouvoir ou le contrôle
- communiquer quelque chose
- éviter quelque chose ou quelqu'un
- obtenir quelque chose de particulier
- répondre à quelque chose de confus (manque de compréhension)
- réduire l'ennui
- soulager l'inquiétude
- poursuivre une activité en particulier

(Traduction des informations provenant de Lee, 2012)

Le tableau 4.2 présente des exemples de stratégies à adapter pour répondre aux différentes raisons qui sous-tendent un comportement particulier.

Tableau 4.2		Stratégies pour les différentes raisons possibles d'un comportement	
Comportement et raisons		Stratégies pédagogiques	
Comportement 1 – Agression : Bousculer les pairs en jouant dans la cour de récréation			
Raison a - L'élève veut être le premier à monter sur la glissoire. L'élève a du mal à attendre son tour.		<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner à attendre son tour. • Faire pratiquer à l'élève les compétences pratiques avec ses pairs, y compris le comportement cible qui consiste à faire la queue avec les enfants qui utilisent la glissoire. Renforcer l'apprentissage en demandant aux élèves de s'exercer à tour de rôle dans une variété de situations. 	
Raison b - L'élève est fâché parce qu'on ne lui passe pas le ballon à la récréation. L'élève a du mal à trouver les mots pour exprimer sa colère.		<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner directement à l'élève comment se maîtriser pour l'aider à savoir quand il se met en colère, comment utiliser l'auto-apaisement pour gérer ses sentiments et comment utiliser des mots pour communiquer ses émotions et ses besoins. • Enseigner à l'élève comment demander l'aide des adultes quand il se sent frustré. • Encourager les pairs à inclure l'élève. 	
Raison c - L'élève veut continuer à jouer et ne pas rentrer en classe après la récréation. Le comportement retarde la fin de la récréation.		<ul style="list-style-type: none"> • Expliquer à l'élève en termes clairs et simples les activités qui doivent avoir lieu pendant la journée scolaire et la nécessité de respecter l'horaire. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>	

Tableau 4.2		<i>...suite</i>
Comportement et raisons	Stratégies pédagogiques	
Comportement 2 – Refuser de répondre aux questions en classe		
Raison a - L'élève veut éviter de répondre parce qu'il ne veut pas prendre la parole devant la classe.	<ul style="list-style-type: none"> • Aider l'élève à s'exercer à répondre aux questions, d'abord avec l'enseignant seul, puis en petits groupes, et enfin devant toute la classe. • Répéter à l'avance les réponses aux questions avec l'élève, puis l'inviter à répondre en classe. 	
Raison b - L'élève veut éviter d'effectuer une tâche qu'il ne comprend pas.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner à l'élève les moyens appropriés d'indiquer à l'enseignant qu'il ne comprend pas et qu'il a besoin d'aide. Lui expliquer que demander de l'aide et des précisions est acceptable et normal, et que cela n'entraîne pas de conséquences négatives. • Répéter avec l'élève les façons de demander de l'aide et d'indiquer à l'enseignant qu'il est débordé. 	
Comportement 3 – Ne pas rester en place		
Raison a - L'élève cherche de l'aide.	<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner à l'élève les façons appropriées d'attirer l'attention de l'enseignant et de demander de l'aide (p. ex., rester assis et lever la main). • Aider l'élève à pratiquer le comportement approprié : commencer par répondre rapidement à ses signaux, puis allonger graduellement le temps de réponse pour que l'élève s'habitue à attendre plus longtemps. • Noter l'objectif de l'élève et les étapes pour y parvenir sur une feuille de papier à fixer au bureau de l'élève pour le lui rappeler. • Utiliser un renforcement positif pour récompenser le comportement souhaité. 	
Raison b - L'élève est hyperactif et facilement distrait.	<ul style="list-style-type: none"> • Diviser les tâches en petites parties et utiliser la proximité de l'enseignant pour aider l'élève à poursuivre la tâche. Donner de petits travaux qui ne nécessitent pas trop d'étapes complexes et qui ne prennent pas trop de temps à réaliser. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>	

Tableau 4.2		<i>...suite</i>
Comportement et raisons	Stratégies pédagogiques	
Comportement 4 – Non remise des devoirs		
Raison a - L'élève a du mal à s'organiser et le lien famille-école est faible.	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontrer les parents pour discuter des progrès de l'élève, se concentrer sur les résultats escomptés et louer les efforts et les capacités de l'élève et des parents. • Travailler avec l'élève et les parents à développer des moyens et des routines pour effectuer les communications école-maison. • Proposer la tenue d'un journal quotidien par l'élève pour aider l'enseignant et l'élève à communiquer, et à faire le suivi des travaux et des attentes. • S'asseoir avec l'élève à la fin de chaque journée pour examiner son journal. Demander à l'élève de partager ses notes avec ses parents après l'école. 	
Raison b - L'élève est hyperactif et facilement distrait.	<ul style="list-style-type: none"> • Diviser les tâches en petites parties et utiliser la proximité de l'enseignant pour aider l'élève à poursuivre la tâche. Donner de petits travaux qui ne nécessitent pas trop d'étapes complexes et qui ne prennent pas trop de temps à réaliser. 	

Source : Traduction adaptée du tableau 1 de « Disruptive behaviors, possible functions, and potential interventions » de T. Lee, « School-based Interventions for Disruptive Behavior » dans J.Q. Bostic et A.L. Bagnell, éd., intitulé « Evidence-based School Psychiatry », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, no. 1 (January 2012)

Informations générales

■ *Quelles sont les causes des problèmes de comportement?*

Un certain nombre de situations peuvent conduire à l'apparition d'un trouble du comportement. Des facteurs biologiques (p. ex., constitution génétique, influences prénatales, tempérament, fonctionnement verbal) semblent jouer un rôle et les conditions environnementales (p. ex., techniques parentales sévères et inconsistantes, milieu scolaire désorganisé, rejet par les pairs) peuvent avoir un effet significatif. Une combinaison de facteurs de risque peut aggraver les problèmes de comportement. Selon les recherches, les élèves qui ont des problèmes de comportement peuvent être considérés négativement par les parents, les enseignants et leurs pairs et recevoir moins de renforcement positif ou de reconnaissance que les autres élèves. Des facteurs de protection et des influences positives peuvent contribuer à briser le cycle contre-productif dans lequel sont pris de nombreux élèves qui ont des difficultés de comportement.

En plus des facteurs mentionnés ci-dessus, les problèmes de comportement d'un élève peuvent être aggravés par d'autres problèmes de développement ou de santé mentale comme le TDAH, les problèmes de consommation d'alcool et de drogues, l'anxiété et les troubles de l'humeur. Les problèmes de comportement peuvent aussi apparaître chez les élèves atteints d'autisme – qui risquent d'avoir de grandes difficultés à comprendre les signes non verbaux et les comportements sociaux – et chez les élèves qui ont des handicaps physiques ou des maladies chroniques, dont l'expérience de situations sociales qui offrent l'occasion d'observer et de pratiquer un comportement adapté à l'âge est limitée. Il peut être particulièrement difficile de trouver des stratégies efficaces pour traiter et aider les élèves qui combinent un comportement perturbateur à d'autres problèmes de santé mentale (Hinshaw, 1992).

■ *Quelle est la fréquence des problèmes de comportement?*

Au Canada, environ 5,5 % des enfants et des adolescents reçoivent un diagnostic de trouble des conduites, ce qui signifie que c'est assez fréquent (Offord et coll., 1989; Waddell et coll., 2001). De 5 à 15 % des enfants sont diagnostiqués comme ayant un trouble oppositionnel avec provocation (Offord Centre, *Problème de comportement*, sans date). Ces taux de prévalence indiquent que dans n'importe quelle classe, il pourrait y avoir au moins un ou deux élèves avec des problèmes de comportement.

Le trouble des conduites est d'environ trois à quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles (Burke et coll., 2002). Les résultats sont mitigés pour un trouble oppositionnel avec provocation; certaines études indiquent des taux égaux chez les garçons et les filles alors que d'autres indiquent des taux plus élevés chez les garçons (Loeber et coll., 2000; Merikangas et coll., 2009). Les troubles de comportement perturbateur semblent être plus fréquents dans les zones urbaines que dans les zones rurales.

BIBLIOGRAPHIE

APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4^e éd. France : Masson.

Burke, J.; Loeber, R. et Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11): 1275–93.

CPRF (Canadian Psychiatric Research Foundation). (2005). *When something's wrong: Strategies for teachers*. Disponible en anglais seulement au <http://www.cprf.ca>.

CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.

Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-and-publications/The-ABC-s-of-mental-health.aspx>.

Hinshaw, S.P. (1992). Academic underachievement, attention deficits, and aggression: Comorbidity and implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 893–903.

House, S.N. (éd.). (2002). *Behavior intervention manual: Goals, objectives, and intervention strategies*. Columbia, MO: Hawthorne Educational Services. Disponible en anglais seulement au <http://openlibrary.org/books/OL3670603M/Behavior-intervention-manual>.

Lee, T. (2012). School-based interventions for disruptive behavior. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(1): 161–74.

Lochman, J.E.; Powell, N.P.; Boxmeyer, C.L. et coll. (2011). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2): 305–18.

Loeber, R.; Burke, J.D.; Lahey, B.B. et coll. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 1468–84.

McMahon, R. et Frick, P. (2007). Conduct and oppositional disorders. In E.J. Mash & P.A. Barkley (éd.), *Assessment of childhood disorders*, 4^e éd., p. 132–83. New York: Guilford Press.

Merikangas, K.R.; Nakamura, E.F. et Kessler, R.C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1): 7–20.

Ministère de l'Éducation de l'Ontario. (2012). Webémission *Apprentissage par l'action – Autorégulation – Programme d'apprentissage à temps plein de la maternelle et du jardin d'enfants*. Disponible au http://edusourceontario.com/content.aspx?name=maternelle_et_jardin_d_enfants&submenu=ressources&id=22&id_submenu=62. Cliquer sur Webémissions, puis choisir Autorégulation.

Offord, D.R. et Bennett, K.J. (1994). Conduct disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(8): 1069–78.

Offord, D.R.; Boyle, M.; Fleming, J. et coll. (1989). Ontario child health study: Summary of selected results. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34(6), 483–91.

Offord Centre (Centre of Knowledge on Healthy Child Development, Offord Centre for Child Studies). (sans date). *Problème de comportement chez les enfants et les adolescents*. Brochure disponible au <http://www.knowledge.offordcentre.com/images/stories/offord/pamphlets/FR%20-%20Behaviour%20B&W.pdf>.

Offord Centre (Centre of Knowledge on Healthy Child Development, Offord Centre for Child Studies). (sans date). *Problème d'anxiété chez les enfants et les adolescents*. Brochure disponible au <http://www.knowledge.offordcentre.com/images/stories/offord/pamphlets/Anxiety%20B&W%20FRE%20'12.pdf>.

Waddell, C.; Lomas, J.; Offord, D. et Giacomini, M. (2001). Doing better with “bad kids”: Explaining the policy-research gap with conduct disorder in Canada. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 20(2): 59–76.

5 Problèmes liés à l'alimentation et au poids

Que sont les problèmes liés à l'alimentation et au poids?

Manger répond à un besoin humain fondamental qui fournit de l'énergie et des nutriments, ce qui est fondamental pour le corps. L'adolescence est une importante période de croissance et de développement au cours de laquelle garçons et filles ont besoin d'une alimentation équilibrée et d'une consommation accrue de calories. Les pressions sociales et les messages médiatiques qui favorisent la minceur au détriment de la santé, encouragent l'idée d'avoir besoin de perdre du poids et invitent de nombreux jeunes à suivre un régime amaigrissant au lieu d'opter pour une alimentation équilibrée qui tient compte des besoins nutritionnels pendant leur développement. Parfois des jeunes deviennent très préoccupés par la nourriture, leur poids ou leur image corporelle, à tel point que cela perturbe leur rendement scolaire, leur vie sociale et leur santé. Cette préoccupation peut être un signe de troubles alimentaires (CYMHIN-MAD, 2010).

Les problèmes et les troubles de l'alimentation se produisent dans un continuum qui va d'une légère déviation des habitudes alimentaires normales jusqu'à un comportement dont les conséquences sont graves pour la santé de l'élève.

Continuum des problèmes et des troubles de l'alimentation

Se sentir gros,
insatisfaction de
son corps

Se mettre au régime, jeûner,
se bourrer, se purger,
faire des exercices

Complications médicales
ou psychologiques et
risques extrêmes

PRÉVENTION – INTERVENTION RAPIDE – TRAITEMENT SPÉCIALISÉ

Préoccupation alimentaire
et pondérale

Déclenchement d'un trouble
de l'alimentation

Source : Traduction des informations provenant de Gail McVey, document non publié, préparé pour l'Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders, adapté avec la permission de Friedman (1999)

Au Canada, les recherches indiquent que 30 % des filles et 25 % des garçons de 10 à 14 ans suivent un régime restrictif bien que leur poids se situe dans la normale.

(McVey et coll.,
2004, 2005)

Dans ce continuum, les symptômes vont de l'insatisfaction de son corps ou d'une image négative du corps jusqu'à un régime restrictif, des comportements alimentaires désordonnés comme les crises de boulimie et des comportements compensatoires pour lutter contre l'ingestion de calories (p. ex., vomissements provoqués, emploi de laxatifs, activité physique excessive). Les problèmes d'alimentation peuvent débuter par des changements du comportement alimentaire en apparence mineurs (p. ex., manger de plus petites quantités), mais peuvent échapper à tout contrôle et affecter négativement la croissance et le développement des jeunes et même mettre leur santé en danger (Stice et coll., 2010).

Les troubles de l'alimentation peuvent devenir une question de vie et de mort, et les élèves qui présentent des signes de ces troubles devraient donc être évalués par un professionnel de la santé mentale. Comme les systèmes physiologiques de l'organisme peuvent être affectés par ces épisodes et entraîner des problèmes médicaux (Katzman, 2005; Katzman et Pinhas, 2005; Rosen et coll., 2010), on recommande fortement un suivi par le médecin de famille ou par le pédiatre. Les effets des problèmes alimentaires sont surtout importants au cours des périodes clés du développement comme l'adolescence (Boachie et Jasper, 2006; Rosen et coll., 2010).

Quelles sont les manifestations des problèmes liés à l'alimentation et au poids?

De nombreux élèves, surtout les filles, déclarent être préoccupés par leur poids et peuvent se purger ou manger excessivement de temps en temps (CYMHIN-MAD, 2010). On constate que les garçons aussi sont de plus en plus insatisfaits de leur taille corporelle (insuffisance ou excès de poids), ce qui conduit à une mauvaise image de soi, à des troubles de l'alimentation et à des tentatives malsaines de musculation (McCabe et Ricciardelli, 2003; McVey et coll., 2005). De même, comme on peut maintenant reconnaître à un plus jeune âge les problèmes liés à l'alimentation et au poids, des enfants de moins de 12 ans (garçons et filles) sont dirigés vers des programmes pour le traitement des troubles de l'alimentation (Jasper et Boachie, 2005).

Les régimes amaigrissants, les discussions concernant l'apparence corporelle et les inquiétudes sur la prise de poids sont communs à plusieurs stades du développement et surtout durant l'adolescence. Il faut observer si les activités quotidiennes de l'élève, son humeur ainsi que son fonctionnement en milieu scolaire et en société sont affectés, puisque des changements dans ces domaines pourraient indiquer de possibles problèmes d'alimentation (Offord Centre, 2007; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date).

Certains jeunes vont jusqu'à développer un syndrome complet des troubles de l'alimentation, le plus courant à l'adolescence étant un « trouble alimentaire non spécifié autrement » (TANSA), suivi de la boulimie et de l'anorexie mentale. Il faut noter que sur le continuum, les différents types de problèmes alimentaires se caractérisent par des symptômes et des types de comportements très semblables, dont l'obsession du poids et de la forme corporelle, l'insatisfaction extrême de son corps, les fluctuations ou la perte de poids et l'utilisation de méthodes dangereuses pour contrôler son poids (p. ex., apport alimentaire restrictif, exercices excessifs, emploi de laxatifs, vomissements provoqués) (APA, 2006; Bravender et coll., 2007; Rosen et coll., 2010).

Bien des jeunes qui ont des problèmes alimentaires ne croient pas avoir ces problèmes ou en nient l'existence et ne cherchent donc pas l'aide dont ils ont besoin. Au contraire, ces élèves peuvent se sentir heureux d'être capables de rester minces ou nient avoir peur de prendre du poids, même si leurs comportements et leurs actions indiquent le contraire. Il y a un aspect obsessionnel à leurs tentatives de contrôler leur poids (Evans et coll., 2005, p. 259-60).

Il faut noter que les problèmes d'alimentation peuvent affecter l'apparence et le poids d'un élève de différentes manières. Par exemple, des élèves qui ont des troubles de l'alimentation n'ont peut-être pas l'air d'avoir une insuffisance pondérale ni un surpoids significatifs, tandis que d'autres dont le poids est un peu au-dessus ou en dessous de la moyenne pour leur âge et leur stature peuvent démontrer de saines habitudes et attitudes alimentaires (Boachie et Jasper, 2005).

En Ontario, un diagnostic de troubles de l'alimentation ne peut être posé que par un médecin – qui peut être un psychiatre – ou un psychologue (APA, 2006; Bravender et coll., 2007; Rosen et coll., 2010). Il est toutefois utile pour le personnel scolaire de reconnaître les signes précurseurs des comportements alimentaires, puisque ce personnel est capable de venir en aide aux élèves qui manifestent des signes précoces ou qui sont aux prises avec ces problèmes. De plus, ces jeunes ont souvent besoin de trouver de l'aide pour les appuyer dans ce processus.

Les troubles de l'alimentation peuvent mettre la vie en danger et les élèves qui en présentent des signes devraient être pris en charge par un professionnel de la santé mentale.

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALIMENTATION ET AU POIDS

Les signes habituels comprennent les signes suivants :

Sur le plan affectif

- Préoccupation constante du poids et de la forme corporelle;
- Inquiétudes fréquentes concernant la prise de poids, l'embonpoint, la graisse corporelle ou le besoin de perdre du poids;
- Faible estime de soi;
- Fluctuations de l'humeur – irritabilité, anxiété, dépression.

Sur le plan comportemental

- Vérifications fréquentes de la silhouette et du poids;
- Habitudes alimentaires extrêmes ou inhabituelles comme des régimes amaigrissants sévères, un comportement d'évitement ou ritualisé aux heures des repas ou une boulimie en cachette;
- Tentatives constantes de suivre un régime amaigrissant ou de perdre du poids alors que l'élève a un poids normal ou faible;
- Refus d'ingérer des aliments que la plupart des enfants aiment sous prétexte qu'ils sont mauvais, caloriques ou néfastes pour la santé;
- Préférence pour des vêtements amples qui ne sont pas à la mode dans le groupe des pairs;
- Exercices physiques compulsifs ou excessifs;
- Réticence à manger devant ses pairs;
- Refus de participer à des activités au cours desquelles on mange;
- Périodes de jeûne;
- Vomissements provoqués ou fréquentes visites aux toilettes pour se purger;
- Prise de pilules pour maigrir;
- Emploi abusif de laxatifs et de diurétiques;
- Épisodes réguliers de suralimentation ou de crises de boulimie (manger au-delà du point de plénitude); l'élève se sent mal parce qu'il a trop mangé;
- Baisse de la concentration, de la mémoire, de la capacité d'attention ou du rendement scolaire;
- Comportement de retrait des occasions sociales, des intérêts ou de ses passe-temps;
- Comportement perfectionniste;
- Absences de l'école à cause de problèmes de santé.

Sur le plan physique

- Phases de tremblements, de perte de conscience ou d'étourdissement, douleurs à la poitrine ou palpitations cardiaques;
- Sang dans les vomissures (l'élève devrait être immédiatement examiné au service d'urgence d'un hôpital ou au cabinet d'un médecin);
- Augmentation ou diminution marquée du poids ou importantes fluctuations de celui-ci;

suite...

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALIMENTATION ET AU POIDS

...suite

- Importante perte de cheveux, chute de cheveux par touffes;
- Références fréquentes au fait d'avoir froid alors qu'il fait chaud et que personne d'autre n'a froid;
- Léthargie, oublis et mauvais discernement;
- Manque d'énergie et d'entrain pour réaliser ses tâches et faire ses devoirs.

(Traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

Remarque - Cette liste ne donne que quelques exemples; elle n'est pas exhaustive et ne devrait pas servir à des fins de diagnostic.

Que peut faire le personnel scolaire?*

■ *Pour promouvoir la santé mentale positive en classe...*

Des discussions, en classe ou en équipe, sur une saine alimentation ou un poids normal peuvent indirectement susciter chez certains élèves des inquiétudes quant à leur poids ou à leur silhouette.

Mise en garde

Il peut être nocif de donner des conseils ou des leçons sur le poids, une « saine » alimentation ou des régimes parce que cela risque de renforcer le désir d'utiliser la nourriture et les régimes amaigrissants pour compenser une mauvaise image corporelle ou estime de soi. Ces sujets sont des déclencheurs pour tous les élèves, mais surtout pour ceux qui ont déjà un trouble de l'alimentation ou qui sont en rémission.

L'inquiétude des élèves sur l'alimentation, le poids ou l'image corporelle s'intensifie si les adultes qui les entourent, y compris le personnel scolaire et les parents, mettent indûment l'accent sur leur propre apparence ou parlent souvent de régimes et de perte de poids. Les experts des troubles de l'alimentation œuvrant auprès des jeunes recommandent que le personnel scolaire et les parents donnent l'exemple d'une approche flexible de l'alimentation et des exercices physiques, tout en ne faisant aucun commentaire sur le

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

poids de l'adolescent, afin de créer un environnement propice à une saine alimentation. Ces experts soulignent qu'il est généralement inutile de remarquer les habitudes alimentaires ou le manque d'activité des élèves qui peuvent être plus corpulents que la moyenne pour leur âge et leur sexe (Neumark-Sztainer, 2005). Des stratégies dont le personnel scolaire peut se servir pour aider tous les élèves à adopter et à garder une approche saine de leur alimentation sont présentées ci-dessous.

Selon les recherches, il peut être nocif de donner en classe des informations sur les troubles alimentaires ou sur les dangers des régimes amaigrissants, des renseignements nutritionnels ou des informations qui critiquent les médias et les stéréotypes culturels des types corporels idéalisés. Attirer l'attention sur ces questions, risque de favoriser et non de contrer les troubles de l'alimentation chez certains enfants et adolescents.

(O'Dea, 2000)

STRATÉGIES QUI FAVORISENT DES ATTITUDES SAINES DE PERCEPTION DU CORPS ET DES HABITUDES ALIMENTAIRES POUR TOUS LES ÉLÈVES

- Mettre l'accent sur une alimentation saine et une vie active pour tous, indépendamment du poids et de la forme, au lieu de se concentrer sur le poids.
- Donner des leçons qui favorisent une alimentation équilibrée pour une croissance et un développement normaux.
- Continuer à organiser des activités en classe qui renforcent l'estime de soi et la confiance de tous les élèves.
- Veiller à ce que les jeunes, quelles que soient leurs formes physiques, leurs tailles et leurs caractéristiques soient également valorisés et respectés.
- Initier les élèves aux diverses images de la beauté et de la santé (p. ex., matériaux de lecture, affiches, tâches). Mettre en question les notions classiques de beauté qui font des parallèles entre minceur, santé et succès.
- Savoir que certains jeunes sont mal à l'aise s'ils doivent se changer en présence d'autres personnes. S'assurer de leur donner suffisamment de temps pour se changer et de pouvoir le faire dans des cabines ou des endroits isolés.
- Éviter que les capitaines d'équipe sélectionnent les membres de leur équipe ou aient le droit de le faire. Certains élèves sont toujours choisis en dernier, ce qui a un impact négatif sur leur estime de soi.
- Décourager les régimes alimentaires d'une manière impartiale et encourager une alimentation raisonnable comportant un large choix d'aliments.

(Traduction des informations provenant de Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

La mise en œuvre de telles stratégies dans toute l'école, peut aider à créer un environnement scolaire favorable qui est libre de tout préjugé sur le poids, d'intimidation fondée sur le poids, de règles rigides sur l'alimentation saine et d'autres habitudes et attitudes qui peuvent déclencher des problèmes d'alimentation chez les élèves et mener à des troubles alimentaires.

■ *Pour aider les élèves qui manifestent des problèmes d'alimentation...*

Le personnel scolaire est en mesure de remarquer des symptômes tels que ceux mentionnés ci-dessus. Il doit surtout être attentif aux symptômes qui sont observables sur une certaine durée (p. ex., repli sur soi, changement pondéral, baisse du rendement scolaire). Il faut noter les observations et en discuter avec l'équipe-école ou les personnes désignées au sein de l'école (en fonction des protocoles en place dans chaque école). Même si le personnel scolaire n'est pas en mesure de poser un diagnostic, il joue un rôle important pour savoir si un élève a besoin d'aide ou doit rencontrer un professionnel de la santé mentale. C'est aussi le personnel scolaire qui, à l'école, peut aider l'élève qui suit un traitement spécifique, élaboré pour lui par un professionnel de la santé mentale. Le tableau 5.1 donne un aperçu des stratégies pour aider de tels élèves.

Tableau 5.1	Stratégies pour aider les élèves qui manifestent des problèmes ou des troubles alimentaires
Stratégies générales	
<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir une ambiance et un milieu scolaire où on ne parle pas de poids. • Ne pas se laisser dissuader – ni par la colère ni par la détresse de l'élève – de parler à la direction d'école, à un conseiller en orientation ou à un parent des symptômes observés, car cette information peut sauver la vie de l'élève. • Intervenir, ne pas rester passif en cas d'observation d'intimidation liée au poids. Mettre fin au comportement, discuter avec les élèves des effets négatifs d'une telle intimidation et répéter fermement la politique de l'école quant à la tolérance zéro des préjugés et de l'intimidation concernant le poids. • Si un jeune choisit parfois de ne pas manger, il est normal de demander pourquoi, mais cela devrait être fait d'une manière neutre sans provoquer de gêne. Il faut ne pas en faire un cas ni attirer l'attention sur cette question. Le personnel scolaire doit savoir que des cérémonies culturelles ou religieuses dans des communautés peuvent comprendre des pratiques comme le jeûne ou des restrictions alimentaires. • Savoir qu'un jeune qui a un trouble de l'alimentation peut être en colère si on découvre qu'il a ce problème ou si ses parents sont mis au courant. • Savoir que des changements dans les habitudes alimentaires peuvent être liés à des sources de stress dans la vie de l'élève et signaler des problèmes plus profonds. • Informer les élèves des dangers des troubles de l'alimentation, essayer de les convaincre de demander de l'aide et de les encourager à persévérer dans le traitement. <p style="text-align: right;"><i>suite...</i></p>	

Tableau 5.1

...suite

Stratégies liées à des problèmes spécifiques

Problème spécifique	Stratégie
L'élève se plaint régulièrement de douleurs abdominales après avoir mangé.	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec les parents pour savoir ce qu'ils font pour aider leur enfant. Si l'élève n'a pas consulté un médecin, l'encourager à le faire.
L'élève saute régulièrement des repas, élimine des aliments de base importants de son alimentation, mange seulement un ou deux aliments et refuse de modifier son comportement.	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec l'élève d'une manière calme et neutre des observations faites et du comportement perçu. Informer la direction d'école et les parents, puisque le comportement pourrait avoir des conséquences graves pour la santé de l'élève. • Ne pas présumer que l'élève saute des repas par choix. L'élève peut ne pas manger à l'école parce que sa famille n'a pas assez de nourriture. L'élève est peut-être trop gêné pour l'admettre et affirme donc ne pas avoir faim ou avoir oublié d'apporter son repas.
L'élève refuse de participer au cours d'éducation physique.	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec l'élève pour connaître la raison de son refus, puis coopérer avec lui pour trouver une solution qui lui permet de rejoindre la classe. Cette discussion doit être positive et privée.
L'élève refuse de se changer devant les élèves.	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec l'élève pour connaître la raison de son refus, puis coopérer avec lui pour trouver une solution qui lui permet de maintenir son intimité, mais aussi d'accepter son corps. Cette discussion doit être positive et privée.
Pour perdre du poids, l'élève se fait vomir, utilise des laxatifs, des pilules amaigrissantes, des pilules de caféine, des antihistaminiques ou des diurétiques.	<ul style="list-style-type: none"> • Parler avec l'élève en privé sur un ton neutre et d'une manière positive des observations faites et du comportement perçu. Informer la direction d'école, le conseiller en orientation et les parents, car ce comportement pourrait avoir des conséquences graves pour la santé de l'élève. Si l'élève ne veut pas qu'on informe qui que ce soit, parler avec lui de la gravité de son comportement et lui expliquer l'obligation professionnelle de transmettre les informations sur tout comportement dangereux pour sa santé.
L'élève dit se sentir mal après avoir trop mangé.	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter avec l'élève pour savoir si cela se produit souvent. Le cas échéant, aider l'élève à planifier la façon d'en parler à ses parents et d'obtenir leur soutien pour recevoir de l'aide professionnelle. Discuter de ces préoccupations avec la direction d'école ou le conseiller en orientation.
On a vu l'élève jeter son repas sans le manger ou vomir dans les toilettes de l'école.	<ul style="list-style-type: none"> • Demander à l'élève d'expliquer ce qui se passe ou d'en parler à un conseiller ou à la direction d'école. Si l'élève hésite à informer ses parents, collaborer avec le conseiller en orientation et la direction d'école pour aider l'élève à planifier comment en parler à ses parents et obtenir leur soutien pour consulter un professionnel de la santé physique ou mentale. Si l'élève ne veut pas qu'on informe qui que ce soit, lui expliquer l'obligation professionnelle de transmettre les informations sur tout comportement dangereux pour la santé d'un élève.

Source : Traduction des informations provenant de Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date

Informations générales

■ *Quelles sont les causes des troubles de l'alimentation?*

Le risque de développer des troubles de l'alimentation augmente lorsqu'il est associé à toute une variété de facteurs psychologiques, biologiques, génétiques et sociaux. Les recherches n'ont cependant pas encore identifié de liens précis entre ces facteurs et les troubles de l'alimentation. À l'adolescence, l'influence d'adultes et de pairs importants, les pressions sociales et les messages des médias qui valorisent fortement la minceur peuvent avoir une influence déterminante et amener des élèves à adopter un comportement et des pensées menant à des troubles alimentaires (Story et coll., 2002). D'autres facteurs de risque comprennent certaines caractéristiques de la personnalité et du tempérament comme le perfectionnisme, la faible estime de soi (Roscoe, 2010) et les tendances obsessionnelles. Des événements défavorables dans la vie ou la participation à des sports ou à des activités où l'on met l'accent sur le poids peuvent aussi augmenter le risque de problèmes alimentaires (Buchholz et coll., 2008; Levine et Smolak, 2006).

Selon les recherches, les enfants qui font l'objet de commentaires négatifs sur leur poids ou leur apparence physique sont plus susceptibles de développer une image corporelle négative et de mauvaises habitudes alimentaires.

■ *Quelle est la fréquence des troubles de l'alimentation et des inquiétudes alimentaires et pondérales?*

Chez les enfants et les jeunes, les troubles de l'alimentation généralement observés sont les troubles des conduites alimentaires non spécifiés, l'anorexie mentale et la boulimie. Ces troubles, plus fréquents chez les enfants et les adolescents, sont associés à plusieurs comorbidités et sont au moins tout aussi dangereux que l'anorexie mentale ou la boulimie si ce n'est pas plus.

Les troubles de l'alimentation caractérisés (c'est-à-dire diagnosticables), quels qu'ils soient, semblent affecter de 2 à 3 % de la population canadienne et 5 % des adolescentes. Cela signifie que de 600 000 à 990 000 Canadiens présenteraient des symptômes qui permettent un diagnostic de trouble de l'alimentation (Levine et McVey, 2012). Les recherches indiquent que de nombreux jeunes non diagnostiqués – parce qu'ils ne présentent pas de critères de troubles alimentaires – en présentent toutefois des signes précoces qui annoncent le risque de développer un trouble de l'alimentation. On rapporte que jusqu'à 27 % des adolescentes de 12 à 18 ans auraient des troubles sérieux des conduites alimentaires et de contrôle pondéral (Jones et coll., 2001).

BIBLIOGRAPHIE

- APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4^e éd. France : Masson.
- APA (American Psychiatric Association). (2006). Treatment of patients with eating disorders. 3^e éd. *American Journal of Psychiatry*, 163 (7 Suppl.): 4–54.
- Boachie, A. et Jasper, K. (2005). What are the myths and misconceptions about eating disorders? In D.K. Katzman & L. Pinhas (éd.), *Help for eating disorders: A parent's guide to symptoms, causes and treatments*, p. 20–9. Toronto: Robert Rose.
- Boachie, A. et Jasper, K. (2006). The physician role in helping adolescents with the social and psychological consequences of obesity. *Ontario Medical Review* (December): 23–7.
- Bravender, T.; Bryant-Waugh, R.; Herzog, D. et coll. (2007). Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *International Journal of Eating Disorders*, 40: S117–S122.
- Buchholz, A.; Mack, H.; McVey, G.L. et coll. (2008). An evaluation of the prevention project BODYSENSE: A positive body image initiative for female athletes. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 16: 308–21.
- CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.
- Evans, D.L.; Foa, E.B.; Gur, R.E. et coll. (éd.). (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. (Commission on Adolescent Eating Disorders, Chapter 13, “Defining Eating Disorders”, p. 259–60).Oxford: Oxford University Press.
- Friedman, S.S. (1999). *Just for girls: A program to help girls safely navigate the rocky road through adolescence and avoid pitfalls such as eating disorders and preoccupation with food and weight*. Sechelt, BC: Salal Books.
- Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). The child with eating problems. In *The ABCs of Mental Health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/ABC/Teacher-Resource/The-Child-with-Eating-Problems.aspx>.

Jasper, K. et Boachie, A. (2005). What factors cause the increasing prevalence of eating disorders? In D.K. Katzman & L. Pinhas (éd.), *Help for eating disorders: A parent's guide to symptoms, causes and treatments*, p. 38–45. Toronto: Robert Rose.

Jones, J.M.; Bennett, S.; Olmsted, M.P. et coll. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165: 547–52.

Katzman, D.K. (2005). Medical complications in adolescents with anorexia nervosa: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (Suppl.): S52–S59. doi: 10.1002/eat.20118.

Katzman, D.K. et Pinhas, L. (2005). What is an eating disorder? In D.K. Katzman & L. Pinhas (éd.), *Help for eating disorders: A parent's guide to symptoms, causes and treatments*, p. 10–19. Toronto: Robert Rose.

Levine, M.P. et Smolak, L. (2006). *The prevention of eating problems and eating disorders: Theory, research, and practice*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Levine, M.P. et McVey, G.L. (2012). Prevention science. In G.L. McVey, M. Levine, N. Piran, & H.B. Ferguson (éd.). *The prevention of eating and weight-related disorders: Linking collaborative research, advocacy, and policy change*. Waterloo, ON: Wilfrid Laurier Press.

McCabe, M.P. et Ricciardelli, L.A. (2003). A longitudinal study of body change strategies among adolescent males. *Journal of Youth and Adolescence*, 32: 105–13.

McVey, G.L.; Gusella, J.; Tweed, S. et coll. (2009). Evaluation of web-based training as a knowledge translation tool to engage teachers in the prevention of eating disorders. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*, 17: 1–26.

McVey, G.L.; Lieberman, M.; Voorberg, N. et coll. (2003). School-based peer support groups: A new approach to the prevention of disordered eating. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 11: 169–86.

McVey, G.L.; Tweed, S. et Blackmore, E. (2004). Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal*, 170: 1559–61.

McVey, G.L.; Tweed, S. et Blackmore, E. (2005). Correlates of dieting and muscle-gaining behavior in 10- to 14-year-old males and females. *Preventative Medicine*, 40: 1–9.

McVey, G.L.; Tweed, S. et Blackmore, E. (2007). Healthy schools – healthy kids: A controlled evaluation of a comprehensive eating disorder prevention program. *Body Image: An International Journal*, 4: 115–36.

Neumark-Sztainer, D. (2005). *“I’m, like, so fat!” Helping your teen make healthy choices about eating and exercise in a weight-obsessed world*. New York: Guilford Press.

O’Dea, J.A. (2000). School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm. *Eating Disorders*, 8: 123–30.

Offord Centre (Centre of Knowledge on Healthy Child Development, Offord Centre for Child Studies). (2007). *Troubles de la conduite alimentaire chez les jeunes*. Disponible au http://www.knowledge.offordcentre.com/images/stories/offord/pamphlets/EatingDisorder_fr.pdf.

Rosen, D. et Committee on Adolescence. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126: 1240–53. doi: 10.1542/peds.2010-2821.

Roscoe, C. (2010). Ce qu’il faut savoir. *Aider les enfants et les adolescents ayant un trouble de l'alimentation*. Ottawa : Centre hospitalier pour enfants de l’est de l’Ontario (CHEO). Disponible au <http://www.cheo.on.ca/uploads/Eating%20disorders%20fact%20sheets/Eating%20disorders%20FR.pdf>.

Stice, E.; Ng, J. et Shaw, H. (2010). Risk factors and prodromal eating pathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51: 518–25.

Story, M.; Neumark-Sztainer, D. et French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102 (3 Suppl.): S40–S51.

6 Problèmes liés à une substance

Que sont les problèmes liés à une substance?

■ *Les types de substances et leurs effets*

Les substances en question ici sont toute drogue qui altère en profondeur les fonctions physiques et psychologiques. Elles peuvent influencer les façons de penser, de sentir, d'agir et de percevoir le monde qui nous entoure. Elles sont souvent divisées en catégories comme légales ou non, dures ou douces et sont regroupées de manière plus précise selon leurs effets sur le système nerveux central. Par exemple, les dépresseurs – comme l'alcool et les opiacés – ralentissent l'activité du système nerveux central, les stimulants – comme la caféine, la cocaïne et les amphétamines – l'accélèrent et les hallucinogènes – comme le cannabis, les champignons magiques et le LSD – en affectent l'activité et provoquent des distorsions dans la perception.

Ces catégories prêtent souvent à confusion. Par exemple, certaines substances peuvent appartenir à plusieurs catégories, alors que d'autres n'appartiennent à aucune (JCSH, 2009). Les catégories ne permettent cependant pas d'identifier nécessairement le type et la gravité des effets que chaque substance peut avoir sur une personne. Les substances dont on parle dans les médias ou qui sont considérées comme illicites ne sont pas obligatoirement les plus populaires chez les jeunes ni celles qui sont les plus nuisibles.

■ *Le continuum des troubles liés à la consommation de substances*

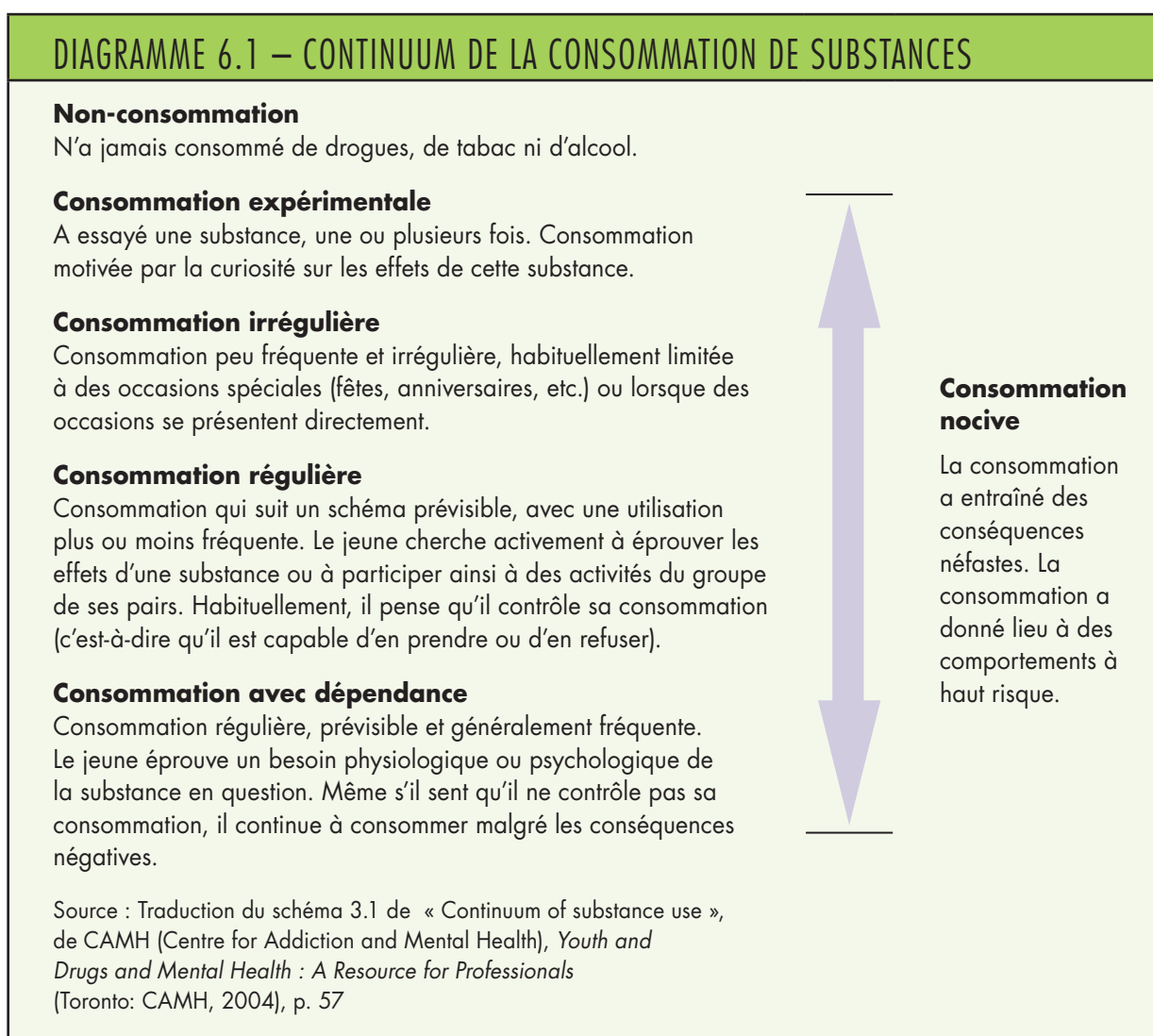
Les troubles liés à une telle consommation se produisent sur un continuum avec des variations dans la fréquence, la quantité et les types de substances utilisés.

La consommation de drogues, de tabac et d'alcool peut être complexe. Un jeune peut fumer du tabac quotidiennement (consommateur dépendant), boire de l'alcool la fin de semaine (consommateur régulier) et essayer l'ecstasy parfois (CAMH, 2004, p. 57). Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) a créé un diagramme du continuum de la consommation de substances (voir p. 111) qui présente les différentes étapes, de la non-consommation à la dépendance.

La consommation de ces substances peut être nocive à n'importe quelle étape en raison des conséquences graves qui peuvent découler du comportement à

Les drogues dont on parle souvent comprennent l'alcool, le tabac et la marijuana. D'autres drogues comprennent la cocaïne (et autres stimulants), l'héroïne (et autres opioïdes), le MDMA (ecstasy), les inhalants (essence, stylos feutre, colles, laque pour les cheveux, désodorisants), le rohypnol (« roofies »), la phencyclidine (« poussière d'ange »), la kétamine (« Special K »), les médicaments sur ordonnance ou les stupéfiants (OxyContin, Vicodin, Tylenol 3, Percocet), les produits contenant de la caféine (boissons gazeuses ou énergisantes, café) et les médicaments en vente libre comme le sirop contre la toux.

risque qu'elle provoque. Même une seule prise d'alcool peut suffire et mener à la conduite sous l'influence de l'alcool ou à une relation sexuelle non protégée.



La plupart des jeunes qui expérimentent des drogues ne dépassent pas cette étape et ne développent pas une dépendance, bien qu'il puisse y avoir des conséquences négatives imprévues (alcool au volant, démêlé avec la loi). La consommation répétée d'une substance (p. ex., tous les jours) est considérée comme problématique pour tout jeune et peut entraîner le développement d'une dépendance ou une forte habitude de consommation. Le type de substance est aussi un facteur très important. Une consommation hebdomadaire de cocaïne serait beaucoup plus préoccupante qu'une consommation hebdomadaire de tabac, même si cette dernière est plus courante (CAMH, 2004, p. 57-58; CARBC, sans date, Q&A).

■ Effets négatifs liés à la consommation de substances

Les effets négatifs associés à la consommation de substances peuvent inclure des problèmes affectifs, des problèmes relationnels (p. ex., avec les parents, collègues, pairs), des problèmes de rendement à l'école ou au travail, des problèmes financiers ou juridiques, des grossesses non désirées, des activités sexuelles non planifiées et non désirées, l'implication active ou passive à des actes de violence, des blessures résultant d'accidents ou de surdose, la mort, des conditions chroniques affectant la santé et la dépendance aussi bien psychologique que physique (CARBC, sans date, Q & A). Chez les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale, même une légère consommation de drogue peut entraîner de graves problèmes (CAMH, 2004, p. 58). Les conséquences d'une consommation plus sérieuse peuvent comprendre le décrochage scolaire et la criminalité de rue (CAMH, 2004, p. 57-58). Grâce aux recherches, on a remarqué que les élèves qui ont abandonné leurs études ou qui risquent de le faire ont des taux plus élevés de consommation de tabac, d'alcool et de marijuana que les autres élèves (Yule et Prince, 2012).

Les effets physiques et le degré de nocivité causés par la consommation varient selon la substance consommée. Il est très peu probable, par exemple, que le cannabis cause une surdose fatale. Toutefois, c'est possible avec de nombreuses autres substances. Les effets de toute consommation d'une substance varient cependant d'une personne à l'autre. Le produit chimique utilisé pour produire de nombreuses substances synthétiques comme le MDMA (ecstasy) peut entraîner des conséquences différentes selon les personnes, puisqu'une même substance produit des résultats et des risques divers d'un consommateur à l'autre, surtout si elle est associée à la prise d'alcool ou à la prise d'autres substances. Dans de nombreux cas, la substance consommée a été mélangée (ou coupée) avec d'autres substances inconnues qui, elles, peuvent s'avérer très nocives.

Quelles sont les manifestations d'une consommation problématique?

En règle générale, la consommation de toute substance est considérée comme un problème quand elle entraîne des conséquences nocives (p. ex., sentiments d'anxiété, blessures, difficultés relationnelles, du mal à avoir des idées claires) et la perte de contrôle (CAMH, *La dépendance*, sans date).

Dans de nombreux cas, les jeunes ne pensent pas avoir un problème de consommation et croient que leur consommation est normale. Ils ne savent pas comment comparer leur consommation à celle de leurs pairs (Yule et Prince, 2012). Les jeunes qui s'ajustent à une plus grande autonomie peuvent penser que c'est à eux, et à eux seuls, de prendre les décisions concernant la consommation

d'alcool et de drogues. Ils associent parfois leur consommation à certains avantages ou à des résultats qu'ils ambitionnent.

Il faut noter qu'une personne ne choisit pas d'avoir un problème lié à la consommation d'alcool et de drogues. Le problème peut se développer lentement et les signes précurseurs passent souvent inaperçus. Trop souvent, la consommation peut devenir répétitive et se transformer ainsi en consommation problématique. Il faut se concentrer sur les influences réelles qui peuvent amener une personne à des problèmes de consommation puisque tout un éventail de facteurs environnementaux influence les choix de manière complexe.

Pour savoir s'il y a lieu de s'inquiéter ou si la consommation est devenue problématique, les professionnels de la santé mentale cherchent souvent à déterminer le risque individuel posé par la consommation (Yule et Prince, 2012). Les facteurs qui influencent le niveau de risque comprennent le type de substance en question (caféine ou alcool, ou cocaïne), la méthode de consommation employée, la quantité consommée, le but, le mode et le contexte où se produit la consommation (attitudes de la communauté sur la consommation, disponibilité, présence ou absence de surveillance parentale, danger posé lorsque la consommation est associée à d'autres activités comme la conduite automobile, la navigation de plaisance ou la randonnée). Des facteurs individuels (problèmes de dépression ou d'anxiété, recherche de sensations fortes) peuvent aussi augmenter le niveau de risque de la consommation (JCSH, 2009, p. 7-8).

Les questions suivantes peuvent s'avérer utiles pour savoir si la consommation d'un élève peut poser des risques importants :

« (Nom de l'élève) As-tu déjà...

- conduit alors que tu étais « gelé », avec les facultés affaiblies par l'alcool ou par les drogues, ou t'es-tu déjà laissé conduire par quelqu'un dans cet état?
- consommé de l'alcool ou des drogues pour te détendre, pour te sentir mieux dans ta peau ou pour t'adapter au groupe?
- consommé de l'alcool ou des drogues seul?
- oublié des événements ou des activités qui ont eu lieu durant ta consommation d'alcool ou de drogues?
- reçu des suggestions de ta famille ou de tes amis pour réduire ta consommation d'alcool ou de drogues?
- eu des ennuis avec la police à cause de ta consommation d'alcool ou de drogues? »

(Traduction adaptée de Knight et coll., 2003)

SIGNES CARACTÉRISTIQUES D'UNE CONSOMMATION RISQUÉE

Les signes de consommation risquée et susceptible de causer des dommages comprennent les signes suivants :

- Consommation à un âge précoce (avant 13 ou 14 ans à cause des effets sur le développement du cerveau);
- Fréquence précoce de la consommation (en particulier intoxication dès le début);
- Consommation de grandes quantités ou de concentration plus élevée (beuverie, soûlerie);
- Consommation quotidienne ou de plus en plus fréquente;
- Consommation avant l'école, à l'école ou au travail;
- Consommation associée à certaines activités (p. ex., conduite automobile ou activité physique);
- Consommation pour composer avec ses émotions;
- Consommation de plusieurs substances à la fois;
- Place croissante donnée à la consommation;
- Modification du rendement scolaire;
- Fluctuation de la fréquentation scolaire (taux d'absentéisme plus élevé);
- Altération des relations avec les pairs ou la famille;
- Changement de comportement;
- Froids avec d'anciens amis, fréquentation de « nouveaux » amis;
- Fluctuations de l'humeur fondamentale ou de la personnalité;
- Perte d'intérêt pour les activités habituelles;
- Détérioration de l'hygiène personnelle;
- Distraction ou difficulté à se concentrer;
- Accroissement des cachotteries ou de la sensibilité face aux questions posées.

(Adaptation et traduction des informations provenant de JCSH, 2009, p. 11; CARBC, sans date, iMinds, Quick guide; CYMHIN-MAD, 2010; Yule et Prince, 2012; American Academy of Pediatrics, 2007)

Les signes indiquant qu'un élève peut être dépendant à une substance comprennent les signes suivants :

- Besoin de plus grandes quantités (doses) pour obtenir les mêmes effets (signe d'une tolérance accrue);
- Difficulté psychologique et physiologique lors de tentatives (volontaires ou non) de réduire ou d'arrêter la consommation (symptômes de sevrage);
- Intérêt ou obsession croissante pour consommer ou obtenir une substance, ce qui interfère avec ses activités.

(Traduction adaptée de JCSH, 2009)

Remarque - Cette liste ne donne que quelques exemples; elle n'est pas exhaustive et ne devrait pas servir à des fins de diagnostic.

Que peut faire le personnel scolaire?*

■ *Afin de promouvoir une bonne santé mentale en classe...*

La consommation d'alcool et de cannabis est fréquente chez les élèves au Canada, mais même les consommateurs à faible risque ou les consommateurs occasionnels peuvent s'exposer à des problèmes sociaux et des problèmes de santé dus à cette consommation (Spurling et Vinson, 2005). De plus, il est bien connu qu'une consommation précoce et régulière d'alcool et de tabac peut augmenter les probabilités de problèmes de consommation plus tard (Brook et coll., 1998). C'est pourquoi, la sensibilisation dans les écoles est un élément clé pour encourager tous les élèves à s'engager dans leur vie, à adopter un comportement sain et surtout à éviter la consommation de substances.

Des programmes de prévention en milieu scolaire, qui ciblent les élèves dès le cycle moyen du palier élémentaire et jusqu'à la fin du palier secondaire, ont été mis en œuvre afin de prévenir les problèmes de consommation d'alcool et de drogues ainsi que les troubles de santé mentale qui y sont associés. Les programmes sont axés sur le développement du caractère et la formation d'un milieu social et physique permettant d'augmenter la résilience des élèves et de réduire les risques. Surtout interactifs, ces programmes visent l'acquisition de compétences (Griffin et Botvin, 2010).

Le milieu scolaire a une influence déterminante non seulement sur le développement intellectuel et scolaire des enfants et des jeunes, mais aussi sur leur développement social et affectif. Le personnel scolaire a donc une occasion unique de faire de la prévention en donnant aux élèves les connaissances et les habiletés dont ils ont besoin pour prendre des décisions intelligentes et éclairées sur la consommation de substances. Selon les recherches, des facteurs comme le lien avec l'école, l'attachement des élèves à leur établissement, les interactions entre les élèves et le personnel scolaire, et l'engagement des élèves dans leur apprentissage et dans la vie scolaire sont associés à une diminution de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les élèves (Bond et coll., 2007; Henry et Slater, 2007). De plus, des approches qui améliorent les compétences cognitives, sociales et affectives des élèves peuvent aider ces derniers à améliorer leur capacité à faire des choix intelligents plus tard dans la vie (JCSH, 2009, p. 25).

Toujours selon les recherches, les informations fournies aux élèves sur la consommation de drogues devraient être pertinentes – c'est-à-dire devraient utiliser les substances qui sont courantes et qui reflètent leurs expériences actuelles (Midford et coll., 2002).

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

Les efforts pour aider les élèves à éviter la consommation et les abus d'alcool et de drogues commencent par des mesures pour créer un milieu scolaire qui favorise la santé mentale et le bien-être affectif de tous les élèves, comme celles présentées ci-dessous.

STRATÉGIES POUR LA CRÉATION D'UN BON ENVIRONNEMENT EN CLASSE POUR TOUS LES ÉLÈVES

- Se familiariser avec les signes et les symptômes généraux associés à la consommation d'alcool et de drogues et aux troubles de santé mentale.
- Éviter de présenter la consommation de substances sous un jour favorable. Les élèves sont déjà bombardés de messages médiatiques qui présentent les plaisirs d'une telle consommation. Les écoles devraient en être exemptes.
- Être un modèle positif pour les élèves en adoptant un comportement respectueux, en les conseillant et en les soutenant, ainsi qu'en les aidant à prendre de bonnes décisions.
- Intégrer les informations sur la consommation de substances dans le programme scolaire régulier (voir la section Vie saine du curriculum de l'Ontario – *Éducation physique et santé*) et donner aux élèves des occasions d'en discuter, de comprendre les conséquences de la consommation de substances et de développer des habiletés en littératie critique des compétences, en résolution de problème et en prise de décision.
- Développer des activités parascolaires, des possibilités d'enrichissement (tutorat, sports, clubs, art, musique, leadership des pairs, programmes de mentorat) qui peuvent aider les élèves à développer un sentiment positif de soi nécessaire pour faire des choix quant à leur santé et leur bien-être.

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

■ *Pour aider les élèves dont la consommation peut devenir problématique...*

Le personnel scolaire est bien placé pour reconnaître les signes de consommation problématique de substances ou pour identifier les élèves qui peuvent commencer à développer ces problèmes.

C'est au personnel scolaire de se renseigner sur les politiques et les directives administratives de l'école et du conseil scolaire pour savoir comment procéder avec les élèves qui semblent être intoxiqués ou avoir leurs facultés affaiblies. Il faut poser des questions et demander des conseils à la direction d'école. En cas de problèmes de consommation, réels ou potentiels, l'école devrait collaborer étroitement avec les parents et les professionnels de la santé mentale

pour savoir quel est le meilleur plan pour aider l'élève. L'élève peut avoir aussi d'autres problèmes de santé mentale qu'il faudrait aborder. Si les informations concernant les besoins de l'élève sont fournies à l'école, différents soutiens peuvent alors être mis en place.

Il faudrait aussi noter que la capacité des élèves à apprendre et à se concentrer ainsi que leur fonctionnement cognitif et leur développement affectif peuvent être réduits de beaucoup par la consommation de substances comme l'alcool ou le cannabis; ce qui pourrait avoir comme effet une diminution de la mémoire verbale, une lenteur du traitement des informations, une durée d'attention courte, des fonctions exécutives affaiblies (p. ex., réduction des capacités de prise de décision, de planification, d'organisation et de stratégie) et des difficultés relationnelles (Hanson et coll., 2011; Wills et coll., 2006; Jacobus et coll., 2009).

Les discussions du personnel scolaire avec les élèves sur la consommation de substances devraient éviter de ne parler que des risques qui y sont associés et de la nécessité d'arrêter cette consommation. Cela pourrait en effet augmenter la réticence de certains élèves à cesser de consommer (Erickson et coll., 2005). Au lieu de cela, le personnel scolaire devrait encourager les élèves à penser de façon critique aux événements de leur vie qui pourraient contribuer à leur consommation, à identifier et à discuter de certains objectifs immédiats et à long terme, et à examiner comment les différentes drogues peuvent les empêcher d'atteindre leurs objectifs (CARBC, sans date, Q & A). Le personnel scolaire peut envisager de s'initier aux approches qui ont fait leurs preuves pour parler aux élèves de ces problèmes. Par exemple, une approche motivationnelle – qui consiste à aider l'élève à identifier ses objectifs et ses actions pour atteindre ces objectifs – peut être élaborée pour tenir compte de l'étape où l'élève en est dans sa consommation et s'il présente aussi des symptômes de troubles mentaux (CAMH, 2004, p. 59) (voir, par exemple, *The Art of Motivation*, un document pouvant servir à aider les élèves à réfléchir à leur situation, à envisager de changer leur comportement de manière positive et à décider s'ils veulent changer et ce qu'ils voudraient changer [CARBC, sans date, *The Art of Motivation*]).

Le tableau 6.1 donne un aperçu des principales stratégies dont le personnel scolaire peut se servir pour les élèves qui semblent avoir des risques de consommation d'alcool et de drogues.

Tableau 6.1

Stratégies spécifiques pour aider les élèves qui manifestent des problèmes de consommation de substances

- Se familiariser avec les directives de l'école et du conseil scolaire pour s'occuper des élèves qui semblent avoir consommé de l'alcool ou des drogues ou être sous leur influence.
- Demander conseil à la direction d'école pour savoir quoi faire.
- Collaborer avec l'équipe-école et les parents pour connaître les meilleures façons d'aider l'élève.
- Se renseigner sur les ressources communautaires disponibles et appropriées puis les communiquer à l'élève.
- Fournir à l'élève des renseignements précis et factuels, et non des informations anecdotiques ou des opinions personnelles. Faire attention à ne pas donner des informations erronées.
- Faire attention au danger des tactiques visant à « faire peur ».
- Aider l'élève à explorer les raisons de sa consommation de substances.

Source : Traduction des informations provenant de CARBC, sans date, iMinds, Quick Guide to Drug Use

Informations générales

■ *Quelles sont les causes de consommation de substances et leurs problèmes?*

Les jeunes consomment des substances pour de nombreuses raisons, en voici quelques-unes :

- pour simplement essayer;
- pour s'adapter à certaines situations sociales ou pour s'intégrer à un groupe de pairs;
- pour tenir le coup face au stress ou aux problèmes de santé mentale;
- pour soulager l'ennui;
- pour dormir, rester éveillé ou perdre du poids.

La consommation d'alcool et de drogues peut faire partie de la croissance et d'un développement normaux, alors que les jeunes acquièrent leur indépendance et leur autonomie et qu'ils testent les limites qui leur sont imposées par la société. Cette consommation peut aussi être un symptôme d'un manque de maturité, du goût du risque, de la recherche de sensations fortes, voire de la recherche du plaisir – si la substance est associée à une expérience positive.

Il existe aussi des preuves d'une forte corrélation entre la dépendance et les problèmes de santé mentale – on parle alors de troubles concomitants –, comme la dépression, l'anxiété, le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou le trouble des conduites et qui indiquent que l'usage de drogues contribue à l'apparition des problèmes de santé mentale et que ces derniers contribuent, à

leur tour, aux troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues (Evans et coll., 2005; Degenhardt et coll., 2010; Offord Centre, 2007). La consommation de drogues peut devenir un moyen de cacher les sentiments de faible estime de soi, de tristesse, d'inquiétude ou de peur et les symptômes qui y sont associés. Une telle consommation ne fait en réalité qu'aggraver les symptômes que la personne essaie de maîtriser, ou de déclencher des sentiments de dépression ou d'anxiété chez des jeunes qui n'en souffraient pas auparavant.

Les causes de ces problèmes de consommation sont complexes, puisqu'elles mettent en jeu des facteurs biologiques, sociaux et environnementaux. Différents facteurs sociaux et contextuels augmentent la probabilité de commencer à consommer des jeunes et influencent un usage continu ou même une augmentation de la consommation (Griffin et Botvin, 2010). Il est cependant très difficile de prévoir qui sera affecté par de tels problèmes.

Les facteurs qui augmentent le risque de consommation d'alcool et de drogues⁶ comprennent notamment la disponibilité de cette substance, l'exposition à sa consommation par les parents, les frères, les sœurs et les pairs, la présence d'autres problèmes de santé mentale, une consommation régulière avant 14 ans ou une intoxication répétée avant 16 ans, un milieu défavorisé, de mauvaises relations parent-enfant, des conflits parentaux, des antécédents familiaux de dépendance (Sullivan et Kendler, 1999; Schuckit, 2000) et des traumatismes.

Parmi les autres facteurs de risque, il y a le fait d'être de sexe masculin, certains traits de personnalité comme la recherche de sensations fortes et les difficultés scolaires (p. ex., piètres résultats scolaires, faible engagement à apprendre, décrochage scolaire). D'autres facteurs de risque importants chez les jeunes sont les liens avec les pairs qui consomment de l'alcool et des drogues.

Les jeunes qui sont exposés à plusieurs de ces facteurs de risque en même temps peuvent commencer à consommer du tabac, de l'alcool et des drogues plus tôt que les autres jeunes. C'est un comportement qui augmente les risques de problèmes de consommation plus tard (Degenhardt et Hall, 2012; Yule et Prince, 2012; Evans et coll., 2005, chapitre 17).

■ *Facteurs de protection*

Les adultes concernés peuvent décider d'agir et de diminuer la probabilité pour un élève de développer des problèmes de consommation de plusieurs façons, à la fois en cherchant à éliminer ou à affaiblir autant que possible les facteurs de risque et à se concentrer sur les facteurs de protection qui peuvent atténuer les risques. Les éléments de protection peuvent inclure des possibilités pour l'élève

6. La discussion à ce propos repose sur le document de Degenhardt & Hall (2012) qui comprend un réexamen de la littérature sur les drogues (substances illicites) et sur la dépendance ainsi que leur impact sur le fardeau global que présentent les maladies. Consulter l'article pour les recherches originales et les révisions.

de s'impliquer dans des activités communautaires et scolaires, les pratiques parentales positives et la cohésion de la famille. Même si on ne peut pas changer le sexe masculin ou féminin comme facteur de risque, la présence de modèles positifs – hommes ou femmes – peut compenser de manière bénéfique le risque. De même, les efforts visant à renforcer l'estime de soi, les habiletés d'adaptation et les compétences nécessaires à la vie, ainsi que les efforts pour fournir un environnement favorable peuvent contrer les effets d'une prédisposition génétique aux troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues. Le jeu des facteurs de risque et des facteurs de protection est dynamique et complexe. Le personnel scolaire est bien placé pour aider les élèves en maximisant les facteurs de protection.

■ *Quelle est la fréquence des problèmes liés à la consommation d'une substance?*

Au Canada, les substances les plus fréquemment consommées par les élèves sont le tabac, l'alcool, le cannabis et la caféine (JCSH, 2009, p. 19). D'après le Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario, l'alcool est la substance la plus courante (55 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont consommé de l'alcool), suivi des boissons énergisantes à haute teneur en caféine (50 % des élèves) et du cannabis (22 % des élèves) (Paglia-Boak et coll., 2011). La consommation augmente avec l'âge et elle est plus fréquente dans les régions du nord de la province. L'analyse longitudinale du sondage sur la consommation indique que la consommation de substances a considérablement diminué depuis 1999 en Ontario. Selon certains rapports empiriques cependant, ce n'est peut-être pas le cas pour des substances comme les opiacés, une catégorie qui englobe les médicaments sur ordonnance.

BIBLIOGRAPHIE

American Academy of Pediatrics, Council on School Health, Committee on Substance Abuse. (2007). The role of schools in combating illicit substance abuse. *Pediatrics*, 120: 1379–84.

APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4^e éd. France : Masson.

Bond, L.; Butler, H.; Thomas, L. et coll. (2007). Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 40(4): 357.e9–e18.

British Columbia Ministry of Health. (2006). *Following the evidence: Preventing harms from substance use in BC*. Victoria, BC: auteur.

Brook, J.S.; Whiteman, M.; Finch, S. et Cohen, P. (1998). Mutual attachment, personality, and drug use: Pathways from childhood to young adulthood. *Genetic, Social and General Psychology*, 124(4): 492–511.

CAMH (Centre for Addiction and Mental Health). (2004). *Youth and Drugs and Mental Health : A Resource for Professionals*. Toronto: auteur. Disponible en anglais seulement au <http://www.camh.ca>.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (sans date). Réseau francophone de soutien professionnel. *Toxicomanie et santé mentale*. Disponible au http://www.reseaufranco.com/fr/renseignements_sur_la_toxicomanie_et_la_sante_mentale/index.html.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (sans date). Réseau francophone de soutien professionnel. *La dépendance. Liens pour professionnels*. Disponible au http://www.reseaufranco.com/fr/renseignements_sur_la_toxicomanie_et_la_sante_mentale/la_dependance/index.html.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (sans date). Réseau francophone de soutien professionnel. *Ressources pour les familles*. Disponible au http://www.reseaufranco.com/fr/ressources_pour_les_familles/index.html.

CARBC (Centre for Addictions Research of BC, University of Victoria). (sans date). *The Art of Motivation*. Disponible en anglais seulement au <http://carbc.ca/KnowledgetoAction/ToolsResources/ArtofMotivation.aspx>.

CARBC (Centre for Addictions Research of BC, University of Victoria). (sans date). iMinds, *Quick guide to drug use*. Disponible en anglais seulement au <http://carbc.ca/portals/0/school/iMinds/QuickGuideDrugUse.pdf>.

CARBC (Centre for Addictions Research of BC, University of Victoria). (sans date). Q & A (lien). Disponible en anglais seulement au <http://www.carbc.ca/HelpingSchools/ToolsResources.aspx>.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT-CCSA). (2011). *Rapport pancanadien sur la Consommation d'alcool et de drogues des élèves*. Disponible à partir du site <http://www.ccsa.ca/Fra/KnowledgeCentre/OurPublications/Research/Pages/default.aspx>.

CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.

Darke, S. et Zador, D. (1996). Fatal heroin “overdose”: A review. *Addiction*, 91: 1765–72.

Degenhardt, L.; Dierker, L.; Chiu, W.T. et coll. (2010). Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1–2): 84–97.

Degenhardt, L. et Hall, W. (2012). Addiction 1, Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 379: 55–70.

Erickson, S.J.; Gerstle, M. et Feldstein, S.W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 59: 1173–80.

Evans, D.L.; Foa, E.B.; Gur, R.E. et coll. (éd.). (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*. (Commission on Adolescent Substance and Alcohol Abuse, Chapter 17, “Defining Substance Use Disorders”, p. 338–39). Oxford: Oxford University Press.

Fergusson, D.M.; Boden, J.M. et Horwood, L.J. (2008). The developmental antecedents of illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96: 167–77.

Fergusson, D.M.; Horwood, L.J. et Lynskey, M.T. (1994). Parental separation, adolescent psychopathology, and problem behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33: 1122–33.

Flewelling, R.L. et Bauman, K.E. (1990). Family structure as a predictor of initial substance use and sexual intercourse during early adolescence. *Journal of Marriage and the Family*, 52: 171–81.

Grant, B.F. et Dawson, D.A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 10: 163–73.

Griffin, K.W. et Botvin, G.J. (2010). Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19: 505–26.

Hanson, K.L.; Cummins, K.; Tapert, S.F. et coll. (2011). Changes in neuropsychological functioning over 10 years following adolescent substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(1): 127–42.

Hawkins, J.D.; Catalano, R.E. et Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64–105.

Henry, K.L. et Slater, M.D. (2007). The contextual effect of school attachment on young adolescents' alcohol use. *Journal of School Health*, 77: 67–74.

Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-And-Publications/The-ABC-s-of-Mental-Health.aspx>.

Jacobus, J.; Bava, S.; Cohen-Zion, M. et coll. (2009). Functional consequences of marijuana use in adolescents. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 92(4): 559–65.

JCSH (Joint Consortium for School Health). (2009). *Addressing substance use in Canadian schools. Effective substance use education: A knowledge kit for teachers*. Victoria, BC: auteur.

Kandel, D.B. et Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialisation by parents and peers. *International Journal of the Addictions*, 22: 319–42.

Kandel, D.B.; Yamaguchi, K. et Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 53: 447–57.

Knight, J.R.; Sherritt, L.; Harris, S.K. et coll. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(1): 67–73.

Lipkus, I.M.; Barefoot, J.C.; Williams, R.B. et coll. (1994). Personality measures as predictors of smoking initiation and cessation in the UNC Alumni Heart Study. *Health Psychology*, 13: 149–55.

Lynskey, M.T. et Fergusson, D.M. (1995). Childhood conduct problems and attention deficit behaviors and adolescent alcohol, tobacco and illicit drug use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23: 281–302.

Lynskey, M.T.; Fergusson, D.M. et Horwood, L.J. (1994). The effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders. *Addiction*, 89: 1277–86.

Lynskey, M. et Hall, W. (2000). The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction*, 95: 1621–30.

Midford, R.; Munro, G.; McBride, N. et coll. (2002). Principles that underpin effective school-based drug education. *Journal of Drug Education*, 32(4): 363–86.

Nutt, D.; King, L.A.; Saulsbury, W. et coll. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369: 1047–53.

O'Brien, C.P.; Childress, A.R.; McLellan, A.T. et coll. (1992). Classical conditioning in drug-dependent humans. *Annals of the New York Academy of Science*, 654: 400–15.

- Offord Centre (Centre of Knowledge on Healthy Child Development, Offord Centre for Child Studies). (2007). *Abus de drogues chez les enfants et les adolescents*. Brochure. Disponible au http://www.knowledge.offordcentre.com/images/stories/offord/pamphlets/SubstanceAbuse_fr.pdf.
- Paglia-Boak, A.; Adlaf, E.M. et Mann, R.E. (2011). Drug use among Ontario students – Detailed Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS) findings 1977–2011. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), Research Document Series 32: 1–299.
- Rehm, J.; Baliunas, B.; Brochu, S. et coll. (2006). *The costs of substance abuse in Canada 2002: Highlights*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Roberts, G.; Comeau, N.; Paglia-Boak, A. et coll. (2007). *School-based and school-linked prevention of substance-use problems: A knowledge summary*. Surrey, BC: Canadian Association for School Health. Document non publié. Disponible en anglais seulement au http://www.safehealthyschools.org/Knowledge_Summary.pdf.
- Schuckit, M.A. (2000). Genetics of the risk for alcoholism. *American Journal on Addictions*, 9: 103–12.
- Spurling, M.C. et Vinson, D.C. (2005). Alcohol-related injuries: Evidence of the prevention paradox. *Annals of Family Medicine*, 3: 47–52.
- Sullivan, P. et Kendler, K. (1999). The genetic epidemiology of smoking. *Nicotine and Tobacco Research*, 1(S): 51–7.
- Townsend, L.; Flisher, A. et King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropouts and substance use. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10: 295–317.
- Warner-Smith, M.; Darke, S.; Lynskey, M. et coll. (2001). Heroin overdose: Causes and consequences. *Addiction*, 96: 1113–25.
- Wills, T.A.; Walker, C.; Mendoza, D. et coll. (2006). Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3): 265–78.
- Yule, A.M. et Prince, J.B. (2012). Adolescent substance use disorders in the school setting. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21: 175–86.

7

Dépendance au jeu

Qu'est-ce que le jeu compulsif?

Les jeux de hasard existent depuis des siècles. Malgré toutes les critiques dont ils ont toujours fait l'objet, ils sont devenus en général acceptables dans notre société (p. ex., joueur professionnel est considéré comme une carrière) et sont promus partout comme formes de divertissement et de loisirs. Bien que la société ne considère le jeu chez les jeunes ni comme une activité problématique ni comme une activité à risque élevé et qu'elle encourage souvent sa pratique, le jeu compulsif chez les jeunes apparaît comme un phénomène de plus en plus préoccupant (CAMH, *Obstacles à la prévention*, sans date; Gupta et Pinzon, 2012). D'après certaines recherches, les adolescents ont des taux plus élevés de jeu pathologique et compulsif que les adultes (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2011; Delfabbro et coll., 2009; Derevensky, 2007).

En Ontario, c'est à partir de 18 ans et plus que les jeunes peuvent légalement participer à des loteries et jouer au bingo, puis c'est dès l'âge de 19 ans qu'ils peuvent aller jouer au casino (CAMH, *Obstacles à la prévention*, sans date). Malgré cet encadrement législatif, beaucoup de jeunes de moins de 18 ans participent à des jeux de hasard et un nombre non négligeable d'entre eux finit par connaître d'importants problèmes à cet égard (Gupta et Derevensky, 2000).

Une activité est considérée comme un jeu de hasard quand une personne risque une somme d'argent ou un objet de valeur sentimentale ou monétaire pour avoir la chance de gagner en fonction du résultat d'un événement imprévisible, comme un jeu ou une course (Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes [Centre McGill], sans date). Les activités liées aux jeux avec des mises d'argent prennent de nombreuses formes. D'un côté, il y a les jeux d'adresse où l'entraînement des participants peut augmenter leurs chances de gagner et où la connaissance ou l'habileté d'un participant peut influencer sur les résultats. D'un autre côté, il y a les jeux de hasard qui ne dépendent d'aucun entraînement ni habileté, mais où la chance est en grande partie responsable du gain. Les gens ont tendance à croire qu'ils contrôlent plus ces jeux de hasard que ce n'est le cas réellement. Par exemple, la compréhension des règles et des techniques d'un jeu de cartes comme le poker est utile pour jouer jusqu'à un certain point, mais il y a des facteurs sur lesquels les joueurs et les parieurs n'exercent aucun contrôle (p. ex., distribution des cartes). De même, avec les paris sportifs – activité populaire chez les jeunes – bien que des connaissances sur le jeu, sur les équipes et sur les joueurs soient utiles, des imprévus comme les blessures constituent des éléments qui échappent

totallement au contrôle des joueurs et des parieurs (Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes [Centre McGill], sans date).

FORMES DE DÉPENDANCE AU JEU

Les formes de dépendance au jeu comprennent notamment celles-ci :

- Parier sur les jeux d'habileté (jeux sportifs, jeux vidéo, billards);
- Parier sur les jeux de cartes;
- Acheter des billets de loterie ou des « gratteux »;
- Parier sur les terminaux de loterie vidéo (ALV, vidéo poker);
- Jouer aux dés avec des amis;
- Jouer à des jeux de casino (roulette, blackjack, dés);
- Jouer sur les machines à sous;
- Jouer au bingo ou au Keno™;
- Parier sur les courses de chevaux;
- Participer à des jeux sur Internet ou à d'autres jeux en ligne;
- Jouer sur des appareils électroniques de jeux de hasard.

(Adaptation et traduction des informations provenant de Hodgins et coll., 2011; Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes [McGill], sans date; CAMH [Centre de toxicomanie et de santé mentale] Institut ontarien du jeu problématique, Publications offertes en ligne, sans date)

Pour certaines personnes, le jeu est une activité inoffensive, sociale ou occasionnelle. Néanmoins, consacrer beaucoup de temps et d'argent aux jeux de hasard peut être dangereux, mettre en cause les relations avec la famille et les amis, perturber le travail et causer de graves problèmes financiers (Hodgins et coll., 2011).

Tout comme de nombreux types de problèmes de comportement, le jeu compulsif ou pathologique présente une continuité qui va du jeu occasionnel comme loisir ou passe-temps jusqu'au jeu pathologique à divers degrés de gravité en passant par le jeu comme activité régulière (Brezing et coll., 2010). Selon des recherches, le jeu compulsif peut se développer plus rapidement chez les jeunes que chez les adultes (Brezing et coll., 2010).

Les troubles liés au jeu se caractérisent en jeu compulsif et en jeu pathologique. Le jeu compulsif est un terme qui est employé pour une personne qui perd le contrôle de son comportement au jeu et qui montre des signes négatifs qui affectent sa vie comme son rendement scolaire ou ses relations avec la famille et les amis. Quant au terme de jeu pathologique, il est employé pour une personne qui a visiblement perdu le contrôle de son comportement et n'est plus capable d'arrêter de jouer (Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes [McGill], sans date). Un diagnostic de jeu pathologique correspond aux critères énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR) de l'American Psychiatric Association (APA,

2005). Toutefois, ces critères peuvent s'avérer d'un usage restreint quand il s'agit de diagnostiquer la situation des jeunes, étant donné que les problèmes liés à la dépendance au jeu peuvent être différents et avoir des effets distincts chez les jeunes et chez les adultes (Brezing et coll., 2010).

Quelles sont les manifestations des problèmes de dépendance au jeu?

Bien que la fréquence du jeu soit élevée chez les jeunes, cela demeure encore un domaine d'étude relativement nouveau.

Les adolescents se mettent à jouer pour diverses raisons, y compris pour l'excitation, le plaisir et la lutte contre l'ennui. La possibilité de gagner de l'argent sans avoir à travailler est aussi très attrayante. Cependant, certains jeunes jouent pour soulager le stress causé par des situations et des émotions difficiles à gérer. Jouer de manière innocente peut rapidement se transformer en un problème qui menace la santé sociale, psychologique et économique, ainsi que les relations interpersonnelles des jeunes (Derevensky, 2007).

Le jeu compulsif chez les jeunes est associé à de piètres résultats dans de nombreux domaines de fonctionnement, selon le type de jeu de hasard, et il pose le risque accru d'une variété de problèmes de santé mentale (Desai et coll., 2005; Brezing et coll., 2010). Selon les recherches, les enfants et les jeunes qui ont des problèmes de dépendance au jeu peuvent aussi présenter un risque plus élevé de troubles du comportement, d'anxiété, de dépression, de problèmes de consommation d'alcool et de drogues, et des symptômes connexes comme des difficultés de nature cognitive (Faregh et Derevensky, 2011). On a découvert aussi une forte corrélation entre la dépendance au jeu et les problèmes de consommation de substances (Hodgins et coll., 2011; Gupta et Pinzon, 2012). Selon une récente étude menée à grande échelle, les personnes ayant des problèmes de jeu pathologiques couraient un risque 5,5 fois plus élevé d'avoir un trouble lié à une substance que les non-joueurs, 3,7 fois plus élevé d'avoir un trouble de l'humeur et 3,1 fois plus élevé d'avoir un trouble d'anxiété (Kessler et coll., 2008).

Ces mêmes recherches indiquent aussi que les troubles de l'humeur et de l'anxiété permettent de prévoir des troubles de jeu compulsif (plutôt que le contraire), tandis que des troubles de jeu compulsif permettent, eux, de prévoir des problèmes d'alcool et de toxicomanie (plutôt que le contraire) (Kessler et coll., 2008).

Si de 4 à 8 % des adolescents ont un problème de dépendance au jeu, cela signifie que dans une classe, deux élèves pourraient être gravement touchés par des problèmes associés au jeu. Les signes de dépendance au jeu sont toutefois souvent difficiles à percevoir pour les parents et le personnel scolaire (Derevensky, 2007).

SIGNES CARACTÉRISTIQUES DE LA DÉPENDANCE AU JEU

Les signes habituels d'une personne qui commence à avoir des problèmes de dépendance au jeu ou qui est déjà aux prises avec ces problèmes comprennent les signes suivants (tous ces signes ne sont pas présents en même temps chez la personne) :

- Penser à des activités liées au jeu à tout moment pendant la journée, planifier la prochaine occasion de jouer, ne pas pouvoir s'arrêter de penser au jeu;
- Dépenser plus d'argent ou jouer plus longtemps que prévu;
- Vouloir se consacrer au jeu au lieu d'aller à l'école ou assumer d'autres responsabilités;
- Jouer pour échapper aux problèmes, pour faire face à d'autres problèmes ou pour se sentir important ou bien en vie;
- Jouer en cachette, mentir à sa famille et aux amis sur l'ampleur du problème;
- Continuer à jouer pour récupérer l'argent perdu (plus de la moitié du temps);
- Consacrer à des activités liées au jeu l'argent qui était prévu pour autre chose (comme le transport ou les repas);
- Demander de l'argent aux proches ou aux amis pour jouer;
- Dépenser de plus en plus pour les activités de jeu;
- Voler de l'argent à une personne qui n'est pas de la famille ou à un magasin pour le consacrer au jeu (dans la dernière année);
- S'agiter, être anxieux ou irritable quand on essaie d'arrêter ou de limiter les activités associées au jeu;
- Avoir des soucis ou des ennuis d'argent causés par le jeu;
- Avoir des problèmes dans la famille ou avec les amis à cause du jeu.

(Traduction adaptée de Derevensky, 2007)

Quelques-uns des signes spécifiques aux adolescents et susceptibles d'indiquer un problème avec le jeu comprennent les signes suivants :

- Fréquentation irrégulière ou absences fréquentes de l'école;
- Intérêt marqué pour les arcades vidéo, les sites de jeux sur Internet, les résultats sportifs ou les jeux de poker télévisés;
- Manque d'argent ou diminution de l'argent disponible, sans explication logique;
- Emprunts ou vol d'argent à des proches ou à des amis;
- Vente ou perte de biens;
- Possession occasionnelle de fortes sommes, sans aucune explication;
- Présence de fausses cartes d'identité, de cartes d'entrée de casinos ou de reçus d'hippodromes parmi les effets personnels;
- Documentation des sites de jeux visités sur Internet.

(Adaptation des informations provenant de CAMH
Signes et indicateurs du jeu problématique, sans date)

Remarque – Cette liste ne donne que quelques exemples; elle n'est pas exhaustive et ne devrait pas servir à des fins de diagnostic.

Que peut faire le personnel scolaire?*

En ce qui concerne le jeu chez les jeunes, bien qu'il y ait des preuves nettes de l'existence de problèmes et que l'on reconnaisse de plus en plus le besoin d'en augmenter la sensibilisation, les mesures efficaces pour la prévention de ces problèmes et leur traitement sont encore limitées (CAMH, *Considérations et recommandations en matière de traitement*, sans date; Gupta et Derevensky, 2000; Blinn-Pike et coll., 2010).

Traiter les jeunes qui ont de tels problèmes peut s'avérer difficile puisque nombreux sont les jeunes qui ne considèrent pas le jeu comme un problème et qui sont donc réticents à demander de l'aide (Brezing et coll., 2010). Le personnel scolaire a un rôle important à jouer dans la sensibilisation à ces problèmes et peut offrir aux élèves des informations exactes sur le jeu et encourager ceux qui choisissent de jouer à adopter une pratique prudente.

Les initiatives d'intervention et de prévention devraient être adaptées à l'âge et au stade de développement de l'élève, se concentrer sur le renforcement des habiletés d'adaptation et de résolution de problème (y compris aider l'élève à élaborer des stratégies pour réduire les risques liés aux activités de jeu et pour faire face aux difficultés liées au jeu), et fournir des ressources et de l'aide aux jeunes qui en ont besoin. Ce dernier point pourrait comprendre la participation des parents de l'élève puisque les facteurs de protection dans la famille et la communauté permettent d'augmenter la résilience de l'élève (Dickson et coll., 2002; CAMH, *Prévention*, sans date).

Les stratégies de prévention devraient promouvoir la réduction et la minimisation des effets néfastes du jeu plutôt que l'abstinence et elles devraient mettre l'accent sur un jeu responsable et une utilisation éclairée (p. ex., en fournissant des informations exactes sur le jeu). Il n'est ni réaliste ni efficace de viser l'abstinence pour les jeunes puisque les différentes formes de jeu sont si facilement disponibles (Brezing et coll., 2010).

Informations générales

■ Quelles sont les causes du jeu compulsif?

On reconnaît qu'une variété de facteurs augmente le risque qu'une personne présente des problèmes de dépendance au jeu. Par exemple : être jeune et de sexe masculin, avoir un faible statut socio-économique et certains facteurs génétiques, être soumis à l'influence de ses pairs et de sa famille ainsi qu'avoir été exposé au jeu pendant l'enfance. D'autres facteurs peuvent aussi jouer un

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

rôle comme le type de jeu pratiqué et la croyance non fondée de la possibilité qu'une personne a de pouvoir contrôler les probabilités, les cotes et les résultats au jeu (Delfabbro et coll., 2009; Hodgins et coll., 2011).

■ *Quelle est la fréquence du jeu compulsif?*

Selon les recherches, de 77 à 83 % des adolescents de 12 à 17 ans participent à des jeux de hasard, de 10 à 15 % des adolescents ont des risques élevés de développer un problème de dépendance au jeu et de 4 à 8 % ont un grave problème de dépendance au jeu (Derevensky, 2007; Messerlian et coll., 2004; Shaffer et Hall, 1996; Blinn-Pike et coll., 2010).

Toujours selon les recherches, les taux de fréquence indiquent des variations selon la disponibilité de différentes formes de jeu et d'autres facteurs environnementaux. Les taux de jeu pathologique ou compulsif dépendent aussi d'éléments comme les différences méthodologiques des enquêtes et des périodes visées (Hodgins et coll., 2011). La prolifération récente des formes de jeu (p. ex., en ligne) est préoccupante car elle est susceptible d'entraîner une augmentation des taux de jeu compulsif, en particulier parmi les populations vulnérables que sont les jeunes (Faregh et Derevensky, 2011).

On note que les taux de jeu compulsif sont de trois à cinq fois plus élevés chez les garçons que chez les filles (Jacobs, 2004). Et que les garçons jouent à un plus large éventail de jeux, jouent plus souvent, misent plus d'argent dans les jeux de hasard et sont plus enclins à prendre des risques associés au jeu que les filles. Ces résultats reflètent peut-être les attentes de la famille et de la société quant au comportement masculin (Brezing et coll., 2010). Chez les filles toutefois, le jeu compulsif est lié aux problèmes de dépression, ce qui suggère que les filles sont plus susceptibles de jouer compulsivement pour pouvoir faire face à la dépression que les garçons (Desai et coll., 2005; Brezing et coll., 2010).

BIBLIOGRAPHIE

APA (American Psychiatric Association). (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR)*. Texte révisé. 4e éd. France : Masson.

Bergevin, T.; Gupta, R.; Derevensky, J. et coll. (2006). Adolescent gambling: Understanding the role of stress and coping. *Journal of Gambling Studies*, 22(2): 195–208.

Blinn-Pike, L.; Worthy, S.L. et Jonkman, J.N. (2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health*, 47: 223–36.

Brezing, C.A.; Derevensky, J.L. et Potenza, M.N. (2010). Non-substance addictive behaviors in youth: Pathological gambling and problematic internet use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19: 625–41.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (2008). Institut ontarien du jeu problématique. *Renseignements à l'intention des professionnels aidants*. Toronto : auteur. Disponible au <http://www.problemgambling.ca/FR/ResourcesForProfessionals/Pages/InformationforHelpingProfessionals.aspx>.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (sans date). Institut ontarien du jeu problématique. Publications offertes en ligne. Toronto : auteur. Disponible au <http://www.problemgambling.ca/FR>.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (sans date). Institut ontarien du jeu problématique. *Les jeunes et le jeu : Obstacles à la prévention*. Toronto : auteur. Disponible au <http://www.problemgambling.ca/fr/resourcesforprofessionals/pages/youthandgamblingbarrierstoprevention.aspx>.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (sans date). Institut ontarien du jeu problématique. *Ressources pour les professionnels. Les jeunes et le jeu : Prévention*. Toronto : auteur. Disponible au <http://www.problemgambling.ca/fr/resourcesforprofessionals/pages/youthandgamblingprevention.aspx>.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (sans date). Institut ontarien du jeu problématique. *Ressources pour les professionnels : Les jeunes et le jeu : Signes et indicateurs du jeu problématique*. Disponible au <http://www.problemgambling.ca/fr/resourcesforprofessionals/pages/youthandgamblingsignsandindicatorsofproblemgambling.aspx>.

CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale). (sans date). Institut ontarien du jeu problématique. *Ressources pour les professionnels. Les jeunes et le jeu : Considérations et recommandations en matière de traitement*. Disponible au <http://www.problemgambling.ca/fr/resourcesforprofessionals/pages/youthandgamblingtreatmentconsiderationsandrecommendations.aspx>.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT-CCSA). (2011). *Exposé général sur le jeu de hasard*. Disponible au <http://www.ccsa.ca/Fra/Topics/SubstancesAndAddictions/Gambling/Pages/GamblingOverview.aspx>.

Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes (Centre McGill). (sans date). Disponible au <http://www.youthgambling.com>, cliquer sur Français en haut à droite.

Delfabbro, P.; Lambos, C.; King, D. et coll. (2009). Knowledge and beliefs about gambling in Australian secondary school students and their implications for education strategies. *Journal of Gambling Studies*, 25: 523–39.

- Derevensky, J.L. (2007). Teen gambling: Should we be concerned? *Mental Notes* (Fall): 10–11. Disponible en anglais seulement au <http://www.mentalnotes.ca/images/MentalNotesFall07.pdf>.
- Derevensky, J.L.; Pratt, L.M.; Hardoon, K.K. et coll. (2007). Gambling problems and features of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents. *Journal of Addiction Medicine*, 1: 165–72.
- Desai, R.A.; Maciejewski, P.K.; Pantalon, M.V. et coll. (2005). Gender differences in adolescent gambling. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17: 249–58.
- Dickson, L.M.; Derevensky, J.L. et Gupta, R. (2002). The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework. *Journal of Gambling Studies*, 18(2): 97–159.
- Faregh, N. et Derevensky, J. (2011). Gambling behavior among adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Gambling Studies* 27(2): 243–56.
- Gupta, R. et Derevensky, J.L. (2000). Adolescents with gambling problems: From research to treatment. *Journal of Gambling Studies*, 16(2/3): 315–42.
- Gupta, R. et Pinzon, J.L. (2012). *Les jeux de hasard chez les enfants et les adolescents*, Version abrégée. Société canadienne de pédiatrie. Disponible au <http://www.cps.ca/fr/documents/position/jeux-de-hasard-enfants-adolescents>.
- Hodgins, D.C.; Stea, J.N. et Grant, J.E. (2011). Gambling disorder. *Lancet*, 378: 1874–84.
- Jacobs, D.F. (2004). Youth gambling in North America: Long-term trends and future prospects. Dans J.L. Derevensky & R. Gupta (éd.), *Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. p. 1–24.
- Kessler, R.C.; Hwang, I.; LaBrie, R. et coll. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9): 1351–60.
- Messerlian, C.; Derevensky, J. et Gupta, R. (2004). Gambling, youth and the Internet: Should we be concerned? *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13: 12–15.
- Potenza, M.N.; Wareham, J.D.; Steinberg, M.A. et coll. (2011). Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(2): 150–59.
- Shaffer, H. et Hall, M.N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*, 12: 193–214.

8

Automutilation et suicide

L'automutilation et les idées et les comportements suicidaires sont tous deux abordés dans cette section, parce qu'ils peuvent se présenter simultanément. Il faut pourtant noter que le lien entre, d'une part, l'automutilation et, d'autre part, les idées et les comportements suicidaires, est complexe et n'est pas encore bien compris de nos jours.

A) AUTOMUTILATION

Qu'est-ce que l'automutilation?

La douleur auto-infligée, ou automutilation, est une tentative délibérée de causer des blessures à son propre corps sans intention consciente de mourir (Cloutier et coll., 2010). De tels comportements comprennent des coupures, brûlures, morsures, abrasion chimique, cognements de tête et insertion d'objets sous la peau infligés à soi-même (consulter Hamza et coll., 2012, pour un résumé des études faites; Nixon et coll., 2008; Nock, 2010). Ce comportement est souvent caché et peut devenir chronique (Mental Health Foundation, 2006).

Quelles sont les manifestations d'un problème d'automutilation?

Les blessures infligées à soi-même sont souvent gardées secrètes, ce qui les rend difficiles à détecter. Les élèves peuvent se sentir honteux, coupables ou confus par leur propre comportement et ne pas vouloir donc demander de l'aide. Dans beaucoup de cas, les blessures infligées à soi-même sont liées à des problèmes de santé mentale.

SIGNES CARACTÉRISTIQUES D'UN COMPORTEMENT D'AUTOMUTILATION

Voici quelques signes généraux et spécifiques à surveiller :

- Plaintes de l'élève comme quoi les autres ne l'écoutent pas ou le traitent avec condescendance;
- Faible estime de soi;
- Difficulté à gérer ou à exprimer ses émotions;
- Relations difficiles avec ses pairs ou sa famille;
- Comportement de solitaire, c'est-à-dire l'élève évite tout contact avec les autres;
- Refus de porter des manches courtes ou de se changer pour le cours d'éducation physique ou les activités sportives;
- Porte des pantalons longs et des manches longues par temps chaud;
- Blessures, cicatrices, brûlures ou coupures fréquentes et inexplicables.

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; Hincks-Dellcrest-ABCs, sans date)

Remarque - Cette liste ne donne que des exemples; elle n'est pas exhaustive et ne devrait pas servir à des fins de diagnostic.

Pour plus d'informations sur les comportements liés à l'automutilation survenant à différents âges, consulter le document *The ABCs of Mental Health*, disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/ABC/Welcome>.

Que peut faire le personnel scolaire?*

■ *Promouvoir une bonne santé mentale en classe...*

Le personnel scolaire est bien placé pour remarquer les signes d'automutilation et aider les élèves à obtenir l'aide professionnelle dont ils ont besoin. Étant donné que ce type de comportement commence chez les jeunes – généralement entre 13 et 15 ans –, c'est au personnel scolaire du palier secondaire que revient le principal rôle de dépister les élèves susceptibles de s'automutiler (Hamza et coll., 2012). Les signes indiquant qu'un élève peut s'automutiler doivent être pris très au sérieux. Les élèves qui démontrent un tel comportement doivent

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

être évalués par un professionnel de la santé mentale pour déterminer le niveau de risque et suggérer des mesures appropriées (CYMHIN-MAD, 2010). Le personnel scolaire doit s'assurer de connaître et de suivre le protocole de l'école et du conseil pour obtenir de l'aide pour les élèves montrant des signes d'automutilation ou d'autres signes de troubles mentaux.

Des stratégies susceptibles de favoriser une atmosphère positive en classe pour tous les élèves sont présentées ci-dessous.

STRATÉGIES POUR FAVORISER UNE BONNE SANTÉ MENTALE EN CLASSE

- S'efforcer de créer un climat scolaire sécuritaire et positif, ainsi qu'un environnement où les élèves sentent qu'ils peuvent exprimer leurs sentiments. Encourager les élèves à indiquer si eux-mêmes ou leurs pairs éprouvent des difficultés, sont troublés ou montrent des signes d'automutilation.
- Montrer de saines habiletés d'adaptation et partager des idées sur la façon de gérer le stress scolaire et les autres formes de stress.
- Concentrer les efforts sur l'aide aux élèves afin qu'ils développent de bonnes habiletés d'adaptation qui peuvent être considérées comme des facteurs de protection (p. ex., habiletés sociales, résolution de conflit, adaptation, résolution de problème, recherche d'aide).
- Trouver des façons d'augmenter le sentiment d'appartenance des élèves à l'école (p. ex., en leur offrant un rôle d'assistant au bureau, en classe ou dans le corridor, ou en tant que représentants des comités d'école).
- Être disponible pour se mettre à l'écoute des élèves et les soutenir.
- Promouvoir le développement de bonnes aptitudes à communiquer, dont la capacité d'exprimer les difficultés affectives.
- Offrir aux élèves des occasions de participer à des activités qui ont de l'importance pour eux et qui aident à promouvoir le bien-être et à réduire les risques aussi bien physiques que mentaux.
- Trouver des façons d'intéresser les élèves aux activités sociales ou parascolaires susceptibles de leur donner le sentiment de faire une contribution importante.

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; Joiner et Ribeiro, 2011; Doan et coll., 2012)

■ *Pour aider les élèves qui montrent des signes de comportement d'automutilation...*

Le tableau 8.1 donne un aperçu des stratégies spécifiques qui peuvent aider les élèves qui manifestent des comportements liés à l'automutilation.

Tableau 8.1**Stratégies spécifiques pour aider les élèves qui peuvent manifester un comportement d'automutilation**

Si l'élève dévoile un comportement d'automutilation...

- Offrir de l'aide et une écoute attentive.
- Reconnaître la souffrance de l'élève.
- Faire preuve d'empathie et d'intérêt (chercher à comprendre).
- Ne pas réagir de façon exagérée, mais manifester de l'intérêt.
- Ne pas juger, éviter les préjugés et prendre conscience de ses propres réactions négatives.
- Mettre l'élève en contact avec le membre du personnel approprié selon les directives de l'école, pour les problématiques de ce genre (p. ex., direction d'école, direction adjointe d'école, conseiller en orientation, enseignant responsable de la réussite des élèves, enseignants de l'enfance en difficulté).
- S'assurer que l'élève sait qui consulter à l'école et dans la communauté pour obtenir de l'aide.
- Être disponible à l'école dans la mesure du possible pour parler à l'élève. Ceci peut contribuer de façon importante à atténuer le sentiment de solitude que peut ressentir l'élève.
- Être toujours prêt à apporter son soutien à l'élève.

Remarques

- Le personnel scolaire n'est pas en mesure d'évaluer le risque du comportement d'automutilation d'un élève. Seul un professionnel de la santé mentale devrait faire une telle évaluation.
- Ne pas promettre de garder le secret. Si un élève demande de ne pas révéler qu'il s'automutile, il faut alors lui expliquer que cela doit être communiqué à la direction d'école, aux parents. Lui préciser que cette information doit être communiquée pour assurer sa sécurité et celle des autres. Cela pourrait être l'occasion d'inviter l'élève à se prendre en main et de l'aider à informer lui-même un professionnel de la santé mentale.

Source : Adaptation des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010

Informations générales

■ *Quelles sont les causes du comportement d'automutilation?*

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles un enfant ou un jeune s'automutile. Il peut s'agir d'un mécanisme d'adaptation ou d'un moyen de réduire les tensions internes, des sentiments de détresse ou d'autres émotions difficiles à gérer. Cela peut être une façon de ne plus penser à une situation menaçante, destructrice ou intolérable (p. ex., une situation d'abus). Cela peut être un appel à l'aide, une forme d'autopunition ou encore une recherche de sensations. Ce comportement peut aussi être lié à des troubles de la personnalité (p. ex., trouble de la personnalité limite) et à d'autres problèmes de santé mentale (Nixon et coll., 2008; Jacobson et coll., 2008; Muehlenkamp, 2005; CYMHIN-MAD, 2010, p. 45; Sellen, 2010).

Certaines conditions peuvent aussi augmenter le risque de voir les enfants et les jeunes adopter un comportement d'automutilation. Par exemple, une piètre image de soi, la violence sexuelle ou physique et des pertes sont autant de facteurs associés à l'automutilation. Tous les élèves qui s'automutilent n'ont cependant pas vécu des situations de ce genre. Il arrive parfois que le comportement soit déclenché par des événements plus immédiats comme un conflit avec les parents ou les pairs, ou d'autres sources de stress.

Bien que l'automutilation non suicidaire soit habituellement un comportement personnel et caché, on sait qu'il peut y avoir contagion, comme dans une unité interne de soins psychiatriques où cette pratique peut être plus évidente.

■ *Quelle est la fréquence de l'automutilation non suicidaire?*

Les recherches portant sur des échantillons provenant de communautés indiquent qu'entre 13 et 29 % des adolescents s'automutilent (Baetens et coll., 2011; Hamza et coll., 2012) et que ce taux est plus élevé chez les adolescents en soins psychiatriques internes. Ce comportement commence généralement entre 13 et 15 ans mais sa fréquence augmente plus tard dans l'adolescence (Hamza et coll., 2012). Il a été suggéré que, chez les adolescents, le taux d'automutilation semble être plus élevé chez les filles que chez les garçons (consulter le résumé chez Hamza et coll., 2012 et Sellen, 2010) bien que les données ne soient pas concluantes.

■ *Lien entre l'automutilation non suicidaire et les idées et les comportements suicidaires*

Bien que l'automutilation non suicidaire et le comportement suicidaire (c'est-à-dire les tentatives de suicide) appartiennent à la même catégorie, celle de l'automutilation, les différences sont importantes. En fait, avec les comportements d'automutilation non suicidaires, le jeune ne pense pas que son comportement le conduira à la mort et il n'a pas de ferme intention de mourir (Andover et Gibb, 2010). Alors qu'avec le comportement suicidaire, un certain désir de mourir est présent, même si la force de l'intention varie d'une personne à l'autre (Muehlenkamp, 2005).

En dépit de différences significatives entre l'automutilation non suicidaire et les idées et les comportements suicidaires, les recherches indiquent que les deux types peuvent être présents simultanément, mais l'on ne s'entend pas encore exactement sur les liens entre ces types (Cloutier et coll., 2010; Stanley et coll., 2001). On ne sait pas exactement si le comportement d'automutilation non suicidaire augmente le risque de tentatives de suicide plus tard (Hamza et coll., 2012). Toutefois, selon les recherches, des antécédents de comportement d'automutilation constituent un facteur de risque de tentatives de suicide.

Il faut aussi noter que ces deux types de comportement sont fortement associés à divers types de maladie mentale. Bien qu'il ne soit pas nécessairement suicidaire, un jeune qui s'automutile ressent une détresse qui nécessite de l'aide d'un professionnel de la santé mentale. Étant donné le lien potentiel entre l'automutilation et le comportement suicidaire, il est impératif que tous les cas d'automutilation soient évalués par un professionnel de la santé mentale.

B) SUICIDE

Que sont les idées et les comportements suicidaires?

Les idées suicidaires – ou idéation suicidaire – incluent l'idée de se suicider ainsi que la planification du geste (c'est-à-dire faire un plan) qui entraînera la mort (Nock, 2010; Hamza et coll., 2012; Hill et coll., 2011). Bien que les idées suicidaires soient plus communes que les tentatives de suicide et que le suicide lui-même (Cusimano et Sameem, 2011), elles sont étroitement liées aux tentatives de suicide et on devrait les reconnaître comme un signe important de la nécessité de mesures d'intervention et de prévention (Fergusson et coll., 2005).

Le comportement suicidaire est un geste de comportement infligé d'automutilation dans l'intention de mourir. Les termes « tentative de suicide » et « mort par suicide » répondent tous les deux à cette définition (Andover et Gibb, 2010; Hamza et coll., 2012). Bien que le comportement suicidaire implique une certaine intention de mourir, la force et la clarté de l'intention peuvent varier. Les jeunes qui sont suicidaires sont souvent ambivalents devant la vie et la mort, et ont des doutes quant au suicide comme solution à leurs problèmes. Cette ambivalence est un axe d'intervention important pour les personnes qui risquent de se suicider.

■ *Mythes des idées et des comportements suicidaires*

Des informations erronées sur les idées et les comportements suicidaires peuvent interférer avec la capacité du personnel scolaire à répondre de manière appropriée aux signes d'un élève à risque. Le tableau ci-dessous présente quelques-uns des mythes courants sur le suicide et des renseignements précis pour éviter toute confusion.

MYTHES	FAITS
<p>Mythe 1 – Fournir aux élèves des informations sur le suicide et sur les méthodes de suicide ou leur demander s'ils songent au suicide peut leur mettre dans la tête l'idée du suicide, leur suggérer des moyens de le faire et augmenter la probabilité d'une tentative de suicide.</p>	<p>Les recherches montrent que c'est faux. Donner des renseignements de manière appropriée et demander à l'élève dans quel état d'esprit il se trouve montre de la compassion et une sensibilité dont l'élève a peut-être grand besoin.</p>
<p>Mythe 2 – Si une personne qui n'a jamais tenté de se suicider parle de suicide, cela signifie qu'elle ne va pas faire de tentative de suicide.</p>	<p>Faux. Une discussion qui indique qu'une personne pense au suicide devrait être prise très au sérieux, parce que c'est un des plus importants avertissements. Selon les recherches, le fait de parler souvent de sa propre mort est un sérieux signe avant-coureur.</p>
<p>Mythe 3 – La majorité des suicides chez les jeunes arrive de façon inattendue, sans avertissement.</p>	<p>Ce n'est pas nécessairement vrai. Les signes précurseurs peuvent être difficiles à détecter, mais d'après les recherches, neuf fois sur dix, il y a des facteurs de risque ou des signes précurseurs qui précèdent une tentative de suicide.</p>
<p>Mythe 4 – Tous les adolescents qui ont un comportement suicidaire souffrent de maladie mentale.</p>	<p>Faux. Toutefois, il est vrai qu'environ 90 % de tous les adolescents qui meurent par suicide ont eu vraisemblablement un trouble mental (p. ex., dépression, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, troubles de comportement, état de stress post-traumatique, toxicomanie).</p>
<p>Mythe 5 – Un comportement suicidaire dépend des gènes d'une personne.</p>	<p>Faux. Aucun gène n'a été associé à une prédisposition au suicide jusqu'à présent. Toutefois, un taux élevé de comportement suicidaire a été détecté chez les vrais jumeaux (identiques) lorsque l'un des jumeaux meurt à la suite d'un suicide. Il faudrait étudier des jumeaux identiques élevés séparément pour comprendre le rôle de la génétique et les influences du milieu. Les facteurs de risque liés à certains problèmes de maladie mentale et qui augmentent le risque de comportement suicidaire, comme la dépression, ont une composante génétique.</p>
<p>Mythe 6 – Le comportement suicidaire se retrouve seulement chez les jeunes des milieux défavorisés.</p>	<p>Faux. On retrouve le comportement suicidaire chez des gens de tous les milieux socio-économiques.</p>

Source : Traduction des informations provenant de Doan et coll., 2012d; Sellen, 2010

Quelles sont les manifestations des idées et des comportements suicidaires?

Les signes d'idées et de comportements suicidaires peuvent être subtils et difficiles à reconnaître (Sellen, 2010). De même, les idées et les comportements suicidaires peuvent être aigus ou chroniques. Les signes et les comportements varient d'une personne à l'autre et dépendent du niveau de stress qui est ressenti. Beaucoup de jeunes qui sont suicidaires présentent quelques indices de leur détresse ou admettent avoir des idées et des sentiments suicidaires. En fait, on sait qu'au moins 80 % environ des adolescents qui meurent par suicide ont donné des indices de leur état d'esprit avant de passer à l'acte (Sellen, 2010; Doan et coll., 2012d) et que lorsque des jeunes admettent avoir des idées suicidaires, il est bien plus probable qu'ils en parlent à leurs pairs (Gould et Kramer, 2001). Malgré cela, et toujours selon les recherches, 33 % des jeunes femmes et 45 % des jeunes hommes qui ont des idées ou un comportement suicidaires *n'en parlent à personne*.

■ *Signes précurseurs*

Étant donné la fréquente réticence des élèves à parler de leurs idées et de leurs comportements suicidaires, il est important que les parents, le personnel scolaire, les pairs et les professionnels de la santé mentale reconnaissent et comprennent les signes précurseurs d'un élève à risque. Parmi les signes identifiables par les autres personnes, il y a les communications orales ou écrites (y compris les textes en ligne), certains comportements spécifiques, des changements de comportement ou des événements stressants ou des crises susceptibles d'être des déclencheurs. La liste ci-dessous donne un aperçu des signes précurseurs les plus courants. Il demeure toutefois qu'en dépit de toute vigilance, personne ne peut prédire un comportement suicidaire avec certitude.

Certains des signes précurseurs mentionnés ci-dessous sont les mêmes ou sont similaires à ceux que l'on retrouve chez un élève triste, inquiet ou en proie à la dépression. Les symptômes associés à la dépression constituent aussi des facteurs de risque qui peuvent contribuer aux idées et aux comportements suicidaires (Doan et coll., 2012b).

Les signes précurseurs

sont, par définition, une humeur et un comportement qui indiquent qu'un enfant ou un jeune risque de s'automutiler dans un avenir proche.

SIGNES PRÉCURSEURS

Changements de comportement de l'élève face à ses études, à ses intérêts et aux autres, comme :

- Éloignement de ses amis et de sa famille;
- Perte d'intérêt pour les activités sociales;
- Refus de se retrouver seul;
- Refus d'être touché;
- Baisse de la qualité du travail et du rendement scolaires;
- Absences fréquentes de l'école;
- Indifférence, voire laisser-aller quant à son apparence personnelle.

Symptômes et changements qui indiquent une dépression ou d'autres troubles de santé mentale, comme :

- Irritabilité;
- Changements dans les habitudes d'alimentation et de sommeil;
- Perte d'intérêt pour les activités agréables ou pour les choses que l'élève aimait;
- Plaintes fréquentes concernant des symptômes physiques (p. ex., maux d'estomac, maux de tête, fatigue) qui pourraient être liés à des difficultés affectives;
- Changement marqué de la personnalité et des changements d'humeur importants;
- Sentiments de tristesse, de vide ou de désespoir (parfois exprimés dans les travaux écrits);
- Difficulté à se concentrer;
- Problèmes de jugement et de mémoire;
- Difficulté à dormir;
- Accès de colère et de rage;
- Problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues;
- Troubles des conduites.

Comportements impulsifs ou dangereux, comme :

- Utilisation excessive de drogues ou d'alcool;
- Promiscuité sexuelle;
- Gestes de rébellion violents ou inhabituels, comportement téméraire;
- Comportements dangereux ou prédisposition aux accidents, se placer dans une position vulnérable (p. ex., jouer au « jeu du premier qui se dégonfle » sur la route);
- Absence de peur.

Comportements suicidaires, comme :

- Recherche comment se blesser ou mettre fin à ses jours;
- Abandon de ses biens préférés;
- Planification de sa mort et de ses dernières dispositions;

suite...

SIGNES PRÉCURSEURS

...suite

- Agitation, insomnie, cauchemars (chez un élève prêt à faire une tentative de suicide);
- Tentatives répétées de suicide;
- Comportement d'automutilation (p. ex., se couper).

Communications orales ou écrites, comme :

- Discussions sur le suicide ou sur un « plan pour se suicider »;
- Utilisation fréquente d'expressions sur le suicide (p. ex., « je vais me tuer » ou « je n'aurais pas dû venir au monde »);
- Commentaires oraux ou écrits sur le désir de mourir (p. ex., « j'aimerais mieux être mort », messages dans des notes ou des poèmes qui suggèrent que l'élève se débat avec ce problème, notes de suicide interactives sur Internet);
- Préoccupation de la mort exprimée par l'écrit, les arts ou dans les conversations;
- Plaintes d'être une mauvaise personne ou de se sentir « pourri à l'intérieur »;
- Déclarations de désespoir, d'impuissance, d'inutilité, d'être « irrécupérable »;
- Déclarations indiquant que la vie ne sert à rien, est inutile ou n'est qu'une suite de difficultés;
- Attentes trop élevées ou irréalistes à son propre égard;
- Indices verbaux (p. ex., « je ne serai plus un problème bientôt », « plus rien n'a d'importance », « ça ne sert à rien » ou « je ne te reverrai plus »);
- Déclarations de soudaine joie après une période de dépression. Cela peut signifier que l'élève éprouve un sentiment de soulagement parce qu'il a décidé d'échapper à tous ses problèmes en mettant fin à ses jours et en passant à l'acte.

(Adaptation et traduction des informations provenant de Doan et coll., 2012b; Sellen, 2010; HWDSB, 2009)

Remarque - Cette liste ne donne que quelques exemples; elle n'est pas exhaustive et ne devrait pas servir à des fins de diagnostic.

Que peut faire le personnel scolaire?*

Il faut savoir reconnaître les signes précurseurs, mais pour prendre les mesures appropriées, il faut aussi connaître la procédure à suivre pour que l'enfant ou le jeune reçoive l'aide appropriée. Les écoles sont en bonne position pour concentrer leurs efforts sur le soutien aux élèves aux prises avec des problèmes de santé mentale et pour intervenir avant qu'il ne soit trop tard.

* Pour toute information concernant la confidentialité des informations, voir l'encadré en page 15.

Le personnel scolaire est bien placé aussi pour dépister chez les élèves des signes de problèmes de santé mentale ou d'idées et de comportements suicidaires. Étant donné que 90 % de tous les décès par suicide sont associés à une maladie mentale qui n'a pas été traitée, il est extrêmement important de reconnaître les signes associés à des troubles mentaux (p. ex., symptômes de dépression, problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues) (Cornwell et coll., 1996; Harris et Barraclough, 1997; Shaffer et coll., 2001). Selon les recherches, de 40 à 80 % des jeunes qui ont des idées suicidaires ou qui ont fait des tentatives de suicide et 60 % des jeunes qui sont morts par suicide ont eu des symptômes de dépression (Barbe et coll., 2004). Les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues, et les problèmes de comportement sont aussi des indicateurs d'un risque suicidaire potentiel (Shaffer et coll., 2001).

Le personnel scolaire peut aider les élèves à trouver les sources pour obtenir de l'aide et des traitements. Les écoles devraient s'assurer que les informations comme les centres d'intervention en cas de crise, les numéros d'urgence et les lignes d'écoute téléphonique, sont facilement disponibles. Les lignes d'écoute en particulier permettent un accès rapide et simple, tout en assurant la confidentialité (Doan et coll., 2012c).

Il existe pour le personnel scolaire des programmes de prévention et de formation pour apprendre à reconnaître et à aider les élèves qui présentent un risque. Certains conseils scolaires disposent aussi de programmes de sensibilisation au suicide à l'intention des élèves. Cependant jusqu'à présent, il existe peu d'information sur l'efficacité de tels programmes (Doan et coll., 2012c, p. 3). Si certaines recherches indiquent que les programmes de prévention du suicide offerts dans les écoles peuvent contribuer à sensibiliser et à rechercher de l'aide, il n'existe cependant aucune donnée indiquant qu'ils permettent une réduction du taux de suicide (Cusimano et Sameen, 2011).

■ *Pour une bonne santé mentale en classe...*

Les efforts pour aider les élèves à risque commencent avant tout par la création d'un environnement favorisant le bien-être mental et affectif de tous les élèves. Voir les stratégies suivantes.

STRATÉGIES POUR CRÉER UN ENVIRONNEMENT POSITIF EN CLASSE POUR TOUS LES ÉLÈVES

- S'efforcer de créer un climat scolaire sécuritaire et positif, ainsi qu'un environnement où les élèves sentent qu'ils peuvent exprimer leurs sentiments. Encourager les élèves à indiquer si eux-mêmes ou leurs pairs éprouvent des difficultés, sont troublés ou montrent des signes d'automutilation.
- Montrer de saines habiletés d'adaptation et partager des idées sur la façon de gérer le stress scolaire et les autres formes de stress.
- Concentrer les efforts sur l'aide aux élèves afin qu'ils développent de bonnes habiletés d'adaptation qui peuvent être considérées comme des facteurs de protection (p. ex., habiletés sociales, résolution de conflit, adaptation, résolution de problème, recherche d'aide).
- Trouver des façons d'augmenter le sentiment d'appartenance des élèves à l'école (p. ex., en leur offrant un rôle d'assistant au bureau, en classe ou dans le corridor, ou en tant que représentant des comités d'école).
- Être disponible pour se mettre à l'écoute des élèves et les soutenir.
- Promouvoir le développement de bonnes aptitudes à communiquer, dont la capacité d'exprimer les difficultés affectives.
- Offrir aux élèves des occasions de participer à des activités qui ont de l'importance pour eux et qui aident à promouvoir le bien-être et à réduire les risques aussi bien physiques que mentaux.
- Trouver des façons d'intéresser les élèves aux activités sociales ou parascolaires susceptibles de leur donner le sentiment de faire une contribution importante.

(Adaptation et traduction des informations provenant de CYMHIN-MAD, 2010; Joiner et Ribeiro, 2011; Doan et coll., 2012c)

■ *Pour aider les élèves qui manifestent des signes d'idées et de comportements suicidaires...*

Les conseils scolaires devraient disposer d'un protocole pour signaler les problèmes. Lorsqu'un élève semble être à risque, l'administration scolaire aussi bien que le personnel scolaire devrait savoir quoi faire.

Les tableaux 8.2 et 8.3 suivants présentent des stratégies de prévention et de soutien pour s'occuper des élèves qui présentent des signes d'idées et de comportements suicidaires. Le tableau 8.4 fournit une liste d'actions qui risquent d'avoir des conséquences négatives et qui, par conséquent, devraient être évitées.

Tableau 8.2**QUE FAIRE pour aider les élèves qui manifestent des signes d'idées et de comportements suicidaires**

- Connaître d'avance les ressources qui sont disponibles à l'école afin d'être en mesure d'aider les élèves à risque.
- Savoir quel membre de l'équipe-école contacter en cas d'inquiétude ou de crise.
- S'assurer que l'élève n'est pas laissé seul lorsqu'il semble y avoir un risque immédiat ou une inquiétude pour la sécurité de l'élève.
- Informer la direction ou la direction adjointe de l'école, puis ensemble, informer les parents ou le tuteur de l'élève.
- Rester calme (même en cas d'inquiétude ou de crainte).
- Faire preuve d'empathie (tenter de comprendre et de s'intéresser à l'élève), plutôt que de sympathie (être désolé pour l'élève).
- Écouter attentivement et prendre le temps, laisser l'élève parler même s'il y a de longs silences. Une écoute attentive peut avoir un impact direct et réduire dans l'immédiat le risque de suicide.
- Essayer d'éviter de donner des conseils, de juger ou de suggérer des solutions. Répéter à l'élève ce que l'on pense qu'il a exprimé (p. ex, « tu as l'air pris au piège », « on dirait que tu te sens désespéré aujourd'hui »).
- Prendre toujours au sérieux les préoccupations ou les comportements précurseurs. Ne pas minimiser les préoccupations de l'élève. C'est particulièrement important si l'élève a des antécédents d'idées ou de comportements suicidaires.
- Restreindre l'accès de l'élève aux moyens pour se faire du mal.
- S'assurer d'informer l'élève à chaque étape d'une démarche d'aide. Par exemple, ne pas prendre l'élève par surprise en l'accompagnant dans une salle où une équipe de crise de dix personnes l'attend. S'assurer d'expliquer à l'élève ce qui va se passer et les réponses auxquelles il peut s'attendre. Se rappeler qu'une crise suicidaire est une situation chaotique et déroutante. En omettant de réagir et de communiquer d'une façon structurée, on peut, par inadvertance, augmenter le chaos et la confusion, et accentuer ainsi la probabilité de l'élève de refuser de coopérer.
- Poser des questions pour savoir quelles sont les aides (formelles et informelles) disponibles pour l'élève et qui peuvent l'aider à éviter une prochaine crise.

Tableau 8.3**QUE FAIRE pour les élèves qui reviennent en classe après une tentative de suicide ou une hospitalisation pour des problèmes de santé mentale et qui ont des antécédents d'idées ou de comportements suicidaires, ou qui risquent de faire une nouvelle tentative**

- Chercher, en collaboration avec les parents, l'équipe-école et les professionnels de la santé mentale la meilleure façon d'aider l'élève.
- Planifier et mettre en œuvre des mesures visant à renforcer l'estime de soi de l'élève.
- Planifier et mettre en œuvre des mesures pour agrandir le réseau d'aide de l'élève. Une stratégie de diminution du risque peut consister à aider l'élève à rétablir des liens avec une aide ou une ressource déjà existantes.
- Reconnaître qu'il peut être difficile de rétablir une communication avec un élève après une tentative de suicide ou une hospitalisation pour des problèmes de santé mentale.

Source des tableaux 8.2, 8.3 et 8.4 : Traduction adaptée des informations provenant de (1) J. Doan, A. LeBlanc, K.J. Lazear et S. Roggenbaum, *The Youth Suicide Prevention School-based Guide – Issue Brief 6c: Intervention Strategies : Responding to a Student Crisis* (FMHI Series Publication #218-6c-Rev-2012) (Tampa, FL: University of South Florida, The Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, 2012), disponible en anglais seulement au <http://theguide.fmhi.usf.edu/>; (2) HWDSB (Hamilton-Wentworth District School Board), *Prévention du suicide*

Tableau 8.4**CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE lorsqu'un élève manifeste des signes d'idées et de comportements suicidaires**

- NE PAS promettre de garder secret le comportement suicidaire de l'élève.
- NE PAS donner de réponses toutes faites ni tenir des propos rassurants et vides, du genre « tout va bien aller ».
- NE PAS tenter d'utiliser la psychologie inversée, comme « Si tu as tellement envie de te suicider, fais-le. »
- NE PAS présumer que la personne n'est pas du « type » suicidaire. N'importe qui peut être suicidaire.
- NE PAS paniquer.
- NE PAS se montrer choqué. L'élève pourrait alors se sentir encore plus mal (c'est-à-dire présumer que la situation est si désespérée que personne ne peut rien faire pour l'aider), détruire toute chance d'établir un contact et créer une distance.
- NE PAS faire de sermon à l'élève sur la valeur de la vie ou sur l'effet qu'un acte aussi tragique risque d'avoir sur sa famille et ses amis. Certaines de ces personnes contribuent peut-être justement à la crise suicidaire de l'élève et ce dernier voit peut-être le suicide comme une façon de leur faire mal.
- NE PAS s'en faire s'il y a des silences pendant la discussion. Indiquer à l'élève qu'on est là pour lui et qu'on l'écoute.
- NE PAS sous-estimer ni minimiser la gravité du problème. Cela indiquerait à l'élève un non-respect de ses sentiments ou qu'il n'est pas pris au sérieux. Prendre les choses à la légère risque de renforcer chez lui le sentiment que personne ne le comprend ni ne s'occupe de lui. Ne pas présumer que l'élève cherche à attirer l'attention par son comportement. Assumer que le danger est réel. Il vaut beaucoup mieux prendre l'élève au sérieux que ne pas agir.

Source : Voir ci-dessus, page 145.

■ *Stratégies de postvention (interventions postérieures)*

C'est la communauté tout entière qui doit réagir en cas de suicide. Les conseils scolaires et les services de santé communautaires de langue française doivent travailler en étroite collaboration pour planifier une réponse systématique, pertinente et appropriée au suicide d'un élève (adaptation de Doan et coll., 2012c). La réaction peut être une équipe d'intervention d'urgence déployée à l'école afin d'offrir un soutien différencié aux élèves et au personnel, ainsi qu'une équipe de personnel de soutien plus grande pour la logistique, les relations avec les médias et la prise de décision. Selon les recherches, il peut y avoir un effet de contagion – c'est-à-dire que les élèves qui sont déjà susceptibles d'avoir des idées et un comportement suicidaires courent un risque accru après le suicide d'un de leurs pairs. Il convient donc qu'une postvention (intervention après la crise) soit soigneusement planifiée et gérée.

Les actions que le personnel scolaire peut entreprendre s'inscrivent dans une réponse globale. Le personnel scolaire devrait donc se familiariser avec les politiques et les procédures du conseil scolaire et de l'école en cas de suicide d'un élève. Il devrait aussi :

- savoir qu'il est naturel de se sentir mal à l'aise, désarmé, triste, coupable ou anxieux lorsque survient un suicide;

- bien surveiller ses propres réactions et assurer son propre bien-être;
- collaborer avec ses collègues de l'école pour formuler des réponses appropriées aux questions que poseront des élèves. Si l'on n'est pas certain de savoir comment répondre à une question, il vaut mieux le dire à l'élève qui a posé la question. Mettre les élèves en contact avec un professionnel de la santé mentale pour répondre à ce genre de situation;
- faire savoir aux élèves que leurs sentiments sont respectés et qu'ils peuvent en parler, peu importe à quel point ces sentiments peuvent faire peur.

(Traduction des informations provenant de McTaggart et Szatmari, 2012)

Informations générales

■ Quelles sont les causes des idées et d'un comportement suicidaires?

On définit les **facteurs de risque** comme étant les facteurs qui sont susceptibles d'augmenter la probabilité qu'une personne ait des idées suicidaires, fasse une tentative de suicide ou meure par suicide. Ils comprennent les événements ou les sources de stress dans la vie de l'enfant ou du jeune, ainsi que les problèmes qui persistent depuis un certain temps.

Divers facteurs de risque liés de façon complexe peuvent déclencher des idées ou des comportements suicidaires. Quelques-uns de ces facteurs sont indiqués ci-dessous.

« Imaginez que vous devez jongler avec une, deux, puis trois, puis quatre balles de tennis... Maintenant, imaginez que chaque balle représente un facteur de risque. Au fur et à mesure que les jeunes sont exposés à un nombre de plus en plus important de risques, ils ne peuvent plus fonctionner normalement. »

(Sellen, 2010, p. 11)

Facteurs de risque individuels

Voici quelques-uns de ces facteurs :

- Antécédents d'idées ou de comportements suicidaires. (Remarque : les tentatives de suicide sont l'indicateur le plus fiable de tentatives de suicide ou de suicide ultérieurs chez les adolescents);
- Mauvaise santé physique ou handicap (p. ex., maladie chronique);
- Violence physique, affective ou sexuelle;
- Mauvaise santé mentale (p. ex., dépression, alcoolisme et toxicomanie, troubles des conduites). (Remarque : Selon les recherches, le suicide survient le plus souvent chez les adolescents souffrant de troubles dépressifs ou de troubles mentaux non diagnostiqués);
- Sentiment de désespoir, d'isolement ou d'aliénation;
- Sentiment de rejet, d'humiliation, de honte, de rage ou désir de vengeance;

suite...

...suite

- Comportement caractérisé par une prise de risques;
- Piètre performance scolaire;
- Fugue, itinérance passagère;
- Comportement agressif ou impulsif;
- Problèmes de stress à la maison ou à l'école (p. ex., fin d'une relation);
- Problèmes juridiques ou disciplinaires;
- Accès à des armes et à d'autres moyens de s'infliger des blessures;
- Intimidation (Remarque : Les idées et les comportements suicidaires sont courants chez les élèves qui font l'objet d'intimidation).

Facteurs de risque démographiques

Voici quelques-uns de ces facteurs :

- Être de sexe masculin (pour la mort par suicide);
- Être de sexe féminin (pour les tentatives de suicide);
- Être lesbienne, gai, bisexuel, transgenre ou « queer » (LGBT);
- Être autochtone.

Facteurs de risque familiaux et environnementaux

Voici quelques-uns de ces facteurs :

- Antécédents familiaux de problème de santé mentale;
- Problèmes familiaux (p. ex., séparation ou divorce difficiles, violence familiale, mort d'un parent);
- Consommation abusive de drogues ou d'alcool par un parent;
- Attentes très basses ou très élevées;
- Chômage des parents ou pauvreté familiale;
- Exposition au comportement suicidaire d'amis ou de connaissances, ou par les médias sociaux. Remarque : Le risque d'avoir des idées ou un comportement suicidaires peut augmenter en cas d'exposition à une tentative de suicide ou à un décès; le facteur de contagion touche davantage les jeunes que les autres groupes d'âge;
- Changements survenant dans les relations (p. ex., décès d'un ami ou d'un membre de la famille, fin d'une relation amoureuse);
- Expérience de victimisation ou d'intimidation (p. ex., en personne, par les médias sociaux);
- Manque de soutien (réel ou perçu) de la part des membres de la famille;
- Perte de statut (réelle ou perçue) parmi les amis;
- Itinérance;
- Stress lié à des contraintes ou à des événements récents. Remarque : Événements ou facteurs de risque spécifiques (p. ex., échec à un test, divorce des parents) qui peuvent servir de déclencheurs et qui, sans être la seule cause des idées et du comportement suicidaires, peuvent être la fin pour un enfant ou un jeune stressé pour diverses raisons.

(Adaptation et traduction des informations provenant de Spirito et Esposito-Smythers, 2006; Bridge et coll., 2012; CDC, 2001; HWDSB, 2009; Sellen, 2010; Doan et coll., 2012b pour d'autres références)

Les facteurs de protection

ont généralement pour effet d'augmenter l'estime de soi, les compétences, les habiletés sociales et les capacités d'adaptation, et de réduire la probabilité qu'un enfant ou un jeune ait des idées suicidaires ou tente de se suicider.

■ Facteurs de protection

Les facteurs qui rendent l'élève plus susceptible d'avoir des idées et un comportement suicidaires peuvent être neutralisés par plusieurs facteurs de protection qui permettent à l'élève de mieux réagir face au stress.

Facteurs de protection

Voici quelques-uns de ces facteurs :

- Cohésion familiale et attachement à la famille ou aux proches qui fournissent un soutien affectif;
- Accès à des adultes qui sont affectueux et prêts à aider;
- Sentiment d'avoir des liens avec l'école et la communauté, sentiment d'appartenance;
- Rapports positifs avec les pairs prosociaux;
- Intégration sociale et occasions de participer à des interactions;
- Milieu offrant une discipline appropriée, une structure et l'imposition de limites;
- Accès limité aux moyens de se suicider;
- Milieu de vie stable;
- Accès à de bons soins pour les troubles mentaux et physiques ou les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues;
- Responsabilité envers une personne ou un animal de compagnie;
- Croyances religieuses ou culturelles qui découragent l'automutilation;
- Participation à des sports, en particulier aux sports d'équipe;
- Attitude résiliente;
- Personnalité sociable;
- Bonne santé mentale;
- Bonnes habiletés d'adaptation;
- Occasions de développer une estime de soi;
- Capacité à demander de l'aide ou des conseils;
- Capacité raisonnable à contrôler ses impulsions;
- Bonne capacité à résoudre les problèmes et les conflits, une certaine aptitude à la vie quotidienne et à la communication;
- Sens de sa propre valeur, confiance en ses propres capacités de réussir.

Source : Traduction des informations provenant de J. Doan, A. LeBlanc, S. Roggenbaum et K.J. Lazear et *The Youth Suicide Prevention School-based Guide – Issue Brief 3a: Risk Factors : Risk and Protective Factors, and Warning Signs #218-3aRev-2012* (Tampa, FL: University of South Florida, The Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, 2012), disponible en anglais seulement au <http://theguide.fmhi.usf.edu/>

■ *Quelle est la fréquence des pensées et des comportements suicidaires?*

Au Canada, le suicide est la deuxième cause de décès, après les accidents, chez les jeunes âgés de 10 à 34 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2012). On note toutefois que le taux de suicide augmente chez les adolescents âgés de 12 à 18 ans (CDC 2011. Pour plus d'informations sur le nombre de décès par suicide chez les enfants et les jeunes au Canada, consulter Statistique Canada, 2009).

Il existe des différences importantes entre le taux d'idées suicidaires et le taux de comportements suicidaires chez les jeunes. En ce qui concerne les idées suicidaires, le taux est deux fois plus élevé chez les filles que chez les garçons et en ce qui concerne les tentatives de suicide, le taux est de trois à quatre fois plus élevé chez les filles que chez les garçons. Cependant, le taux de mort par suicide est jusqu'à cinq fois et demie plus élevé chez les garçons que chez les filles (Hamza et coll., 2012).

BIBLIOGRAPHIE

a) Automutilation

Andover, M.S. et Gibb, B.E. (2010). Nonsuicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178: 101–5.

Andover, M.S.; Primack, J.M.; Gibb, B.E. et coll. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives of Suicide Research*, 14: 79–88.

Baetens, I.; Claes, L.; Muehlenkamp, J. et coll. (2011). Nonsuicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-based survey. *Archives of Suicide Research*, 15(1): 56–7.

Cloutier, P.; Martin, J.; Kennedy, A. et coll. (2010). Characteristics and co-occurrence of adolescent non-suicidal self-injury and suicidal behaviours in pediatric emergency crisis services. *Journal of Youth and Adolescence*, 39: 259–69.

CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.

Doan, J.; LeBlanc, A.; Roggenbaum, S. et coll. (2012). *Youth suicide prevention school-based guide – Issue brief 5: Suicide prevention guidelines*. Tampa, FL:

- University of South Florida. (FMHI Series Publication #218-5-Rev 2012). Disponible en anglais seulement au <http://theguide.fmhi.usf.edu>.
- Gould, M.S. et Kramer, R.A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31: 6–31.
- Hamza, C.A.; Steward, S.L. et Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32: 482-95.
- Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). The self-harmful child – suicide. In *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-And-Publications/The-ABCs-of-Mental-Health.aspx>.
- Jacobson, C.M.; Muehlenkamp, J.J.; Miller, A.L. et coll. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2): 363–75.
- Joiner, T.E. et Ribeiro, J.D. (2011). Assessment and management of suicidal behavior in children and adolescents. *Pediatric Annals*, 40(6): 319–24.
- Mental Health Foundation. (2006). *Truth hurts*. Final report of the National Inquiry into self-harm among young people. Disponible en anglais seulement au <http://www.mentalhealth.org.uk/publications/truth-hurts-report1/>.
- Muehlenkamp, J.J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75: 324–33.
- Muehlenkamp, J.J. et Gutierrez, P.M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34: 12–22.
- Muehlenkamp, J.J. et Gutierrez, P.M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11: 69–82.
- Nixon, M.K.; Cloutier, P. et Jansson, S.M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal* (January 29): 306–12.
- Nock, M.K. (2012). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6: 339–63.
- Sellen, J. (2010). *Understanding self-harm and suicide amongst young people*. A West Sussex guide for professionals developed in collaboration with Horsham District Council, West Sussex Local Safeguarding Children Board.
- Stanley, B.; Gameroff, M.J.; Michalsen, V. et coll. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158: 427–32.

b) Suicide

Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Analyse des données de Statistique Canada sur la mortalité*. Ottawa : auteur.

American Academy of Pediatrics. (2008). Teen suicide. *Facts for Families, No. 10*. Disponible en anglais seulement au http://www.aacap.org/galleries/FactsForFamilies/10_teen_suicide.pdf.

Andover, M.S. et Gibb, B.E. (2010). Nonsuicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 178*: 101–5.

Barbe, R.P.; Bridge, J.; Birmaher, B.I. et coll. (2004). Suicidality and its relationship to treatment outcome in depressed adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*: 44–55.

Borowsky, I.W.; Ireland, M. et Resnick, M.D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics, 107*(3): 485–93.

Brent, D.A.; Baugher, M.; Bridge, J. et coll. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(12): 1497–1505.

Bridge, J.A.; McBee-Strayer, S.M.; Cannon, E.A. et coll. (2012). Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(4): 394–403.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2001). School health guidelines to prevent unintentional injuries and violence. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 50*: RR–22.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2009). Youth risk behavior survey (2009): Trends in the prevalence of suicide-related behaviors. National Youth Risk Behaviour Survey: 1991–2009. Disponible en anglais seulement au http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/pdf/us_suicide_trend_yrbs.pdf.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2010). Youth risk behavior surveillance — United States, 2009 surveillance summaries. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 59* (No. SS-5). Disponible en anglais seulement au <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5905a1.htm>.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2011). Injury prevention & control: Data & statistics (WISQARS). Disponible en anglais seulement au <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.

Cole, D.A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: Hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98*: 248–55.

- Conwell, Y.; Duberstein, P.R.; Cox, C. et coll. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153(8): 1001–08.
- Crawford, M.J.; Thana, L.; Methuen, C. et coll. (2011). Impact of screening for risk of suicide: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(5): 379–84. doi:10.1192/bjp.bp.110.083592.
- Cusimano, M.D. et Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: A systematic review. *Injury Prevention*, 17: 43–49. Disponible en anglais seulement au <http://www.injuryprevention.bmj.com/content/17/1.toc>.
- CYMHIN-MAD (Réseau d'information en santé mentale pour enfants et ados). (2010). *Les interventions qui comptent – Guide sur les problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes à l'intention du personnel enseignant*. 3^e éd. Disponible au <http://cymhin.offordcentre.com/downloads/Les%20interventions%20qui%20comptent.pdf>.
- Doan, J.; LeBlanc, A.; Lazear, K.J. et coll. (2012a). *Youth suicide prevention school-based guide – Issue brief 6c: Intervention strategies: Responding to a student crisis*. Tampa, FL: University of South Florida. (FMHI Series Publication #218-6c-Rev 2012). Disponible en anglais seulement au <http://theguide.fmhi.usf.edu>.
- Doan, J.; LeBlanc, A.; Roggenbaum, S. et coll. (2012b). *Youth suicide prevention school-based guide – Issue brief 3a: Risk factors, risk and protective factors, and warning signs*. Tampa, FL: University of South Florida. (FMHI Series Publication #218-3a-Rev 2012). Disponible en anglais seulement au <http://theguide.fmhi.usf.edu>.
- Doan, J.; LeBlanc, A.; Roggenbaum, S. et coll. (2012c). *Youth suicide prevention school-based guide – Issue brief 5: Suicide prevention guidelines*. Tampa, FL: University of South Florida. (FMHI Series Publication #218-5-Rev 2012). Disponible en anglais seulement au <http://theguide.fmhi.usf.edu>.
- Doan, J.; Roggenbaum, S. et Lazear, K.J. (2012d). *Youth suicide prevention school-based guide – True/False checklist 1t: Information dissemination in schools – The facts about adolescent suicide*. Tampa, FL: University of South Florida. (FMHI Series Publication #219-1t-Rev 2012). Disponible en anglais seulement au <http://theguide.fmhi.usf.edu>.
- Fergusson, D.M.; Horwood, L.J.; Ridder, E.M. et coll. (2005). Suicidal behavior in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35: 983–93.
- Gould, M.S.; Greenberg, T.; Velting, D.M. et coll. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4): 386–405.

- Gould, M.S. et Kramer, R.A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31: 6–31.
- Hamza, C.A.; Steward, S.L. et Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32: 482–95.
- Harris, E.C. et Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A metaanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 170: 205–28.
- Hill, R.M.; Castellanos, D. et Pettit, J.W. (2011). Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: A review. *Clinical Psychology Review*, 31: 1133–44.
- Hincks-Dellcrest-ABCs. (sans date). The self-harmful child – suicide. In *The ABCs of mental health*. Disponible en anglais seulement pour le moment au <http://www.hincksdellcrest.org/Home/Resources-And-Publications/The-ABCs-of-Mental-Health.aspx>.
- HWDSB (Hamilton Wentworth District School Board). (2009). *Prévention du suicide – Guide de référence rapide pour les écoles*. (Avril). Disponible au http://old.hamilton.ca/phcs/teachers/Docs/SuicidePrevention_SchoolQuickReferenceGuide_French.pdf.
- Joiner, T.E. et Ribeiro, J.D. (2011). Assessment and management of suicidal behavior in children and adolescents. *Pediatric Annals*, 40(6): 319–24.
- King, K.A. (1999). Fifteen prevalent myths about adolescent suicide. *Journal of School Health*, 69(4): 159–61.
- King, K.A. (2001). Developing a comprehensive school suicide prevention program. *Journal of School Health*, 71(4): 132–37.
- Liu, X. (2004). Sleep and adolescent suicidal behavior. *Sleep*, 27(7): 1351–58.
- McTaggart, J. et Szatmari, P. (2012). It's hard to talk to your kids about suicide. *Hamilton Spectator* (June 28). Disponible en anglais seulement au <http://www.thespec.com/living/healthfitness/article/750867--it-s-hard-to-talk-to-your-kids-about-suicide>.
- Marttunen, M.J.; Aro, H.M. et Lonnqvist, J.K. (1992). Adolescent suicide: Endpoint of long-term difficulties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 649–54.
- NadeemSheryl, E.; Kataoka, S.H.; Chang, V.Y. et coll. (2011). The role of teachers in school-based suicide prevention: A qualitative study of school staff perspectives. *School Mental Health*, 3: 209–21.
- Nock, M.K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6: 339–63.

Posner, K.; Melvin, G.A.; Stanley, B. et coll. (2007). Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectrums*, 12: 156–62.

Rotheram-Borus, M.J.; Piacentini, J.; Van Rossem, R. et coll. (1999). Treatment adherence among Latino female adolescent suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29: 319–31.

Rudd, M.D.; Berman, A.L.; Joiner, T.E. et coll. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3): 255–62.

Sellen, J. (2010). *Understanding self-harm and suicide amongst young people*. A West Sussex guide for professionals developed in collaboration with Horsham District Council, West Sussex Local Safeguarding Children Board.

Shaffer, D.; Gould, M.S.; Fisher, P. et coll. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53: 339–48.

Shaffer, D.; Pfeffer, C. R. et Work Group on Quality Issues. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (Suppl. 7): 24S–51S.

Sjöström, N.; Waern, M. et Hetta, J. (2007). Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep*, 30(1): 91–95.

Skinner, R. et McFaul, S. (2012). Suicide among children and adolescents in Canada: Trends and sex differences, 1980–2008. *Canadian Medical Association Journal*, 184(9): 1029–34.

Spirito, A. et Esposito-Smythers, C. (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2: 237–66.

Statistique Canada. (2009). Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge (Nombres pour les deux sexes). Disponible au <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/hlth66a-fra.htm>.

Taliaferro, L.A. et Borowsky, I.W. (2011). Physician education: A promising strategy to prevent adolescent suicide. *Academic Medicine*, 86(3): 342–47.

Zenere, F.J. et Lazarus, P.J. (1997). The decline of youth suicidal behavior in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4): 387–403.

Annexe A :

Initiatives provinciales apparentées

Initiatives centrées sur la santé mentale

Le Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents a publié en 2010 le document de politique *Taking Mental Health to School : A Policy-Oriented Paper on School Mental Health in Ontario* (résumé en français : *La santé mentale à l'école : Politiques et santé mentale en milieu scolaire en Ontario*) et son complément *Scanning the Practice Landscape in School-Based Mental Health* (résumé en français : *Aperçu global de la pratique en matière de santé mentale dans le milieu scolaire*). Le premier document fournit une critique de la littérature sur la santé mentale en milieu scolaire et le second indique les pratiques probantes et les programmes qui sont liés à une bonne santé mentale et au bien-être des élèves. *L'Aperçu* s'appuie sur une série d'entrevues avec les leaders clés des écoles ontariennes et met en évidence à la fois les points forts et les besoins en santé mentale dans les écoles de la province. Ces deux documents fournissent aussi des recommandations pour aider au bien-être des élèves au sein des conseils scolaires ontariens.

Initiatives de collaboration

Une autre démarche prise pour soutenir les conseils scolaires et les organismes communautaires dans la création et le renforcement de partenariats est l'Initiative de leadership en matière de soutien aux élèves (ILSÉ) qui a débuté en 2007-2008. Il s'agit d'une initiative intersectorielle du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et du ministère de l'Éducation. Elle met en jeu une collaboration des conseils scolaires provinciaux avec les organismes communautaires et les prestataires de services de santé dans vingt-neuf regroupements. L'objectif consiste à améliorer la communication et l'intégration des systèmes de soins de santé mentale pour les enfants et les jeunes et à fournir des soutiens non scolaires pour promouvoir un comportement positif des élèves. Plusieurs initiatives locales importantes ont été mises sur pied grâce au financement de l'ILSÉ et les regroupements ont partagé leurs innovations dans la communauté de pratique du Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents.

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse a renforcé cette initiative avec l'introduction d'un programme pilote, *Partenaires pour la santé mentale des enfants et des jeunes*, dans quatre communautés. Le programme était conçu pour consolider les partenariats communautaires par des procédures visant à

permettre une intervention précoce et à faciliter la navigation dans le système afin d'avoir accès aux services appropriés. L'ILSÉ et le programme Partenaires pour la santé mentale des enfants et des jeunes forment la base des nouvelles initiatives interministérielles qui sont liées à la Stratégie de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Initiatives concernant l'enseignement

Aussi bien *L'éducation pour tous : Rapport de la Table ronde des experts pour l'enseignement en matière de littératie et de numératie pour les élèves ayant des besoins particuliers de la maternelle à la 6^e année* (2005) que la version provisoire de *L'apprentissage pour tous : Guide d'évaluation et d'enseignement efficaces pour tous les élèves de la maternelle à la 12^e année* (2011) fournissent d'importantes informations sur la façon de promouvoir la santé mentale des élèves en milieu scolaire. Ces documents décrivent trois approches pédagogiques qui servent aussi à promouvoir la santé mentale en classe, à savoir : la conception universelle de l'apprentissage, la différenciation pédagogique et la démarche par étapes de la prévention et de l'intervention précoces.

Utilisées ensemble, la conception universelle de l'apprentissage et la différenciation pédagogique permettent au personnel scolaire de réagir efficacement aux points forts et aux besoins de tous les élèves. La conception universelle de l'apprentissage fournit de grands principes pour planifier l'enseignement à un groupe diversifié d'élèves et la différenciation pédagogique permet de cibler des habiletés et des difficultés spécifiques. Les deux approches recommandent d'utiliser une variété de stratégies d'enseignement, de ressources, d'activités et d'outils d'évaluation afin de répondre aux points forts, besoins, niveaux de préparation et styles ou préférences d'apprentissage diversifiés des élèves dans la classe.

La démarche par étapes s'applique facilement à la santé mentale des élèves. Elle prévoit premièrement la création d'un milieu positif et bienveillant dans l'école et la classe, ce dont profiteront tous les élèves, deuxièmement la programmation de la prévention pour les élèves à risque et troisièmement l'intervention, y compris des références externes, pour les élèves en détresse. Le Guide décrit les stratégies qui sont les plus pertinentes au niveau de la programmation universelle et de la prévention et permet d'aider le personnel enseignant à dépister les élèves qui ont besoin du soutien supplémentaire d'un professionnel de la santé mentale.

DÉMARCHE PAR ÉTAPES POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ MENTALE EN MILIEU SCOLAIRE

Domaine du traitement
en santé mentale

Domaine de
l'engagement
de l'élève et de la
promotion de la
santé mentale

Promotion de la santé mentale
Efforts d'engagement de l'élève
Apprentissage socio-émotionnel
dans l'école ou la classe
(universel)

Prévention pour
les élèves à risque
(ciblé)

Soutien pour
les élèves
en détresse
(clinique)

Étape 3

Étape 2

Étape 1

Santé mentale dans le curriculum de l'Ontario

Nombreuses sont les occasions qui s'offrent aux élèves de découvrir les différents aspects de la santé mentale et du bien-être émotionnel dans le curriculum de l'Ontario depuis la maternelle jusqu'à la 12^e année d'études. Grâce au processus de révision du curriculum, ces sujets ont été étayés dans le document du palier élémentaire *Éducation physique et santé* (version provisoire révisée de 2010), dans le *Programme d'apprentissage à temps plein de la maternelle et du jardin d'enfants* (version provisoire, 2010-2011) ainsi que dans les ébauches provisoires du palier secondaire en éducation physique et en santé, et en sciences humaines et sociales (non publiées).

Pour les enfants de la maternelle et du jardin d'enfants, le *Programme d'apprentissage à temps plein* insiste sur l'aide à leur apporter afin qu'ils acquièrent des aptitudes à la maîtrise de soi et qu'ils créent leurs propres motivations intérieures pour s'adapter et pour comprendre les demandes aussi bien sociales qu'émotives.

Dans le programme-cadre du palier élémentaire *Éducation physique et santé*, le concept de santé mentale a été intégré de la 1^{re} à la 8^e année. Si l'emphase est mise sur la promotion de la santé mentale et du bien-être émotionnel plutôt que sur les maladies mentales, on tente cependant de comprendre ces maladies par le biais des soins à apporter aux personnes et de la stigmatisation à réduire. Acquérir des habiletés en résilience et connaître les facteurs protecteurs et les facteurs de risque font partie de l'apprentissage. On y aborde aussi la consommation et l'abus de drogues et d'alcool, les dépendances ainsi que les comportements qui y sont associés, dont le jeu.

La même approche est utilisée au palier secondaire pour l'ébauche révisée *Éducation physique et santé* du curriculum de l'Ontario de la 9^e à la 12^e année (en cours de révision). On aborde aussi la santé mentale au fur et à mesure que sont révisés les cours des programmes-cadres *Sciences humaines et sociales*.

Initiatives concernant le comportement des élèves

Le milieu scolaire exerce une influence considérable sur la santé mentale des élèves. Le document *Bienveillance et sécurité dans les écoles de l'Ontario : La discipline progressive à l'appui des élèves ayant des besoins particuliers, de la maternelle à la 12^e année* (2010) souligne l'importance de promouvoir un comportement positif grâce à une culture scolaire favorisant la bienveillance et la sécurité dans les écoles. Les élèves ayant des troubles de santé mentale ont souvent un comportement déroutant pour le personnel scolaire. Plusieurs des recommandations formulées dans *Bienveillance et sécurité dans les écoles de l'Ontario* sont pertinentes pour le Guide, surtout en ce qui concerne les élèves dont les comportements sont visibles (comportement oppositionnel, agressivité, impulsivité et autres comportements difficiles). Le Guide développe les idées exprimées dans *Bienveillance et sécurité dans les écoles de l'Ontario* afin de préciser les signes et les symptômes des troubles de santé mentale et les stratégies pouvant servir à favoriser la santé mentale et le bien-être des élèves.

Le *Programme d'apprentissage à temps plein de la maternelle et du jardin d'enfants* (http://www.edu.gov.on.ca/fre/curriculum/elementary/kindergarten_french_june3.pdf) favorise le développement social, affectif et cognitif des enfants de l'Ontario, les aide à acquérir des habiletés pour la lecture, l'écriture et les mathématiques dont ils vont avoir besoin pour réussir plus tard, et enfin assure une bonne transition en 1^{re} année. La santé mentale et le bien-être de ces très jeunes enfants est au cœur du programme. Le personnel scolaire ne doit cependant pas oublier que ces enfants ne peuvent pas exprimer entièrement leurs pensées ni leurs sentiments et que cela peut entraîner des difficultés à reconnaître d'éventuels problèmes. Ce personnel doit aussi savoir que les signes de problèmes de santé mentale chez ces enfants peuvent s'avérer être fort différents de ceux chez des jeunes ou des adultes.

■ *Autres initiatives connexes du ministère de l'Éducation*

Aider les enfants et les jeunes dans les écoles exige une collaboration à multiples facettes. Chaque politique et initiative ministérielles de la liste suivante comporte un ou plusieurs éléments qui se rapportent à la santé mentale et au bien-être des élèves.

- Cadre d'apprentissage des jeunes enfants
<http://www.edu.gov.on.ca/gardedenfants/oelf/index.html>
- Cadre d'efficacité pour la réussite de chaque élève à l'école de langue française
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/literacynumeracy/framework.html>
- Écoles saines et sécuritaires
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/teachers/healthyschools.html>
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/safeschools/index.html>
- La voix des élèves
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/students/speakup/index.html>
- Politique d'aménagement linguistique de l'Ontario pour l'éducation en langue française
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/document/policy/linguistique/linguistique.pdf>
- Politique de participation des parents
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/parents/policy.html>
- Programme d'apprentissage à temps plein de la maternelle et du jardin d'enfants (version provisoire)
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/curriculum/elementary/kindergarten.html>
- Stratégie d'éducation des Autochtones
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/aboriginal/index.html>
- Stratégie d'équité et d'éducation inclusive
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/policyfunding/equity.html>
- Stratégie ontarienne en matière de leadership
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/policyfunding/leadership/actionPlan.html>

■ *Ressource du ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse*

- *D'un stade à l'autre : une ressource sur le développement des jeunes (2012)*
<http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/topics/youthopportunities/steppingstones/ressourcdeveloppementdesjeunes.pdf>

Conçu pour aider les personnes qui travaillent avec les jeunes de 12 à 25 ans, ce guide a été élaboré par le gouvernement de l'Ontario en consultation aussi bien avec les chercheurs, que les jeunes et les leaders communautaires, et que les fournisseurs de services.

Annexe B :

Contexte national et international

Plusieurs organismes nationaux et internationaux s'intéressent à la santé mentale en milieu scolaire. On trouvera des ressources et des liens associés à la santé mentale dans les écoles sur des sites hébergés par la Commission de la santé mentale du Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, l'Association canadienne pour la santé mentale, le School Mental Health Project (UCLA, Maryland), la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) et le Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). En outre, l'International Alliance for Child and Adolescent Mental Health in Schools (Intercamhs) a parrainé une enquête internationale menée auprès des directions d'école, l'*International Survey of Principals Concerning Emotional and Mental Health and Well-being*, et les résultats de plusieurs pays sont publiés sur son site Web. De plus en plus, ces groupes travaillent ensemble afin de s'assurer de la complémentarité de leurs efforts.

Le Canada participe aussi au cycle des enquêtes internationales menées tous les quatre ans sur les jeunes de 11 à 15 ans par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans plus d'une quarantaine de pays. Il s'agit de l'*Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire* ou Enquête HBS (Health Behaviour in School-aged Children). Pour plus d'informations sur la dernière enquête à laquelle le Canada – y compris 69 écoles ontariennes – a participé ainsi que sur un sondage canadien, consulter les sites et les rapports canadien et ontarien suivants :

- Agence de la santé publique du Canada : Enquête HBS de l'OMS
<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/school-scolaire/behaviour-comportements/index-fra.php>
- Rapport canadien : La santé des jeunes Canadiens : un accent sur la santé mentale (2011)
<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/hbsc-mentale/index-fra.php>
- Rapport ontarien : La santé et les comportements liés à la santé chez les jeunes : Ontario (2012)
<http://www.edu.gov.on.ca/fre/healthyschools/HBSCReportJan2013Fr.pdf>
- Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants : Comprendre les perspectives du personnel enseignant sur la santé mentale des élèves – Résultats d'un sondage national (2012)
<http://www.ctf-fce.ca/Documents/Priorities/FR/mental%20health/LaSant%C3%A9MentaledesEleves.pdf>
- Douglas, Institut universitaire en santé mentale : Centre collaborateur OMS
<http://www.douglas.qc.ca/section/centre-collaborateur-oms-133>

Annexe C :

Signes d'actions pour la santé mentale

Les signes d'action présentés ci-dessous sont une série d'indicateurs de sérieuses difficultés aussi bien sur le plan affectif, mental, que comportemental qui ont été créés suite à un appel à passer à l'action du « Surgeon General » des États-Unis en 2001. Ce dernier recommandait vivement la création d'une série de signes précurseurs précis qui, lorsqu'observés, justifiaient une évaluation professionnelle additionnelle et une intervention possible (The REACH Institute, *The Action Signs Project*, 2011, p. 4).

Les signes d'action et la trousse à outils ont été créés dans le cadre de l'Action Signs Project, financé par le Center for Mental Health Services et le National Institute of Mental Health du Columbia University/New York State Psychiatric Institute et complétés par les chercheurs du REACH Institute et de la Mayo Clinic. La trousse indique les lignes directrices pour se servir efficacement de ces signes dans un milieu clinique ou scolaire ainsi que pour donner des informations (p. ex., échantillons de scénarios pour démarrer les discussions sur ces signes avec les élèves, dépliants informatifs pour les parents et les jeunes, affiches). Selon les créateurs de la trousse des signes d'action, l'information, les ressources, les documents cités et les liens Internet ne sont pas conçus comme un guide diagnostique et ne devraient pas être considérés comme des substituts à une évaluation de la santé mentale par un professionnel agréé. L'Action Signs Project et la trousse sont disponibles en anglais seulement au <http://www.thereachinstitute.org/files/documents/action-signs-toolkit-final.pdf>.

SIGNES D'ACTION

Des comportements sains représentent une partie importante de la santé physique. Si vous ressentez un des sentiments suivants, indiquez-le à votre médecin. Vous n'êtes pas seul, vous n'êtes pas 1 sur 1000 mais 1 sur 10 parce que beaucoup de jeunes ont des problèmes similaires! Ce qui compte, c'est obtenir de l'aide. L'aide est là et les traitements marchent! N'attendez pas! Parlez à un adulte prêt à vous aider comme votre famille, médecin, infirmière scolaire, travailleur social, conseiller en orientation ou chef religieux si vous en avez un.

1. Se sentir très triste ou désengagé pendant plus de deux semaines.
2. Essayer sérieusement de se tuer ou de se faire du mal, ou avoir le projet de le faire.
3. Crainte soudaine et envahissante sans raison valable, parfois avec un rythme cardiaque accéléré ou un essoufflement.
4. Participation à de nombreuses bagarres, utilisation d'une arme, désir de faire très mal à des gens.
5. Comportement sérieusement hors de contrôle pouvant entraîner du tort pour soi-même ou les autres.
6. Ne pas se nourrir, vomir ou utiliser des laxatifs pour perdre du poids.
7. Inquiétudes ou craintes intenses qui entravent les activités quotidiennes.
8. Très grande difficulté à se concentrer ou à rester tranquille, ce qui pose des dangers physiques ou entraîne l'échec scolaire.
9. Consommation répétée de drogues ou d'alcool.
10. Sautes d'humeur importantes qui entraînent des problèmes dans les relations.
11. Changements radicaux du comportement ou de la personnalité.

Source : Traduction adaptée du REACH Institute, The Action Signs Project, p. 6, disponible en anglais seulement au <http://www.thereachinstitute.org/files/documents/action-signs-toolkit-final.pdf>

Remarque – Selon le document original : Le présent document peut être copié ou imprimé pour des buts pédagogiques ou informatifs seulement. Ni changement ni adaptation ne peuvent être apportés sans l'autorisation expresse des auteurs.

Remerciements

Vers un juste équilibre : Pour promouvoir la santé mentale et le bien-être des élèves – Guide du personnel scolaire est fondé sur des concepts d'organisation et des choix de contenus provenant du document *Les interventions qui comptent*, un travail qui avait été effectué dans le cadre de l'Initiative de leadership en matière de soutien aux élèves (ILSÉ) du district de Hamilton-Wentworth en collaboration avec le Réseau d'information sur la santé mentale des enfants et des jeunes. Des remerciements tout particuliers sont adressés à Don Buchanan pour avoir associé ce réseau et l'équipe du district de Hamilton-Wentworth de l'ILSÉ et pour avoir tenu compte des suggestions du personnel scolaire, des professionnels de la santé mentale et du personnel administratif lors de la rédaction du document original *Les interventions qui comptent*.

Le ministère de l'Éducation reconnaît la contribution des nombreux groupes, organismes et personnes suivants pour leur travail de préparation et les améliorations apportées au Guide, y compris :

- Offord Centre for Child Studies
- Initiative de leadership en matière de soutien aux élèves du district de Hamilton-Wentworth
- Hincks-Dellcrest Centre
- Hospital for Sick Children (Toronto)
- Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents.

Le ministère de l'Éducation aimerait remercier les personnes suivantes pour leur contribution et leur expertise :

Teresa Bennett, M.D., Ph. D.(c)

- Pédopsychiatre et professeure adjointe du service de psychiatrie et de neurosciences du comportement de la McMaster University

Ian Brown, Ph. D., C. Psych.

- Ancien psychologue en chef du Durham Catholic District School Board

Sarah Cannon

- Directrice générale de Parents for Children's Mental Health

Peter Chaban, M. Ed.

- Chef du School Liaison Project du Community Health Systems Resource Group de The Hospital for Sick Children du Canada

Gloria Chaim, M.S.W., R.S.W.

- Chef de clinique adjointe du Child, Youth and Family Program du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

Jeffrey L. Derevensky, Ph. D.

- Professeur et directeur de Clinical Training in School/Applied Child Psychology du service de l'Educational and Counselling Psychology et professeur du service de psychiatrie de la McGill University

Bruce Ferguson, Ph. D., C. Psych.

- Directeur du Community Health Systems Resource Group de The Hospital for Sick Children, professeur de psychiatrie et de psychologie de la Dalla Lana School of Public Health de l'University of Toronto

Wendy S. Freeman, Ph. D., C. Psych.

- Psychologue du Anxiety Treatment and Research Centre du St. Joseph's Healthcare de Hamilton

Kathy Georgiades, Ph. D.

- Professeure adjointe de psychiatrie et de neurosciences du comportement de la McMaster University et du Offord Centre for Child Studies

Joanna Henderson, Ph. D., C. Psych.

- Clinicienne-chercheuse du Child, Youth and Family Program du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

Ellen L. Lipman, M.D.

- Professeure du service de psychiatrie et de neurosciences du comportement du Offord Centre for Child Studies et directrice médicale intérimaire du service de pédopsychiatrie de la McMaster University

Ian Manion, Ph. D., C. Psych.

- Directeur général du Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health au Children's Hospital of Eastern Ontario

Gail McVey, Ph. D., C. Psych.

- Psychologue du Health Systems Scientist du Community Health Systems Resource Group, directrice du Ontario Community Outreach Program for Eating Disorders et professeure agrégée de la Dalla Lana School of Public Health de l'University of Toronto

Dan Reist

- Directeur adjoint (Knowledge Exchange) du Centre for Addictions Research de Colombie-Britannique de l'University of Victoria

Rosemary Tannock, Ph. D.

- Titulaire de chaire de recherche du Canada et professeure en éducation spécialisée et en techniques d'adaptation de l'Institut d'études pédagogiques de l'Ontario de l'University of Toronto, professeure de psychiatrie de l'University of Toronto et scientifique chevronnée du Neurosciences and Mental Health Research Program de The Hospital for Sick Children du Canada

13-068

ISBN 978-1-4606-0430-4 (PDF)

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013

