



LES CAHIERS DU SAVOIR

NUMÉRO 5 OCTOBRE 2024

L'ENFANCE
0-12 ANS



Nous avons employé le masculin
dans le but d'alléger la lecture du texte.

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Téléphone : 514 738-1881
1 800 363-2644

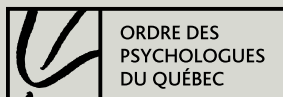
ordrepsy.qc.ca
info@ordrepsy.qc.ca

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives
nationales du Québec
ISBN 978-2-923164-71-7

Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 2564-3800 (imprimé)

Envoi de Poste-publications :
numéro de convention 40065731



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

TABLE DES MATIÈRES

- 1 **Mot de la présidente**
- 1 **Mot de la rédactrice en chef**
- 2 **Chapitre 1 – La contribution de la psychologie à la compréhension du développement de l'enfant**
D^{re} Carl Lacharité, M.A., Ph. D., psychologue
- 8 **Chapitre 2 – Le TDAH chez les jeunes, d'hier à aujourd'hui**
D^{re} Marie-Claude Guay, M. Ps., Ph. D., psychologue, neuropsychologue
- 14 **Chapitre 3 – Le spectre de l'autisme : un bref état des connaissances**
D^{re} Isabelle Marleau, M. Ps., D. Ps., master (psychologie neurophysiologique), D.E.A. (psychopathologie), psychologue
- 21 **Chapitre 4 – Le syndrome de Gilles de la Tourette : comprendre, évaluer et agir – Un guide pratique pour les cliniciens**
D^r Bruno Gauthier, M. Ps., Ph. D., psychologue, neuropsychologue, Ilana Singer, M. Sc. (psychologie de la santé), et D^{re} Julie Leclerc, M. Ps., Ph. D., psychologue
- 27 **Chapitre 5 – La déficience intellectuelle**
D^{re} Diane Morin, M.A., Ph. D., psychologue, et Geneviève Lord, B. Sc. (psychologie), DESS-DI (évaluation, intervention et soutien psychologiques auprès des personnes avec une déficience intellectuelle)
- 36 **Chapitre 6 – Les problèmes de comportements perturbateurs**
Amélie Petitclerc, Ph. D. (psychologie du développement de l'enfant et problèmes sociaux)
- 42 **Chapitre 7 – Quand devenir parent n'est pas de tout repos : les défis liés au sommeil des nourrissons et de leurs parents**
D^{re} Marie-Hélène Pennestri, M. Ps., Ph. D., psychologue, Marjolaine Chicoine, M. Sc. (sciences biomédicales), et Hélène Gaudreau, Ph. D. (sciences neurologiques)
- 47 **Chapitre 8 – Les TCC de troisième vague en soutien aux enfants et à leurs parents : un portrait critique**
D^{re} Fabienne Lagueux, M. Ps., Ph. D., psychologue
- 54 **Chapitre 9 – La psychothérapie psychodynamique de l'enfant : le jeu au cœur de l'intervention**
Miguel M. Terradas, M. Ps., Ph. D., psychologue, et Antoine Asselin, B.A. (psychologie)
- 65 **Chapitre 10 – La psychothérapie basée sur la mentalisation et l'intervention auprès des enfants vulnérables**
Miguel M. Terradas, M. Ps., Ph. D., psychologue, et Vincent Domon-Archambault, D. Ps., psychologue
- 76 **Biographies des auteurs**
- 78 **Références bibliographiques**



C'est avec une grande fierté que je vous présente ce cinquième numéro des *Cahiers du savoir*, consacré à une thématique cruciale : l'enfance. Durant cette période charnière de la vie, il est essentiel de créer les conditions permettant à l'enfant de se constituer un solide bagage affectif et psychologique. Bien que les aspects biologiques échappent à notre contrôle, ces éléments affectifs et psychologiques jouent un rôle de premier plan, permettant à l'enfant de cultiver sa résilience et de mieux faire face à l'adversité toute la vie durant, celle-ci étant tout sauf un long fleuve tranquille.

Par ailleurs, lorsque requis, les enfants doivent également avoir accès à des services psychologiques de qualité, essentiels à leur développement. Il est en effet de loin préférable de fournir ces services au moment opportun, plutôt que de réparer un lourd bagage qui pourrait potentiellement se complexifier avec le temps. Investir dans la santé psychologique des enfants est ainsi une responsabilité collective qui favorise une société plus sereine.

Rappelons que dans chaque numéro des *Cahiers du savoir*, une synthèse d'une thématique est présentée aux fins de formation continue, de réflexion et de mise à jour des connaissances des psychologues. Grâce à l'expertise et à la plume de nos membres et auteurs chevronnés, issus de divers milieux et utilisant des approches variées, les textes représentent les principales orientations et entités cliniques auxquelles nous sommes confrontés.

Tout au long du processus d'édition, la rédactrice en chef, la D^{re} Salima Mamodhoussen, directrice de la qualité et du développement de la pratique de l'Ordre, bénéficie également de l'expertise et du regard aiguisé des membres du comité scientifique

des *Cahiers*, chargés de la révision des textes. À cet égard, je tiens à remercier Annie Bernier, docteure en psychologie clinique et du développement, ainsi que la D^{re} Isabelle Denis, le D^r Nate O. Fuks, la D^{re} Maryse Lassonde, la D^{re} Anne-Marie Nader et le D^r Miguel M. Terradas, psychologues, pour leur précieuse contribution en tant que membres du comité scientifique de ce numéro. Je souhaite également exprimer ma gratitude à la rédactrice en chef adjointe, la D^{re} Véronique Parent, psychologue, ainsi qu'aux membres du comité de révision interne, les D^{rs} William Aubé et Yves Martineau, neuropsychologues. Enfin, je remercie une fois de plus les membres du conseil d'administration de l'Ordre pour leur confiance ainsi que la Direction des communications pour sa contribution à la réalisation de ce projet.

Bien que les *Cahiers du savoir* n'aient pas la prétention de rivaliser avec les manuels spécialisés ni de couvrir de manière exhaustive chaque aspect des problématiques de santé mentale, ils répondent à un besoin essentiel de formation continue pour tous les psychologues œuvrant dans divers domaines et milieux de pratique.

Je souhaite sincèrement que cette lecture vous offre une compréhension plus fine ainsi qu'un nouvel éclairage sur ce thème de première importance, enrichissant ainsi votre pratique professionnelle pour le plus grand bénéfice des enfants et des adultes de demain.

Christine Grou

D^{re} Christine Grou, psychologue, neuropsychologue
Ph. D. (psychologie), M.A. (bioéthique), ASC
Présidente de l'Ordre des psychologues du Québec



MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF

Nous sommes ravis de vous présenter le cinquième numéro des *Cahiers du savoir*, consacré à une thématique des plus importantes, celle de l'enfance. Ce numéro explore le développement de l'enfant à travers une série de chapitres rédigés par des experts dans le domaine.

Notre publication débute par une analyse enrichissante sur la contribution de la psychologie à la compréhension du développement infantile. Nous plongeons ensuite dans des sujets variés et essentiels : du TDAH aux défis liés au sommeil, en passant par les troubles du spectre de l'autisme, le syndrome de Gilles de la Tourette, la déficience intellectuelle et les comportements perturbateurs. Les trois derniers chapitres vous offriront un aperçu de différentes approches psychothérapeutiques adaptées aux enfants, apportant ainsi des perspectives nouvelles pour enrichir vos interventions cliniques.

Bien que ce numéro ne prétende pas être exhaustif, nous espérons que sa lecture saura vous fournir des éléments de réflexion intéressants pour bonifier vos pratiques

professionnelles et, par conséquent, contribuer au bien-être des enfants que vous accompagnez avec soin.

Je me joins à la présidente pour exprimer ma gratitude aux membres du comité scientifique, aux auteurs des chapitres qui ont généreusement offert leur expertise, aux réviseurs pour leur rigueur, ainsi qu'à la Direction des communications pour son soutien indispensable dans la publication de ce *Cahier*. Je tiens également à souligner la contribution significative de la D^{re} Véronique Parent, psychologue et rédactrice en chef adjointe, à la réalisation de ce projet.

Le plus grand remerciement revient à vous, nos membres, pour votre engagement continu et pour le dévouement dont vous faites preuve chaque jour auprès de cette clientèle si précieuse. Votre travail est une source d'inspiration et de changement positif.

Bonne lecture!

Salima Mamodhoussen

D^{re} Salima Mamodhoussen,
Ph. D., psychologue

LA CONTRIBUTION DE LA PSYCHOLOGIE À LA COMPRÉHENSION DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

D^r Carl Lacharité,
M.A., Ph. D., psychologue

J'ai amorcé ma pratique professionnelle de psychologue de l'enfant et de la famille au milieu des années 1980. À cette pratique s'est greffée, au début des années 1990, une carrière d'enseignant et de chercheur en développement de l'enfant à l'intérieur de laquelle j'ai réalisé des travaux de recherche en partenariat avec plusieurs dispositifs de services auprès des familles (notamment les écoles et les services de garde, les services sociaux, la santé publique, la protection de la jeunesse et l'action communautaire) ici au Québec et ailleurs dans le monde. Je dispose donc d'un recul d'environ quatre décennies et d'une connaissance de l'écosystème de services en enfance qui me placent aux premières loges pour témoigner de l'expansion fulgurante des connaissances dans le domaine du développement de l'enfant et de l'élargissement considérable du champ de pratiques professionnelles qui y est associé. Le présent chapitre vise à identifier trois axes autour desquels tourne aujourd'hui ce qu'on appelle le « développement de l'enfant » pour évoquer la compréhension des enfants qui se développent bien ou de manière optimale. Chacun de ces axes repose sur un ensemble de possibilités sur le plan des actions publiques destinées à promouvoir et soutenir ce développement optimal ou encore à prévenir des difficultés développementales. Cependant, chaque axe comporte également son lot de défis et de pièges qu'il convient de décrire.

Le développement de l'enfant : un phénomène pluriel

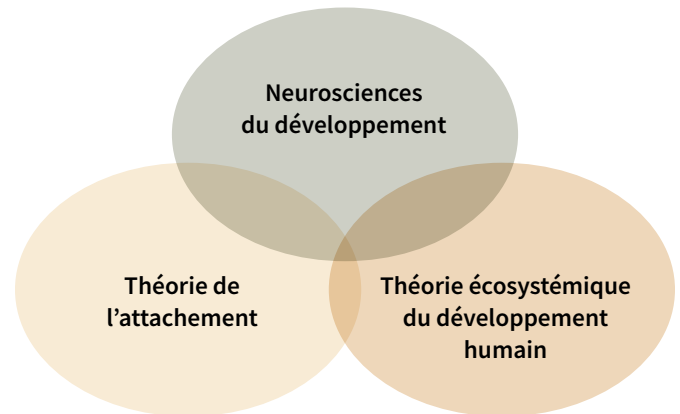
La recherche sur les enfants, leurs parents et leur famille, longtemps confinée à des disciplines telles que la psychologie, les sciences de l'éducation et les sciences de la santé, est devenue un domaine de spécialisation de plusieurs autres disciplines, notamment la sociologie (James et Prout, 2015), l'anthropologie (Lancy, 2016), l'histoire (Heywood, 2018) et la philosophie (Gheaus et al., 2019). En outre, de nouveaux champs universitaires – les *Childhood Studies* et les *Family Studies* – sont apparus dans le but de promouvoir une approche interdisciplinaire de la recherche sur l'enfant et la famille (Walsh et al., 2017 ; Wyn et al., 2020). Conséquemment, ce domaine de connaissances représente aujourd'hui un secteur d'activités scientifiques florissant qui réussit à attirer du financement public et privé à des niveaux encore jamais atteints. Cela se reflète directement dans l'accroissement considérable du nombre de personnes dont le métier est la recherche fondamentale ou appliquée sur l'enfant et la famille et qui peuvent compter aujourd'hui sur un large éventail de revues spécialisées et d'événements savants pour diffuser leurs résultats, nourrir des débats et, *in fine*, intensifier l'avancement des connaissances.

Le corollaire de cette évolution est qu'il est de plus en plus difficile de rendre compte de manière intégrée de l'avancement des connaissances sur le développement des enfants et sur les facteurs qui le conditionnent, et ce, malgré la disponibilité de nouveaux outils bibliographiques et de nouvelles stratégies méthodologiques pour réaliser des méta-analyses et des recensions systématiques. À titre d'exemple, une recherche du descripteur *child development* dans quatre des principales bases de données bibliographiques reliées à la psychologie¹ permet de repérer 131 707 références publiées au cours des cinq dernières années (2018-2023). Au-delà de l'immense quantité d'informations que cela représente, on assiste à un phénomène de surspécialisation qui pourrait, selon certains, produire des secteurs ou des dimensions du développement de l'enfant de plus en plus étanches. Ainsi, le développement de l'enfant est devenu irrémédiablement pluriel, ce qui a pour effet que, sur le plan scientifique, il est particulièrement difficile de parler « du » développement de l'enfant en tant que phénomène global. On se retrouve devant une mosaïque où se côtoient le développement cognitif, le développement affectif, le développement langagier, etc. On assiste ainsi à une fragmentation de plus en plus grande des connaissances, ce qui n'est pas sans conséquence pour la pratique professionnelle, qui, elle, doit se pencher sur des enfants qui sont plus qu'une simple somme de dimensions développementales.

Certes, il existe des cadres théoriques qui tentent d'unifier ces dimensions. Sur ce plan, trois cadres se démarquent (voir la figure 1).

1. PsycInfo, Psychology & Behavioral Sciences Collection, ERIC et MEDLINE.

Figure 1 – Trois cadres théoriques qui s'efforcent d'unifier les multiples dimensions du développement de l'enfant



Un premier cadre repose sur les neurosciences du développement (Brandt et al., 2014 ; Conkbayir, 2022 ; Siegel, 2020). Il propose une perspective fondée sur l'interdépendance étroite entre l'évolution des réseaux neuronaux (*brain*), le développement des fonctions exécutives et des autres capacités cognitives (*mind*) et les relations interpersonnelles de l'enfant (*relationships*).

Un deuxième cadre théorique met justement l'accent sur cet aspect des relations que l'enfant établit, en particulier avec certaines personnes de son entourage – ses figures d'attachement. Ainsi, la théorie de l'attachement (Cassidy et Shaver, 2016 ; Holmes et Farnfield, 2014) propose une perspective à l'intérieur de laquelle sont articulés les besoins de sécurité de l'enfant et ses besoins d'exploration. La réponse à ces besoins n'engage pas seulement certaines des ressources individuelles de l'enfant (p. ex., ses ressources émotionnelles/affectives et sociales), mais l'ensemble de celles-ci (neuro-motrices, neurocognitives, langagières, etc.). Dès lors, la relation avec des figures d'attachement sert de base interpersonnelle pour organiser et réguler chacune de ces ressources. La qualité de cette relation, à savoir les comportements interactifs de l'enfant avec ces figures ainsi que les représentations mentales qu'il construit de celles-ci et de lui-même, constitue une importante « vitrine » de son développement global (Crittenden, 2015).

Un troisième cadre intégrateur repose sur la théorie écosystémique du développement humain (Bronfenbrenner, 2004 ; Shelton, 2018). Celle-ci considère que le développement de l'enfant dépend de l'interaction entre ses caractéristiques dispositionnelles (son hérédité, son genre, son tempérament et ses autres caractéristiques personnelles), des processus proximaux à l'intérieur desquels il est un participant actif (les relations qu'il entretient avec son entourage dans divers milieux tels que sa famille, son école ou son groupe d'amis), des multiples contextes qui façonnent indirectement ses dispositions personnelles et ses relations interpersonnelles.

Dans son interaction constante avec l'environnement, l'enfant dispose d'une variété de sentiers (*paths*) sur lesquels il peut s'engager, et celui qu'il emprunte effectivement l'entraîne le long d'une trajectoire (*pathway*) particulière.

(les liens entre sa famille, son école et ses amis ; les structures sociales et institutionnelles qui servent de cadres législatif, sanitaire, éducatif, communautaire, etc. ; les représentations sociales et culturelles qui charpentent les valeurs et les conceptions dominantes auxquelles il est exposé) ainsi que des transformations dans le temps de l'ensemble de ces éléments. Il faut souligner que ces trois cadres théoriques partagent de nombreuses zones de chevauchement à propos de ce à quoi il est important de porter attention lorsqu'on veut comprendre les facteurs qui contribuent au développement optimal de l'enfant tout autant que ce qui freine, voire fait dérailler celui-ci. Le rôle central des relations interpersonnelles constitue l'un de ces principaux chevauchements. Ainsi, chacun à sa façon propose d'aller au-delà du paradigme dimensionnel du développement de l'enfant et d'adopter un paradigme relationnel qui considère qu'un enfant se développe de manière globale à travers les relations qu'il établit avec son entourage.

Ces cadres intégrateurs ont aussi plusieurs autres choses en commun. Premièrement, ils s'inscrivent résolument dans la foulée des théories plus traditionnelles en psychologie du développement de l'enfant. Ils prennent donc appui sur les travaux de Bowlby (1969/2008), d'Erikson (1950/1993), de Piaget (1937/1998) et de Vygotsky (1978). En fait, ces cadres fournissent un ensemble de validations empiriques/scientifiques à plusieurs hypothèses qui découlent de ces théories et une compréhension plus approfondie des mécanismes (neurologiques, psychiques, sociaux, etc.) que celles-ci ont proposés.

Deuxièmement, ces cadres ont en commun leur critique de la notion de stades de développement, voire le rejet de celle-ci. Ils adoptent plutôt la notion de trajectoires de développement et de périodes sensibles ou critiques le long de ces trajectoires. Dans son interaction constante avec l'environnement, l'enfant dispose d'une variété de sentiers (*paths*) sur lesquels il peut s'engager, et celui qu'il emprunte effectivement l'entraîne le long d'une trajectoire (*pathway*) particulière. Pour un enfant, la saillance d'une trajectoire (plutôt qu'une autre) repose sur une combinaison de facteurs sur les plans dispositionnel (p. ex., son hérédité, sa maturation), relationnel (p. ex., la qualité de la relation d'attachement avec sa mère et son père, les pratiques parentales de ceux-ci, la qualité de la relation avec sa fratrie ou ses compagnons de classe) et contextuel (p. ex., le fait de vivre dans un quartier agréable et sécuritaire,

l'accès à une école et à des services de santé de qualité). Ainsi, dans des environnements de qualité et stables, les enfants vont avoir tendance à évoluer le long de trajectoires développementales adaptatives. Cependant, certains enfants peuvent être confrontés très tôt dans leur vie à des conditions difficiles sur l'un ou l'autre des plans de leur existence (p. ex., prématurité, milieu familial chaotique, problème de santé mentale d'un des parents, précarité socioéconomique de la famille). D'autres enfants ont commencé leur vie sur une trajectoire développementale adaptative, mais sont confrontés à des situations ou des événements (une maladie, un accident, la séparation de leurs parents, le décès de l'un de ceux-ci, etc.) qui provoquent une bifurcation. Pour ces enfants, se développer signifie de s'engager sur des trajectoires « maladaptatives » qui vont solliciter plus intensément certaines de leurs ressources (p. ex., une hypervigilance dans leurs relations avec des personnes de leur entourage qui représentent une source d'inconfort, voire de danger) tandis que d'autres ressources vont être négligées (p. ex., leur capacité à s'exprimer verbalement). Cette notion de trajectoire de développement constitue le fondement du champ de la psychopathologie développementale (Cicchetti et Cohen, 2015).

Troisièmement, ces cadres intégrateurs ont en commun de donner lieu à des implications sur le plan de l'intervention (éducative, psychologique, sociale, communautaire) et des politiques publiques en matière de promotion du développement optimal des enfants et de prévention des difficultés développementales (Tarabulsky et al., 2019).

Les liens entre la science et la pratique

Dans le domaine du développement de l'enfant, comme dans plusieurs autres domaines de connaissances, la science et la pratique entretiennent un dialogue qui produit une intense activité de circulation et d'utilisation des connaissances. Cette activité façonne la formation professionnelle, alimente le secteur de la vulgarisation des savoirs et oriente celui-ci vers une variété de segments de la population tels que les parents, les professionnels en exercice et les décideurs publics. Ainsi, un nombre considérable de manuels d'introduction au développement de l'enfant ont été produits, sont mis à jour et réédités². Avec une visée de transfert de connaissances, ces derniers alimentent les programmes de formation professionnelle au niveau collégial et universitaire dans une panoplie de secteurs de pratique, notamment ceux de la psychologie, de l'éducation, de la psychoéducation et du travail social. Ainsi, un large éventail de techniciens et de professionnels reçoivent une base minimale de connaissances sur l'enfant et son développement dans leur formation initiale.

2. À titre d'exemple, on peut mentionner les manuels suivants qui sont utilisés dans certains établissements d'enseignement collégiaux ou universitaires au Québec : Berk (2022), Bouchard (2019, 2022) et Papalia et Martorell (2023).

Par ailleurs, cet essor pédagogique s'accompagne de la diffusion de nombreux concepts et de repères développementaux, principalement issus de la psychologie, permettant aux praticiens d'interpréter des observations de plus en plus détaillées de la conduite de l'enfant, et ce, dès la période prénatale. Les efforts qui sont investis sur ce plan tentent évidemment de proposer une intégration des connaissances sur « le » développement de l'enfant, mais force est de constater que les formations et les manuels sur lesquels ces connaissances s'appuient demeurent prisonniers d'une approche fragmentée en diverses dimensions et grandes étapes de ce développement. L'apprentissage des cadres intégrateurs évoqués précédemment reste marginal, superficiel ou est disponible seulement en tant que contenu dans les programmes d'études supérieures (Shelton, 2018). Dès lors, les personnes apprenantes (de même que les personnes enseignantes) restent devant la tâche colossale de dégager un portrait d'ensemble de l'enfant qui se développe.

Il faut également souligner que les activités de transfert de connaissances sur le développement de l'enfant dans les programmes de formation incluent une bonne proportion de contenus (cours complets ou portions de cours) qui portent sur une foule de problèmes que peuvent manifester les enfants. Ces contenus viennent souvent avec des repères relativement précis pour identifier et décrire les problèmes (p. ex., dans le diagnostic de psychopathologies). Dans mon travail d'enseignant et de superviseur, j'ai souvent constaté que cela a pour conséquence qu'il est plus facile pour ces praticiens et praticiennes en formation de se représenter clairement une variété d'enfants qui présentent des besoins spéciaux (et auprès desquels plusieurs d'entre eux auront à intervenir) que de se représenter des enfants qui manifestent des besoins typiques et qui se développent dans les limites de ce qui est normalement attendu. Même les praticiens en exercice sont confrontés aux défis que représente cette prépondérance de « l'enfant en problème ».

Un phénomène relativement récent dans les initiatives de transfert de connaissances sur le développement de l'enfant est l'apparition de sources de vulgarisation d'informations en accès ouvert sur le Web³ auxquelles les psychologues apportent une contribution notable à la rédaction de contenus particuliers touchant leur domaine de spécialisation. De telles initiatives ont clairement pour but de démocratiser la science du développement de l'enfant et d'étendre la pénétration des connaissances auprès d'une multitude de publics concernés.

3. On peut donner deux exemples pour le Québec. Le premier exemple est l'initiative Naître et grandir (<https://www.naitreetgrandir.com>), qui propose notamment un ensemble de contenus synthétiques portant sur l'enfant de la grossesse à l'âge de 8 ans. Ces contenus s'adressent principalement aux parents et aux personnes qui s'occupent de lui au quotidien, et des efforts considérables de vulgarisation sont déployés à cet effet. Le second exemple est l'initiative Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (<https://www.enfant-encyclopedie.com>), qui propose sensiblement les mêmes contenus, mais qui s'adresse davantage à un public averti – intervenants, décideurs publics – plutôt qu'à monsieur ou madame Tout-le-Monde.

En fait, le développement de l'enfant et l'exercice du rôle de parent sont vraisemblablement l'un des thèmes majeurs (avec celui de la santé) de ce mouvement de démocratisation du savoir. Plusieurs de ces sources de renseignements se donnent pour objectif de fournir des repères normatifs de développement afin de répondre à un besoin chez les personnes qui s'occupent directement d'un enfant, en l'occurrence les parents. Cependant, il n'est pas surprenant que les contenus qu'elles proposent divisent le développement de l'enfant en ses multiples dimensions (cognitif, affectif, etc.), laissant aux utilisateurs la tâche d'intégrer des informations, certes vulgarisées, mais fragmentées.

[C]ela a pour conséquence qu'il est plus facile pour ces praticiens et praticiennes en formation de se représenter clairement une variété d'enfants qui présentent des besoins spéciaux (et auprès desquels plusieurs d'entre eux auront à intervenir) que de se représenter des enfants qui manifestent des besoins typiques et qui se développent dans les limites de ce qui est normalement attendu.

Par ailleurs, ce n'est qu'une minorité de ces sources gratuites qui s'appuient sur une démarche explicite de validation par des experts (souvent des psychologues) qui s'assurent de la justesse des contenus qu'elles proposent. Ainsi, une personne qui cherche à se documenter sur le développement de l'enfant par l'intermédiaire du Web se retrouve souvent devant des informations divergentes ou contradictoires, en particulier en ce qui concerne « ce qu'il faut faire » pour faciliter ce développement et « ce sur quoi il faut s'inquiéter »⁴. En outre, contrairement aux démarches de transfert de connaissances reposant sur la formation professionnelle qui attendent que leur auditoire se présente dans les programmes collégiaux et universitaires, les organisations responsables de ces sources ouvertes déploient une variété de stratégies communicationnelles et de marketing social ayant pour effet de « pousser » leurs contenus vers les publics qu'elles considèrent comme des cibles et d'assurer une certaine fidélité chez ceux-ci⁵. Dès lors, ce ne sont plus uniquement des techniciens et des professionnels qui sont les dépositaires des savoirs sur l'enfant (avec ou sans besoins spéciaux). C'est également une large portion de la population de personnes directement concernées par le développement d'un enfant dont elles s'occupent qui

4. Par exemple, sur la question du sommeil du bébé, certaines sources, comme des blogues pour mamans, vont être pour le « cododo » et d'autres contre ; sur la question de l'autonomie de l'enfant d'âge préscolaire, certaines sources vont valoriser la prise de risque et d'autres la sécurité ; on trouvera de même un large spectre de positions quant à la contribution spécifique de la mère et du père au développement de leur enfant.

5. Par exemple, Naître et grandir rapporte avoir 315 000 adeptes (*followers*) sur les différentes plateformes de médias sociaux.

possède une forme de littératie sur ce qu'est un enfant qui se développe. Il faut donc souligner le rôle joué par ces organisations dans l'émergence de cette littératie développementale, un rôle que les institutions traditionnelles (établissements de formation et de recherche, fonction publique) peinent à jouer.

En revanche, il est vraisemblable de poser l'hypothèse d'un écart important qui existe avec une autre portion de la population de parents qui, elle, est peu ou pas exposée à ces savoirs. Sans contredit, la démocratisation du savoir développemental contribue à soutenir la participation des parents, voire des enfants/jeunes eux-mêmes, aux décisions (de services professionnels ou de politiques publiques) qui les concernent directement. Cependant, l'accès à ce savoir n'est pas facilité également pour toutes les personnes de la population, contribuant indirectement à l'émergence de nouvelles formes d'inégalités sociales (p. ex., pour des parents peu scolarisés, ayant peu d'aisance avec le Web ou étant issus d'une immigration récente dans un pays dont ils ne parlent pas la langue). Manifestement, les praticiens ne peuvent aborder de la même façon les parents qui possèdent un bon niveau de littératie développementale et ceux qui ne l'ont pas.

Le développement de l'enfant, une cible de l'action publique

L'enfant et son développement sont devenus des cibles incontournables de l'attention des politiques publiques. Depuis les années 1990 au Québec, l'enfant, quel que soit son âge, est considéré comme un sujet de droit (Organisation des Nations Unies, 1989). Il apparaît aussi dans plusieurs mesures, plans d'action ou programmes gouvernementaux visant à soutenir son développement et son bien-être. D'ailleurs, plus récemment, une mobilisation publique sans précédent, la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021), a été réalisée dans le but d'analyser les failles dans la réponse de l'écosystème de services aux besoins des enfants québécois les plus vulnérables. La principale conclusion de cette commission est qu'il faut « un véritable changement de posture sociale [fondé sur] une invitation à ce que chaque Québécoise et chaque Québécois s'imprègne de cette attitude bienveillante afin de créer un cercle protecteur autour des enfants et des jeunes » (p. 6). Elle interpelle l'ensemble des leviers de l'État québécois pour instaurer une société plus bienveillante auprès de ses enfants.

Cette action publique s'accompagne d'un besoin collectif de disposer d'une série d'indicateurs sociaux permettant de faire état de la situation des enfants (comment vont-ils ?) et d'en évaluer l'impact dans le temps (vont-ils mieux ou moins bien ?). L'analyse des politiques publiques québécoises destinées aux enfants doit nécessairement s'appuyer sur une conception de leur développement et chercher à dégager un ensemble de repères développementaux qui permettent de brosser un

La principale conclusion de cette commission est qu'il faut « un véritable changement de posture sociale [fondé sur] une invitation à ce que chaque Québécoise et chaque Québécois s'imprègne de cette attitude bienveillante afin de créer un cercle protecteur autour des enfants et des jeunes ».

portrait des enfants québécois. Sur ce plan, des travaux majeurs ont été entrepris pour suivre d'importantes cohortes d'enfants très tôt après leur naissance jusqu'à leur majorité. Deux enquêtes constituent indubitablement les sources les plus fiables de l'état des enfants qui se développent au Québec et au Canada. La première, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), s'est penchée sur la situation de plus de 35 000 enfants âgés de 0 à 11 ans lors de leur sélection en 1994 (Statistique Canada, 2010). Ces enfants ont été suivis tous les deux ans jusqu'en 2008-2009. La seconde, l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 1^{re} édition (ELDEQ 1), a suivi une cohorte de plus de 2 000 enfants âgés de 5 mois en 1997-1998, et ce, tous les ans jusqu'en 2023 (Institut de la statistique du Québec, s. d.-b). Ces enquêtes permettent de décrire une diversité d'aspects du développement des enfants (cognition, langage, adaptation sociale, santé mentale, relation avec la fratrie et avec les pairs, rendement scolaire, etc.) et de dégager une pluralité de trajectoires développementales en fonction des événements auxquels ils sont exposés et des contextes particuliers dans lesquels ils évoluent.

S'ajoute à ces études l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) [Institut de la statistique du Québec, s. d.-a]. Réalisée tous les cinq ans depuis 2012 auprès d'une cohorte représentative des enfants qui fréquentent la maternelle 5 ans, l'EQDEM permet de décrire le développement des enfants à partir de cinq indicateurs : santé physique et bien-être ; compétences sociales ; maturité affective ; développement cognitif et langagier ; et habiletés de communication et connaissances générales. La participation à l'EQDEM est obligatoire depuis 2017. C'est donc plus de 75 000 enfants québécois de 5 ou 6 ans qui font l'objet d'une description de leur développement à partir de repères normatifs pour chacun des aspects mentionnés plus haut. Il est donc possible de connaître la proportion précise des enfants considérés comme étant « vulnérables » dans l'un ou l'autre de ces aspects. L'ensemble des données produites par ces enquêtes suscite une large mobilisation de l'appareil québécois de la fonction publique dans plusieurs ministères ainsi que du réseau des établissements de santé et de services sociaux, du réseau des services de garde éducative à l'enfance, du réseau des écoles et du réseau des organismes communautaires.

Aussi importants et pertinents soient-ils, de tels travaux ne sont pas sans présenter des limites. Par exemple, malgré les efforts d'échantillonnage, il n'en demeure pas moins que certains groupes d'enfants ne sont pas bien représentés dans les constats qui découlent de ces enquêtes. On peut dire la même chose à propos des aspects développementaux représentés dans celles-ci. Plusieurs de ces aspects reposent sur des indicateurs qui, quoique valides, demeurent en surface du phénomène qu'ils cherchent à saisir. Dès lors, ces enquêtes permettent aux psychologues qui travaillent directement avec des enfants et des parents de connaître les grandes tendances dans le développement des enfants au Québec. Les évaluations et les actions qu'ils ou elles posent dans la vie de ces personnes méritent d'être mises en perspective par rapport à ces tendances, notamment parce que celles-ci permettent de préciser la place et la fonction qu'occupent leur profession et leur mandat à l'intérieur du continuum de services aux enfants, qui, lui, repose sur des orientations qui sont charpentées par ces enquêtes. Néanmoins, les résultats de telles enquêtes ne remplacent pas les savoirs professionnels nécessaires qui sous-tendent une pratique responsable.

On le voit, l'enfant en lui-même constitue un champ particulièrement important de l'action publique. Dans cette foulée, au Québec, plusieurs organisations parapubliques ou communautaires ont vu le jour avec une mission non seulement de transfert de connaissances (incluant les résultats de ces enquêtes), en parallèle des établissements de formation professionnelle, vers les praticiens sur le terrain et les décideurs publics, mais aussi de vigie et d'influence des politiques publiques fédérales, provinciales et municipales touchant les enfants⁶.

Également, un tel niveau d'attention publique dirigée vers les enfants s'accompagne nécessairement de l'attention d'autres champs d'activités tels que les médias de masse ainsi que l'entreprise privée. Les médias jouent un rôle important dans le façonnement de l'opinion publique à l'égard des enfants – sur ce qui est bon et normal en ce qui les concerne tout autant que sur ce qui est mauvais ou anormal – et de la réponse à leurs besoins (par leurs parents ou les organisations de services et les professionnels). L'entreprise privée, quant à elle, investit l'enfance en tant que marché de consommation et que source de profit. Ce secteur est particulièrement actif à proposer des objets ou des activités qui s'appuient sur une grande diversité de conceptions (parfois plus ou moins justifiées, voire farfelues) des besoins des enfants et de ce que leurs parents doivent se procurer pour assurer leur développement optimal. La participation des médias et des entreprises privées dans l'arène de l'enfance fait en sorte qu'on retrouve un foisonnement d'intérêts plus ou moins justifiés et clairs, mais qui contribuent

tout de même à la construction sociale⁷ de l'enfant et de son développement, et également à celle de la parentalité et des responsabilités associées au statut de parent.

Conclusion

Partant de la notion de champ social de Bourdieu (2002), il faut prendre acte qu'aujourd'hui, les psychologues de l'enfance et de la famille évoluent à l'intérieur d'un territoire socio-professionnel d'une grande densité intellectuelle et qui est intensément peuplé d'une diversité d'acteurs qui contribuent activement à alimenter la conception sociale de l'enfant et de son développement. D'une part, le phénomène du développement de l'enfant doit être considéré comme étant pluriel, ce qui augmente le risque d'avoir une vision de lui qui est morcelée en dimensions plus ou moins indépendantes les unes des autres. Un autre risque est le poids que revêt une vision saturée de la multiplicité de problèmes que peut manifester un enfant, un peu comme lorsque parler de santé signifie principalement d'évoquer la maladie et son absence. Dès lors, même si l'on dispose de connaissances robustes sur le développement normal de l'enfant, il est facile de perdre de vue ces repères au profit d'une représentation de la normalité développementale comme étant ce qui n'est pas anormal ou problématique. Ces pièges de fragmentation et de pathologisation du développement de l'enfant exigent des efforts constants des psychologues, qui, il faut le souligner, œuvrent majoritairement dans des cadres où leur intervention est justifiée par des difficultés auxquelles des enfants sont confrontés.

D'autre part, les psychologues doivent composer avec la présence de nombreuses positions, plus ou moins divergentes et souvent même contradictoires, relatives à ce qui est vrai et bon pour un enfant. Une telle situation implique une responsabilité professionnelle particulière, celle de jouer un rôle d'intégration, de médiation et d'arbitrage au sein d'une telle diversité de conceptions. En fait, les psychologues n'exercent pas seulement un rôle de « professionnel traitant » auprès d'enfants particuliers. À travers les discussions qu'ils et elles ont avec les personnes qui entourent ces enfants (leurs parents, leurs enseignants ou enseignantes, leur médecin, etc.), les psychologues servent à rendre visibles les besoins fondamentaux de ces enfants et la contribution particulière de ces personnes qui fait que ces derniers se développent de manière optimale à l'intérieur de leurs milieux de vie (leur famille, leur école, leur groupe d'amis, etc.). En d'autres termes, les psychologues de l'enfance et de la famille constituent une ressource sociale importante dans la création et le maintien du « village » dont chaque enfant a besoin pour grandir.

6. Par exemple, l'Observatoire des tout-petits (<https://www.tout-petits.org>), le Collectif petite enfance (<https://www.collectifpetiteenfance.com>), l'Observatoire Jeunes et Société (s. d.) et Espace MUNI (s. d.).

7. Le concept de construction sociale fait référence au fait que des phénomènes comme l'enfance et l'adolescence ne sont pas, en premier lieu, déterminés par l'âge biologique d'une personne. Ils reposent plutôt sur un ensemble de représentations sociales de ce qu'est un enfant ou un adolescent. Ces représentations sociales varient d'un contexte national à l'autre et d'une époque historique à l'autre (James et Prout, 2015).

LE TDAH CHEZ LES JEUNES, D'HIER À AUJOURD'HUI

D^{re} Marie-Claude Guay,
M. Ps., Ph. D., psychologue,
neuropsychologue

Les connaissances entourant le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ont grandement évolué au cours des deux dernières décennies, mais au sein de la communauté scientifique, certains enjeux demeurent controversés, alors que d'autres sont émergents et suscitent un intérêt accru des chercheurs. Parmi ces enjeux, nous faisons le point dans le présent chapitre sur l'évaluation du TDAH et la contribution des épreuves cognitives, ainsi que sur la manifestation des symptômes du TDAH chez la fille. En ce qui a trait aux interventions psychologiques complémentaires à la médication, nous présentons la thérapie cognitive-comportementale comme une intervention de premier choix qui s'appuie sur de solides données probantes et nous exposons les résultats, pour le moment peu concluants, d'études menées sur l'utilité de la remédiation cognitive dans le traitement du TDAH, illustrant toute l'importance d'être à l'affût des avancées scientifiques dans le domaine.

L'évaluation du TDAH

Selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; DSM-5-TR)* [American Psychiatric Association (APA), 2013, 2022], le TDAH est un trouble neuro-développemental qui est caractérisé par la présence de comportements d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité. Il se décline selon trois formes de présentation déterminées par la prédominance des symptômes, soit la présentation inattentive, la présentation hyperactive-impulsive ou la présentation mixte, laquelle se manifeste par la présence à la fois de comportements d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité. Ces comportements nuisent au fonctionnement de la personne dans au moins deux milieux de vie; il s'agit surtout chez les jeunes du milieu familial et du milieu scolaire.

Parmi les troubles mentaux identifiés à l'enfance, le TDAH fait partie des plus prévalents; la prévalence mondiale chez les jeunes est de 7,2 % (APA, 2022). Au Québec, le nombre de prescriptions de médicaments pour traiter le TDAH est passé de 1,9 % en 2000 à 7,7 % en 2020 chez les jeunes de 20 ans et moins (Binta Diallo et al., 2022); cela sème des inquiétudes concernant le diagnostic de TDAH, d'où l'importance pour les psychologues de mener des évaluations rigoureuses.

Des changements importants ont été apportés entre la quatrième édition du *DSM (DSM-IV; DSM-IV-TR)* [APA, 1994, 2000] et la cinquième (*DSM-5; DSM-5-TR*) [APA, 2013, 2022]. Le plus important est le fait qu'il est dorénavant reconnu que le trouble persiste à l'âge adulte. Par conséquent, les symptômes du TDAH sont maintenant modulés en fonction de l'âge de la personne (p. ex., [traduction] « souvent court ou grimpe dans des situations où il est inapproprié de le faire [chez les adolescents et les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'agitation] ») [APA, 2022, p. 69]. Chez les jeunes, six symptômes sont requis pour retenir un TDAH, alors que chez les adultes (17 ans et plus), le seuil minimal est de cinq. Un autre changement important est le fait que, dans le *DSM-5*, les symptômes doivent apparaître avant l'âge de 12 ans, tandis que le *DSM-IV-TR* indiquait plutôt avant l'âge de 7 ans.

Pour évaluer la présence des symptômes du TDAH, des questionnaires comportementaux ont été validés, dont le questionnaire Conners (Conners, 2015), un des plus appréciés pour ses qualités psychométriques et sa contribution au diagnostic (Chang et al., 2016), et ce, autant dans les milieux cliniques que dans les milieux de la recherche. Néanmoins, l'évaluation du TDAH reste un défi, car les manifestations cliniques sont hétérogènes, les troubles associés sont nombreux et les symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité peuvent aussi se manifester dans d'autres troubles. À titre d'exemple, un enfant qui présente un trouble d'apprentissage de la lecture et de l'écriture (comme la dyslexie) peut aussi manifester, dans certaines circonstances, des comportements

Néanmoins, l'évaluation du TDAH reste un défi, car les manifestations cliniques sont hétérogènes, les troubles associés sont nombreux et les symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité peuvent aussi se manifester dans d'autres troubles.

caractéristiques du TDAH, sans nécessairement présenter le trouble (p. ex., souvent évite, n'aime pas ou repousse les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu; fait des erreurs d'inattention dans ses travaux scolaires). De plus, le TDAH est souvent associé à un autre trouble, le plus fréquent étant le trouble de l'opposition avec provocation (près de 50 % pour la présentation mixte et près de 25 % pour la présentation inattentive). D'autres troubles de santé mentale, comme les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur, ainsi que d'autres troubles neurodéveloppementaux, comme les troubles d'apprentissage ou le trouble du spectre de l'autisme, peuvent aussi y être associés (APA, 2022). Les diagnostics différentiels et l'évaluation des troubles associés doivent donc faire partie de l'évaluation du TDAH.

La contribution des épreuves cognitives dans l'évaluation du TDAH

De nombreuses études menées dans le domaine des neurosciences et de la psychologie cognitive montrent clairement la présence de déficits des fonctions attentionnelles et des fonctions exécutives chez les personnes qui ont un TDAH (Rubia et al., 2007; Willcutt et al., 2005). Parmi les modèles théoriques du TDAH les plus influents, celui de Barkley (1997, 2006) place d'ailleurs le déficit d'inhibition au cœur du trouble lorsqu'il y a présence d'hyperactivité et d'impulsivité, affectant secondairement d'autres fonctions exécutives (mémoire de travail verbale et non verbale, autorégulation, reconstitution – capacité de synthèse). Depuis plus d'une vingtaine d'années, les épreuves cognitives permettant d'évaluer l'attention et les fonctions exécutives se sont multipliées, fournissant aux psychologues et aux neuropsychologues des instruments de mesure validés. Afin de procéder à une évaluation plus rigoureuse du TDAH, le National Institute of Mental Health (NIMH) recommande d'ailleurs que l'évaluation tienne compte des avancées dans ces domaines en intégrant notamment des épreuves cognitives (Insel, 2013).

Un des tests les plus utilisés est le *Continuous Performance Test (CPT)* [Conners, 2000]. Les résultats d'une récente méta-analyse montrent qu'utilisé seul, il contribue modestement à différencier les jeunes qui ont un TDAH de ceux qui n'en ont pas (Arrondo et al., 2024). Or, les résultats d'une étude rétrospective révèlent que 79,3 % des participants sont classés correctement à partir uniquement de trois scores à deux

épreuves cognitives mesurant : 1) l'inhibition cognitive (erreurs à la condition « contrôle de l'interférence couleur-mot » de la batterie D-KEFS) [Delis et al., 2001]; 2) l'inhibition d'une réponse motrice (erreurs de commissions au CPT-II) [Perrault et al., 2019]; 3) l'attention soutenue (indice de confiance du CPT-II) [Perrault et al., 2019]. Ce constat est certes intéressant, car il montre l'utilité des épreuves cognitives dans l'évaluation du TDAH. Néanmoins, à l'heure actuelle, il n'existe aucun test qui se substitue à lui seul à l'évaluation clinique (Faraone et al., 2021).

Ainsi, l'évaluation multimodale, qui inclut l'observation des comportements et l'administration d'épreuves d'attention et de fonctions exécutives, est d'ailleurs fortement appuyée par plusieurs chercheurs (Arrondo et al., 2024; Insel, 2013; Perrault et al., 2019; Pritchard et al., 2014). De plus, outre sa contribution au diagnostic, l'évaluation des fonctions attentionnelles et exécutives, tout comme l'évaluation du fonctionnement intellectuel, permet de faire des recommandations mieux adaptées aux besoins spécifiques des jeunes (Pritchard et al., 2014). Par exemple, on pourrait recommander de l'aide à la prise de notes de cours pour un jeune qui présente un déficit de l'attention partagée (difficultés à écouter l'enseignant tout en prenant en note les notions importantes).

En somme, l'évaluation multimodale contribue à améliorer la fiabilité du diagnostic de TDAH, tout en permettant de mieux orienter les interventions à privilégier en fonction des besoins spécifiques de chaque jeune.

Ce constat est certes intéressant, car il montre l'utilité des épreuves cognitives dans l'évaluation du TDAH. Néanmoins, à l'heure actuelle, il n'existe aucun test qui se substitue à lui seul à l'évaluation clinique.

Le TDAH au féminin

Dans le *DSM-5* et le *DSM-5-TR* (APA, 2013, 2022), les critères d'évaluation du TDAH sont modulés en fonction de l'âge de la personne, mais non en fonction du sexe à la naissance. Dans une vaste synthèse des revues systématiques (« revue parapluie »), la prévalence du TDAH chez les garçons (10 %) est deux fois plus élevée que celle des filles (5 %) [Ayano et al., 2023]. Or, plusieurs constats émergeant de la littérature laissent à penser que les filles sont sous-représentées et que nous connaissons moins bien l'expression des symptômes du TDAH lorsqu'ils se présentent au féminin (Skoglund et al., 2024; Young et al., 2020).

Pour mieux comprendre le TDAH chez les filles, nous identifions principalement deux types de devis de recherche. Les chercheurs peuvent comparer soit les symptômes du TDAH et les résultats aux épreuves cognitives des filles qui ont un TDAH à ceux des filles de la population générale, soit les symptômes du TDAH et les résultats aux épreuves cognitives des filles ayant un TDAH à ceux des garçons ayant un TDAH.

Les résultats des études qui comparent les filles ayant un TDAH à celles de la population générale montrent clairement que les premières ont plus de comportements d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité et qu'elles obtiennent de moins bonnes performances aux épreuves d'attention et de fonctions exécutives (Biederman et al., 1999; Hinshaw, 2002; Loyer Carbonneau et al., 2021; Skogli et al., 2013). De plus, le TDAH chez les filles augmente les risques de difficultés d'adaptation (p. ex., faible rendement scolaire; difficultés dans les relations sociales en face-à-face, mais aussi sur les réseaux sociaux; intimidation en tant qu'agresseuse ou en tant que victime; comportements sexuels à risque) [Young et al., 2020].

En ce qui concerne les études qui comparent les filles et les garçons ayant un TDAH, les résultats sont un peu moins convaincants, car plusieurs contradictions subsistent. Pour tenter d'y voir plus clair, quatre équipes de chercheurs ont mené des méta-analyses recensant les études qui comparent les filles et les garçons ayant un TDAH sur le plan des symptômes (Gaub et Carlson, 1997; Gershon, 2002; Loyer Carbonneau et al., 2021) ou des déficits cognitifs (Gershon, 2002; Hasson et Fine, 2012; Loyer Carbonneau et al., 2021).

Pour ce qui est des symptômes du TDAH, les résultats de deux méta-analyses qui ont recensé des études dont le diagnostic était principalement établi à partir du *DSM-III* (APA, 1987) montrent que les garçons ont plus de comportements d'inattention et d'hyperactivité que les filles (Gaub et Carlson, 1997; Gershon, 2002). Pour l'impulsivité, seul Gershon (2002) a mis de l'avant qu'elle est plus grande chez les garçons. Plus tard, l'équipe de Loyer Carbonneau (2021) a mené une nouvelle méta-analyse qui incluait uniquement des études pour lesquelles le diagnostic de TDAH avait été établi selon les critères du *DSM-IV* (APA, 1994), du *DSM-5* (APA, 2013) ou de la *CIM-10* (Organisation mondiale de la Santé, 2008). Les résultats montrent que les garçons ayant un TDAH ont plus d'hyperactivité que les filles présentant ce trouble. En revanche, il n'y a pas de différence pour l'inattention et l'impulsivité. Globalement, ces trois méta-analyses mettent clairement en évidence, de façon constante au fil du temps, le fait que les garçons ayant un TDAH ont plus d'hyperactivité que leurs homologues féminins.

Un autre constat intéressant de l'étude de Loyer Carbonneau est la présence d'un biais de l'observateur. Lorsque les parents rapportent les symptômes du TDAH, il n'y a pas de différence

entre les filles et les garçons. En revanche, lorsque ces comportements sont rapportés par les enseignants, les garçons présentent plus d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité que les filles. Cela peut s'expliquer par le fait que les filles ayant un TDAH manifestent moins d'agitation motrice et de comportements extériorisés (p. ex., opposition) [Nussbaum, 2012]. Ainsi, dans le contexte de classe, il est possible que les comportements des filles ayant un TDAH interfèrent moins avec le fonctionnement du groupe, ce qui expliquerait pourquoi elles passent plus inaperçues et sont plus tardivement identifiées (Skoglund et al., 2024; Young et al., 2020).

En ce qui a trait aux déficits cognitifs, Hasson et Fine (2012) observent des déficits d'inhibition d'une réponse motrice (impulsivité à répondre) plus marqués chez les garçons que chez les filles ayant un TDAH. Dans la méta-analyse de Loyer Carbonneau et al. (2021), plusieurs processus cognitifs sont considérés (attention, inhibition, mémoire de travail, flexibilité cognitive, planification). Les résultats montrent aussi que les garçons ayant un TDAH ont des déficits de flexibilité cognitive et d'inhibition plus marqués que les filles présentant ce trouble.

À l'heure actuelle, les études qui visent à mieux comprendre le TDAH chez la fille comportent certaines limites méthodologiques, dont deux qui apparaissent importantes. Premièrement, les symptômes du TDAH, tels qu'ils sont définis dans les différentes versions du *DSM*, sont élaborés à partir d'échantillons majoritairement constitués de garçons, et sont donc peu adaptés à l'expression des symptômes du TDAH chez la fille (Hinshaw, 2002). Deuxièmement, les participants sont souvent recrutés dans les milieux cliniques et non dans la communauté (Loyer Carbonneau et al., 2021). Or, les filles sont peu dirigées vers les cliniques et lorsqu'elles le sont, elles présentent souvent des symptômes plus sévères (Hinshaw, 2002; Rucklidge, 2010). Le biais d'échantillonnage est donc important, limitant la représentativité des filles dans les études sur le TDAH.

En somme, la méconnaissance de l'expression des symptômes du TDAH au féminin devient un enjeu de santé publique important auquel les cliniciens et les chercheurs devront s'intéresser davantage afin d'identifier plus tôt ces femmes et de leur offrir des soins appropriés à leurs besoins. Dans une vaste étude épidémiologique menée dans la région de Stockholm (n > 85 000 personnes), les résultats montrent d'ailleurs que les femmes ayant un TDAH reçoivent leur diagnostic, puis leur traitement, en moyenne quatre ans plus tard que les hommes (Skoglund et al., 2024). De plus, les auteurs confirment qu'elles ont plus de troubles psychiatriques et qu'elles utilisent davantage les services de santé que leurs homologues masculins ou que les femmes de la population générale; d'où la nécessité d'un dépistage plus précoce afin de prévenir l'aggravation de leurs difficultés d'adaptation.

En somme, la méconnaissance de l'expression des symptômes du TDAH au féminin devient un enjeu de santé publique important auquel les cliniciens et les chercheurs devront s'intéresser davantage afin d'identifier plus tôt ces femmes et de leur offrir des soins appropriés à leurs besoins.

Les interventions psychologiques pour le TDAH

D'entrée de jeu, il importe de rappeler que la médication demeure le traitement de premier choix pour le TDAH, car il s'agit du plus efficace pour réduire les symptômes primaires, soit l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018b; MTA Cooperative Group, 1999). Toutefois, la médication agit peu sur les comportements d'opposition, de provocation, d'agressivité, ainsi que sur le plan des relations sociales et de la régulation des émotions. Certains parents sont aussi réticents à traiter le TDAH de leur enfant à l'aide de médicaments. Par conséquent, des interventions psychologiques, complémentaires à la pharmacothérapie, sont donc nécessaires pour favoriser le mieux-être des jeunes qui ont un TDAH (Dentz et al., 2024). Au fil des années, les chercheurs et les cliniciens se sont affairés à développer des interventions, puis à évaluer leur efficacité, démontrant ainsi les interventions à prioriser, comme la thérapie cognitive-comportementale (TCC), ainsi que les interventions pour lesquelles les données probantes sont actuellement moins convaincantes, comme c'est le cas pour la remédiation cognitive.

La thérapie cognitive-comportementale (TCC)

Les problèmes d'adaptation associés au TDAH s'observent surtout lorsque le trouble se manifeste en présence de comportements hyperactifs et impulsifs. L'agitation motrice constante et l'impulsivité à réagir nuisent notamment aux relations interpersonnelles, que ce soit avec les parents, la fratrie, les enseignants ou les pairs (*DSM-5-TR*) [APA, 2022]. Comme les difficultés sont multiples et varient d'un jeune à un autre, plusieurs interventions, qui s'appuient sur des données probantes, peuvent être déployées; c'est le cas notamment de la différenciation pédagogique ou des interventions brèves basées sur des solutions (pour une recension détaillée, voir les rapports de l'INESSS, 2018a, 2018b).

Parmi les interventions utiles auprès des jeunes ayant un TDAH, l'efficacité de la TCC a été largement prouvée (INESSS, 2018a, 2018b). Les fondements théoriques reposent principalement sur le conditionnement opérant de Skinner et la théorie d'apprentissage social de Bandura (pour un résumé de ces théories en français, consulter l'ouvrage *Psychologie de*

Au sein de la communauté scientifique, de nouvelles avenues d'intervention, inspirées des TCC de la troisième vague, font actuellement l'objet d'un intérêt croissant ; c'est le cas notamment des approches basées sur la pleine conscience ou de celles basées sur le yoga.

l'apprentissage [Powell et al., 2016]). La TCC peut être menée sous forme de psychothérapie auprès de l'enfant et de sa famille, et inclure un volet d'éducation psychologique conçu spécifiquement pour les parents (*behavioral parent training*) et visant à bien les outiller dans les interventions à privilégier auprès de leur enfant. Autrement, elle peut être menée sous forme d'interventions de groupe pour les parents (c.-à-d. programmes d'entraînement des habiletés parentales) ou pour les enfants (c.-à-d. programmes d'entraînement des habiletés sociales).

Les interventions de groupe basées sur la TCC et conçues pour les parents d'enfants ayant un TDAH ont été implantées dans les milieux cliniques et sont étudiées depuis plus d'une vingtaine d'années. Plusieurs d'entre elles ont été standardisées, puis manualisées et validées. Parmi ces interventions, une des plus étudiées à travers le monde a été le programme Incredible Years. Les résultats montrent que celui-ci est efficace auprès des jeunes qui ont un TDAH (Leijten et al., 2020 ; Webster-Stratton et al., 2011, 2013) et qu'il permet aux parents de ces jeunes de réduire leurs pratiques parentales négatives et coercitives et d'augmenter leurs pratiques parentales positives (Lessard et al., 2016).

Au Québec, le programme Multi-Propulsions se distingue pour deux raisons : 1) il est spécialement conçu pour répondre aux besoins des parents et des enfants ayant un TDAH ; 2) il inclut dans l'intervention autant les parents que les jeunes eux-mêmes. Le premier volet s'intitule « Mieux vivre avec le TDAH à la maison » (Massé et al., 2011) et le second, « Mieux vivre avec les autres » (Massé et Verret, 2016 ; Verret et Massé, 2017). Les résultats d'études cliniques montrent que le programme Multi-Propulsions permet de réduire le stress parental des parents d'enfants ayant un TDAH et d'améliorer la qualité de leur relation parent-enfant (Massé et al., 2011), ainsi que de diminuer les problèmes de comportements des enfants et d'améliorer leurs habiletés sociales (Verret et al., 2018).

Dans l'ensemble, la TCC, incluant les programmes d'entraînement des habiletés parentales et d'entraînement des habiletés sociales, s'est montrée une avenue thérapeutique efficace et utile dans les soins prodigués aux jeunes qui ont un TDAH et à leur famille. Bien entendu, d'autres approches psychosociales ont aussi démontré leur utilité (pour une recension détaillée,

voir les rapports de l'INESSS, 2018a, 2018b). Au sein de la communauté scientifique, de nouvelles avenues d'intervention, inspirées des TCC de la troisième vague, font actuellement l'objet d'un intérêt croissant ; c'est le cas notamment des approches basées sur la pleine conscience ou de celles basées sur le yoga (Cairncross et Miller, 2020 ; Chimiklis et al., 2018).

La remédiation cognitive

Depuis les années 2000, plusieurs chercheurs, s'appuyant sur les notions de plasticité cérébrale, ont voulu décrire les effets de la remédiation cognitive auprès des jeunes qui ont un TDAH (Beck et al., 2010 ; Klingberg et al., 2002 ; Klingberg et al., 2005). L'approche consiste à cibler des déficits cognitifs spécifiques au TDAH et à proposer un entraînement cognitif permettant de les développer. Ultimement, il est envisagé que cela se répercutera sur d'autres fonctions exécutives, réduisant ainsi les symptômes du TDAH et améliorant le rendement scolaire. Le programme d'entraînement cognitif le plus étudié auprès de ces jeunes, Cogmed, en est un d'entraînement de la mémoire de travail. Il est stipulé que l'entraînement cognitif doit s'adapter et se complexifier en fonction des capacités de chaque jeune. Pour ce qui est de l'intensité du programme, elle varie quelque peu d'une étude à une autre (séance de 30 à 45 minutes, 3 à 6 fois/semaine, pendant 5 à 12 semaines). Les résultats des premières études étaient encourageants, car les jeunes amélioraient leurs capacités de mémoire de travail verbale et visuospatiale, et leurs parents rapportaient une diminution des symptômes du TDAH (Beck et al., 2010 ; Klingberg et al. 2005). Toutefois, les limites méthodologiques étaient nombreuses, limitant la portée des résultats : petits échantillons, biais des observateurs qui sont informés des buts de l'étude, aucun contrôle sur la médication ou sur les comorbidités associées au TDAH, etc. (Cortese et al., 2015 ; Rapport et al., 2013).

Lorsque les chercheurs ont poursuivi leurs travaux avec des devis de recherche plus robustes, les résultats étaient nettement plus mitigés. Dans une étude longitudinale réalisée auprès de jeunes qui prennent des médicaments pour le TDAH et incluant un groupe placebo, les résultats ne montrent aucune amélioration des autres fonctions exécutives ni aucune réduction des symptômes du TDAH à court terme (Dentz et al., 2020) ou à long terme (Rivard et al., 2020). D'ailleurs, dans une récente méta-analyse, toutes les études retenues ont un devis de recherche rigoureux qui inclut un groupe témoin randomisé et des observations probablement à l'aveugle, et qui exclut les études où d'autres interventions sont combinées au programme d'entraînement cognitif (Westwood et al., 2023). Les résultats montrent que les programmes d'entraînement cognitif, dont le programme d'entraînement de la mémoire de travail Cogmed, ne permettent pas de diminuer les comportements d'inattention, ni ceux d'hyperactivité-impulsivité. De plus, bien que des effets faibles à modérés indiquent des

améliorations sur les tâches d'entraînement de la mémoire de travail verbale et visuospatiale, ces effets ne semblent pas se généraliser à d'autres fonctions exécutives et ne permettent pas d'améliorer le rendement scolaire (Westwood et al., 2023).

Globalement, l'état des connaissances actuelles dans le domaine de la remédiation cognitive auprès des jeunes qui ont un TDAH nous invite à la plus grande prudence en ce qui a trait à son utilité clinique puisque nous n'avons pas, pour le moment du moins, de données probantes sur lesquelles nous appuyer pour montrer son efficacité.

Conclusion et regard sur l'avenir

Les déficits des fonctions attentionnelles et exécutives dans le TDAH sont bien connus, et une approche multimodale de l'évaluation du trouble, incluant l'observation des comportements et les résultats d'épreuves cognitives, s'avère utile lors de l'évaluation et permet de préciser les recommandations en fonction des besoins spécifiques des jeunes. Par ailleurs, bien que la récente parution du *DSM-5-TR* reconnaisse l'évolution du trouble à l'âge adulte, les symptômes ne sont toujours pas modulés en fonction du sexe à la naissance ; pourtant, les filles ayant un TDAH ont moins d'hyperactivité, et ce trouble est déposé plus tardivement chez elles que chez les garçons.

Pour ce qui est du traitement du TDAH, le plus répandu demeure la médication. Toutefois, les études montrent clairement que les approches multimodales qui incluent des interventions

psychologiques permettent aux jeunes qui ont un TDAH de mieux s'adapter à leurs divers milieux de vie. Les interventions les plus solidement validées sont les thérapies cognitives-comportementales, plus particulièrement les programmes d'entraînement des habiletés parentales et les programmes d'entraînement des habiletés sociales conçus pour les jeunes ayant un TDAH. D'autres interventions, comme la remédiation cognitive, ne se sont toutefois pas avérées efficaces dans le traitement du TDAH. À l'heure actuelle, les TCC de la troisième vague ont le vent dans les voiles dans le traitement de plusieurs troubles de santé mentale, et le TDAH ne fait pas exception. Les résultats de récentes méta-analyses sont encourageants et laissent supposer une certaine efficacité des interventions basées sur la pleine conscience (Cairncross et Miller, 2020 ; Chimiklis et al., 2018) et de celles qui incluent la pratique du yoga (Chimiklis et al., 2018). Toutefois, les études recensées comportent plusieurs limites méthodologiques, et, bien que ces interventions soient actuellement jugées potentiellement utiles pour traiter le TDAH, davantage d'appuis empiriques sont nécessaires pour en faire la preuve.

En somme, au fil des dernières décennies, une myriade d'articles scientifiques a été publiée sur le TDAH, ce qui montre l'importance clinique de mieux le connaître. Par conséquent, nos connaissances évoluent, les pratiques cliniques entourant l'évaluation et les interventions efficaces se précisent, et de nouveaux enjeux scientifiques surgissent, d'où l'importance de rester à l'affût des nouvelles études sur le trouble.

LE SPECTRE DE L'AUTISME : UN BREF ÉTAT DES CONNAISSANCES

D^{re} Isabelle Marleau,

M. Ps., D. Ps., master (psychologie
neurophysiologique), D.E.A.
(psychopathologie), psychologue

Dans les 50 dernières années, le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est passé d'une affection infantile peu connue et définie par de rares symptômes à un trouble ayant une grande présence médiatique, étudié en profondeur et présentant une symptomatologie hétérogène. Or, les caractéristiques du TSA, à savoir les déficits de communication sociale et les comportements répétitifs et inhabituels, n'ont pas changé depuis sa définition initiale (Kanner, 1943).

La majorité des personnes présentant un TSA ont besoin de soutien tout au long de leur vie, et le fardeau social que représentent les coûts scolaires et de soins associés à leur autonomie est considérable (Lavelle et al., 2014). Les psychologues contribuent de manière significative au bien-être des personnes ayant un TSA, notamment en les accompagnant dans leur développement et leurs transitions de vie. Nous présentons ici une brève synthèse de la littérature scientifique destinée aux psychologues qui souhaitent guider les personnes présentant un TSA et leurs familles.

Signes et symptômes

Bien que les personnes présentant un TSA soient très différentes les unes des autres, le trouble se caractérise par des symptômes intenses et persistants dans deux domaines, soit : 1) la communication et l'interaction sociale ; et 2) les comportements restreints et répétitifs (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition, texte révisé [DSM-5-TR] ; American Psychiatric Association [APA], 2022).

Dans le domaine de la communication et de l'interaction sociale, la personne présente des déficits dans les trois sous-domaines suivants :

1. Déficits de réciprocité socioémotionnelle (p. ex., approche sociale anormale, échec des conversations normales, partage réduit des intérêts) ;
2. Déficits dans les comportements de communication non verbale (p. ex., communication verbale et non verbale mal intégrée, déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes) ;
3. Déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations (p. ex., difficultés à adapter le comportement aux contextes sociaux ou à partager des jeux imaginatifs).

Concernant les comportements, intérêts ou activités restreints et répétitifs, ils se manifestent dans au moins deux des sous-domaines suivants :

1. Mouvements moteurs stéréotypés ou répétitifs, utilisation stéréotypée ou répétitive d'objets ou de la parole (p. ex., stéréotypies motrices simples ou alignement d'objets) ;
2. Insistance sur la similitude, adhésion inflexible à des routines ou à des modèles ritualisés de comportement verbal et non verbal (p. ex., détresse extrême face aux changements ou schémas de pensée rigides) ;
3. Intérêts très restreints, fixes et anormaux en fait d'intensité ou de focalisation (p. ex., fort attachement ou préoccupation pour des objets inhabituels) ;
4. Hyperréactivité ou hyporéactivité aux stimuli sensoriels, ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p. ex., indifférence à la douleur, réactions négatives à des sons ou textures).

Les critères du DSM-5 (APA, 2013) visaient à rendre le diagnostic de TSA plus simple en créant un spectre de l'autisme. Les anciens diagnostics, tels que le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS), sont désormais regroupés sous le diagnostic de TSA. Le DSM-5-TR propose également des niveaux de sévérité fondés sur le besoin de soutien, de léger à sévère (Maenner et al., 2014). Les symptômes sont indépendants de la culture, de l'ethnie ou du groupe

Au Québec, le TSA peut être diagnostiqué par les psychologues ou les médecins, idéalement avec la contribution d'autres professionnels, par exemple les psychoéducateurs, ergothérapeutes, orthophonistes ou physiothérapeutes.

socioéconomique (Khan et al., 2012). Le DSM-5-TR reconnaît explicitement que le TSA peut s'accompagner d'autres troubles, notamment un autre trouble neurodéveloppemental ou de santé mentale (p. ex., TDAH, troubles anxieux) ou génétique (p. ex., syndrome de l'X fragile).

Dépistage

De nombreux systèmes de santé publique ont tenté d'identifier les très jeunes enfants présentant un TSA dans la population générale. Pour ce faire, l'instrument de dépistage le plus courant est, selon McConachie et al. (2015), la *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT ; Robins et al., 1999).

On possède des instruments de dépistage du TSA pour des enfants aussi jeunes que 18 mois (Havdahl et al., 2017). Toutefois, ces instruments ne sont pas statistiquement sensibles. Cela signifie que, dans une population générale, ils ne permettent pas d'identifier la plupart des enfants présentant un TSA (Mandell et Mandy, 2015). En effet, bien que les enfants identifiés par ces instruments de dépistage présentent tous des difficultés significatives, voire un trouble mental (incluant les troubles neurodéveloppementaux), ils ne présentent pas nécessairement un TSA (McConachie et al., 2015).

Diagnostic chez les enfants

Au Québec, le TSA peut être diagnostiqué par les psychologues ou les médecins, idéalement avec la contribution d'autres professionnels, par exemple les psychoéducateurs, ergothérapeutes, orthophonistes ou physiothérapeutes (Marleau, 2019b). Bien que le TSA résulte d'une altération précoce du développement du cerveau et d'une réorganisation neuronale, il n'existe pas de biomarqueurs (Bauman et Kemper, 2005 ; O'Reilly et al., 2017) ; le diagnostic est posé sur la base du comportement.

Les instruments diagnostiques les plus courants sont le *Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children* (STAT^{MC} ; observation de 20 minutes pour les enfants ; Stone et Ousley, s. d.) et l'*Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS ; observation de 45 minutes disponible pour divers niveaux de langage et d'âge, de 12 mois à l'âge adulte ; Lord et al., 2012). Ces instruments standardisés permettent d'observer et de caractériser les comportements particuliers de la personne soupçonnée d'avoir un TSA. En recherche, ou pour obtenir un historique complet du développement,

Il est intéressant de noter que, comparativement à leurs pairs, les enfants sans retard de langage, de sexe féminin, appartenant à des minorités ethniques, issus de familles au statut socio-économique faible ou ne parlant pas couramment la langue officielle reçoivent souvent des diagnostics plus tardifs.

on utilise aussi l'*Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R; Rutter, Le Couteur et Lord, 2003) ou encore le *Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview* (3di; Skuse et al., 2004) [National Institute for Health and Care Excellence, 2021; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016].

Par ailleurs, l'évaluation des symptômes peut être réalisée à partir d'échelles, notamment la *Childhood Autistic Rating Scale* (CARS; Schopler et al., 1988), une observation des comportements complétée par un professionnel, ou encore la *Social Responsiveness Scale-Second Edition* (SRS-2; Constantino et Gruber, 2012) ou le *Social Communication Questionnaire* (SCQ; Rutter, Bailey et Lord, 2003). La SRS-2 et le SCQ sont des questionnaires qui mesurent les symptômes autistiques et sont habituellement remplis par un proche. Par ailleurs, l'évaluation du langage réceptif et expressif, des aptitudes motrices, du fonctionnement intellectuel et des capacités adaptatives, bien que non essentielle au diagnostic, demeure une pratique courante pour bonifier le plan d'intervention (Lord et McGee, 2001).

Les diagnostics les plus complets, qui sont fondés sur l'observation du psychologue ainsi que les rapports des intervenants, sont plus fiables que ceux qui sont fondés seulement sur une seule de ces deux sources d'informations. Ainsi, il n'est pas recommandé de se fier uniquement à ce qui est rapporté par les parents ou aux résultats d'un seul instrument (S. H. Kim et Lord, 2012; Marleau, 2019b).

Diagnostic chez les adolescents et les jeunes adultes

La majorité des personnes présentant un TSA reçoivent leur diagnostic au début de l'âge scolaire, mais certaines reçoivent le leur à la fin du parcours primaire, à l'adolescence ou à l'âge adulte (Havdahl et al., 2016). Ces diagnostics tardifs surviennent le plus souvent dans le contexte de problèmes concomitants tels que l'anxiété, l'hyperactivité ou les troubles de l'humeur (Dykens et al., 2014), car les antécédents de difficultés peuvent avoir masqué le TSA. Notamment, les adultes qui cherchent à obtenir un premier diagnostic de TSA souffrent souvent de troubles mentaux comorbides (Happé et al., 2016). Conséquemment, pour les diagnostics tardifs, l'évaluation concomitante des troubles mentaux est essentielle (Brugha, 2018).

L'évaluation tardive nécessite les mêmes observations cliniques et les mêmes évaluations que pour les personnes plus jeunes (Marleau, 2019a). Néanmoins, les instruments d'autoévaluation du TSA, souvent utilisés avec les adolescents et les adultes, ont une validité fort discutable en raison de leur faible spécificité; ils ne devraient être utilisés qu'en complément de l'évaluation du psychologue (Ashwood et al., 2016; Bishop et Seltzer, 2012; Danés et al., 2023). Il est intéressant de noter que, comparativement à leurs pairs, les enfants sans retard de langage, de sexe féminin, appartenant à des minorités ethniques, issus de familles au statut socioéconomique faible ou ne parlant pas couramment la langue officielle reçoivent souvent des diagnostics plus tardifs (Binta Diallo et al., 2017; Carpenter et al., 2019; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2012).

Certains ont émis l'hypothèse que les femmes sont sous-diagnostiquées, en invoquant que le TSA touche principalement les hommes ou que le diagnostic est masqué par les compétences relationnelles et langagières attribuées au sexe féminin (Halladay et al., 2015). Or, la recherche est claire, et le sous-diagnostic féminin est un mythe sous-tendu, entre autres, par le phénomène du camouflage social¹. Le lecteur intéressé par cette question pourra se référer à Alaghband-rad et ses collègues (2023), Livingston et Happé (2017) et Mottron et Marleau (2022).

Épidémiologie

La prévalence mondiale du TSA est d'environ 1 % (Elsabbagh et al., 2012); la prévalence dans les pays développés varie de 1 à 5 % (Lyll et al., 2017), ce qui correspond à la proportion estimée au Québec (Binta Diallo et al., 2017). Seules deux études rigoureuses sur l'épidémiologie du TSA chez l'adulte ont été réalisées, toutes deux au Royaume-Uni, et elles ont également fourni des estimations d'environ 1 % (Brugha, 2018). Le TSA touche quatre fois plus de garçons que de filles (APA, 2022).

L'augmentation des estimations de la prévalence au cours des dernières décennies a atteint un plateau (Mottron et Marleau, 2022). Les hypothèses explicatives les plus retenues sont l'amélioration de la sensibilisation et des services, les différences dans les connaissances et la documentation, l'acceptation sociale du trouble et l'inclusion de cas sans trouble du développement intellectuel (TDI) [Mandell et al., 2016]. Pour une revue exhaustive de la littérature en lien avec la question du surdiagnostic, nous référons le lecteur à Mottron et Marleau (2022).

1. Le camouflage social est une stratégie d'adaptation consistant à mettre à profit la mémoire de la personne en utilisant une panoplie de phrases déjà entendues et en les intégrant subtilement dans les conversations. Rapidement et surtout aux yeux des adultes, cette personne semble ainsi communiquer aisément, et cette stratégie, couplée à d'autres stratégies plaquées dans son comportement, fait en sorte que ses difficultés passent plus inaperçues.

Comorbidités

Le TSA est associé à de nombreuses pathologies – physiques, mentales, neurodéveloppementales et fonctionnelles – qui ne font pas partie des critères diagnostiques, mais peuvent néanmoins avoir un effet sur le bien-être de l'enfant et nécessiter une modification du plan d'intervention. Le *DSM-5-TR* reconnaît cette complexité en autorisant les diagnostics multiples.

La prévalence des troubles comorbides varie en fonction de la population étudiée, mais comprend le TDI (prévalence de 11 à 65 % ; Baron-Cohen et al., 2001 ; Charman et al., 2011 ; CDC, 2012 ; Wetherby et al., 2014 ; Wolff et al., 2022) et des difficultés d'apprentissage scolaire (75 % des personnes TSA âgées de 9 à 18 ans ; C. R. G. Jones et al., 2009 ; S. H. Kim et al., 2018). Le TDAH est fréquent (28 % ; Simonoff et al., 2008) et affecte considérablement l'expression des compétences de ces enfants, qu'ils aient une intelligence dans la moyenne ou un TDI (Hartman et al., 2016). Notamment, les symptômes du TDAH évoluent et interagissent avec le fonctionnement exécutif, les relations avec les pairs et les affects dépressifs des personnes TSA (Hartman et al., 2016). Les retards de la parole et du langage touchent plus de 80 % des enfants TSA de 3 ans (Fountain et al., 2012 ; Woynaroski et al., 2016 ; Zhang et al., 2023). Or, plusieurs trajectoires d'évolution du langage sont observées chez les personnes atteintes de TSA, et plusieurs de ces enfants finissent par développer un langage fonctionnel.

Les autres troubles comprennent les tics (9 % des enfants d'âge préscolaire et scolaire ; Simonoff et al., 2008), les problèmes de sommeil (25 à 40 % ; Sivertsen et al., 2012 ; Soke et al., 2018 ; J. Y. Kim et al., 2022), les choix alimentaires restreints (42 à 61 % ; Curtin et al., 2015), l'obésité (23 % ; Must et al., 2017), les symptômes gastro-intestinaux (47 % ; Chaidez et al., 2014), les problèmes d'élimination (12 % ; Gorrindo et al., 2012 ; J. Y. Kim et al., 2022) et l'épilepsie (9 % ; Thomas et al., 2017). Les approches utilisées pour traiter ces troubles comorbides chez les enfants sans TSA sont habituellement aussi efficaces chez les enfants avec un TSA.

L'anxiété sous différentes formes, y compris l'anxiété sociale, l'anxiété généralisée, l'anxiété de séparation et les phobies, affecte de nombreux enfants présentant un TSA (Ung et al., 2013). L'anxiété et la dépression sont plus courantes, ou du moins plus observables, chez les personnes ayant un TSA avec un bon niveau de langage (Gotham et al., 2015 ; Huntjens et al., 2024). L'irritabilité et l'agressivité sont plus fréquentes dans le TSA que dans les autres troubles neurodéveloppementaux, bien qu'elles prennent des formes différentes, de l'agression physique chez les jeunes enfants à l'agression verbale chez les adultes (Hill et al., 2014).

Trajectoires développementales et pronostic

L'éventail des trajectoires développementales possibles, depuis les individus non verbaux jusqu'à ceux qui vivent de manière autonome, accroît considérablement l'incertitude des familles et engendre une pression sur les parents pour qu'ils tirent le meilleur parti de chaque intervention. Or, les plus grands progrès sont réalisés par les enfants qui acquièrent rapidement le langage et possèdent des compétences non verbales minimalement dans la moyenne. Aussi, l'évolution du langage avant 5 ans peut être spectaculaire, allant jusqu'à un rattrapage du niveau moyen pour l'âge, alors qu'après cet âge, elle a tendance à atteindre un plateau (Pickles et al., 2014).

Dès l'âge de 9 ans, l'amitié et l'engagement envers les pairs permettent de prédire les résultats à l'âge adulte en ce qui a trait à l'indépendance et aux capacités d'adaptation (R. M. Jones et al., 2017). En outre, la participation des parents à l'intervention auprès des jeunes enfants a permis de prédire une augmentation du quotient intellectuel et des capacités d'adaptation à l'âge adulte, bien que cela puisse refléter la motivation et les ressources des parents tout autant que le traitement (Anderson et al., 2014).

L'augmentation des estimations de la prévalence au cours des dernières décennies a atteint un plateau. Les hypothèses explicatives les plus retenues sont l'amélioration de la sensibilisation et des services, les différences dans les connaissances et la documentation, l'acceptation sociale du trouble et l'inclusion de cas sans trouble du développement intellectuel.

Les estimations varient, mais environ un tiers des adultes présentant un TSA n'utilisent que des phrases simples et sont atteints d'un TDI (CDC, 2012 ; Happé et al., 2016). Or, la plupart des adultes présentant un TSA avec TDI peuvent s'occuper de leurs besoins de base et ont la capacité de travailler, avec un soutien quotidien. Cependant, chez les adultes ayant un TSA, l'emploi ne correspond généralement pas au niveau d'éducation (Howlin et al., 2013). Les adultes présentant un TSA rapportent par ailleurs plus rarement que les adultes neurotypiques des relations intimes à long terme et des relations amicales intimes (Flegenheimer et Scherf, 2022). Les relations s'expriment parfois différemment de celles des personnes non autistes et de ce qui est mesuré avec des outils conventionnels (p. ex., sur le plan de la fréquence des contacts ou de la manière dont se traduit l'amitié). Par ailleurs, on remarque une mortalité prématurée des personnes ayant un TSA, surtout chez celles ayant des capacités intellectuelles faibles et chez les femmes (potentiellement en raison d'anomalies congénitales

et de troubles neurologiques), mais également chez les personnes présentant des diagnostics comorbides (Hirvikoski et al., 2016 ; Schendel et al., 2016).

Facteurs de risque environnementaux

Parmi les facteurs de risque du TSA, on relève des facteurs prénataux et périnataux, ainsi que les habitudes de vie de la mère (alimentation inadéquate, peu d'exercice physique) [Mandy et Lai, 2017]. L'âge parental avancé (mère ≥ 40 ans, père ≥ 50 ans) a de plus été associé au risque de TSA (Idring et al., 2014 ; Lyall et al., 2017), de même que des intervalles intergrossesses courts (< 24 mois) (Zerbo et al., 2015). Des facteurs non spécifiques pendant la grossesse (conditions métaboliques maternelles, prise de poids, hypertension) ainsi que des facteurs spécifiques (admission de la mère à l'hôpital en raison d'infections bactériennes ou virales, antécédents familiaux de maladie auto-immune) ont également été associés à un risque accru de TSA avec retard global de développement (Lyall et al., 2014).

Quant à l'utilisation de médicaments par la mère pendant la grossesse, l'exposition prénatale à l'acide valproïque (Christensen et al., 2013) et l'utilisation d'une anesthésie (He et al., 2023) ont été associés à un risque accru. En ce qui concerne les antidépresseurs, y compris les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, les études présentent des résultats contradictoires (Brown et al., 2017 ; Lyall et al., 2017). Aucune association entre l'accouchement par césarienne ou la conception assistée et le risque de TSA n'a été trouvée (Lyall et al., 2017). Le lecteur qui souhaite approfondir ce sujet peut également lire le récent article de Lord et ses collègues publié dans la revue *Nature* (2020).

Enfin, la prématurité (< 32 semaines), l'insuffisance pondérale à la naissance ($< 1\,500$ grammes), la petite taille par rapport à l'âge gestationnel (Lampi et al., 2012) et la grande taille par rapport à l'âge gestationnel (Moore et al., 2012) sont associées à un risque accru. Il est impossible de déterminer si ces facteurs sont des causes ou des marqueurs de risque (Lyall et al., 2017). Soulignons finalement que le lien entre la vaccination et le TSA a été complètement éliminé (Gabis et al., 2022).

Chez les personnes TSA, on remarque un schéma de sous-connectivité globale du cerveau, souvent entre les régions frontales et occipitales, associé à une surconnectivité locale dans des régions spécifiques. Les mécanismes sous-jacents demeurent toutefois inconnus.

Génétique

Dans les dernières années, nous sommes passés d'une conception d'un risque génétique général à une attention spécifique portée à des variantes génétiques hétérogènes et

individuelles associées au risque de TSA. Il est estimé qu'entre 74 et 93 % du risque de TSA serait héréditaire (Tick et al., 2016), ces estimations tenant compte du fait que les définitions changeantes ont conduit à des taux de diagnostic variables dans les recherches. Les études de fratrie montrent que le TSA survient chez 7 à 20 % des enfants suivants, après qu'un enfant plus âgé eut reçu un diagnostic de TSA (Ozonoff et al., 2011 ; Sandin et al., 2014) ; cette prévalence augmente chez les enfants ayant deux frères et sœurs aînés présentant un TSA. Les modèles de risque génétique favorisent une hérédité complexe, avec des contributions additives de variantes communes qui, individuellement, contribuent faiblement au risque (Cummings et al., 2022 ; Gaugler et al., 2014), ainsi que des variantes rares ayant des tailles d'effet plus importantes, mais qui ne sont pas des causes déterministes (Weiner et al., 2017).

Les premières preuves de l'existence de facteurs de risque génétiques spécifiques au TSA sont apparues dans des syndromes génétiques rares, tels que le syndrome de l'X fragile (Niu et al., 2017) et la sclérose tubéreuse (Sundberg et Sahin, 2015). Toutefois, le plus courant de ces syndromes, l'X fragile, est présent chez moins de 2 % des enfants présentant un TSA. Les variantes du nombre de copies génomiques, dans lesquelles une sous-région chromosomique est dupliquée ou supprimée, peuvent être héritées ou encore apparaître de novo (c'est-à-dire chez l'enfant, mais pas chez l'un de ses parents). Certaines variantes sont suffisamment fréquentes pour avoir été étudiées individuellement, comme les délétions et les duplications du chromosome 16p11.283 et les duplications maternelles 15q11-q13 (Kalsner et Chamberlain, 2015).

Conséquemment, il est de plus en plus courant que les enfants présentant un TSA se voient administrés un test génétique (Geschwind et State, 2015). Ces tests permettent notamment d'améliorer la planification familiale, de déclencher le dépistage de problèmes médicaux concomitants, de faciliter le pronostic, de mettre les familles en contact avec des groupes de soutien spécifiques et de mettre au point des traitements (Bernier et al., 2014).

Neurobiologie

Le TSA n'est plus considéré comme une déficience focale d'une région ou d'un système cérébral spécifique, mais plutôt comme un état résultant d'une réorganisation globale du cerveau.

Chez les personnes TSA, la neuro-imagerie révèle une croissance excessive du volume cérébral dans la petite enfance (Del Casale et al., 2022 ; Hazlett et al., 2017). Ce développement cérébral accéléré en début de vie entraînerait une altération de la connectivité (Lewis et al., 2014 ; Liloia et al., 2024). La connectivité est un concept large qui englobe les interconnexions physiques ainsi que les interactions dans l'activité de régions cérébrales. Chez les personnes TSA, on remarque un schéma de sous-connectivité globale du cerveau, souvent entre les régions frontales et occipitales, associé

Plusieurs interventions récentes et prometteuses emploient la réalité virtuelle comme modalité.

à une surconnectivité locale dans des régions spécifiques (O'Reilly et al., 2017 ; Rane et al., 2015). Les mécanismes sous-jacents demeurent toutefois inconnus : nous ne savons pas comment l'altération de la connectivité affecte les régions cérébrales, le volume cérébral, les résultats aux tâches et encore moins le comportement (Ecker et al., 2015 ; O'Reilly et al., 2017). Par ailleurs, un profil cognitif hétérogène, incluant des écarts significatifs dans le fonctionnement (p. ex., écart entre le raisonnement verbal et visuospatial) ou une tendance à favoriser un traitement local (p. ex., détails) plutôt qu'un traitement global de l'information, a été observé chez les personnes avec TSA (Audras-Torrent et al., 2021 ; Nader et al., 2015 ; Samson et al., 2012). Il existe cependant aussi des résultats qui contredisent cette position (Joseph et al., 2002 ; Mandy et al., 2015 ; Mottron et al., 2003).

Traitements

La quantité et le type d'interventions dont bénéficient les personnes présentant un TSA varient énormément d'un pays à l'autre et même au sein d'un même pays (Elsabbagh et Johnson, 2016). Les enfants dont les parents ont un faible niveau d'éducation obtiennent moins d'interventions spécialisées que les autres (Salomone et al., 2016).

Interventions parentales précoces

Les interventions qui enseignent aux parents à interagir avec leurs enfants peuvent avoir des effets immédiats sur le comportement social et la communication, même lorsqu'elles sont de faible intensité (Law et al., 2022 ; Weitlauf, McPheeters et al., 2014). Ces traitements visent avant tout à enseigner aux parents à établir un engagement commun, à éviter d'être très directifs et à créer des possibilités d'attention partagée et de jeu où les enfants prennent progressivement l'initiative (Ribeiro et al., 2022 ; Weitlauf, McPheeters et al., 2014). Ils peuvent contribuer à soulager la détresse de certaines familles, en leur fournissant une raison positive de s'investir (Juvin et al., 2022 ; Sealy et Glovinsky, 2016).

Ces traitements sont non intrusifs pour les familles, peu coûteux et adaptables à diverses modalités (clinique ou domicile, individuel ou groupe). Ils sont utiles même pour les familles d'enfants à risque qui, en fin de compte, pourraient ne pas avoir un TSA, mais présenter d'autres retards (McGlade et al., 2023). Ces interventions parentales précoces ont montré une certaine efficacité (Oono et al., 2013 ; Rieth, 2022), même au-delà de quelques années (Pickles et al., 2016).

Interventions comportementales développementales naturalistes (*naturalistic developmental behavioural interventions*)

Le traitement qui a reçu le plus d'attention historiquement est l'intervention comportementale intensive. La forme la plus connue de ce traitement est l'analyse comportementale appliquée (*applied behaviour analysis* [ABA]), bien qu'il en existe de nombreuses versions (Eckes et al., 2023). Une revue de la littérature sur ces approches (Schreibman et al., 2015) a introduit le terme *naturalistic developmental behavioural interventions* (NDBI). Les NDBI présentent des similitudes : elles suivent les séquences de développement typiques et mettent l'accent sur le jeu, l'interaction sociale, l'initiation à la communication et les conséquences naturelles (les conséquences naturelles sont celles qui arrivent naturellement à la suite d'un événement, sans qu'un adulte ait à intervenir, comme, par exemple, un enfant qui tombe lorsqu'il court sans avoir attaché ses lacets) par opposition aux récompenses, comme la nourriture. Ces traitements s'effectuent en tête-à-tête avec l'enfant, afin de lui enseigner des compétences développementales (langage, imitation, tâches cognitives) de manière intensive (environ 15 à 20 heures ou plus par semaine). Bien que certains aient mesuré une augmentation des capacités d'adaptation, du quotient intellectuel et des compétences langagières après deux ans de traitement (Reichow et al., 2012), lorsque les NDBI sont comparées à d'autres approches développementales d'intensité égale, aucune différence n'est constatée (Weitlauf, McPheeters et al., 2014).

Un autre traitement courant faisant appel à des techniques comportementales est le *Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped CHildren* (TEACCH) [Mesibov et al., 2005]. Il s'agit d'une manière d'utiliser l'environnement temporel et physique (calendriers, meubles) pour accroître l'autonomie et la communication, souvent en contexte de classe.

Alors que les interventions parentales concernent principalement l'interaction de la communication sociale, les NDBI visent directement le développement du langage, de la cognition et des capacités d'adaptation, par des traitements structurés. Il est aisé de se convaincre que les enfants pourraient bénéficier de ces deux types d'interventions (Hampton et Kaiser, 2016 ; Sandbank et al., 2023) ; cependant, nous ne disposons d'aucune étude comparative permettant de confirmer cette hypothèse.

Par ailleurs, d'autres interventions sont disponibles. Si certaines techniques d'orthophonie bénéficient d'un soutien empirique général, il a toutefois été difficile de démontrer l'efficacité de l'orthophonie chez les enfants ayant un TSA. Spécifiquement, l'orthophonie permettrait d'améliorer l'acquisition de mots simples, mais non le langage complexe (Hampton et Kaiser,

2016). D'autre part, les approches d'intégration sensorielle peuvent améliorer les aptitudes sensorielles et motrices à court terme en comparaison aux soins habituels (Weitlauf et al., 2017). Les traitements d'intégration auditive n'ont pas donné de résultats positifs constants, et les études portant sur la musicothérapie, bien que présentant des résultats globalement positifs, comportent des limites importantes, incitant à la prudence dans l'interprétation des conclusions (Marquez-Garcia et al., 2022). Finalement, divers outils sensoriels (couvertures lestées, balançoires ou brossage) n'ont pas montré d'effets positifs constants, à l'exception du massage (Silva et al., 2015).

Interventions psychologiques et psychosociales

Pour les enfants d'un certain âge et les adolescents, les groupes de compétences sociales constituent une intervention courante, groupes auxquels les enfants et leurs parents participent séparément ou ensemble. Nombre de ces programmes utilisent la psychothérapie cognitivo-comportementale comme cadre sous-jacent. Ils se sont révélés efficaces pour améliorer le comportement social (Gates et al., 2017). Les programmes mettant l'accent sur des aspects spécifiques, tels le fonctionnement exécutif, la théorie de l'esprit ou l'utilisation d'histoires sociales, montrent un soutien empirique moins solide (Hutchins et Prelock, 2013; Kenworthy et al., 2014).

Des programmes de psychothérapie de groupe ont visé la réduction de l'anxiété, généralement avec des groupes parallèles de parents et d'enfants TSA (McConachie et al., 2014; Pacia et al., 2022; Wood et al., 2009). Alors que ces approches rapportent des résultats positifs (Reaven et al., 2012), les effets d'interventions sur les affects dépressifs ont été plus difficiles à démontrer (Liang et al., 2022; Santomauro et al., 2016).

Certaines psychothérapies visant l'interaction parent-enfant augmentent l'affect positif partagé et l'adaptabilité (Mazurek et al., 2017), ce qui est cohérent avec la constatation que la formation des parents permet de réduire les comportements perturbateurs (Bearss et al., 2015). Cependant, la gestion du trouble oppositionnel avec provocation reste un besoin non comblé pour de nombreuses familles d'enfants TSA, bien que les interventions comportementales traditionnelles puissent aider (Simonoff et al., 2008). Plusieurs interventions récentes et prometteuses emploient la réalité virtuelle comme modalité (Carnett et al., 2023; Hrabal et al., 2023; Neely et al., 2024).

Traitements pharmacologiques

La pharmacologie se limite au traitement des troubles concomitants et de leurs symptômes, et non du TSA. La rispéridone (Kent et al., 2013) et l'aripiprazole (Owen et al., 2009), des antipsychotiques atypiques, améliorent les symptômes d'irritabilité et d'agitation, incluant l'agressivité, l'automutilation et les comportements perturbateurs (Fung et al., 2016).

Les médicaments utilisés pour traiter le TDAH, notamment le méthylphénidate (Sturman et al., 2017), l'atomoxétine (Handen et al., 2015) et la guanfacine (Scahill et al., 2015), se révèlent bénéfiques pour les personnes présentant un TDAH et un TSA (Simonoff et al., 2008), mais ils sont associés à moins de bénéfices et à plus d'effets indésirables chez les personnes présentant un TSA et un TDAH que chez celles présentant seulement un TDAH. Les enfants présentant un TSA et d'autres troubles comorbides (épilepsie, troubles neurologiques, troubles mentaux, dont les troubles anxieux et les troubles dépressifs) sont traités en fonction des données probantes concernant les enfants sans TSA (Lee et al., 2015; Salazar de Pablo et al., 2023).

Conclusion

Grâce à l'intérêt porté à ce trouble, la vie des personnes présentant un TSA ne cesse de s'améliorer. De plus en plus d'entre elles peuvent parler, lire, conduire, obtenir un diplôme et vivre au sein de leur communauté. Or, à ce jour, les professionnels se sont principalement concentrés sur le développement d'outils diagnostiques précis ou de programmes de stimulation d'habiletés spécifiques. Cependant, notre rôle de clinicien est également d'écouter les personnes ayant un TSA, leurs objectifs personnels, leurs aspirations individuelles, leurs souhaits et leurs rêves. Nous pouvons améliorer leur vie lorsque nous utilisons nos connaissances afin de fortifier non seulement leur développement, mais aussi leurs espoirs.

Sites Web pour les personnes présentant un TSA et leurs familles

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
https://www.aacap.org/aacap/families_and_youth/resource_centers/autism_resource_center/home.aspx
- Autism Alliance UK
<https://www.autism-alliance.org.uk>
- Autism CRC
<https://www.autismcrc.com.au>
- Autism Partnership
<https://www.autismpartnership.com>
- Autism Speaks Canada
<https://www.autismspeaks.ca>
- Autisme Montréal
<https://www.autisme-montreal.com>
- Autistic Self Advocacy Network
<https://www.autisticadvocacy.org>
- Centers for Disease Control and Prevention
<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism>
- Fédération québécoise de l'autisme
<https://www.autisme.qc.ca>
- National Institutes of Health
<https://search.nih.gov/search?utf8=%E2%9C%93&affiliate=nih&query=autism+and+parents&commit=Search>
- Société canadienne de pédiatrie
<https://www.cps.ca/fr/autisme>

LE SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE : COMPRENDRE, ÉVALUER ET AGIR – UN GUIDE PRATIQUE POUR LES CLINICIENS

D^r Bruno Gauthier,
M. Ps., Ph. D., psychologue,
neuropsychologue,
Ilana Singer,
M. Sc. (psychologie de la santé),
et **D^{re} Julie Leclerc,**
M. Ps., Ph. D., psychologue

Introduction

À l'époque de la Restauration (1814-1830), la jeune et distinguée marquise de Dampierre (1800-1884) s'entretient avec l'aristocratie dans un salon parisien, quand soudainement elle émet quelques cris involontaires, remarques vulgaires et grimaces extraordinaires (Itard, 1825, cité dans Walusinski et Féray, 2020). Soixante ans plus tard, Gilles de la Tourette identifiera la Marquise comme le tout premier cas parmi ceux qu'il a répertoriés dans son article fondateur (de la Tourette, 1885) pour définir le syndrome qui porte aujourd'hui son nom (Walusinski et Féray, 2020).

Aujourd'hui, le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est classé parmi les troubles tics, qui font partie des troubles moteurs, lesquels sont inclus dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux de la 5^e édition (texte révisé) du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR)* ; American Psychiatric Association [APA], 2022). Un tic est un mouvement (tic moteur) ou une sonorisation (tic sonore) qui se manifeste de manière soudaine, récurrente et stéréotypée. Les tics peuvent être considérés comme simples ou complexes selon l'ampleur des muscles utilisés. Ce qui distingue le SGT des autres troubles tics est la présence de tics moteurs et d'au moins un tic sonore. Si la fréquence des tics peut varier, ceux-ci doivent être encore présents plus d'un an après leur première apparition, qui doit avoir eu lieu avant l'âge de 18 ans. La prévalence du SGT est de 0,5 % à 1 % de la population générale, selon un ratio de 2 à 4 garçons pour 1 fille (APA, 2022 ; Knight et al., 2012 ; Scharf et al., 2015 ; Yang et al., 2016).

Certaines études portant sur les différences de sexe dans le SGT indiquent que les garçons peuvent présenter des tics plus précoces et sévères (Hirschtritt et al., 2015 ; Shprecher et al., 2014), d'autres, que les filles peuvent avoir une sévérité plus élevée de tics moteurs ou sonores (Girgis et al., 2022 ; Nilles et al., 2023), tandis que d'autres encore ne révèlent aucune différence significative entre les sexes quant à l'âge d'apparition, à la sévérité ou au type de tics (Baizabal-Carvallo et Jankovic, 2023 ; Dy-Hollins et al., 2024 ; Garcia-Delgar et al., 2022 ; Lichter et Finnegan, 2015). Ces conclusions mitigées relèvent possiblement de divers facteurs, comme l'interaction entre le sexe et l'âge, les méthodes de recherche et les pratiques diagnostiques (Garcia-Delgar et al., 2022 ; Garris et Quigg, 2021 ; Leclerc et al., 2024).

Portrait du syndrome de Gilles de la Tourette

Développemental. Les premiers tics surviennent généralement entre l'âge de 5 et 7 ans (Robertson, 2011), mais peuvent apparaître plus tôt. Ils débutent souvent par des tics moteurs simples (p. ex., cligner des yeux de manière excessive) avant d'évoluer vers des tics sonores et complexes. La sévérité maximale se situe vers 10-12 ans (APA, 2022 ; Piacentini et al., 2007) et peut se stabiliser ou diminuer chez l'adulte émergent (Bloch et Leckman, 2009 ; Groth, 2018). Cependant, l'évolution est variable, et les tics persistent chez de nombreux adultes, 20 % à 30 % d'entre eux signalant une sévérité constante et 15 %, une augmentation (Burd et al., 2001 ; Groth, 2018). Une étude longitudinale comprenant 56 adultes (âge moyen de 24,2 $\pm$ 3,5 ans) atteints du SGT indique que 90 % d'entre eux continuent de présenter des tics (Pappert et al., 2003) et que 50 % de ceux qui pensaient avoir cessé d'en manifester ont été confrontés à des preuves objectives (enregistrements vidéo) de leur persistance. Ceci pourrait s'expliquer par une meilleure gestion des tics chez l'adulte, résultant d'une certaine

[L]es personnes atteintes du SGT ont souvent un sommeil de moindre qualité.

Ainsi, un stress accru et un sommeil de mauvaise qualité peuvent exacerber les tics par le biais de perturbations hormonales et cognitives.

habituation, et par une moindre incidence de problèmes psychosociaux liés aux tics. Chez 77 % à 90 % des adultes, les tics peuvent être précédés de sensations prémonitoires (Brandt, Essing et al., 2023 ; Johnson et al., 2023), aussi nommées « tics sensoriels », qui entraînent une hyperattention physiologique exerçant une tension musculaire libérée par le tic (Banaschewski et al., 2003 ; Evers et van de Wetering, 1994 ; O'Connor, 2002).

Clinique. Le SGT se caractérise par une fluctuation de fréquence, d'intensité et de localisation des tics qui se manifeste de manière inter- et intra-individuelle (APA, 2022). Cette variabilité est influencée par une interaction complexe de facteurs internes et externes (Gill et Kompolti, 2020 ; Iverson et Black, 2022). Il est donc possible d'identifier un patron de manifestations de manière individuelle, en distinguant les situations à haut risque de manifester des tics de celles à faible risque (Eapen et al., 2018 ; Leclerc et al., 2008 ; O'Connor, 2005).

Le stress et la qualité du sommeil sont des facteurs internes qui contribuent à la variabilité des tics. Le stress¹ peut entraîner des perturbations hormonales, comme la libération de cortisol (Buse et al., 2014), et les personnes atteintes du SGT ont souvent un sommeil de moindre qualité (Hibberd et al., 2020 ; Keenan, Bramham et Downes, 2024). Ainsi, un stress accru et un sommeil de mauvaise qualité peuvent exacerber les tics par le biais de perturbations hormonales et cognitives (Baranwal et al., 2023 ; Buse et al., 2014 ; Conelea et al., 2011 ; Keenan, Bramham, Dinca et al., 2024 ; Lee et al., 2022 ; Opp, 2009). Des facteurs externes, comme les périodes d'excitation et les situations sociales ou nécessitant de la concentration (APA, 2022 ; Leckman et al., 2014), relèvent également de facteurs internes, puisque la fluctuation des tics fait écho aux circonstances ayant une signification particulière pour la personne. L'activité comme telle, de même que les pensées et émotions qu'elle suscite, influence les tics. Par exemple, certaines personnes peuvent avoir plus de tics lorsqu'elles lisent, tandis que d'autres peuvent en avoir moins dans la même situation. Il est donc important de ne pas conclure que le stress entraîne systématiquement une augmentation des tics,

1. Le stress est défini par Lazarus et Folkman (1984) comme la réponse à des défis perçus comme insurmontables.

comme le sous-entend le terme populaire et erroné de « tic nerveux ». Enfin, des éléments cognitifs et psychophysiologiques, comme des attentes perfectionnistes et un style dysfonctionnel de planification de l'action motrice, peuvent également influencer la manifestation et la fluctuation des tics (O'Connor, 2002, 2005).

L'hétérogénéité des profils du SGT est aussi notable, puisque 90 % des individus atteints du syndrome présenteraient au moins un trouble psychiatrique concomitant (APA, 2022; Eapen et al., 2016; Ferreira et al., 2014). Le plus courant est le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), surtout chez les enfants, suivi du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et d'autres troubles anxieux et de comportement (Cravedi et al., 2017). Les troubles concomitants peuvent non seulement influencer la présentation clinique du SGT, mais également altérer la manière dont il se manifeste chez une personne. Par exemple, l'anxiété et la dépression peuvent influencer la gravité des tics, tandis que le TDAH et le TOC peuvent influencer la gestion des tics par la personne. Ces variations peuvent conduire à une diversité de manifestations du SGT et avoir une incidence sur leur traitement. Le tableau 1 présente une synthèse des taux de prévalence combinés issus de plusieurs études scientifiques concernant les troubles concomitants les plus courants.

Tableau 1 – Prévalence des troubles concomitants au SGT

Troubles concomitants	Prévalence
Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité	10 % à 80 %
Trouble obsessionnel-compulsif	10 % à 80 %
Troubles de l'humeur	13 % à 75 %
Troubles du sommeil	9 % à 55 %
Troubles anxieux	10 % à 45 %
Trouble des apprentissages	5 % à 35 %
Problèmes de comportements perturbateurs	5 % à 30 %
Trouble du spectre de l'autisme	3 % à 20 %

Enfin, les épisodes explosifs, crises soudaines et récurrentes qui semblent disproportionnées par rapport à l'élément déclencheur (Budman et al., 2000; Müller-Vahl et al., 2020), s'observent chez 20 % à 67 % des personnes atteintes du SGT, surtout chez les jeunes (Conte et al., 2020). Leur prévalence est beaucoup plus élevée lorsque l'enfant présente un TDAH et un TOC en concomitance, en raison des difficultés d'inhibition des comportements et des pensées (Budman et Feirman, 2001; Leclerc et al., 2011; Sambrani et al., 2016). Ces crises se distinguent de l'opposition ou de la colère par leur intensité et leur profil situationnel (Budman et al., 2015; Sukhodolsky et al., 2003) et sont estimées très perturbatrices par les parents (De Lange et Olivier, 2004; Ghanizadeh et al., 2010).

Socioaffectif. Le SGT pose des défis importants dans divers aspects de la vie. Environ 68 % des personnes atteintes se sentent incomprises en raison de leurs tics, ce qui les conduit à éviter les situations où ceux-ci pourraient être interprétés comme intentionnels (Conelea et al., 2013; Cox et al., 2019; Eapen et al., 2016). Cela peut exacerber les tics, car les tentatives de les réprimer en public peuvent au contraire les intensifier (Cox et al., 2019; Eapen et al., 2016). Des tensions familiales, en particulier avec la fratrie, peuvent donc se manifester (Blanchet et Leclerc, 2022; Cox et al., 2019; Gagnon et Leclerc, 2022; O'Hare et al., 2015; Robinson et al., 2013). Les tics peuvent aussi nuire à la concentration et à l'accomplissement des tâches (O'Hare et al., 2015). Enfin, les microagressions peuvent aggraver le sentiment d'isolement et de frustration (Bell, 2013). Ces comportements, comme l'invalidation, diminuent la reconnaissance des expériences des personnes vulnérables, complexifiant ainsi leurs interactions sociales (Bell, 2013; Sue et al., 2007). Par conséquent, les personnes atteintes du SGT sont plus susceptibles de connaître une qualité de vie réduite et une plus faible estime de soi (Conelea et al., 2013; Eapen et al., 2016; Huisman-van Dijk et al., 2019; J.-Nolin et Leclerc, 2021).

Neurocognitif. Les ganglions de la base sont des structures sous-corticales reliées au lobe frontal par des circuits parallèles nommés « boucles cortico-striato-thalamo-corticales » (CSTC) qui jouent un rôle dans diverses fonctions motrices, affectives et cognitives (Alexander et al., 1986; Haber, 2003; Middleton et Strick, 2000). Le SGT découlerait d'un dysfonctionnement des ganglions de la base qui perturberait les boucles CSTC (Cavanna et al., 2017; Houeto et Giré, 2008; Lange et al., 2017; Mink, 2001, 2006; Spessot et Peterson, 2006), conduisant à la production de tics et altérant potentiellement la régulation de certaines fonctions neuropsychologiques.

Les recensions des écrits sur la neuropsychologie du SGT (Cavanna et al., 2020; Morand-Beaulieu et al., 2017; Murphy et al., 2022) indiquent que lorsqu'il est associé à des troubles comme le TDAH et le TOC, le SGT peut s'accompagner de déficits cognitifs (voir un portrait détaillé dans Murphy et al., 2022). En l'absence de ces troubles concomitants, le SGT présenterait principalement des faiblesses subtiles dans l'attention, la motricité et la cognition sociale, surtout chez l'enfant. Un consensus émerge toutefois autour d'un déficit de l'inhibition dans le SGT, depuis longtemps associé aux tics et aux comportements impulsifs du trouble. De plus, dans une étude récente sur la fluidité graphique dans le SGT (Tessier et al., 2022), le groupe clinique ne différait pas du groupe témoin sur l'ensemble des mesures, à l'exception d'une moindre utilisation des stratégies numériques (ajout ou retrait d'une ligne au dessin suivant), ce qui pourrait signaler des différences dans les capacités de planification (Bolduc et Gauthier, en préparation). D'autres études sont cependant nécessaires

pour reproduire ce résultat et en comprendre davantage la signification. Enfin, lorsqu'on adopte le paradigme de la neurodiversité (voir Baron-Cohen, 2017 ; Stenning et Rosqvist, 2021), le SGT est envisagé au-delà du modèle médical axé sur les déficits pour mettre en lumière ses forces, à l'instar de ce qui a été fait pour la dyslexie (Taylor et Vestergaard, 2022) et le TDAH (Girard-Joyal et Gauthier, 2022). Bien que la pensée créative reste peu étudiée dans le SGT, des niveaux élevés de créativité ont été constatés (Colautti et al., 2021 ; Colautti et al., 2023). L'absence de contrôle de diverses variables, l'emploi de tests cognitifs non sensibles ou spécifiques et la présence de facteurs émotionnels, sociaux ou comportementaux rendent difficile l'identification d'un portrait neurocognitif propre au SGT et de sa trajectoire développementale (Eddy et al., 2009 ; Morand-Beaulieu et al., 2017 ; Murphy et al., 2022). Cela souligne l'importance de poursuivre la recherche non seulement pour confirmer et approfondir ces résultats, mais également pour comprendre et valoriser les capacités uniques associées au SGT.

Bien que la pensée créative reste peu étudiée dans le SGT, des niveaux élevés de créativité ont été constatés.

Rôle du psychologue et du neuropsychologue dans l'évaluation du SGT

L'évaluation du SGT se base sur des observations cliniques en lien avec les critères diagnostiques. Les examens de nature physique ou cognitive ne contribuent pas directement à la détection du SGT, bien qu'ils puissent donner des indices cliniques importants et complémentaires. Ainsi, sur la base de l'habilitation à évaluer les troubles mentaux, un psychologue peut donner un diagnostic clinique de SGT². Il peut toutefois s'avérer nécessaire de diriger le client en neuropsychologie pour s'assurer que les tics ne sont pas causés par une autre affection. L'évaluation neuropsychologique permet d'identifier les forces et les faiblesses cognitives spécifiques de l'enfant évalué dans le but d'adapter les interventions et les mesures d'accommodement et ainsi de soutenir son développement.

L'évaluation des tics repose sur l'histoire développementale, médicale et comportementale, et lorsque possible sur des observations cliniques lors de situations associées aux manifestations de tics (p. ex., en classe, à la maison, en loisirs). Des questionnaires psychométriques, comme le *Yale Global Tic Severity Scale* (YGSS ; Leckman et al., 1989), permettent

de compléter l'évaluation. Lors d'une entrevue, l'évaluateur inventorie les tics et évalue leur nombre, leur fréquence, leur intensité, leur complexité et leur interférence. Une autre dimension évalue la perturbation qu'engendrent les manifestations (p. ex., estime de soi, relations interpersonnelles, rendement scolaire/professionnel). Mentionnons enfin l'*Adult Tic Questionnaire*, un instrument de mesure autorapportée comportant de bonnes qualités psychométriques qui s'adresse aux personnes de plus de 16 ans et leur permet d'obtenir un score global de sévérité des tics (nombre, fréquence, intensité) [Abramovitch et al., 2015].

Le diagnostic de SGT peut être posé malgré la présence de réserves, puisque les symptômes sont variables et parfois attribués à un comportement volontaire. Les tics peuvent être perçus par l'entourage de la personne comme un geste ou un son effectué pour faire rire, pour attirer l'attention ou pour éviter certaines situations. Ils peuvent aussi être difficiles à repérer chez les enfants, ressemblant à des gestes volontaires (p. ex., reniflements et raclements de gorge). La nécessité de statuer sur la présence d'un SGT, avec le risque de réduire la personne à une certaine « étiquette médicale », relève du jugement clinique. Il est crucial de ramener les tics au centre de la problématique (sont-ils dérangeants ?) et de prendre en considération les besoins psychologiques et physiologiques (y a-t-il une détresse ou de la douleur ?).

Bien que les tics soient involontaires, ils peuvent être temporairement retenus. Leur répression peut entraîner une tension musculaire globale qui tend à s'accumuler (Gill et Kompolti, 2020 ; O'Connor, 2002) et qui peut causer des maux de tête ou une baisse de la concentration, affectant ainsi le rendement scolaire ou professionnel. Il est important de ne pas présumer de la capacité de contrôle de la personne, un enfant calme en classe pouvant par exemple dépenser son énergie à réprimer ses tics, tandis qu'un enfant concentré qui ne retient pas ses tics peut être perçu comme dérangeant. Il est donc nécessaire de procéder à une analyse fonctionnelle et de discuter des manifestations avec la personne concernée.

D'autres mouvements répétitifs semblables aux tics, mais ayant une autre fonction, peuvent relever d'une problématique concomitante ou différentielle. Les désordres d'habitude comme la trichotillomanie et la dermatillomanie, qui figurent dans la section des troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés (APA, 2022), diffèrent des tics en ce qu'ils impliquent des comportements d'automutilation, présentent un degré de conscience plus élevé au moment du comportement et sont influencés par les contextes situationnels (Snyder et Friman, 2012). Le TOC se différencie des tics par l'influence directe des pensées obsessionnelles sur la compulsion, comportement ou acte mental visant à neutraliser cette pensée et à diminuer la détresse et l'anxiété (APA, 2022). Les tics se rapportent davantage à un état physiologique (*just right feeling*) qu'à une pensée

2. Voir « Différence entre l'évaluation neuropsychologique et une évaluation des troubles mentaux » : <https://www.ordrepsy.qc.ca/evaluation-troubles-neuropsychologiques-membres>.

anxiogène (Brandt, Otte et al., 2023). Cependant, des tics s'apparentant aux compulsions, par exemple devoir équilibrer un tic de l'épaule avec l'autre moitié du corps, sont plus fréquents en cas de concomitance avec le TOC (Brandt, Essing et al., 2023). Les mouvements stéréotypés associés au trouble du spectre de l'autisme, qui sont une forme d'autostimulation répondant à un besoin de rétroaction motrice, diffèrent également des tics. Les tics se caractérisent par leur nature soudaine et brève, et peuvent survenir de manière isolée ou hors contexte, contrairement aux mouvements stéréotypés, qui sont souvent plus continus et intégrés (Eapen et al., 2019).

Rôle du psychologue et du neuropsychologue dans l'intervention pour le SGT

Interventions et recommandations ponctuelles. Un soutien psychosocial peut aider les familles à mieux comprendre le SGT (éducation psychologique) et à atténuer les conséquences des tics et des symptômes concomitants sur le développement (p. ex., baisse d'estime de soi, épisode dépressif). Il est recommandé de pratiquer des interventions ciblées sur les tics, adaptées aux besoins individuels, familiaux et environnementaux. Il est en outre souhaitable de coordonner les interventions entre les différents milieux fréquentés par la personne atteinte du SGT pour conduire à une amélioration globale de sa qualité de vie.

Les stratégies d'intervention préventives et quotidiennes commencent par la sensibilisation aux tics. L'ignorance intentionnelle face aux tics permet de diminuer la tension et l'hypervigilance (p. ex., ne pas réagir outre mesure et continuer l'activité en cours). Des périodes de relaxation ou d'activité physique intense peuvent aider à identifier et à réduire la tension corporelle. L'adoption de stratégies d'organisation, telles que l'utilisation de repères visuels ou d'une séquence de consignes, peut aussi contribuer à créer un environnement moins propice aux tics (Leclerc et al., 2008). Notons enfin le portrait des pratiques éducatives et des perceptions du soutien à la réussite des élèves ayant le SGT dressé par Leclerc (2021).

Psychothérapies. Les lignes directrices canadiennes recommandent la pharmacothérapie, si nécessaire, ainsi que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) comme traitement de première ligne pour réduire les tics (Pringsheim et al., 2019). Les molécules recommandées sont des agonistes des récepteurs alpha-adrénergiques (p. ex., clonidine et guanfacine) et des antagonistes des récepteurs de la dopamine (p. ex., halopéridol et rispéridone). Bien qu'efficace pour réduire les tics de 25 % à 70 %, la médication peut entraîner des effets secondaires (Eddy et al., 2011).

Le recours à une psychothérapie ciblant les tics, dirigée par des professionnels qualifiés, est recommandé lorsque les tics sont dérangeants pour la personne. Quatre modèles de TCC ont prouvé leur efficacité pour réduire la sévérité des tics.

Les lignes directrices canadiennes recommandent la pharmacothérapie, si nécessaire, ainsi que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) comme traitement de première ligne pour réduire les tics.

Le renversement d'habitude (RH) est une approche comportementale fondée sur la théorie de l'apprentissage (Azrin et Nunn, 1973). Le RH cible l'entraînement à la prise de conscience des tics et des sensations prémonitoires, combiné à l'apprentissage de réponses antagonistes aux tics par le conditionnement opérant (Azrin et Peterson, 1988; Carr, 1995; McGuire, 2016; Piacentini et Chang, 2005; Woods et al., 2008). L'une des méthodes utilisées est la technique de relaxation musculaire progressive, qui permet de réduire la tension globale et d'améliorer la conscience corporelle (Bergin et al., 1998). Elle vise à diminuer la fréquence et l'intensité des tics tout en autonomisant les individus dans la gestion de leurs symptômes. Deux recensions des écrits montrent que le RH est efficace, réduisant en moyenne la sévérité des tics de 44,54 % chez les enfants et de 32,3 % chez les adultes (Dutta et Cavanna, 2013; Hwang et al., 2012).

La *comprehensive behavioural intervention for tics* (CBIT) combine le renversement d'habitude avec une analyse fonctionnelle des facteurs environnementaux (Frank et Cavanna, 2013; Himle et al., 2006; Piacentini et al., 2010; Whittington et al., 2016; Woods et al., 2008). Cette intervention intègre également l'éducation psychologique, pour mieux comprendre comment les tics sont renforcés dans des contextes spécifiques, en plus de l'intervention fonctionnelle, qui permet d'identifier et de modifier les facteurs contributifs comme le stress et les facteurs sociaux et environnementaux (Woods et al., 2008). Une revue systématique de la littérature révèle l'efficacité de la CBIT pour réduire les tics chez les enfants (Whittington et al., 2016), et une étude rapporte que celle-ci réduit en outre la sévérité des tics chez les adultes (Wilhelm et al., 2012).

L'*exposition avec prévention de la réponse* (EPR) vise à développer la tolérance aux sensations précurseurs des tics sans déclencher ces derniers (Verdellen et al., 2008). Conceptualisée par Hoogduin et al. (1997), cette approche considère les tics comme des réponses à une tension musculaire accrue et à une activation sensorimotrice et vise à réduire l'intensité des signaux sensoriels et la tension associée, ce qui peut diminuer les comportements liés aux tics au fil du temps (Nissen et al., 2019). Les résultats de l'EPR sont comparables à ceux du RH sur le plan de l'efficacité thérapeutique (Pringsheim et al., 2019; Verdellen et al., 2004).

Le *modèle d'intervention cognitif et psychophysiologique* (CoPs) d'O'Connor (2002) élargit le champ d'action des traitements précédents en ciblant globalement les facteurs cognitifs,

comportementaux et physiologiques qui affectent la fréquence, l'intensité et la localisation des tics. Ces derniers feraient partie d'un cycle de régulation sensorimotrice inapproprié (O'Connor, 2005). Le modèle met l'accent sur les déclencheurs situationnels et sur ce qu'ils représentent pour l'individu, suggérant que l'apparition des tics varie en fonction de l'état psychologique et physiologique de l'individu. Le CoPs vise à modifier les styles de planification de l'action qui augmentent l'activation sensorimotrice et la tension pour réduire les déclencheurs de tics. Adapté aux adultes et aux enfants, il offre une stratégie holistique en ciblant l'interaction complexe des facteurs sous-jacents aux tics (Lavoie et al., 2013; Lavoie et al., 2022; Leclerc, 2021; Leclerc et al., 2018; Leclerc, O'Connor et al., 2016; Leclerc, Valois et al., 2016; O'Connor et al., 2016). Des études montrent une réduction significative de la sévérité des tics chez 73,9 % des adultes, peu importe le type et la sévérité (O'Connor et al., 2016), ainsi qu'une diminution des tics chez les enfants (Leclerc, O'Connor et al., 2016) ayant suivi la thérapie CoPs. Dans un essai récent comparant la CBIT au CoPs, Leclerc et ses collaborateurs (2024) ont constaté que les deux thérapies favorisent des réductions significatives des tics chez les adultes et les enfants après le traitement.

En résumé, ces psychothérapies donnent d'excellents résultats en plus de favoriser l'autonomie des personnes ayant des tics et, conséquemment, d'améliorer leur qualité de vie. Elles s'appuient sur des modèles conceptuels différents, en cohérence avec l'évolution de la conceptualisation des tics et des connaissances scientifiques sur le sujet. Les thérapies intégratives, qui incluent l'influence des émotions, des réponses physiologiques et des facteurs environnementaux, semblent obtenir les meilleurs résultats cliniques à ce jour. Comme la compréhension des troubles tics évolue, ces psychothérapies peuvent être considérées comme étant complémentaires selon les individus, offrant ainsi une gamme d'options pour les aider à mieux gérer leurs symptômes.

Bio- et neurofeedback. Malgré leur efficacité avérée, les psychothérapies et la pharmacologie peuvent ne pas être adaptées à tous en raison par exemple de l'engagement requis et des effets secondaires possibles. Cela soulève la nécessité de trouver de nouvelles méthodes d'intervention. Des études en cours explorent notamment la complémentarité du *biofeedback* avec la psychothérapie, en vue de permettre aux patients d'acquiescer un contrôle volontaire sur leurs réponses physiologiques et éventuellement de traiter les tics (Lavoie et al., 2022). Le *neurofeedback*, une forme de *biofeedback* qui vise à enseigner l'autorégulation de l'activité cérébrale, serait prometteur (Coffey, 2020; Farkas et al., 2015) et permettrait d'améliorer les symptômes du SGT lorsque combiné à la médication (Sukhodolsky et al., 2020). Cependant, davantage de recherches sont nécessaires pour confirmer l'efficacité de ces traitements et évaluer les éventuels effets indésirables associés (p. ex., voir Hammond et Kirk, 2008).

Conclusion

L'époque relativement éloignée de la Restauration incarnait le point de départ de notre exploration du SGT, un défi que nous savons maintenant complexe et varié, pouvant affecter la vie quotidienne, socioaffective et neurocognitive des individus. Bien que notre compréhension du trouble progresse grâce aux avancées scientifiques, des zones d'ombre persistent, notamment dans les mécanismes neurologiques sous-jacents, les facteurs précipitants, les différences entre les sexes et les genres ainsi que les éléments biopsychosociaux influençant la réponse à l'intervention. Malgré cette complexité, des approches thérapeutiques offrent des solutions efficaces qui, combinées à une compréhension évolutive du SGT, ouvrent la voie à une meilleure gestion des symptômes et à une approche intégrative essentielle pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de ce syndrome. La marquise de Dampierre, pionnière involontaire du syndrome de Gilles de la Tourette, nous rappelle que derrière chaque diagnostic se trouve une personne avec une histoire singulière.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

D^{re} Diane Morin,
M.A., Ph. D., psychologue,
et **Geneviève Lord,**
B. Sc. (psychologie), DESS-DI
(évaluation, intervention et
soutien psychologiques auprès
des personnes avec une
déficience intellectuelle)

La déficience intellectuelle (DI) fait partie des troubles neurodéveloppementaux. Ceux-ci regroupent les troubles qui perturbent le développement typique de l'enfant. Dans le présent chapitre, nous aborderons les thèmes de l'évaluation et de l'intervention dans le domaine de la DI. La première section traite du diagnostic de la DI et du retard global du développement ainsi que des systèmes de classification. Y sont également brièvement discutés la terminologie à privilégier dans le domaine de la DI, le rôle du psychologue dans le processus diagnostique, l'étiologie de la DI et les problèmes de santé associés à ce trouble. La deuxième section concerne l'intervention et met l'accent sur la pertinence d'une approche individualisée de même que sur l'importance de bien évaluer les besoins de l'enfant afin de déterminer les meilleurs services à lui offrir. Nous aborderons également les thématiques de l'intervention précoce, de la participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle et de la distinction entre les concepts d'intégration et d'inclusion.

Évaluation

Définition et diagnostic

Trois grands systèmes de classification définissent la DI : le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM; American Psychiatric Association [APA], 2022/2023), la *Classification internationale des maladies* (CIM; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2022) et la classification de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD; Schalock et al., 2021). Ces trois systèmes de classification considèrent la DI sous l'angle des trois mêmes critères : le fonctionnement intellectuel, le comportement adaptatif et l'âge d'apparition des symptômes. En tant qu'organisation professionnelle internationale spécialisée dans le domaine de la DI, l'AAIDD vient habituellement influencer l'APA et l'OMS dans leurs processus de révision de leurs systèmes de classification.

Le tableau 1 présente les définitions de la DI selon l'AAIDD, le *DSM-5-TR* et la *CIM-11*. Précisons que le critère de limitations significatives du fonctionnement intellectuel correspond à un score qui se situe approximativement à deux écarts types sous la moyenne, en tenant compte de l'erreur type de mesure des instruments utilisés ainsi que de leurs forces et de leurs limites (Schalock et al., 2010/2011, p. 31). Le critère de limitations significatives du comportement adaptatif est lui aussi objectivé. Selon Schalock et al. (2010/2011) :

[L]e comportement adaptatif est l'ensemble des habiletés conceptuelles, sociales et pratiques apprises par la personne et qui lui permettent de fonctionner au quotidien [...] Les limitations significatives du comportement adaptatif sont définies de manière opérationnelle comme une performance ou un score qui se situe à deux écarts types sous la moyenne, soit à l'un des domaines de comportements adaptatifs suivants : conceptuel, social et pratique ; soit à un score global

Tableau 1 – Définitions de la déficience intellectuelle (AAIDD, DSM-5-TR, CIM-11)

AAIDD	DSM-5-TR	CIM-11
« La déficience intellectuelle (DI) est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, lequel se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient pendant la période du développement, qui est définie opérationnellement comme celle précédant le moment où la personne atteint l'âge de 22 ans. Les cinq postulats suivants sont essentiels à la mise en application de cette définition. 1. Les limitations du fonctionnement actuel doivent tenir compte des environnements communautaires typiques des pairs appartenant au même groupe d'âge et à la même culture que la personne. 2. Une évaluation valide tient compte de la diversité culturelle et linguistique ainsi que des différences sur le plan de la communication et sur les plans sensoriel, moteur et comportemental. 3. Chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces. 4. Un objectif important de la description des limitations est d'établir un profil des besoins de soutien. 5. Généralement, le fonctionnement de la personne présentant une DI devrait s'améliorer si un soutien personnalisé et approprié lui est offert sur une période prolongée. » (p. 1)	« Le trouble du développement intellectuel (handicap intellectuel) est un trouble débutant pendant la période du développement, fait de déficits fonctionnels tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques. Les trois critères suivants doivent être présents : A. Déficit des fonctions intellectuelles comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience, confirmés par l'évaluation clinique et les tests d'intelligence individuels standardisés. B. Déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. Sans assistance au long cours, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans un ou plusieurs champs d'activité de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, l'indépendance, dans des environnements variés tels que la maison, l'école, le travail, la collectivité. C. Début du déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement. » (p. 46)	« Les troubles du développement intellectuel sont un groupe d'affections étiologiques diverses qui apparaissent au cours de la période de développement et qui se caractérisent par un fonctionnement intellectuel et un comportement adaptatif significativement inférieurs à la moyenne, d'environ deux écarts-types ou plus en dessous de la moyenne (inférieurs au 2,3^e percentile environ), sur la base de tests convenablement normalisés et administrés individuellement. En l'absence de tests convenablement normalisés et standardisés, le diagnostic des troubles du développement intellectuel doit reposer davantage sur un jugement clinique fondé sur une évaluation appropriée d'indicateurs comportementaux comparables. »

mesuré à l'aide d'un instrument standardisé portant sur les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. (p. 43)

Enfin, il convient de souligner que les cinq postulats de l'AAIDD reliés à la définition de la DI sont particulièrement importants à considérer lors du processus diagnostique (voir tableau 1).

Classification

Pendant de nombreuses années, on a à tort accordé plus d'importance aux limitations du fonctionnement intellectuel qu'aux limitations du comportement adaptatif pour poser un diagnostic de DI; on présumait alors que les limitations du fonctionnement intellectuel entraînaient celles des comportements adaptatifs. Il est aujourd'hui démontré scientifiquement que la relation entre les deux construits est corrélationnelle et non causale, que cette corrélation est faible à modérée et qu'il n'y a pas de données probantes permettant de soutenir un lien de causalité entre les deux (Schalock et al., 2021).

Selon Schalock et al. (2021), **le fonctionnement intellectuel et le comportement adaptatif doivent être considérés comme ayant la même importance lorsqu'on pose un diagnostic de DI**. Pour sa part, le *DSM-5-TR* souligne l'importance de se baser sur le fonctionnement adaptatif pour définir le niveau de sévérité, et non plus sur le quotient intellectuel (QI), puisque ce sont les comportements adaptatifs qui permettront d'établir les besoins de soutien requis par la personne.

Classification en sous-groupes

Depuis 1992, l'AAIDD ne définit plus la DI en fonction de différents niveaux de sévérité (Luckasson et al., 1992). Elle propose plutôt une classification en sous-groupes, une fois le diagnostic

établi. La classification doit être utilisée pour une raison précise bien identifiée, présenter un avantage pour la personne et permettre de mieux comprendre ses besoins (Schalock et al., 2021). Schalock et al. (2021) mentionnent que « les trois objectifs de la classification en sous-groupes sont de décrire : a) l'intensité des besoins de soutien; b) l'importance des limitations du comportement adaptatif dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques; c) l'importance des limitations du fonctionnement intellectuel » (p. 56). Pour sa part, le *DSM-5-TR* maintient les appellations *léger*, *moyen*, *grave* et *profond* pour définir les niveaux de sévérité de la DI, qui sont alors déterminés sur la base du fonctionnement adaptatif, et détaille et met en relief dans un tableau les degrés de sévérité pour chacun des trois domaines des comportements adaptatifs.

Rôle du psychologue

Dans le processus diagnostique de la DI, le rôle du psychologue consiste à évaluer le fonctionnement intellectuel et les comportements adaptatifs de l'enfant à l'aide de différents outils standardisés, dont quelques-uns sont présentés au tableau 2. Dans certains cas, par exemple lorsque les scores obtenus pour mesurer les limitations cognitives de l'enfant sont inférieurs aux normes de l'outil utilisé ou lorsqu'il est difficile pour l'enfant de se conformer à une évaluation standardisée du potentiel intellectuel, il peut être nécessaire de recourir à une échelle développementale pour établir le portrait de ses défis et de ses forces (Ordre des psychologues du Québec [OPQ], 2007). Lorsque l'enfant présente des limitations sur le plan des habiletés verbales, il importe d'utiliser des outils d'évaluation qui lui permettent de répondre de

Tableau 2 – Outils standardisés pour soutenir l'évaluation diagnostique de la déficience intellectuelle

Évaluation du fonctionnement intellectuel	Outils non verbaux d'évaluation du fonctionnement intellectuel	Évaluation du niveau de développement	Évaluation des comportements adaptatifs
Échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire (WPPSI-IV; 2-7 ans)	Leiter International Performance Scale (Leiter-3; 3-75 ans)	Battelle Developmental Inventory (BDI-3; 0-7 ans)	Échelles de comportement adaptatif Vineland (Vineland-3; 0-90 ans)
Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (WISC-V; 6-16 ans)	Échelle non verbale d'aptitude de Wechsler (WNV; 4-21 ans)		Système d'évaluation du comportement adaptatif (ABAS-II; 0-89 ans)
Batterie pour l'examen psychologique de l'enfant (KABC-II; 3-12 ans)			
Échelle d'intelligence Stanford-Binet (SB-5; 2-85+ ans)			

Pendant de nombreuses années, on a à tort accordé plus d'importance aux limitations du fonctionnement intellectuel qu'aux limitations du comportement adaptatif pour poser un diagnostic de DI.

manière non verbale (voir tableau 2). En plus de l'utilisation d'instruments standardisés, le processus de classification en sous-groupes, tout comme le diagnostic de DI, doit reposer sur le jugement clinique de l'évaluateur (Schalock et al., 2021).

Terminologie

La terminologie utilisée en langue anglaise concernant la DI a évolué. Au fil des ans, on a successivement utilisé les appellations *mental deficiency*, *mental retardation* puis plus récemment et de nos jours, *intellectual disability*. Ces changements de termes découlent de l'avancée des connaissances, mais aussi des pressions exercées par les groupes de défense des droits et des intérêts des personnes présentant une déficience intellectuelle. Au Québec et dans toute la francophonie, on observe une évolution semblable quant aux termes retenus.

C'est en 2010 que l'AAIDD a remplacé le terme *mental retardation* pour celui de *intellectual disability*. Lors de la traduction des 11^e et 12^e éditions du manuel de l'AAIDD intitulé *Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports* (*Déficience intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien*; Schalock et al., 2010/2011; Schalock et al., 2021), les traducteurs ont présenté en avant-propos les raisons pour lesquelles ils ont maintenu le terme *déficience intellectuelle*. L'Office québécois de la langue française recommandait alors de traduire *intellectual disability* par *incapacité intellectuelle*. Toutefois, même si le terme *incapacité* eut été le meilleur sur le plan linguistique, il revêt une connotation très péjorative en français. En effet, au terme de consultations auprès de professionnels, de chercheurs, de cliniciens et de personnes présentant une déficience intellectuelle, on s'accorde habituellement pour dire que le terme *incapacité intellectuelle* laisserait sous-entendre que les personnes présentant une déficience intellectuelle sont « incapables de... ».

Par ailleurs, il est important de noter que dans la version française du *DSM-5-TR*, le terme *intellectual disability* est traduit par *handicap intellectuel*. Selon cette version, il s'agit du terme le plus utilisé en français (APA, 2022/2023). Toutefois, cette traduction ne tient pas sur le plan conceptuel. Selon le modèle du processus de production du handicap (Fougeyrollas, 2021), le handicap est la résultante d'une interaction entre les caractéristiques personnelles (déficiences, incapacités) et un environnement qui restreint la réalisation des habitudes de vie. C'est donc cette interaction qui crée une situation de handicap.

Par exemple, la personne qui doit se déplacer en fauteuil roulant et qui travaille dans un édifice où il n'y a pas de rampe ou d'ascenseur se retrouve en situation de handicap en raison d'une contrainte environnementale. Ainsi, on ne devrait pas parler d'une personne handicapée, mais plutôt d'une personne en situation de handicap.

Il appert dans ce contexte qu'aucun des termes évoqués ci-dessus n'est conceptuellement adéquat. Pour ces motifs, nous croyons qu'il est préférable de continuer à utiliser, du moins pour l'instant, le terme *déficience intellectuelle*.

Retard global du développement

Il faut être prudent avant de poser un diagnostic de déficience intellectuelle avant l'âge de 7 ans, en raison des possibilités d'amélioration des performances de l'enfant, à moins que ce dernier ne présente un syndrome génétique ou une anomalie chromosomique entraînant habituellement une DI (Rivard et al., 2017). Il peut également s'avérer difficile d'évaluer les habiletés cognitives des enfants de moins de 5 ans à partir de tests standardisés, comme le précisent les *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental* (OPQ, 2007) et l'APA (2022/2023). Désigné pour la première fois dans le *DSM-5*, le diagnostic de *retard global du développement* permet ainsi d'attendre avant de statuer sur la présence ou non d'une DI.

La définition du retard global du développement (RGD), selon le *DSM-5-TR* (APA, 2022/2023), est la suivante :

Ce diagnostic est réservé aux sujets de moins de 5 ans quand le degré de sévérité clinique ne peut être évalué avec certitude pendant la petite enfance. Cette catégorie est diagnostiquée quand une personne n'accède pas aux stades attendus de son développement dans plusieurs domaines de fonctionnement intellectuel, et s'applique aux sujets qui sont incapables de satisfaire aux évaluations systématiques du fonctionnement intellectuel, y compris les enfants qui sont trop jeunes pour participer à des tests standardisés. Cette catégorie requiert une réévaluation ultérieure. (p. 56)

Malgré cette nouvelle catégorie diagnostique, l'APA ne fournit aucune autre information sur le sujet, mise à part la définition qui en est donnée.

Selon les *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental* de l'OPQ (2007), le RGD se définit de la façon suivante : « retard statistiquement significatif (deux écarts-types sous la moyenne ou son équivalent) dans au moins deux des domaines suivants : motricité globale ou fine, cognition, communication, développement personnel et social, activités de la vie quotidienne » (p. 11). Cette définition, qui a été élaborée avant le *DSM-5*, permet selon nous d'avoir une définition plus opérationnelle du RGD. Il serait toutefois nécessaire d'avoir des directives plus claires pour encadrer le processus d'évaluation diagnostique de la DI et du RGD en petite enfance (Rivard et al., 2017).

Enfin, selon une chronique professionnelle publiée à l'OPQ (Girouard, 2014), les jeunes enfants ayant reçu un diagnostic de RGD devraient être réévalués entre six mois et deux ans après ce premier diagnostic pour confirmer ou non la présence d'une DI. En effet, l'évolution des enfants peut être très hétérogène. Une nouvelle évaluation permet de clarifier si ces enfants répondent ou non aux critères diagnostiques de la DI.

Étiologie de la déficience intellectuelle

L'étiologie de la DI est multifactorielle, et les facteurs de risque sont généralement regroupés en quatre catégories : les facteurs biomédicaux, sociaux, comportementaux et éducationnels (Schalock et al., 2010/2011). Chez une même personne, plusieurs facteurs de risque peuvent donc être présents et entraîner une DI. Il est également d'usage de présenter les facteurs de risque selon le moment de leur apparition, soit en fonction des périodes prénatale, périnatale ou postnatale (Schalock et al., 2010/2011). Le tableau 3 reprend les exemples identifiés par Schalock et al. (2010/2011) selon ces trois périodes d'apparition.

Connaître l'étiologie de la déficience intellectuelle d'une personne peut être important pour plusieurs raisons. Comme certains problèmes de santé sont parfois associés à l'étiologie,

il devient possible d'intervenir tôt sur ces problèmes ou même de les prévenir. Par exemple, il est reconnu que les personnes ayant une trisomie 21 courent un risque accru de malformation cardiaque congénitale, d'infections respiratoires et de troubles thyroïdiens (Durkin et Rubenstein, 2021). Par ailleurs, plusieurs troubles du métabolisme peuvent entraîner une DI s'ils ne sont pas traités (Goyette et al., 2011). C'est le cas, par exemple, de la phénylcétonurie ; si elle est détectée à la naissance, des interventions permettent d'éviter que la personne développe une déficience intellectuelle.

L'étiologie, surtout dans le cas de problèmes génétiques ou héréditaires, peut amener un phénotype comportemental particulier et permet ainsi de mieux intervenir (Schalock et al., 2010/2011). Par exemple, le syndrome de Prader-Willi s'accompagne souvent de troubles obsessionnels-compulsifs ainsi que d'une hyperphagie associée à un risque d'obésité (Schalock et al., 2010/2011) ; des interventions sont donc à mettre en place pour diminuer l'impact de ces comportements.

Trisomie 21. La trisomie 21 est l'anomalie chromosomique congénitale la plus fréquente au Canada et dans le monde (Agence de la santé publique du Canada, 2017 ; Sherman et al., 2007). Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2017), le taux de prévalence de la trisomie 21 de 2005 à 2013

Tableau 3 – Facteurs de risque associés à la déficience intellectuelle (Schalock et al., 2021)

Période	Facteurs biomédicaux	Facteurs sociaux	Facteurs comportementaux	Facteurs éducationnels
Prénatale	1. Troubles chromosomiques 2. Troubles génétiques 3. Syndromes 4. Troubles métaboliques 5. Dysgénésie cérébrale 6. Pathologies maternelles 7. Âge parental	1. Pauvreté 2. Malnutrition maternelle 3. Violence familiale 4. Manque d'accès aux soins prénataux	1. Abus de drogues par le parent 2. Abus d'alcool par le parent 3. Parent fumeur 4. Immaturité parentale	1. Incapacité cognitive du parent et absence de soutien 2. Manque de préparation à la parentalité
Périnatale	1. Prématurité 2. Traumatisme à la naissance 3. Troubles néonataux	1. Manque d'accès aux soins périnataux	1. Rejet par le parent de la responsabilité de dispenser des soins à l'enfant 2. Abandon de l'enfant par le parent	1. Manque de demandes de consultation pour des services d'intervention
Postnatale	1. Blessure traumatique cérébrale 2. Malnutrition 3. Méningo-encéphalite 4. Troubles convulsifs 5. Troubles dégénératifs	1. Incompétence du tuteur de l'enfant 2. Manque de stimulation 3. Pauvreté familiale 4. Maladie chronique dans la famille 5. Placement en établissement	1. Aggression et négligence envers l'enfant 2. Violence familiale 3. Mesures de sécurité inadéquates 4. Privation sociale 5. Comportement difficile de l'enfant	1. Habileté parentale déficitaire 2. Diagnostic tardif 3. Services d'intervention précoce inadéquats 4. Services spécialisés inadéquats 5. Soutien familial inadéquat

serait resté stable, avec une moyenne de 15,8 cas pour 10 000 naissances. Un des facteurs de risque de donner naissance à un enfant ayant une trisomie 21 est l'âge de la mère. Toutefois, dans 78 % des cas, les mères donnant naissance à un bébé ayant une trisomie 21 au Canada ont moins de 35 ans, ce qui s'expliquerait par le taux de fertilité plus élevé chez les femmes avant cet âge (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Compte tenu des techniques de détection de la trisomie 21 pouvant entraîner un avortement thérapeutique, on anticipait une diminution de la prévalence de ce diagnostic, or celle-ci n'a finalement pas été observée. La stabilité du taux de prévalence pourrait être due au fait que les femmes ont de nos jours des enfants plus tardivement que par le passé et que les personnes ayant une trisomie 21 ont une plus longue espérance de vie. Il n'y aurait donc pas de données démontrant que la prévalence de la trisomie 21 est moindre (Durkin et Rubenstein, 2021).

Syndrome de l'X fragile. Le syndrome de l'X fragile est la cause héréditaire la plus fréquente de la DI. Les symptômes sont provoqués par un nombre excessif de copies du gène *FMR1* sur le chromosome X. On considère que les personnes qui possèdent plus de 200 copies de ce gène présentent une pleine mutation. Parmi ces personnes, la prévalence est de 1 sur 7 000 garçons et de 1 sur 11 000 filles (Bellavance et al., 2021). Il est important de savoir que les garçons sont plus sévèrement atteints que les filles sur toutes les caractéristiques du phénotype (Bellavance et al., 2021). Les filles présentent souvent les caractéristiques suivantes : timidité, retrait, anxiété, difficultés en mathématiques, retard de langage, problèmes d'intégration sensorielle et problèmes d'attention (Tassé et Morin, 2003). Des caractéristiques associées à l'autisme sont présentes chez la majorité des garçons et chez le tiers des filles (Tassé et Morin, 2003).

Problèmes de santé physique

Les personnes présentant une déficience intellectuelle sont considérées comme une population vulnérable et tendent à avoir une moins bonne santé que la population générale (Cooper et al., 2018; World Health Organization, 2007). Leurs taux sont plus élevés que ceux de la population générale, notamment en ce qui a trait à des problèmes de santé tels que l'épilepsie, l'obésité, les problèmes dentaires, les maladies de peau, les troubles sensoriels, les troubles cardiaques et les troubles thyroïdiens (McGrother et al., 2006; Morin et al., 2012). De plus, plusieurs problèmes de santé physique sont sous-diagnostiqués chez les personnes présentant une DI (Baxter et al., 2006; Morin et al., 2012; Special Olympics Kansas, s. d.). En effet, une étude réalisée au Québec auprès d'environ 800 participants (Maltais et al., 2020) indique que les personnes présentant une DI n'utilisent pas autant certains services de santé tels que les examens de la vue. Ces services sont pourtant essentiels, particulièrement pour les enfants qui fréquentent

[M]ême lorsque les services sont disponibles, les professionnels de la santé ne se sentent pas toujours assez bien formés pour travailler auprès des personnes présentant une DI.

le milieu scolaire. Par ailleurs, même lorsque les services sont disponibles, les professionnels de la santé ne se sentent pas toujours assez bien formés pour travailler auprès des personnes présentant une DI (Morin et al., 2023; Weise et Trollor, 2018). Les professionnels rapportent également plusieurs difficultés liées à l'évaluation des problèmes de santé comme les problèmes de communication ou de comportement, et la présence de symptômes atypiques (Grier et al., 2018).

Enfin, il importe de mentionner que les problèmes de santé physique accompagnés de douleurs (otites, problèmes dentaires, maux de tête) peuvent entraîner des comportements problématiques chez les personnes ne pouvant pas exprimer leurs symptômes. Ces problèmes doivent donc être détectés rapidement.

Concomitance de troubles de santé mentale

Comme pour la population générale, les enfants présentant une DI peuvent également présenter des troubles de santé mentale; plusieurs chercheurs se sont intéressés à la question (p. ex., Emerson, 2003; Flygare Wallén et al., 2023; Koskentausta et al., 2002). Deux revues systématiques des écrits scientifiques ont déterminé qu'entre 30 % et 50 % des participants aux études auraient un trouble de santé mentale (Buckley et al., 2020; Einfeld et al., 2011).

Parmi les troubles de santé mentale les plus communs chez les enfants présentant une DI, les taux de prévalence varient pour le trouble du spectre de l'autisme, allant de 7,6 % (Emerson, 2003) à 18 % (Tonnsen et al., 2016), les troubles anxieux, de 3 % à 21,9 % (Reardon et al., 2015), le TDAH, de 6 % (Koskentausta et al., 2002) à 16 % (Strømme et Diseth, 2000), les troubles de la conduite, de 3 % (Strømme et Diseth, 2000) à 21,4 % (Hassiotis et Turk, 2012), et les troubles de l'humeur, de 0,74 % (Emerson, 2003) à 3,6 % (Flygare Wallén et al., 2023). Très peu d'études se sont intéressées aux troubles du langage et aux troubles spécifiques des apprentissages chez les enfants présentant une DI, et encore moins à leur prévalence.

Bien qu'ils ne constituent pas un diagnostic clinique en tant que tel, il nous apparaît important d'aborder le sujet des comportements problématiques puisque, comparativement à la population générale, les personnes présentant une DI seraient plus susceptibles d'en avoir (Emerson et al., 2001; Holden et Gitlesen, 2006; McCarthy et al., 2010). Les comportements

problématiques (ou les troubles du comportement) peuvent être des comportements dirigés vers soi (p. ex., l'automutilation, le pica), vers les autres (p. ex., l'agression physique ou verbale) ou vers l'environnement (p. ex., la destruction d'objets). Selon un consensus d'experts au Québec, un trouble du comportement chez une personne présentant une DI est défini comme suit :

[U]ne action ou un ensemble d'actions qui est jugé problématique parce qu'il s'écarte des normes sociales, culturelles ou développementales et qui est préjudiciable à la personne ou à son environnement social ou physique. [...] Un trouble du comportement est jugé grave s'il met en danger, réellement ou potentiellement, l'intégrité physique ou psychologique de la personne, d'autrui ou de l'environnement, ou qu'il compromet sa liberté, son intégration ou ses liens sociaux. (Tassé et al., 2010, p. 68)

En ce sens, le fait de présenter un trouble du comportement ou un trouble grave du comportement peut avoir des conséquences importantes, notamment sur la qualité de vie d'une personne, sur ses relations sociales et sur son inclusion dans la communauté (Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement, 2023).

Plusieurs éléments doivent être pris en compte lors de l'évaluation diagnostique des troubles de santé mentale chez les enfants présentant une DI. D'abord, il convient de rappeler que les limitations intellectuelles inhérentes à la DI peuvent s'accompagner de difficultés liées à la communication, notamment lorsqu'il s'agit de décrire, pour la personne, ses états émotionnels (Fletcher et al., 2016). Pour pallier ces limitations, il s'avère utile de suivre les recommandations du manuel *DM-ID2* (Fletcher et al., 2016). Ce manuel de diagnostics des troubles de santé mentale chez les personnes présentant une DI, qui se base sur le *DSM-5*, suggère de multiplier les sources d'information (personne présentant une DI, parents, enseignants, éducateurs, observations dans différents milieux, etc.) pour soutenir le jugement du clinicien.

Il importe également de bien évaluer le parcours de la personne, tant sur le plan médical, familial et social que du point de vue environnemental. Les personnes présentant une DI ont souvent de nombreux facteurs de vulnérabilité, dont plusieurs sont associés à des troubles de santé mentale (Bond et al., 2020; Fletcher et al., 2016). À cela s'ajoute la particularité du développement de la personne. Certains comportements, comme parler à soi-même, converser avec des amis imaginaires ou faire des crises de colère, sont des phénomènes appropriés au développement de l'enfant. Ces comportements peuvent toutefois rester présents plus longtemps chez les personnes présentant une DI, ce qui pourrait être confondu avec des symptômes psychopathologiques (Fletcher et al., 2016; White et al., 2005).

Intervention

Soutien

En 1992, l'AAIDD a introduit le concept de soutien pour mieux définir la DI, contribuant ainsi à un changement de paradigme quant aux politiques et aux pratiques à privilégier dans le domaine (Luckasson et al., 1992). Deux prémisses concernant le soutien sous-tendent ce changement de paradigme :

a) la différence la plus importante entre les personnes présentant une déficience intellectuelle et la population générale est que les personnes présentant une déficience intellectuelle ont besoin de différents types de soutien selon des intensités variables pour participer et contribuer pleinement à la société; b) **les mesures de soutien diminuent l'effet de l'incapacité** (compensation ou amélioration), mais ne l'éliminent pas. (Schalock et al., 2021, p. 75)

L'évaluation des besoins de soutien est donc essentielle pour bien identifier les services à offrir à la personne présentant une déficience intellectuelle. L'AAIDD a produit deux documents servant à évaluer ces besoins : le *Supports Intensity Scale – Adult Version* (SIS-A; Thompson et al., 2015, Thompson et al., 2023) et le *Supports Intensity Scale – Children's Version* (SIS-C; Thompson et al., 2016). La version pour adulte (16 ans et plus) a été validée en français (Thompson et al., 2004/2008; Thompson et al., 2017). Il n'y a actuellement pas de traduction validée pour le SIS-C.

Intervention précoce

Avec la rapidité à laquelle se développe le cerveau lors de la petite enfance, l'intervention précoce auprès d'enfants présentant un retard global du développement est primordiale. Elle permet d'optimiser le plein potentiel de ces enfants en développant chez eux les habiletés qui constitueront une base pour soutenir leurs apprentissages ultérieurs. Ces services sont offerts aux enfants dès leur plus jeune âge (en général entre 2 et 5 ans) pour favoriser leur développement global (Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement [FQCRDITED], 2015). L'intervention précoce vise aussi à offrir un soutien à l'entourage de ces enfants.

Dans l'optique d'une prise en charge rapide, les professionnels de la santé, les éducateurs et les parents jouent un rôle essentiel pour identifier rapidement les signes de retard chez les enfants. Depuis 2019, le programme Agir tôt s'est implanté graduellement au sein des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec (Observatoire des tout-petits, 2023). L'objectif de ce programme est « de soutenir le développement du plein potentiel des enfants et de faciliter leur entrée à la maternelle » (Gouvernement du

Québec, 2024) en misant sur le dépistage et l'intervention précoce. L'accès à ces services se fait par le biais du centre local de services communautaires (CLSC) du quartier de l'enfant. Les délais d'attente et les types de services d'intervention précoce peuvent toutefois différer selon les régions ou la disponibilité des professionnels. Certains besoins peuvent nécessiter une évaluation plus approfondie. Dans le cas où cette évaluation mène à un diagnostic de retard global du développement ou de DI, l'enfant pourrait bénéficier de services spécialisés.

Autodétermination

L'autodétermination est un construit multidimensionnel complexe qui réfère entre autres à la capacité d'une personne à agir librement en fonction des buts qu'elle a déterminés par elle-même et sans être excessivement influencée par des facteurs externes (Lachapelle et al., 2022). Il s'agit donc [traduction] « d'une disposition à agir comme agent causal dans sa vie » (Shogren et al., 2015, p. 258). L'autodétermination se développe tout au cours de la vie d'une personne, et il importe d'acquérir les habiletés favorisant ce construit dès le plus jeune âge. Le développement de l'autodétermination peut poser des défis plus grands pour les personnes présentant une DI ; il est donc d'autant plus important de les soutenir dans ce processus. C'est d'ailleurs en misant sur le développement des comportements autodéterminés que le Programme éducatif CAPS-I – Compétences axées sur la participation sociale vise à soutenir les élèves de 6 à 15 ans présentant une DI moyenne à sévère afin qu'ils puissent prendre la place qui leur revient au sein de la communauté (Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2019).

Participation sociale

La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle est essentielle pour favoriser leur inclusion et leur bien-être dans la société. Elle se caractérise par une relation de réciprocité entre l'individu et la collectivité lui permettant de s'engager pleinement dans divers aspects de la vie sociale (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001 ; Tremblay, 2002). Elle s'actualise dans divers domaines comme l'éducation, l'emploi, les loisirs, la vie communautaire et les relations interpersonnelles (Proulx et Dumais, 2010).

La participation sociale est favorisée au sein d'environnements inclusifs lorsque les personnes présentant une DI sont pleinement acceptées et encouragées à contribuer à la vie communautaire, ce qui est d'abord possible grâce à la sensibilisation d'une société aux besoins et aux droits de ces personnes. Il est également nécessaire de mettre en œuvre des politiques et des pratiques inclusives qui reconnaissent les compétences et les habiletés individuelles, tout en offrant un soutien adapté aux besoins de chacun. En contexte éducatif, cela peut se concrétiser par des programmes d'inclusion scolaire où les élèves

présentant une DI sont accueillis dans les mêmes milieux que tous. Les enfants peuvent alors y développer leurs compétences sociales, participer à des programmes de mentorat par les pairs (voir Asmus et al., 2016) ou développer leurs compétences en littératie (voir Martini-Willemin, 2013) afin de soutenir leur participation sociale.

Intégration ou inclusion ?

Les concepts d'intégration et d'inclusion sont souvent perçus et utilisés de manière interchangeable, mais leurs visées diffèrent. D'abord, la perception de l'enfant se distingue au sein des deux concepts. En contexte d'intégration, l'enfant identifié comme étant différent doit s'adapter aux systèmes ordinaires, tandis qu'en contexte d'inclusion, les différences de chacun sont reconnues et c'est au système de s'y ajuster. L'intégration des enfants présentant une DI en milieu éducatif est donc possible avec la mise en place de structures et de mesures de soutien leur permettant de prendre place au sein des systèmes ordinaires. Selon la notion d'inclusion définie par Niklas Luhmann, la personne présentant une DI fait partie intégrante de la communauté à laquelle elle appartient (Martin, 2012). Elle n'aurait donc pas besoin d'être intégrée aux systèmes éducatifs, puisqu'en contexte d'inclusion, elle est perçue comme un membre à part entière. L'inclusion vise alors une participation active au sein des divers milieux qui reconnaissent les différences des enfants présentant une DI, où ils sont respectés et valorisés (Rousseau et al., 2015).

La véritable inclusion va donc bien au-delà de la simple présence d'enfants présentant une déficience intellectuelle en milieu éducatif. De manière générale, les méthodes d'enseignement traditionnelles mettent davantage l'accent sur le contenu en suivant un modèle d'apprentissage uniforme pour tous les élèves. En revanche, l'inclusion scolaire favorise plutôt une approche qui reconnaît l'unicité de chaque élève et vise à fournir une éducation adaptée aux besoins de chacun (Frangieh et Weisser, 2013). Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), les milieux d'apprentissage inclusifs reposent entre autres sur l'élaboration de politiques inclusives, la formation permettant aux enseignants de mettre en œuvre des pratiques pédagogiques inclusives et différenciées, une connaissance et une compréhension individualisées des besoins des élèves, et un environnement qui reconnaît et respecte la diversité (UNESCO, 2023).

Du fait de leur vision globale de l'enfant et des environnements au sein desquels il évolue, les psychologues peuvent être des acteurs de changement importants pour contribuer à l'inclusion scolaire des élèves présentant une DI au Québec. Par exemple, ils peuvent s'assurer d'identifier les besoins spécifiques des élèves en leur offrant une évaluation individualisée, soutenir les enseignants dans l'adaptation pédagogique,

[S]oulignons l'importance de reconnaître que l'enfant présentant une déficience intellectuelle est capable d'exprimer ses besoins et ses désirs et qu'il possède des compétences pour s'investir dans des apprentissages adaptés à ses capacités.

ainsi que promouvoir des environnements inclusifs en sensibilisant les élèves et le personnel scolaire à la différence, au respect et à l'acceptation de chacun.

En milieu scolaire, les élèves présentant une DI peuvent la plupart du temps être intégrés en classe ordinaire ou accueillis dans des classes spécialisées, généralement divisées selon le degré de sévérité de la DI, ou des écoles spécialisées. Certains milieux ont toutefois adopté une approche éducative inclusive, comme dans les provinces de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick, où il n'existe pas de classes ou d'écoles spécialisées (Observatoire des tout-petits, 2023). À titre d'exemple, le Nouveau-Brunswick s'est doté d'une politique d'inclusion scolaire (Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, 2013) et d'un plan d'éducation misant sur la concertation des milieux scolaires et des services à la petite enfance. Ce système éducatif intègre des pratiques pédagogiques qui soutiennent tous les élèves à l'intérieur d'un milieu d'apprentissage commun, l'idée étant de tous les accueillir dans l'école de quartier, indépendamment de leurs défis (Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, 2013). Il privilégie une approche par compétences pour les élèves (Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, 2016), fournit des services de soutien aux enseignants, aux élèves et à la communauté scolaire en se basant sur le modèle de la réponse à l'intervention (RAI) [Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance, 2017] et offre de la formation en pédagogie inclusive (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2010).

Certes, le virage vers l'inclusion scolaire exige un changement de paradigme qui constitue un défi d'envergure pour les systèmes scolaires basés sur des exigences uniformes

d'apprentissage. Malgré tout, nous sommes d'avis que l'inclusion scolaire des élèves présentant une DI dans une vision de société inclusive serait bénéfique pour tous, tant les élèves que les intervenants scolaires. Il est évident que certains élèves, dans certaines situations, bénéficieraient davantage du soutien individualisé et de l'intensification des classes spécialisées, mais il demeure nécessaire de s'assurer que l'orientation vers ce type de classes s'effectue dans une optique de réponse aux besoins réels de l'élève.

Pour faciliter les interventions au sein des différents réseaux, les enfants présentant une DI doivent bénéficier d'un plan d'intervention (PI) [*Loi sur l'instruction publique*. RLRQ c. I-13.3], d'un plan de services individualisé (PSI) ou d'un plan de services individualisé et intersectoriel (PSII) [*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ s-4.2]. Ces différents documents constituent une entente entre les différents dispensateurs de services, le jeune et ses parents concernant les objectifs à poursuivre et les moyens de réalisation (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*. RLRQ s-4.2).

Conclusion

Pour terminer, soulignons l'importance de reconnaître que l'enfant présentant une déficience intellectuelle est capable d'exprimer ses besoins et ses désirs et qu'il possède des compétences pour s'investir dans des apprentissages adaptés à ses capacités. **Il importe de favoriser son autodétermination, et ce, dès son plus jeune âge.** En tant que psychologue, il est essentiel de prendre le temps de déterminer l'intervention la plus appropriée pour chaque enfant, en respectant le caractère unique de chacun. Gardons en tête que, tout comme pour la population générale, les enfants présentant une déficience intellectuelle forment un groupe hétérogène de personnes où chacun doit être considéré individuellement, et non comme un groupe de personnes ayant toutes les mêmes caractéristiques. C'est finalement par l'identification des besoins de soutien de la personne que nous veillons au plus grand bien-être de l'enfant et que nous favorisons son autodétermination et sa pleine participation et contribution à la société.

LES PROBLÈMES DE COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

Amélie Petitclerc,
Ph. D. (psychologie du
développement de l'enfant
et problèmes sociaux)

Les problèmes de comportements perturbateurs sont fréquents dans la population générale des enfants de moins de 12 ans (Georgiades et al., 2019). Ils sont une source de stress importante pour les parents (Dijk et al., 2022) et la raison principale derrière les suspensions à l'école primaire (Petras et al., 2011 ; Yang et al., 2018). Comment les problèmes de comportements perturbateurs se manifestent-ils au cours du développement, entre 0 et 12 ans ? Qu'est-ce qui explique que certains enfants développent des problèmes de comportements perturbateurs ? Comment peut-on intervenir auprès des enfants et de leurs familles afin de prévenir les problèmes persistants ou de les diminuer ? Une réponse à ces questions sera formulée à partir d'une sélection de revues systématiques et de méta-analyses, ainsi que d'autres recherches récentes, dans une perspective développementale et génétique.

Que sont les problèmes de comportements perturbateurs ?

Dans la recherche sur le développement de l'enfant, les comportements perturbateurs incluent principalement les comportements d'agression et de non-respect des règles, les crises de colère et l'insensibilité aux autres (Tolan et Leventhal, 2013; Wakschlag et al., 2010). Ces problèmes de comportements font partie des problèmes de comportements *extériorisés*, un terme qui peut aussi englober l'impulsivité et l'hyperactivité. Selon deux études effectuées avec les mêmes mesures, à 30 ans d'intervalle, en Ontario, la prévalence des problèmes de comportements perturbateurs est restée stable chez les moins de 12 ans, bien que l'hyperactivité ait augmenté pendant cette période (Comeau et al., 2019).

Sur le plan clinique, les troubles de comportements perturbateurs réfèrent principalement à deux diagnostics posés en enfance : celui de trouble oppositionnel avec provocation (TOP), qui inclut notamment des comportements de non-respect des règles ainsi que les crises de colère, et celui de trouble des conduites (TC), qui peut inclure entre autres des comportements d'agression, le non-respect des règles et l'insensibilité aux autres (Tolan et Leventhal, 2013). Dans le *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association, 2022, 2023), ces deux troubles sont regroupés dans le chapitre des troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites. Selon ce que rapportent les parents, environ 7 % des enfants de moins de 12 ans répondent aux critères diagnostiques du TOP, soit à peu près la même proportion que pour l'ensemble des troubles anxieux (8 %), et un peu moindre que pour le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) [10 %]. En comparaison, moins de 2 % des enfants remplissent les critères du TC (Georgiades et al., 2019).

La recherche montre que les critères diagnostiques du TOP et du TC regroupent des enfants aux profils très hétérogènes (Ezpeleta et al., 2012), et en outre que même si des enfants d'âge préscolaire peuvent répondre à ces critères (Egger et Angold, 2006), plusieurs des symptômes du TC ne s'appliquent pas aux enfants de cet âge, comme faire l'école buissonnière ou contraindre quelqu'un à une activité sexuelle (Carter et al., 2013; Wakschlag et al., 2010). La conceptualisation dimensionnelle, plutôt que catégorielle, des comportements perturbateurs permet d'étudier leur développement de façon cohérente de la petite enfance à la fin de l'adolescence, et pourrait permettre d'identifier de façon plus précise des facteurs étiologiques propres à chaque dimension (Carter et al., 2013; Wakschlag et al., 2010). C'est pourquoi, dans le présent chapitre, nous aborderons ces comportements surtout sous l'angle de la conceptualisation dimensionnelle.

Comment les comportements perturbateurs se manifestent-ils entre 0 et 12 ans ?

De façon générale, les comportements perturbateurs ont tendance à être plus fréquents dans les premières années de vie et à diminuer pendant l'enfance (Shaw et al., 2005). Dès l'âge d'un an, les enfants peuvent manifester des comportements d'agression physique comme pousser, taper, frapper, mordre et tirer les cheveux (Alink et al., 2006). Ces comportements augmentent en fréquence jusqu'à l'âge d'environ 3 ans, après quoi ils commencent à diminuer pour la majorité des enfants (Côté et al., 2007). Cependant, une minorité d'environ 4 % à 17 % des enfants, selon les échantillons, continue de présenter des comportements d'agression physique plus fréquemment que leurs pairs jusqu'à au moins 11 ans (Broidy et al., 2003; Côté et al., 2006).

Le mépris des règles peut aussi être observé peu après l'âge de 1 an, mais c'est vers l'âge de 3 ans qu'il commence à être plus stable, c'est-à-dire que les enfants qui montrent le plus de mépris des règles à cet âge continuent de présenter ces mêmes problèmes au moins jusqu'à la fin de la maternelle (Petitclerc et al., 2009). Les crises de colère, quant à elles, diminuent entre la petite enfance et la période préscolaire (Krogh-Jespersen et al., 2022). Les enfants qui présentent des symptômes élevés du TOP (incluant non-respect des règles et crises de colère) à la fin de la période préscolaire ont tendance à continuer dans cette trajectoire jusqu'à la fin de l'adolescence (Bongers et al., 2004).

Par ailleurs, les garçons manifestent plus de comportements d'agression physique que les filles dès l'âge de 2 ans (Baillargeon, Zoccolillo et al., 2007), alors que ces différences sexuelles émergent un peu plus tard pendant la période préscolaire pour le mépris des règles (Baillargeon, Normand et al., 2007; Petitclerc et al., 2009), et il ne semble pas y avoir de différence entre les sexes dans le développement des crises de colère (Österman et Björkqvist, 2010; Zhang et al., 2024). Sur le plan des diagnostics cliniques, les études épidémiologiques montrent une prévalence plus importante des TOP et des TC chez les garçons que chez les filles (Maughan et al., 2004).

Quand faut-il s'inquiéter ?

L'évaluation des problèmes de comportements perturbateurs doit donc prendre en compte les aspects développementaux de ces comportements (Gray et Wakschlag, 2019). Il est important de distinguer ce qui est « normal » en matière de fréquence et de sévérité de ce qui est plus rare et pourrait indiquer un problème pour lequel il faut intervenir. C'est lorsque les comportements perturbateurs sont fréquents et sévères, perdurent et amènent des difficultés de fonctionnement qu'il y a lieu de s'inquiéter. Par exemple, environ la moitié des tout-petits

Selon ce que rapportent les parents, environ 7 % des enfants de moins de 12 ans répondent aux critères diagnostiques du TOP, soit à peu près la même proportion que pour l'ensemble des troubles anxieux (8 %), et un peu moindre que pour le [TDAH] (10 %). En comparaison, moins de 2 % des enfants remplissent les critères du TC.

(12 à 18 mois) font des crises de colère au moins une fois par semaine, mais moins de 10 % d'entre eux en font tous les jours (Krogh-Jespersen et al., 2022). Chez les enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans), c'est environ 20 % des enfants qui font des crises de colère au moins une fois par semaine, mais moins de 5 % qui en font tous les jours (Wakschlag et al., 2012). Parmi les enfants de 17 mois, près de 20 % donnent au moins parfois des coups de pied aux autres, mais moins de 2 % le font souvent, et plus de la moitié s'opposent au moins parfois, mais seulement environ 10 % le font souvent (Baillargeon, Normand et al., 2007).

Certains comportements lors des crises de colère, comme par exemple briser des objets, retenir son souffle ou encore faire des crises de colère qui durent plus de cinq minutes ou qui apparaissent soudaines, sont moins fréquents et peuvent indiquer plus de dysfonctionnement (Krogh-Jespersen et al., 2022). De plus, les crises de colère dans lesquelles l'enfant est agressif envers lui-même (frapper le mur, se taper la tête, etc.) sont de meilleurs indicateurs de psychopathologie future que celles qui comportent des gestes agressifs envers les autres ou envers les objets (donner des coups de pied, lancer des objets, etc.) [Hoyniak et al., 2023].

Sur le plan du contexte, les comportements agressifs dirigés envers la fratrie sont plus fréquents que ceux dirigés envers les pairs, mais sont atypiques pour les enfants d'âge préscolaire lorsqu'ils se produisent la plupart des jours de la semaine – comparativement à quelques jours de la semaine pour l'agression envers les pairs (Dirks et al., 2019). De même, les comportements de non-respect des règles sont plus fréquents envers les parents qu'envers d'autres adultes (Petitclerc et al., 2015). Les enfants qui s'opposent dans plusieurs contextes (à la maison ainsi qu'à l'école ou à la garderie) montrent davantage de difficultés de fonctionnement dans les contextes hors de la maison, et leurs problèmes d'opposition s'accompagnent plus souvent de problèmes d'impulsivité (Petitclerc et al., 2015).

Quels problèmes observe-t-on en comorbidité avec les problèmes de comportements perturbateurs ?

Les problèmes de comportements perturbateurs s'accompagnent parfois d'autres difficultés sur les plans développemental et social. Les enfants qui présentent un TOP ou un TC

sont particulièrement à risque de présenter un TDAH, et sont aussi plus susceptibles que leurs pairs de présenter d'autres problèmes de santé mentale comme les troubles anxieux et la dépression (Maughan et al., 2004). De plus, on observe des associations faibles à modérées entre les problèmes de comportements perturbateurs et les difficultés langagières (Chow et Wehby, 2018 ; Hentges et al., 2021 ; Manning et al., 2019), le sommeil nocturne écourté (Astill et al., 2012) et les difficultés à s'autoréguler, c'est-à-dire à inhiber une réponse dominante pour moduler ses émotions, ses pensées et ses comportements (Robson et al., 2020 ; Schoemaker et al., 2013). Sur le plan social, les enfants qui présentent des comportements perturbateurs ont des habiletés sociales moindres (Hukkelberg et al., 2019), ont tendance à passer plus de temps devant les écrans (Eirich et al., 2022) et risquent davantage d'être victimisés à l'école primaire (Boivin et al., 2010).

Il est difficile d'établir si ces difficultés développementales et sociales précèdent le développement des comportements perturbateurs, ou l'inverse, ou encore si elles arrivent à peu près en même temps. Il est possible en fait qu'elles soient des manifestations des mêmes difficultés sous-jacentes, comme celle de gérer ses émotions et ses comportements (Finlay-Jones et al., 2024 ; Wakschlag et al., 2015), qui pourraient se développer, selon les individus et à travers le temps, en comportements extériorisés et intériorisés ainsi qu'en difficultés sociales (Bista et al., 2024 ; Liu et al., 2018).

Quels sont les mécanismes de développement et les facteurs de risque associés aux problèmes de comportements perturbateurs ?

Selon le modèle de la coercition de Patterson (Reid et al., 2002), une des théories les plus influentes dans le domaine, les problèmes de comportements perturbateurs émergent à l'intérieur des familles, au sein des interactions parent-enfant. Ce modèle comportemental postule que les problèmes de comportements perturbateurs résultent d'un cycle de renforcement négatif qui s'installe entre le parent et l'enfant. Rappelons que le renforcement négatif consiste en l'augmentation d'un comportement lorsqu'il est suivi du retrait d'une conséquence aversive. Dans une séquence type, le parent fait une demande à l'enfant (p. ex., ranger ses jouets), l'enfant l'ignore ou refuse, s'ensuit une escalade de comportements aversifs entre le parent (qui insiste, élève la voix, menace de punir ou de retirer des privilèges, devient physiquement ou verbalement agressif) et l'enfant (qui se plaint, s'oppose, crie, devient physiquement ou verbalement agressif), puis le parent finit par capituler. L'enfant, en réponse, arrête aussi ses comportements négatifs. La crise est terminée, mais les comportements aversifs de l'enfant et du parent sont renforcés – c'est-à-dire qu'ils risquent de se reproduire davantage dans l'avenir – parce que ceux de l'autre se sont arrêtés.

Le modèle de la coercition a été élargi pour intégrer, en plus des principes comportementaux, des facteurs cognitifs, comme les attentes de plus en plus négatives du parent relativement aux comportements de son enfant, et des facteurs affectifs, comme le rôle des émotions parentales de frustration, de colère ou de honte, dans le renforcement négatif qui s'opère lorsque l'escalade coercitive prend fin (Granic et Patterson, 2006; Moed, 2024). Granic et Patterson (2006) ont avancé que le développement des comportements perturbateurs suit les principes des systèmes dynamiques, pour expliquer qu'à force de se répéter dans le temps, le patron relationnel dysfonctionnel devient de plus en plus similaire et prévisible, et qu'il devient de plus en plus difficile pour la dyade de s'en sortir. Dans ce modèle, les facteurs de risque propres à l'environnement social, au parent (p. ex., des symptômes dépressifs; Lunkenheimer et al., 2011) ou à l'enfant (p. ex., des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité; Somers et al., 2024) contribuent à restreindre le répertoire de comportements disponibles au parent et à l'enfant pour se sortir d'un conflit (Granic et Patterson, 2006). Le soutien empirique aux interventions basées sur les approches comportementales (dont la théorie de la coercition) est présenté plus loin dans le chapitre.

La causalité

Bien que l'on observe d'une étude à l'autre des associations assez robustes entre les problèmes de comportements perturbateurs et des facteurs de risque propres aux parents (p. ex., la dépression, les conduites antisociales, la faible scolarité, le jeune âge de la mère, l'usage de cigarette pendant la grossesse, les pratiques parentales dures; Petitclerc et Tremblay, 2009), à l'environnement familial (p. ex., la violence conjugale; Evans et al., 2008) ou encore à l'environnement social élargi (p. ex., la violence dans le quartier, la désuétude des logements; Comeau et al., 2021), le rôle *causal* de ces facteurs de risque apparaît beaucoup moins important qu'on ne le pensait (Jaffee et al., 2012; McAdams et al., 2014). Les facteurs de risque sont des facteurs mesurés avant la mesure des comportements perturbateurs, et associés (corrélés) à ceux-ci (Kraemer et al., 1997), mais leur association pourrait être due à d'autres types de relations, comme la causalité inversée – c'est-à-dire l'idée que les comportements de l'enfant influencent ces facteurs de risque – et les variables de confusion, qui pourraient expliquer à la fois les facteurs de risque et les comportements perturbateurs (Jaffee et al., 2012).

Les résultats de méta-analyses montrent que les pratiques parentales dures (élever la voix, taper, insulter) sont associées à plus de problèmes de comportements perturbateurs chez l'enfant, alors que la chaleur, la sensibilité (bien identifier les besoins de l'enfant et y répondre rapidement) et la gestion efficace des comportements (avec des conséquences claires

et cohérentes) sont associées à moins de problèmes de comportements perturbateurs plus tard dans le développement de l'enfant (Cooke et al., 2022; Pinquart, 2017). Cependant, ces méta-analyses montrent aussi que les « effets de l'enfant », soit les liens entre les comportements perturbateurs de l'enfant et les conduites parentales mesurées ultérieurement, sont aussi importants que les « effets du parent », soit les liens entre les conduites parentales et les comportements perturbateurs de l'enfant mesurés ultérieurement (Pinquart, 2017; Yan et al., 2021). Il s'agit là d'un exemple de causalité inversée. Dans les modèles les plus rigoureux, où l'on tient compte de la stabilité des comportements du parent et de ceux de l'enfant (c'est-à-dire que l'on élimine statistiquement les effets de leurs comportements mesurés précédemment), les liens observés sont statistiquement significatifs, mais de petite taille. En effet, les comportements parentaux expliqueraient moins de 1 % des différences individuelles dans les comportements perturbateurs des enfants – et vice versa (Pinquart, 2017; Yan et al., 2021).

Les analyses statistiques qui permettent de départager les changements *dans le temps à l'intérieur d'une même famille* des différences *entre les familles* montrent qu'en fait, les associations entre les facteurs de risque parentaux et les comportements perturbateurs de l'enfant sont surtout observables *entre* les familles. En d'autres mots, il existe une agrégation familiale des difficultés (dépression maternelle, conduites parentales dures et comportements perturbateurs de l'enfant), mais, à l'intérieur des familles, les changements dans les symptômes dépressifs maternels ou les pratiques parentales d'une année à l'autre expliquent peu ou pas les changements dans les comportements perturbateurs de l'enfant. Par exemple, dans une large étude longitudinale menée au Royaume-Uni, où des enfants ont été évalués à l'âge de 3, 5 et 7 ans, les associations entre les conduites parentales dures et les comportements perturbateurs se situent surtout *entre* les familles et sont déjà observables à l'âge de 3 ans (Speyer et al., 2022). À l'intérieur des familles, les comportements perturbateurs chez l'enfant à 3 ans laissaient présager une faible augmentation (moins de 1 % de la variance) des pratiques parentales dures entre les âges de 3 et 5 ans, mais les comportements perturbateurs à 3 ou 5 ans n'étaient pas annonciateurs de changements dans les conduites parentales dures entre les âges de 5 et 7 ans. Les conduites parentales dures, à leur tour, permettaient de prédire une augmentation de l'hyperactivité entre les âges de 3 et 5 ans et de 5 et 7 ans (mais pas de changement dans les comportements perturbateurs) et des problèmes interiorisés à l'âge de 7 ans (Speyer et al., 2022). Des résultats similaires ont été observés dans une autre large étude longitudinale menée en Turquie (Dora et Baydar, 2020). Cette étude a aussi montré que, à l'intérieur des familles, les changements dans les symptômes interiorisés (dépression et anxiété)

de la mère étaient associés aux changements dans les comportements perturbateurs de l'enfant seulement faiblement et de façon non constante entre les âges de 3 et 7 ans, au-delà des associations déjà présentes à l'âge de 3 ans (Dora et Baydar, 2020).

Ces résultats remettent en question l'idée que les problèmes de santé mentale chez les parents, ou leurs conduites parentales, sont des facteurs causaux importants dans le développement des comportements perturbateurs chez les enfants d'âge préscolaire. Il est possible que ces processus entrent en jeu plus tôt dans le développement de l'enfant, avant l'âge de 3 ans. En effet, une étude effectuée auprès d'enfants suivis de 2,5 à 3,5 ans a trouvé que l'utilisation de pratiques parentales coercitives ou de pratiques incohérentes est associée à une augmentation des crises de colère chez les jeunes enfants, avec des tailles d'effet un peu plus grandes (environ 6 % de la variance) même avec des analyses qui tiennent compte des différences entre les familles (Mo et al., 2023). Toutefois, compte tenu des petites tailles d'effet en général, il est probable que d'autres facteurs expliquent cette agrégation familiale. Parmi ces facteurs figurent les facteurs génétiques.

Le rôle des facteurs génétiques

Les études de jumeaux démontrent que les comportements perturbateurs sont « héréditaires », c'est-à-dire qu'une partie des différences individuelles dans la population est expliquée par des facteurs génétiques. Ces études s'appuient sur le fait que les jumeaux monozygotes (ou identiques) partagent la totalité de leurs gènes, alors que les jumeaux dizygotes (ou non identiques) en partagent en moyenne 50 %. Lorsque, dans une population de jumeaux, les paires de jumeaux monozygotes sont plus semblables que celles de jumeaux dizygotes, on en déduit que c'est en raison des facteurs génétiques qu'ils partagent. Selon une méta-analyse récente (Polderman et al., 2015), environ la moitié des différences individuelles dans les comportements perturbateurs des enfants de moins de 12 ans est expliquée par des facteurs génétiques. Le cours de leur développement, c'est-à-dire leur stabilité et les patrons systématiques de changement dans le temps (p. ex., l'augmentation des comportements agressifs dans les toutes premières années de vie), est presque entièrement attribuable à des facteurs génétiques (Lacourse et al., 2014 ; Petittclerc et al., 2011).

De plus, différents devis de jumeaux et d'adoption montrent que des facteurs génétiques expliquent au moins une partie des associations entre certains facteurs de risque familiaux, comme la dépression maternelle, les comportements antisociaux des parents et les conduites parentales, et les comportements perturbateurs de l'enfant (McAdams et al., 2014). Par exemple, chez des familles de jumeaux de 5 mois, on a démontré que les conduites parentales hostiles-réactives étaient en partie influencées par des facteurs génétiques

[L]es interventions qui enseignent aux parents à améliorer leurs interactions positives avec l'enfant [...], à utiliser la mise en retrait (*time-out*), à être constants dans leurs interventions, et qui, pendant les séances d'intervention, les amènent à mettre ces enseignements en pratique avec leur propre enfant diminuent davantage les comportements perturbateurs de l'enfant.

propres à l'enfant (parce que les parents répondaient de façon plus semblable à leurs deux enfants lorsqu'ils étaient des jumeaux monozygotes que lorsqu'ils étaient des jumeaux dizygotes) et qu'une partie de ces facteurs génétiques était aussi associée au tempérament difficile de l'enfant (Boivin et al., 2005). De même, une étude d'adoption a révélé que les caractéristiques tempéramentales négatives de l'enfant héritées de ses parents biologiques peuvent évoquer des pratiques parentales dures chez les parents adoptifs (Hajal et al., 2015). Ces résultats sont des cas spéciaux d'« effets de l'enfant » où les caractéristiques *héréditaires* de l'enfant évoquent des réponses comportementales de la part des adultes qui prennent soin de lui (ce que l'on appelle une corrélation gènes-environnement « évocative »).

Une étude de jumeaux montre qu'une fois pris en compte les facteurs génétiques et les facteurs de l'environnement commun, les conduites parentales dures à l'âge préscolaire n'expliquent qu'une infime proportion (moins de 1 %) des différences individuelles dans les problèmes de comportements perturbateurs à l'enfance découlant de mécanismes environnementaux (Gidziela et al., 2023). Les conduites parentales sont en fait surtout associées à des facteurs génétiques, et sont responsables, *via les effets génétiques*, de 7 % à 21 % des comportements perturbateurs (selon que les comportements sont évalués par l'enfant lui-même, son professeur ou le parent) [Gidziela et al., 2023]. Cela pourrait indiquer que les facteurs génétiques transmis à l'enfant par le parent se manifestent à la fois par des conduites dures chez le parent et des comportements perturbateurs chez l'enfant (ce que l'on appelle une corrélation gènes-environnement « passive »).

Les résultats vus précédemment, incluant les influences bidirectionnelles entre le parent et son enfant, le fait que les associations entre facteurs de risque et comportements perturbateurs s'observent majoritairement entre les familles plutôt qu'à l'intérieur des familles, ainsi que le rôle important des facteurs génétiques, pourraient expliquer que le développement des comportements perturbateurs et les relations parent-enfant se retrouvent assez tôt dans une certaine forme d'inertie qui laisse peu de place au changement. Cela dit, les

études expérimentales présentées dans la section suivante démontrent qu'il est possible de réduire les comportements perturbateurs chez l'enfant, notamment avec des interventions qui visent à améliorer les interactions parent-enfant.

Quelles approches ont fait leurs preuves pour prévenir et réduire les problèmes de comportements perturbateurs ?

Parmi les enfants de moins de 12 ans qui présentent un trouble extériorisé, seulement environ 17 % consultent dans une clinique en santé mentale, mais près de 60 % consultent un professionnel en milieu scolaire (Georgiades et al., 2019). Néanmoins, les services d'urgence en psychiatrie sont souvent utilisés comme porte d'entrée par les parents d'enfants qui ont des comportements agressifs (Pikard et al., 2018). Il apparaît donc que d'intervenir tôt dans le développement, et en première ligne, pourrait permettre de prévenir l'escalade de problèmes de comportements perturbateurs.

Une méta-analyse d'interventions (offertes aux parents, aux enseignants ou aux deux) visant à enseigner les habiletés socioémotionnelles à des enfants d'âge préscolaire montre que ces interventions réduisent les comportements perturbateurs de 0,32 écart-type lorsqu'elles sont offertes de façon universelle (à tous les enfants), et de 0,50 écart-type lorsqu'elles le sont uniquement aux enfants qui présentent déjà des comportements perturbateurs (Murano et al., 2020). Il s'agit d'effets de petite à moyenne taille. (En comparaison, le méthylphénidate [Ritalin] réduit les symptômes de TDAH [rapportés par les enseignants] de 0,74 écart-type [Storebø et al., 2023].) Les résultats démontrent en outre que, parmi les interventions universelles, celles offertes à la fois à l'école et à la maison (auprès des parents) sont plus efficaces que celles offertes à l'école seulement (Murano et al., 2020).

Une plus large méta-analyse portant spécifiquement sur les programmes d'entraînement aux habiletés parentales indique une diminution moyenne des problèmes de comportements extériorisés de 0,47 écart-type tout de suite après l'intervention (un effet de taille moyenne), mais montre que les effets diminuent avec le temps, dès 3 à 12 mois après l'intervention, et encore davantage après 12 mois (Beelmann et al., 2023). Il pourrait s'agir d'une surestimation de la taille d'effet, puisque les auteurs ont relevé des indices de biais de publication (les plus petites études ayant été davantage publiées lorsqu'elles montraient de grands effets en faveur de l'intervention) [Beelmann et al., 2023]. D'autres méta-analyses ont obtenu des tailles d'effet combinées de petite taille, autour de 0,25 écart-type (Menting et al., 2013; Wyatt Kaminski et al., 2008). Selon la méta-analyse de Beelmann et de ses collaboratrices (2023), les résultats varient peu selon que l'intervention soit offerte de manière préventive (avant l'apparition de comportements perturbateurs importants) ou de manière thérapeutique, et également peu en fonction de l'âge des enfants.

Une méta-analyse a visé spécifiquement à identifier les éléments des interventions d'entraînement parental qui sont les plus efficaces (Wyatt Kaminski et al., 2008). Elle a démontré que les interventions qui enseignent aux parents à améliorer leurs interactions positives avec l'enfant (faire des activités plaisantes, donner de l'attention positive à l'enfant, suivre ses intérêts), à utiliser la mise en retrait (*time-out*), à être constants dans leurs interventions, et qui, pendant les séances d'intervention, les amènent à mettre ces enseignements en pratique avec leur propre enfant diminuent davantage les comportements perturbateurs de l'enfant, comparativement aux programmes d'intervention qui n'incluent pas ces éléments (Wyatt Kaminski et al., 2008). Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une revue systématique ayant montré que les réprimandes brèves et non dures (p. ex., dire non ou faire non de la tête, avoir un regard sérieux, utiliser la mise en retrait) sont habituellement suivies de moins de désobéissance que les réprimandes plus longues et dures (Owen et al., 2012). Une autre étude a aussi démontré que la constance des interventions disciplinaires, particulièrement d'un épisode à l'autre, plutôt qu'à l'intérieur du même épisode, est associée à une réduction des problèmes de comportements perturbateurs (van den Akker et al., 2024). Les effets des félicitations (sourires, câlins, félicitations verbales) sur les comportements perturbateurs des enfants varient d'une étude à l'autre et semblent meilleurs pour les enfants qui se comportent déjà plutôt bien (Owen et al., 2012).

Conclusion et limites

En conclusion, même si les enfants manifestent plus de comportements perturbateurs dans les premières années de vie, la fréquence, la sévérité et le contexte de ces comportements peuvent déjà aider à distinguer ceux qui sont les plus atypiques et inquiétants. Les études qui permettent de départager les effets des parents de ceux des enfants, les différences stables entre les familles des changements dans le temps à l'intérieur des familles ainsi que les effets génétiques des effets environnementaux montrent que les problèmes de comportements se développent possiblement dans des dynamiques relationnelles parent-enfant qui s'opèrent tôt et varient peu dans le temps. Néanmoins, les interventions visant à améliorer les habiletés socioémotionnelles des jeunes enfants, de même que celles visant à améliorer les pratiques parentales, ont démontré qu'il est possible de prévenir, et de réduire, jusqu'à un certain point, les problèmes de comportements perturbateurs de l'enfant. Notre revue se veut bien sûr non exhaustive, et n'a pas abordé plusieurs autres facteurs potentiellement importants dans le développement des comportements perturbateurs, tels les facteurs neurologiques, épigénétiques et culturels.

QUAND DEVENIR PARENT N'EST PAS DE TOUT REPOS : LES DÉFIS LIÉS AU SOMMEIL DES NOURRISSONS ET DE LEURS PARENTS

D^{re} Marie-Hélène Pennestri,

M. Ps., Ph. D., psychologue,

Marjolaine Chicoine,

M. Sc. (sciences biomédicales),

et **Hélène Gaudreau,**

Ph. D. (sciences neurologiques)

L'importance du sommeil dans toutes les sphères de notre vie

Bien que nous passions environ le tiers de notre vie à dormir, nous pensons peu à notre sommeil lorsqu'il est bon. C'est surtout lorsque sa quantité ou sa qualité est moins bonne que nous y portons attention. En effet, lorsque notre durée de sommeil est réduite ou que nous dormons moins bien, nous en ressentons rapidement les impacts négatifs. Les conséquences d'un manque de sommeil à court terme sont facilement reconnaissables et se répercutent directement sur notre fonctionnement général (Strine et Chapman, 2005). Nous devenons plus irritables et impatients, et notre humeur est plus labile (Vandekerckhove et Wang, 2018). Nous pouvons devenir somnolents en accomplissant certaines tâches plutôt passives et même nous endormir si la privation de sommeil est trop grande (Krueger, 1989; Vogelpohl et al., 2019). En plus de ces conséquences à court terme, un mauvais sommeil chronique peut aussi être associé à des conséquences à long terme, telles que la dépression, des troubles cognitifs, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, l'obésité ou le diabète (Carskadon, 2004; Chaput et al., 2020; Khan et Al-Jahdali, 2023; Owens et al., 2014; Sang et al., 2023; Touchette et al., 2009; Wright et al., 2015). À l'inverse, des problèmes de santé physique et mentale peuvent aussi influencer notre sommeil – il s'agit donc d'une relation bidirectionnelle (Chellappa et Aeschbach, 2022; De Nys et al., 2022; Katz et al., 2023; Ogilvie et Patel, 2017).

On pense souvent au sommeil comme un facteur biologique ou individuel. Effectivement, le sommeil est en lien avec plusieurs fonctions biologiques, et on peut l'étudier de façon strictement physiologique. Néanmoins, le sommeil comprend également une composante psychosociale et relationnelle (Grandner et Fernandez, 2021 ; Meltzer, Williamson et Mindell, 2021). Le sommeil a ainsi un rôle important au sein de la cellule familiale et est intrinsèquement lié au bien-être de l'enfant et de ses parents (Teti et al., 2016). C'est selon cette perspective que nous allons aborder le rôle du sommeil durant la transition à la parentalité, tant chez les parents que chez les nourrissons.

La transition à la parentalité

Devenir parent est généralement un événement heureux, mais c'est également un moment de transition impliquant de grands changements qui viennent bouleverser la vie. Du jour au lendemain, le nouveau parent se voit attribuer de nouvelles responsabilités et doit s'adapter à ce nouveau rôle. Il est bien attesté que la transition à la parentalité s'accompagne d'une certaine vulnérabilité psychique (Clement-Carbonell et al., 2021). Plusieurs parents se sentent plus fragiles, et certains développent même des symptômes dépressifs ou anxieux (Okun et al., 2018 ; Parfitt et Ayers, 2014). À tous ces changements s'ajoutent des perturbations importantes de sommeil. En effet, le cycle veille-sommeil du nourrisson est différent de celui d'un adulte. Alors que les adultes dorment généralement durant une période continue d'environ huit heures (Hirshkowitz et al., 2015), le sommeil du nourrisson se présente plutôt comme une série de courtes périodes de sommeil consécutives d'environ deux ou trois heures, interrompues par des éveils (Anders et al., 1992 ; Galland et al., 2012). La présence du parent est alors fréquemment requise pour nourrir l'enfant, le rassurer ou changer sa couche. Le parent se retrouve donc dans une situation où son sommeil est continuellement interrompu.

Le sommeil du nourrisson

L'établissement du cycle veille-sommeil est un processus développemental qui évolue grandement à travers les différentes étapes de la vie. À la naissance, les bébés passent la plus grande partie de leur temps endormis et dorment environ 14 à 17 heures sur une période de 24 heures (Breil et al., 2010). Non seulement leur sommeil est fragmenté, mais en plus, il existe peu ou pas de différenciation entre le jour et la nuit parce que les rythmes circadiens ne sont pas encore développés. Ces patrons de sommeil vont graduellement évoluer : la durée totale de sommeil sur une période de 24 heures diminuera progressivement. La proportion du sommeil diurne baissera également, au profit du sommeil nocturne, qui lui se consolidera (Coons et Guilleminault, 1982 ; Mirmiran et al., 2003). En général, les enfants de 5 ou 6 mois dorment un total de 13 à 14 heures par période de 24 heures, dont deux ou trois siestes par jour (Paavonen et al., 2020 ; Parmelee et Stern, 1972 ; Weissbluth, 1995).

[L]a transition à la parentalité s'accompagne d'une certaine vulnérabilité psychique. Plusieurs parents se sentent plus fragiles, et certains développent même des symptômes dépressifs ou anxieux. À tous ces changements s'ajoutent des perturbations importantes de sommeil.

Faire ses nuits

Il est bien connu que les questions portant sur le sommeil constituent l'une des plus grandes préoccupations parentales lors des consultations durant la période périnatale (Mindell et al., 2006 ; Olson et al., 2004). D'ailleurs, on entend souvent les parents (ou leurs proches !) demander : « À quel âge mon bébé fera-t-il ses nuits ? » Il s'agit d'une question plus complexe qu'elle peut en avoir l'air. Avant toute chose, il est important de définir ce que signifie « faire ses nuits ». Bien qu'il n'existe pas de consensus clair dans la littérature, la notion de « faire ses nuits » réfère généralement à une durée consécutive de sommeil (sans interruption ou sans signalement aux parents) par opposition à la durée totale du sommeil. Certains auteurs considèrent qu'il s'agit de six heures consécutives de sommeil, alors que d'autres parlent plutôt de huit heures consécutives (Henderson et al., 2011). D'autres auteurs encore se limitent à une fenêtre précise, par exemple de minuit à 5 heures du matin (Moore et Ucko, 1957). Henderson et ses collaborateurs (2010) ajoutent aussi une notion supplémentaire, soit la persistance de la consolidation du sommeil, au moins cinq nuits sur six. Avec toutes ces variations, il n'est donc pas aisé de définir l'expression « faire ses nuits ». Ainsi, lorsqu'un professionnel de la santé demande à un parent si son bébé fait ses nuits, il est possible que, dès le départ, leurs définitions diffèrent.

La variabilité interindividuelle

Une fois ce concept défini, on peut se demander à quel âge le nourrisson devrait faire ses nuits. On entend souvent que cela devrait survenir autour de 5 ou 6 mois (Anders et al., 1992 ; Henderson et al., 2011 ; Mindell et al., 2016). Or, les auteurs d'une revue systématique des écrits ayant recensé 26 articles sur le sujet (Henderson et al., 2011) ont décrit qu'à 1 mois de vie, entre 0 et 57 % des nourrissons faisaient leurs nuits, à 5 mois, entre 40 et 77 %, et à 12 mois, entre 50 et 80 %. Ainsi, même si à chaque tranche d'âge la proportion des enfants qui font leurs nuits augmente, on observe tout de même une très grande variabilité entre les différents enfants. Il n'est certes pas très aidant pour un parent de se faire expliquer que son bébé de 12 mois a entre 50 et 80 % des chances de faire ses nuits. Comme professionnel, il est donc important de bien informer les parents quant à cette grande variabilité.

Le développement du cycle veille-sommeil chez le nourrisson est en effet un processus qui dépend de différents facteurs. Pensons à des facteurs internes comme la maturation cérébrale,

les facteurs génétiques et le tempérament de l'enfant, mais aussi à des facteurs externes tels que la lumière, le bruit, les pratiques parentales (notamment la présence ou non d'une routine au coucher et les interactions avec l'enfant), la méthode d'alimentation (allaitement ou non), les arrangements de sommeil (sommeil solitaire ou partage de la chambre ou du lit), de même que le niveau socioéconomique ou les aspects culturels (Jenni et O'Connor, 2005 ; Sadeh et al., 2010).

La variabilité intra-individuelle

Lorsqu'un bébé dort pour une nuit complète, les parents se demandent parfois si cette étape est réglée et s'attendent à ce que la situation se reproduise pour les nuits subséquentes. Or, vous vous doutez bien que la réalité est tout autre. Ainsi, un autre élément à considérer dans la consolidation du sommeil est la variabilité présente chez le même nourrisson, mais d'une nuit à l'autre. La plupart des études portant sur le sommeil des bébés utilisent des moyennes ou des questions portant sur le sommeil « au cours de la semaine précédente » ou « au cours du dernier mois ». Or, il est en fait courant dans la pratique clinique de constater des différences marquées d'une nuit à l'autre. Dans une étude, notre équipe a demandé à 44 mères de consigner les patrons de veille-sommeil de leurs nourrissons chaque nuit pendant une période de deux semaines (Pennestri et al., 2020). Nous avons ensuite consigné la durée de sommeil consécutive du bébé chaque nuit, selon la perception de la mère. En moyenne, les mères ont rapporté que leur bébé dormait six heures de façon consécutive environ cinq nuits sur la période de deux semaines, donc un peu moins que la moitié du temps. Cependant, l'examen de la variabilité nuit après nuit nous a amenés à constater de grandes différences. Une très faible proportion des mères ont rapporté que leur bébé avait « fait ses nuits » pendant toute la durée de l'étude, alors qu'à l'opposé, certaines mères ont dit que leur bébé n'avait jamais « fait ses nuits » pendant toute la durée de l'étude. Fait intéressant, la majorité des mères (73 %) faisait état d'une grande variabilité d'une nuit à l'autre et donc de patrons de sommeil très différents d'une nuit à l'autre. Ainsi, il est courant que les nourrissons alternent entre des nuits de sommeil consolidé et d'autres lors desquelles le sommeil demeure fragmenté, avec plusieurs éveils. Il s'agit là d'un autre élément important à garder en tête pour les professionnels travaillant avec les parents, afin de les aider à ajuster leurs attentes et perceptions quant au sommeil de leur bébé.

Les attentes et perceptions parentales

Tous les parents n'ont pas les mêmes attentes envers leur bébé. Il en est ainsi pour toutes les sphères développementales et non pas spécifiquement pour le sommeil. Dans une étude préliminaire, nous avons demandé à des parents à quel âge ils s'attendaient à ce que leur nourrisson fasse ses nuits. Les réponses ont été très variées, allant de 2 ou 3 mois jusqu'à

Ainsi, il est courant que les nourrissons alternent entre des nuits de sommeil consolidé et d'autres lors desquelles le sommeil demeure fragmenté, avec plusieurs éveils.

12 ou 15 mois ; certains répondants mentionnaient aussi que cela variait en fonction des bébés (Burdayron et al., 2020). Il est donc important de se rappeler que non seulement la définition de « faire ses nuits » peut différer entre deux individus ou deux familles, mais que leurs attentes face au sommeil de leur bébé peuvent, elles aussi, être différentes.

Lorsque vient le temps de se renseigner sur le sommeil des nourrissons, les parents font face à une multitude d'informations, provenant de sources très variées comme les réseaux sociaux, l'entourage et leur communauté culturelle, les professionnels de la santé, les blogues et autres sites spécialisés, ou encore les livres. Il est donc normal qu'ils se sentent un peu dépassés et perdus devant cette montagne d'informations, ne sachant pas comment définir la qualité des différentes sources. Des auteurs américains ont fait l'exercice de recenser les recommandations issues d'une quarantaine de livres portant sur le sommeil des nourrissons et rédigés par des professionnels de la santé, et ont relevé des disparités importantes concernant des questions courantes des parents (Ramos et Youngclarke, 2006). Par exemple, 61 % des ouvrages encourageaient l'utilisation de techniques comportementales favorisant l'entraînement au sommeil, 31 % s'y opposaient et 8 % ne prenaient pas position. Concernant la pratique du cododo, les opinions variaient également : environ un tiers s'y opposaient, un tiers l'encourageaient et un autre tiers ne prenaient pas de position claire. Cela montre bien à quel point il est difficile pour les parents d'avoir l'heure juste, si même les professionnels de la santé prodiguent des conseils parfois contradictoires sur des sujets ayant une importance capitale dans le quotidien des familles.

Le sommeil des parents

Bien que le présent chapitre porte principalement sur le sommeil des enfants, la transition à la parentalité comporte également des défis liés au sommeil des parents. Déjà pendant la grossesse, le sommeil de la mère commence à être perturbé à la fois pour des raisons physiologiques, quand il devient plus inconfortable de dormir, par exemple, et pour des raisons psychologiques, dont la préparation à l'arrivée du bébé (Quin et al., 2022). Une fois le bébé arrivé, il n'est pas surprenant de constater que la qualité et la durée du sommeil des parents, mesurées de façon à la fois objective et subjective, sont grandement diminuées (Horwitz et al., 2023 ; Richter et al., 2019). Les études qualitatives soulignent que les mères sont souvent

surprises de l'intensité des perturbations de leur sommeil et de leur fatigue (Kennedy et al., 2007). Des études révèlent même que la durée de sommeil ne revient pas à ce qu'elle était avant l'arrivée du bébé, et ce, même plusieurs années après la naissance de l'enfant (Richter et al., 2019).

Nos travaux récents ont montré que c'est particulièrement la continuité du sommeil des parents qui est affectée et qu'il y a également une grande variabilité d'une nuit à l'autre (Kalogeropoulos et al., 2022). Ainsi, le sommeil des parents devient fragmenté à l'image de celui du bébé, et de façon encore plus prononcée chez les mères. C'est probablement lié au fait que, dans les familles traditionnelles hétérosexuelles, ce sont souvent les mères qui sont en congé parental, alors que les pères retournent généralement au travail plus rapidement. On peut donc supposer que les mères de l'étude prenaient plus souvent en charge les éveils nocturnes, mais cela demeure à clarifier. Dans une autre de nos études, nous avons montré que le sommeil des mères ayant plus d'un enfant était davantage fragmenté que celui des mères ayant seulement un enfant, alors que ce n'était pas le cas chez les pères (Kenny et al., 2021). Dans l'avenir, il sera important d'étudier le sommeil au sein de différentes configurations familiales, afin de mieux refléter la pluralité des familles quant aux pratiques de sommeil.

Les arrangements de sommeil

Différents arrangements de sommeil sont adoptés par les parents, certaines stratégies étant parfois liées aux éveils fréquents du nourrisson ou destinées à faciliter l'allaitement (Keller et Goldberg, 2004). On parle de sommeil solitaire quand le nourrisson dort seul dans sa chambre, sans ses parents. Le partage du lit correspond à une situation où l'enfant dort sur la même surface que le parent, alors que le partage de la chambre réfère à un arrangement dans lequel l'enfant a plutôt son propre lit, comme un berceau par exemple, mais dans la même chambre que ses parents. On utilise parfois l'expression *cododo*, appellation moins précise qui peut regrouper le partage du lit ou de la chambre.

Les arrangements de sommeil prioritaires sont propres à chaque famille, selon ses connaissances, ses valeurs et sa culture. Par exemple, 65 % des familles vivant dans des pays à prédominance asiatique indiquent pratiquer le partage du lit. Cette proportion chute par contre à 12 % dans les pays à prédominance caucasienne. Les pourcentages diffèrent donc grandement selon les pays. Ainsi, le Vietnam affiche un taux de 83 % d'enfants qui dorment avec leurs parents, comparativement à 6 % en Nouvelle-Zélande (Mindell et al., 2010). On assiste néanmoins depuis quelques années à un changement de paradigme ; en effet, la pratique du partage du lit gagne en popularité, même dans les pays à culture occidentale, souvent en lien avec la gestion des éveils nocturnes ou de l'allaitement (Fleming et Blair, 2015). En Angleterre, une étude a observé

que près de 50 % des familles avaient pratiqué le partage du lit avec leurs bébés de 1 mois durant la semaine précédente (Ball, 2003). Aux États-Unis, ce sont plus de 35 % des familles qui ont affirmé pratiquer le partage du lit la majorité du temps avec leurs bébés de 3 mois, un pourcentage qui atteint un peu plus de 75 % lorsqu'on inclut une pratique occasionnelle (Lahr et al., 2007).

On assiste néanmoins depuis quelques années à un changement de paradigme ; en effet, la pratique du partage du lit gagne en popularité, même dans les pays à culture occidentale, souvent en lien avec la gestion des éveils nocturnes ou de l'allaitement.

Même dans ce contexte de popularité croissante du partage du lit dans les pays occidentaux, il est à noter que la proportion des familles qui le pratiquent est probablement plus élevée que celle qui est rapportée par les parents, notamment en raison des recommandations gouvernementales en matière de santé et au stigma qui est parfois associé à cette pratique (Thiedke, 2001). Il existe de grandes inconstances quant aux conseils des experts par rapport à cette pratique : certains bannissent complètement la pratique du partage du lit en précisant la dangerosité et les conséquences liées à la sécurité et au développement de l'enfant, alors que d'autres en vantent les bienfaits, autant pour les enfants que pour les parents (Germo et al., 2007 ; Mileva-Seitz et al., 2017). La controverse et les conseils contradictoires que reçoivent les parents en font un sujet sensible et une source de débat (Mileva-Seitz et al., 2017). Nous sommes d'avis qu'il serait probablement plus utile cliniquement de promouvoir les recommandations liées à une pratique sécuritaire du partage du lit (il existe en effet des consignes de sécurité qui réduisent grandement les risques qui y sont associés), puisque de nombreux parents utilisent cet arrangement de sommeil (Santé Canada, 2023).

L'entraînement au sommeil

Parmi les autres questionnements des parents face au sommeil de leurs enfants, on retrouve les méthodes d'entraînement au sommeil, qui permettent à l'enfant d'apprendre à s'endormir seul le soir et à se rendormir après un réveil durant la nuit (Meltzer, Wainer et al., 2021). Alors que certains parents se tournent vers ces techniques, d'autres ne se sentent pas à l'aise avec celles-ci (Blunden et al., 2016). Tout comme les attentes et les pratiques parentales diffèrent, les méthodes d'entraînement au sommeil ne seront pas unanimes au sein des différentes familles. Comme clinicien, il faut donc respecter le rythme, les valeurs et les décisions de chacun. Certains parents expriment le besoin d'utiliser une méthode d'entraînement au sommeil, ce qui peut être bénéfique, surtout en

[L]’expérience clinique montre qu’il n’est pas recommandé d’utiliser une technique qui ne respecte pas les valeurs de la famille et qui répond plutôt à une pression sociale. En effet, un climat qui n’est pas favorable aura toutes les chances de faire échouer la méthode d’entraînement au sommeil et d’augmenter la détresse de la famille.

présence d’une grande privation de sommeil ou de symptômes dépressifs. Par contre, l’expérience clinique montre qu’il n’est pas recommandé d’utiliser une technique qui ne respecte pas les valeurs de la famille et qui répond plutôt à une pression sociale. En effet, un climat qui n’est pas favorable aura toutes les chances de faire échouer la méthode d’entraînement au sommeil et d’augmenter la détresse de la famille.

La culture

La définition du sommeil « normal » et les attentes concernant l’âge auquel un enfant doit faire ses nuits peuvent varier considérablement d’une culture à une autre (Barry, 2021). Il est important de se rappeler que nos définitions et références sont souvent basées sur notre contexte nord-américain, qui ne s’applique peut-être pas à toutes les cultures ou à tous les parents. Par exemple, notre tendance à prioriser le sommeil solitaire et à viser rapidement l’indépendance du bébé est très ancrée dans la culture nord-américaine et ne concorde pas nécessairement avec les autres cultures (Mindell et al., 2010 ; Owens, 2004). Les croyances et les attitudes culturelles à l’égard du sommeil, comme l’importance accordée à l’allaitement, à la sieste ou au sommeil nocturne, peuvent donc influencer les pratiques parentales et, dès lors, la durée et les possibilités de sommeil du bébé. Un autre exemple concerne la routine au moment du coucher, qui dans les pratiques occidentales met l’accent sur un moment calme, la lecture, une chanson et un objet de transition. L’élaboration d’une routine adéquate et stable a des effets bénéfiques sur le sommeil lui-même, mais également sur le développement du langage, l’alphabétisation, la régulation émotionnelle et comportementale de l’enfant, l’attachement parent-enfant et le fonctionnement global de la famille (Gebre et al., 2024 ; Mindell et Williamson, 2018).

Dans d’autres cultures, les enfants sont au contraire impliqués dans la routine familiale et s’endorment lorsqu’ils sont fatigués malgré les activités et le bruit environnants (Owens, 2004). Une large étude réalisée par questionnaire dans 17 pays

auprès d’environ 30 000 parents de nourrissons et d’enfants de 0 à 3 ans a d’ailleurs démontré d’importantes différences dans les heures de coucher et la durée du sommeil des jeunes enfants (Mindell et al., 2010). Les enfants originaires de pays à prédominance asiatique se couchaient significativement plus tard, avaient un sommeil de plus courte durée et partageaient plus fréquemment la chambre de leurs parents que les enfants originaires de pays à prédominance occidentale. En revanche, peu de différences ont été observées pour les siestes ; la durée du sommeil le jour semblait donc moins influencée par les habitudes culturelles. Il est également intéressant de noter qu’en comparaison aux mères de pays à prédominance asiatique, celles de pays à prédominance occidentale ont rapporté des liens significativement plus importants entre leur manque de sommeil et les problèmes de sommeil de leur enfant (Mindell et al., 2015). Cela souligne à nouveau que l’inadéquation entre les attentes parentales et le processus de maturation biologique et de consolidation du sommeil des nourrissons peut être à l’origine de la perception de problèmes de sommeil, créant souvent des inquiétudes chez les nouveaux parents (McKenna et al., 2007).

Conclusion

La transition à la parentalité est marquée par de nombreux changements et défis, dont l’ajustement aux rythmes de sommeil du nourrisson. Les patrons de sommeil des nourrissons évoluent graduellement au cours des premiers mois et des premières années de vie, et ce, en fonction de différents facteurs internes et externes. Il importe de garder en tête que le sommeil est un processus développemental et non une étape à franchir. Les professionnels qui accompagnent les parents devraient ne pas perdre de vue le fait qu’il existe d’importantes différences inter- et intra-individuelles dans les patrons de sommeil du nourrisson et qu’il existe différentes valeurs et coutumes en fonction des différentes cultures, voire entre les familles. Il est d’ailleurs bien établi que compte tenu du peu de formation offerte dans ce domaine, plusieurs professionnels de la santé s’appuient sur leur propre expérience ou leurs valeurs pour prodiguer des conseils aux parents quant au sommeil. Il importe donc de bien connaître l’état de la littérature scientifique, tout en gardant à l’esprit que nos propres valeurs ou préférences ne concordent pas nécessairement avec celles des familles avec lesquelles nous travaillons. Un constat demeure néanmoins : le sommeil constitue un facteur clé à considérer pour soutenir les familles dans leur transition à la parentalité !

LES TCC DE TROISIÈME VAGUE EN SOUTIEN AUX ENFANTS ET À LEURS PARENTS : UN PORTRAIT CRITIQUE

D^{re} Fabienne Lagueux,
M. Ps., Ph. D., psychologue

Au Canada, un jeune sur cinq (20 %) souffre d'un trouble de santé mentale (Société canadienne de pédiatrie, 2024). C'est ainsi environ 1,2 million de nos enfants et adolescents qui sont touchés par des troubles mentaux (Institut canadien d'information sur la santé, 2022). Sans parler de « troubles », plusieurs autres jeunes présentent des difficultés significatives sur les plans affectif et comportemental (problèmes d'adaptation, symptômes anxieux, dépressifs, d'inattention, etc.).

Parmi les interventions thérapeutiques et de soutien offertes aux jeunes, les thérapies cognitives-comportementales (TCC) occupent une place de choix face à diverses problématiques (Bennett, 2016; James et al., 2015; Turgeon et al., 2023). Il existe d'ailleurs un large éventail de modèles distincts de TCC. Depuis les quinze dernières années, les TCC dites de troisième vague¹ (ou de *nouvelle génération*) ont connu un essor considérable, notamment parmi les services offerts aux jeunes.

1. En fonction de cette appellation, les interventions TCC dites de première vague réfèrent à celles découlant des modèles comportementaux, les interventions de deuxième vague, à celles liées aux modèles cognitifs, et finalement, les interventions de troisième vague, à celles liées aux modèles dits émotionnels.

Un élément commun à ces interventions est le fait qu'on n'y préconise pas une « remise en question des pensées », mais plutôt le développement d'une posture d'acceptation et d'ouverture face à celles-ci. En soutien au développement de cette posture d'accueil, la pratique de la présence attentive (PA, ou « pleine conscience » [*mindfulness*]) est une stratégie utilisée dans chacun des modèles de troisième vague, à des degrés variables (O'Brien et al., 2008).

La présence attentive est traditionnellement définie comme un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie dans le moment présent (Kabat-Zinn, 2003). Cette définition implique que la présence attentive comporte une première *composante active* chez l'individu, où l'attention est volontairement portée sur l'instant présent (p. ex., sur les expériences internes, telles que les sensations, les émotions et les pensées, ou encore sur les expériences externes, telles que les sons et les odeurs qui nous entourent). En revanche, cette posture comporte également une seconde *composante*, cette fois *inactive*. Celle-ci suppose que l'individu doit tendre aussi à ne pas réagir de manière automatique à ses impulsions, en adoptant un état de non-jugement face aux expériences internes et externes vécues dans le moment présent (en les accueillant sans chercher à les éviter ni à les atténuer). Pratiquer le développement d'une posture de présence attentive, c'est progressivement développer les capacités à s'observer, et à réagir d'une manière différente, plutôt que de simplement réagir de manière automatique. En développant de telles capacités, on devient plus apte à agir en fonction de ce qui a davantage de sens.

Le présent chapitre propose une synthèse des connaissances liées aux TCC de troisième vague offertes aux enfants et à leurs parents. Il s'agit d'une synthèse non exhaustive mettant l'accent sur les services offerts aux enfants d'âge scolaire – 6 à 12 ans – qui présentent des problématiques intériorisées ou liées au comportement. Mentionnons par ailleurs que nous ne pourrions pas dresser un portrait approfondi en fonction de chacun des troubles mentaux spécifiques. Trois modèles d'intervention de troisième vague seront présentés : les interventions basées sur la présence attentive (IBPA), les interventions découlant des thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT [*acceptance and commitment therapy*]) et enfin, celles liées à la thérapie dialectique comportementale (TDC). En plus d'être les trois modèles les plus souvent cités au regard de la troisième vague en TCC, ils ont été choisis parce qu'ils représentent spécifiquement ceux offrant des adaptations pour les jeunes.

La présence attentive est traditionnellement définie comme un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie dans le moment présent.

Les interventions basées sur la présence attentive (IBPA)

On constate un réel engouement pour la pratique de la présence attentive dans le cadre de diverses interventions offertes aux enfants et aux adolescents. La présence attentive est à l'origine de différents modèles d'intervention développés, tels que les interventions de réduction du stress basées sur la pleine conscience (*mindfulness-based stress reduction* [MBSR]; Kabat-Zinn, 1982) ou encore la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*mindfulness-based cognitive therapy* [MBCT]; Segal et al., 2002).

Devant le concept plutôt abstrait qu'est celui de la présence attentive, on peut se demander à quel point les enfants ont les aptitudes pour se familiariser avec cette capacité. Or, plusieurs programmes de développement de la présence attentive ont été spécifiquement adaptés aux jeunes à partir de ceux initialement créés pour les adultes. Pour n'en nommer ici que quelques-uns, soulignons la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour l'enfant (*mindfulness-based cognitive therapy for children* [MBCT-C]), qui a été conçue pour des enfants anxieux de 8 à 12 ans (Deplus et Lahaye, 2015; Semple et Lee, 2011, 2014; Semple et al., 2005) et a fait l'objet d'évaluations, et le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (*mindfulness-based stress reduction* [MBSR]) [Saltzman et Goldin, 2008; Snel, 2020], qui a notamment été déployé en milieu scolaire. À cela s'ajoutent plusieurs autres adaptations dans le cadre de problématiques spécifiques (p. ex., troubles alimentaires, troubles du sommeil, troubles cardiovasculaires). Dans le cadre de tels programmes, les enfants sont appelés, entre autres de manière ludique, à porter attention au moment présent, de manière ouverte et flexible, à prendre conscience des émotions (sensations, pensées, comportements), à inhiber des comportements automatiques, à développer l'autocompassion, etc.

Les méta-analyses et les recensions des écrits menées au cours des dix dernières années à partir d'essais randomisés contrôlés (*randomized controlled trials* [RCT]) appuient le fait que les jeunes retirent des avantages des IBPA, notamment en ce qui a trait au stress et à l'anxiété, à l'attention, au fonctionnement psychologique et à la qualité de vie (Dunning et al., 2019; Dunning et al., 2022; Kallipiran et al., 2015; Klingbeil et al., 2017; Zoogman et al., 2015). Plusieurs études ont ainsi

permis de réfuter les a priori de certains voulant que les enfants n'aient pas les aptitudes requises pour tirer profit de la présence attentive (Greenberg et Harris, 2012). Puisque les recensions effectuées à ce jour incluait dans leurs échantillons à la fois des enfants et des adolescents, des chercheurs pensaient que les bénéfices réels observés auprès des plus jeunes étaient sans doute surestimés en raison des effets mesurés auprès des plus âgés.

Or, des recensions récentes viennent contrecarrer cette idée. Regroupant des travaux de 15 études menées auprès d'enfants de 6 à 12 ans, les résultats d'une recension systématique indiquent que les IBPA favoriseraient la régulation émotionnelle (Rowland et al., 2023). Toujours auprès d'enfants d'âge scolaire, Kander et ses collègues (2024) soulèvent dans leur méta-analyse menée à partir de 32 études plusieurs effets positifs, dont l'attention, la régulation émotionnelle, l'estime de soi et les compétences sociales. Ainsi, les IBPA semblent prometteuses chez les enfants de 6 à 12 ans, d'où leur large déploiement et leur grande popularité auprès de cette population dans divers contextes (p. ex., en milieu scolaire ou en consultation externe). Le tableau 1 (ci-dessous) présente toutefois des éléments permettant de prendre davantage en compte les particularités développementales des enfants. Des chercheurs soulèvent par ailleurs l'hypothèse selon laquelle les mécanismes d'action des IBPA chez les enfants seraient différents de ceux impliqués chez les adultes (Deplus et Lahaye, 2015; Vekety et al., 2022). Or, les modèles théoriques et les mesures ciblant spécifiquement les enfants sont encore trop peu nombreux pour vérifier cette hypothèse (Kander et al., 2024).

Tableau 1 – Considérations cliniques liées aux IBPA

Pour considérer davantage les aspects développementaux des enfants de 6 à 12 ans :

- Mettre davantage l'accent sur l'observation de sensations physiques concrètes plutôt que sur le reflet de l'expérience interne vécue.
- Favoriser le recours à du matériel varié et stimulant (extraits de dessins animés, matériel sensoriel, etc.).
- Rendre bien explicite pour l'enfant en quoi les acquis développés au moyen de la présence attentive pourront le soutenir au travers des enjeux vécus dans le quotidien.
- Favoriser la répétition de certains exercices.
- Préférer des méditations guidées de courte durée.
- Privilégier également des séances courtes, mais plus nombreuses.
- Impliquer les parents dans le travail auprès de l'enfant.

Mentionnons que le nombre d'études s'intéressant à la parentalité attentive (*mindful parenting*) et à ses effets a considérablement bondi au cours des quinze dernières années (Anand et al., 2023). En effet, la présence attentive améliorerait la qualité d'attention des parents et contribuerait à réduire leur niveau de réactivité (Bögels et al., 2010). Enfin, des méta-analyses semblent confirmer que les IBPA entraînent chez les parents une diminution du stress par le développement de la parentalité attentive (Burgdorf et al., 2019; Dumont-Lévesque, 2023).

[L]es jeunes retirent des avantages des IBPA, notamment en ce qui a trait au stress et à l'anxiété, à l'attention, au fonctionnement psychologique et à la qualité de vie.

Les interventions découlant des thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès des enfants

Parmi les interventions TCC de troisième vague, les interventions issues du modèle ACT (*acceptance and commitment therapy*; S. C. Hayes et al., 1999, 2012) connaissent un engouement important. Les résultats de plusieurs essais cliniques randomisés appuient les bénéfices de l'ACT face à plusieurs problématiques liées à la santé mentale (p. ex., dépression, troubles anxieux variés, abus de substances psychoactives) ou à la santé physique (p. ex., douleur chronique, diabète, acouphènes, surplus de poids) chez l'adulte. La Society of Clinical Psychology de l'American Psychological Association (division 12 de l'APA) la considère comme étant une psychothérapie « validée empiriquement » au regard de plusieurs troubles (Association for Contextual Behavioral Science, 2021). Sur les plans cliniques et théoriques, de plus en plus de travaux empiriques soutiennent ses principaux mécanismes. À ce titre, le modèle ACT s'appuie sur un cadre théorique qualifié de « transdiagnostique », ciblant un mieux-être, plutôt qu'une réduction de symptômes associés à une pathologie donnée (S. C. Hayes et al., 2006; Hofmann et Hayes, 2019).

En fonction du modèle ACT, la rigidité psychologique (ou comportementale) contribuerait à expliquer bon nombre de troubles psychologiques et la souffrance associée à ceux-ci (Dionne et al., 2013; Hayes et al., 2011). C'est en cherchant à éviter les pensées et les émotions difficiles (l'évitement expérientiel) qu'un individu pourrait en venir à progressivement se couper d'expériences significatives pour lui qui lui permettraient de s'accomplir. Les interventions ACT s'appuient notamment sur le développement de la présence attentive pour favoriser

C'est en cherchant à éviter les pensées et les émotions difficiles (l'évitement expérientiel) qu'un individu pourrait en venir à progressivement se couper d'expériences significatives pour lui qui lui permettraient de s'accomplir.

une plus grande flexibilité psychologique. La flexibilité psychologique peut se définir comme étant la capacité pour un individu à poursuivre ce qu'il souhaite en fonction de ses valeurs (actions engagées) malgré les contextes d'adversité qui se présentent (Kashdan et al., 2020).

Le modèle ACT est aussi qualifié de « processuel », s'appuyant sur six processus (ou mécanismes d'action) pour soutenir le développement d'une plus grande flexibilité psychologique. Les six processus du modèle ACT sont : 1) l'acceptation (laisser place aux pensées et aux émotions même si elles génèrent de l'inconfort plutôt que de tenter de les modifier, de les contrôler ou de leur résister) ; 2) la défusion (se distancer de ses pensées, en reconnaissant qu'elles ne sont « que des pensées » plutôt que des faits) ; 3) les valeurs (identifier ce qui est important pour soi, ses valeurs) ; 4) l'action engagée (s'engager dans des actions qui s'orientent vers ses propres valeurs) ; 5) le contact avec le moment présent (cultiver un état de présence attentive face à ce qui se passe en soi et autour de soi) ; 6) le soi comme contexte (cultiver une posture d'observateur de soi, laquelle dépasse les perceptions de soi-même). Ces six processus interreliés sont habituellement représentés visuellement par l'Hexaflex, soit un hexagone où chacune des pointes représente l'un des processus (figure 1). Russ Harris proposera en 2009

une représentation simplifiée des six processus d'action du modèle ACT, soit le Triflex (figure 2). Cette fois, les six processus sont appariés en fonction de deux pôles : à gauche – s'ouvrir (regroupant *l'acceptation* et *la défusion*) ; à droite – faire ce qui importe (regroupant *les valeurs* et *l'action engagée*). Au centre de ces deux pôles se retrouvent les deux processus centraux du modèle ACT, identifiés autour de l'axe « être présent » (regroupant *le contact avec le moment présent* et *le soi comme contexte*) [R. Harris, 2009].

Le travail du psychothérapeute consiste à soutenir chez le client le travail entourant chacun de ces processus de changement. À nouveau, devant la complexité du modèle théorique et des concepts présentés, on peut se demander si le modèle ACT s'avère pertinent auprès des adolescents, et plus encore, auprès des enfants. Or, le nombre grandissant de travaux de recherche parus au cours des dix dernières années témoigne de la popularité croissante du modèle ACT auprès des jeunes (Fang et Ding, 2020 ; E. Harris et Samuel, 2020 ; Parmar et al., 2021). Sur le plan empirique, les résultats de deux premières recensions, qui incluaient dans leurs échantillons des adolescents (13 à 18 ans), ont permis de confirmer l'efficacité de cette intervention chez les jeunes, et ce, au regard d'une diminution de divers symptômes, d'une augmentation de la qualité de vie et du mieux-être, de même que d'une plus grande flexibilité psychologique (Murrell et Scherbarth, 2006 ; Swain et al., 2015). Les auteurs d'une méta-analyse subséquente feront aussi état de résultats prometteurs, bien que plus prudents ; certains des effets mesurés ne semblaient pas se distinguer significativement d'autres traitements de type TCC (Fang et Ding, 2020 ; E. Harris et Samuel, 2020). Les recensions récentes mettent ainsi en lumière la nécessité de poursuivre

Figure 1 – Représentation de l'Hexaflex

Référence :

Représentation adaptée de S. C. Hayes et al., 2006

Note :

Dans le Kidflex de Black (2022), les six processus ont été nommés comme suit : l'acceptation (*Let it be*), la défusion (*Let it go*), le soi comme contexte (*Notice yourself*), le contact avec le moment présent (*Stay here*), les valeurs (*Choose what matters*) et l'action engagée (*Do what matters*).

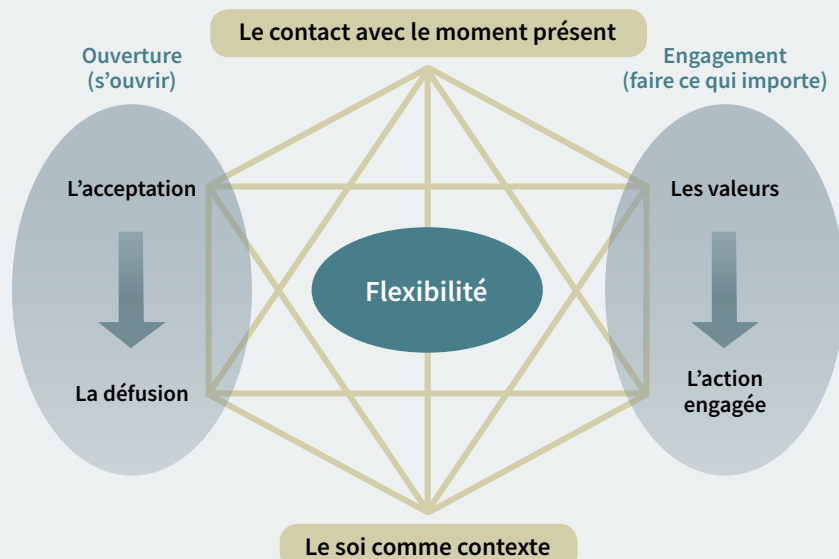
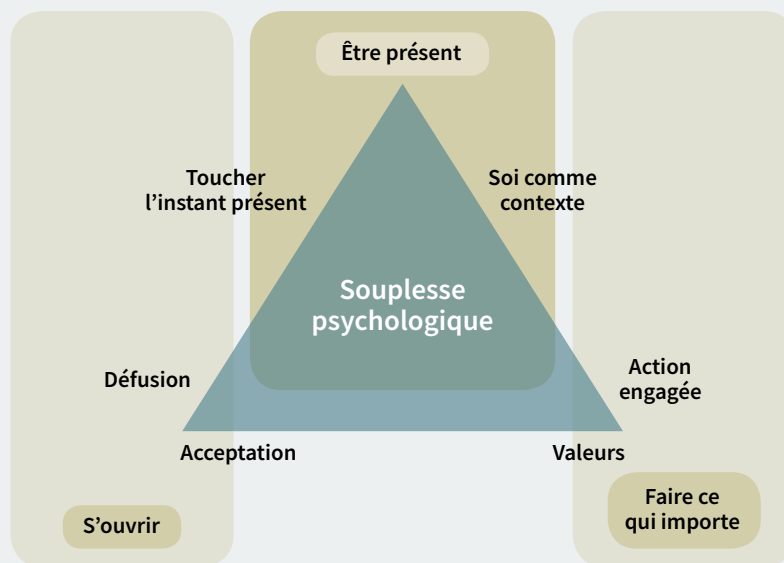


Figure 2 – Hexaflex simplifié – le « Triflex »



Référence :
Représentation
adaptée de
R. Harris, 2009

des travaux afin de mieux comprendre les effets respectifs des différentes composantes du modèle ACT, en s'assurant d'avoir recours à des mesures et à des modèles davantage sensibles aux aspects développementaux des jeunes (Petersen et al., 2024).

Si les premières interventions s'appuyant sur l'ACT offertes aux jeunes s'inspiraient grandement de celles destinées aux adultes, certaines méritent d'être soulignées, se distinguant par une plus grande prise en compte des enjeux développementaux des enfants. Pensons notamment au modèle DNA-V² (L. L. Hayes et Ciarrochi, 2015), un sigle de langue anglaise dont les lettres représentent trois classes de processus à développer personnifiées par des personnages distincts : *D* pour *Discoverer*

2. Le sigle EOC-V est une traduction libre.

(*E* pour *Explorateur*), *N* pour *Noticer* (*O* pour *Observateur*) et *A* pour *Advisor* (*C* pour *Conseiller*) ; le *V* représente les *valeurs* au centre du modèle. Les auteurs proposent ainsi dans leur manuel destiné aux intervenants différentes stratégies concrètes et ludiques afin de soutenir chacune des postures de cette métaphore. Soulignons également le modèle d'intervention de Black (2022), qui présente une adaptation vulgarisée de l'Hexaflex (le « Kidflex » – voir figure 1). Dans son manuel, qui est accompagné d'un cahier destiné directement aux enfants (Black, 2024), l'auteure suggère aux intervenants différentes stratégies spécifiquement adaptées aux enfants de 5 à 12 ans. Il existe également en langue anglaise plusieurs manuels inspirés de l'ACT destinés aux enfants (Lagueux, 2024), lesquels ne sont toutefois pas accompagnés du manuel de l'intervenant. On peut lire au tableau 2 (ci-dessous) quelques

Tableau 2 – Considérations cliniques liées aux interventions découlant des thérapies d'acceptation et d'engagement (ACT)

Pour considérer davantage les aspects développementaux des enfants de 6 à 12 ans :

- Se rappeler que l'intervention ACT débute par une évaluation fonctionnelle rigoureuse, qui s'appuie sur des sources diversifiées. Celle-ci permettra de conceptualiser les cas et ainsi d'identifier les processus à prioriser.
- Ne pas chercher à « expliquer » les différents processus du modèle ACT. La mise en garde courante voulant que l'on « ne parle pas d'ACT » en thérapie, mais « que l'on doive plutôt l'expérimenter », prend tout son sens auprès des enfants.
- S'assurer d'avoir recours à des images et à des métaphores concrètes, appuyées visuellement et adaptées à l'âge de l'enfant.
- S'inspirer de matériel ludique pour soutenir le travail portant sur l'ensemble des processus du modèle, particulièrement ceux plus complexes (p. ex., défusion, valeurs).
- Impliquer les parents dans le travail auprès de l'enfant.

éléments permettant de prendre en compte davantage les caractéristiques spécifiques des enfants au sein des interventions ACT. Des interventions découlant des modèles ACT ont également été déployées spécifiquement pour les parents, parmi lesquelles celles de Coyne et Murrell (2009) et de Wilson (2023). Bien que ce domaine soit encore récent, de plus en plus de travaux montrent la pertinence des interventions ACT auprès des parents (Coyne et al., 2011). Celles-ci favoriseraient le développement d'une relation parent-enfant plus harmonieuse par le développement de comportements plus flexibles chez les parents, et des améliorations comportementales chez l'enfant (Brassell et al., 2016).

La thérapie dialectique comportementale (TDC) auprès des enfants

La thérapie dialectique comportementale (TDC) [*dialectical behavioral therapy* (DBT)] a été développée par Marsha Linehan (1993a, 1993b) dans le cadre de ses travaux auprès de femmes présentant un trouble de personnalité avec conduites suicidaires et automutilatoires. La TDC est une approche dite « dialectique » parce qu'elle vise en premier lieu à soutenir le client dans une recherche d'un juste milieu lorsque confronté à des tensions opposées (p. ex., des émotions conflictuelles ou des pressions contradictoires), plutôt que de demeurer campé dans des postures extrêmes. La TDC s'articule autour de quatre angles de travail : 1) pratiquer la présence attentive (être attentif à l'instant présent plutôt que de s'accrocher à ses pensées et émotions) ; 2) développer la régulation émotionnelle (identifier ses émotions et mieux composer avec elles) ; 3) développer l'efficacité interpersonnelle (développer des stratégies relationnelles et de communication plus constructives) ; 4) favoriser une meilleure tolérance à la détresse (développer ses capacités à faire face à des situations difficiles sans recourir à des comportements problématiques). Dans sa forme initiale, la TDC comporte diverses modalités de suivi, soit la psychothérapie individuelle, les rencontres de groupe structurées et les consultations téléphoniques avec le psychothérapeute (Linehan, 1993a, 1993b).

Il peut paraître étonnant à première vue qu'un modèle d'abord développé pour des adultes présentant un trouble de personnalité limite puisse susciter un intérêt dans le travail clinique auprès des jeunes. Or, une démarche d'adaptation de la TDC initiale a mené à l'élaboration d'une intervention destinée spécifiquement à des adolescents (DBT-A) présentant des conduites à risque (Miller et al., 2007 ; Rathus et Miller, 2015). Ce programme multimodal intensif de 16 semaines inclut un volet important impliquant les membres de la famille du jeune par le biais de rencontres familiales et de rencontres de groupe multifamilles. Plus récemment, une adaptation destinée à des enfants d'âge scolaire (DBT-C) présentant également des comportements à risque précoces a été développée à partir de ce dernier programme dans le but de prévenir l'aggravation

L'engagement des parents y [DBT auprès des jeunes] est central à titre de mécanisme de changement ; le modèle suppose que des bénéfices chez l'enfant ne sont possibles qu'avec des modifications de son entourage.

de symptômes (Perepletchikova et al., 2017). L'engagement des parents y est central à titre de mécanisme de changement ; le modèle suppose que des bénéfices chez l'enfant ne sont possibles qu'avec des modifications de son entourage.

La TDC connaît un engouement important, comme en témoignent, d'une part, sa large diffusion et, d'autre part, l'intérêt accru qu'elle suscite auprès des cliniciens et des chercheurs. Rizvi et son équipe (sous presse) brossent d'ailleurs un état des lieux exhaustif à cet égard. Au-delà des bénéfices initiaux rapportés en ce qui a trait au trouble de personnalité limite, les résultats de recensions systématiques et méta-analyses récentes font état de bienfaits face aux troubles alimentaires, au trouble de stress post-traumatique, au trouble bipolaire de même qu'à l'abus de substances psychoactives (DeCou et al., 2019 ; Kliem et al., 2010).

Il convient par ailleurs de mentionner que l'on assiste au cours des dernières années au déploiement d'interventions « allégées » prenant appui sur la TDC (nommées « *skills-only DBT* »). Par le caractère transdiagnostique des compétences ciblées de la TDC (notamment celles liées à la régulation émotionnelle), plusieurs envisagent des retombées potentielles auprès de clientèles diverses. C'est dans cette foulée qu'a été mis sur pied, entre autres, un programme d'intervention « universelle » largement déployé en milieu scolaire ciblant le développement des compétences sociales et émotionnelles des adolescents (*Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents* [STEPS-A] ; Mazza et al., 2016). Dans ce sillage, il existe un nombre important de manuels qui s'adressent directement aux jeunes, aux parents ou aux intervenants œuvrant auprès des jeunes dont les auteurs soutiennent que leur contenu est issu de la TDC (Lagueux, 2024). Certains de ces manuels ciblent spécifiquement les enfants de 6 à 12 ans (p. ex., Crowder et al., 2023 ; Huang, 2022 ; Lozier, 2020), mais n'ont pas à ce jour fait l'objet d'études au regard de leurs effets. Le tableau 3 présente quelques considérations cliniques liées aux interventions basées sur la TDC auprès des enfants. Force est de constater que nous assisterons dans les prochaines années à un déploiement dans divers milieux de programmes d'intervention inspirés de la TDC, mais destinés aux enfants. Face à ce large éventail d'outils cliniques mis à leur disposition, les intervenants risquent de se sentir quelque peu perdus. C'est pourquoi il importe que des travaux futurs évaluent les retombées de tels programmes « allégés » de la TDC, afin de mieux guider les intervenants devant l'ampleur des choix

possibles. À cet effet, il est recommandé que ces travaux décrivent plus en détail l'intervention réellement offerte (en matière de composantes, d'intensité, de cibles travaillées et de leur séquence, etc.) [Rizvi et al., sous presse].

Tableau 3 – Considérations cliniques liées aux interventions basées sur la TDC

Pour considérer davantage les aspects développementaux des enfants de 6 à 12 ans :

- Devant l'offre imposante de manuels destinés directement aux enfants et à leurs parents, s'assurer de s'appuyer sur une conceptualisation de cas solide afin de guider les choix de matériel des intervenants.
- S'assurer de bien comprendre les fondements de la TDC (formation) avant de cibler les stratégies à privilégier.
- S'assurer de bien comprendre les différentes modalités possibles d'inclusion des parents dans l'intervention avant d'arrêter un choix.

Conclusion

Les interventions de troisième vague destinées aux jeunes ont connu un essor important au cours des vingt dernières années. Si au départ elles étaient à l'image de celles offertes aux adultes, des modèles spécifiques prenant davantage en compte les aspects développementaux ont depuis été élaborés.

De plus en plus d'interventions prometteuses ciblent les besoins propres aux enfants d'âge scolaire. Il demeure que davantage d'études empiriques permettant de mieux comprendre les impacts de ces modèles d'intervention et de leurs composantes spécifiques, notamment auprès des enfants, s'avèrent nécessaires.

Au-delà de la richesse des outils désormais accessibles aux praticiens qui s'intéressent au travail clinique auprès des jeunes, rappelons combien les interventions de troisième vague en TCC ont contribué à réaffirmer l'importance de cultiver une qualité de présence au sein de la relation thérapeutique. S'inscrire dans ces modèles d'intervention rappelle avant tout aux praticiens la nécessité d'incarner en rencontre cette posture attentive, bienveillante, accueillante, authentique et flexible. Rappelez-vous : on ne parle pas des interventions de troisième vague... on en fait pleinement l'expérience.

Vivre, c'est vivre l'instant présent.

[...]

Nous le savons, bien sûr, nous l'avons lu et entendu ;

nous l'avons même pensé.

Mais tout ça, c'est du bla-bla :

Il faut maintenant le faire, pour de vrai !

Rien ne remplace l'expérience de l'instant présent.

Christophe André

Tiré de *Méditer, jour après jour*

LA PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE DE L'ENFANT : LE JEU AU CŒUR DE L'INTERVENTION

Miguel M. Terradas,
M. Ps., Ph. D., psychologue,
et **Antoine Asselin,**
B.A. (psychologie)

La psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. Si le thérapeute ne peut pas jouer, cela signifie qu'il n'est pas fait pour ce travail. Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre d'avoir la capacité de jouer, après quoi la psychothérapie pourra commencer. Si le jeu est essentiel, c'est parce que c'est en jouant que le patient se montre créatif.

(Winnicott, 1971/2002 ; p. 55)

L'observation du jeu de la bobine de son petit-fils a permis à Freud (1920/2010) de comprendre l'importance du jeu chez l'enfant. Âgé de 18 mois, Ernest s'amusait à lancer une bobine de bois à laquelle était attachée une ficelle. Lorsque la bobine disparaissait sous son lit, l'enfant prononçait un son prolongé (« o-o-o-o ») qui signifiait *Fort* (*loin* en allemand). Ensuite, lorsqu'il ramenait la bobine grâce à la ficelle, le jeune s'écriait « *Da!* » (« Là! »). À première vue, Freud constate que la réapparition de la bobine procurait à l'enfant beaucoup de plaisir. Il note ensuite que le jeu répété par son petit-fils, consistant en une série de disparitions et de réapparitions de la bobine, lui permettait d'élaborer les moments de séparation et de réunion avec sa mère : son petit-fils était davantage guidé par une recherche de maîtrise des enjeux intrapsychiques représentés dans le jeu que par la simple recherche du plaisir (Asselin et Terradas, 2021). Les observations de Freud ont permis de comprendre que le jeu, pour l'enfant, est thérapeutique en soi (Winnicott, 1971/2002).

Le jeu de l'enfant : définition et valeur thérapeutique

Le jeu est une activité précoce de l'enfant qui précède le dessin et le langage (Anzieu et al., 2007). Il débute à la naissance à partir des échanges sensoriels et communicationnels entre la mère¹ et son bébé (Amar, 2004 ; Winnicott, 1957/1989). Il devient rapidement le mode d'expression privilégié par le tout-petit pour communiquer avec l'adulte et les autres enfants (Alvarez et Phillips, 1988). Winnicott (1971/2002) situe le jeu au cœur de la notion de phénomène transitionnel. Pour l'auteur, l'espace de jeu constitue une aire intermédiaire entre le dedans (le monde interne de l'enfant – son intériorité) et le dehors (l'environnement, les jouets, les objets, les autres personnes – son extériorité). Cet espace de jeu ne correspond donc pas exactement à la réalité psychique interne de l'enfant, mais il ne se situe pas non plus complètement en dehors de l'individu (Winnicott, 1957/1989). Ainsi, lorsque l'enfant joue, il transforme spontanément les objets mis à sa disposition pour exprimer ce qui l'habite, autant ses joies que ses conflits intrapsychiques, ses défenses et ses difficultés relationnelles.

La valeur thérapeutique du jeu réside dans les fonctions qu'il accomplit au sein du fonctionnement psychique et relationnel de l'enfant. Premièrement, le jeu permet à l'enfant d'établir une relation positive avec l'adulte, notamment le psychothérapeute, et avec les autres enfants (Russ et Fehr, 2016). Anzieu et ses collègues (2007) suggèrent que le jeu n'est possible en psychothérapie que si l'enfant ressent préalablement un sentiment de sécurité et de confiance en présence du psychothérapeute. Deuxièmement, le jeu permet à l'enfant d'exprimer des émotions troublantes ou des conflits à grande charge affective qu'il n'arrive peut-être pas à mettre en mots (Russ et Fehr, 2016). Troisièmement, le jeu favorise l'introspection chez l'enfant et soutient le travail psychique autour des enjeux inconscients (Blake, 2021 ; Bossé, 2008 ; Russ et Fehr, 2016). Quatrièmement, le jeu pourrait permettre à l'enfant de trouver des solutions à ses problèmes (Kernberg et Normandin, 2000), qu'il s'agisse de conflits de nature intrapsychique ou de difficultés sur le plan interpersonnel. Il fournit à l'enfant des occasions de mettre en pratique toutes sortes d'idées, de comportements, d'attitudes, d'interactions sociales et d'expressions verbales (Russ et Fehr, 2016) qu'il pourra ensuite étayer davantage en dehors de la psychothérapie. Cinquièmement, à travers le jeu, l'enfant apprend progressivement à réguler ses émotions (Kernberg et Normandin, 2000 ; Winnicott, 1957/1989). Par exemple, par sa fonction d'exutoire et de catharsis, le jeu donne à l'enfant la possibilité d'exprimer avec intensité des sentiments de haine qu'il ne pourrait pas se permettre de manifester en dehors de la psychothérapie. Dans le même ordre d'idées, le jeu peut l'amener à mieux maîtriser l'anxiété liée à des situations traumatiques auxquelles il a été

Ainsi, lorsque l'enfant joue, il transforme spontanément les objets mis à sa disposition pour exprimer ce qui l'habite, autant ses joies que ses conflits intrapsychiques, ses défenses et ses difficultés relationnelles.

exposé et l'aider à regagner du contrôle sur les affects qui y sont associés. Quatre mécanismes favorisent cette reprise de contrôle. D'abord, dans le jeu, l'enfant revit activement ce qu'il a subi passivement (Freud, 1920/2010). Étant le metteur en scène du jeu qu'il propose, l'enfant décide, entre autres, les rôles qu'il assumera et celui qu'il attribuera au psychothérapeute, les actions qui seront posées, le contexte dans lequel se déroulera le scénario et la nature des affects qui y seront exprimés. Ensuite, grâce à la répétition d'une même séquence de jeu, l'enfant assimile progressivement les situations anxiogènes qu'il a vécues, jusqu'à ce que celles-ci soient davantage comprises et intégrées. Les représentations de ces situations deviennent graduellement prévisibles (Watson, 1994), ce qui mène à une diminution concomitante de l'anxiété chez l'enfant (Bossé, 2008 ; Russ et Fehr, 2016). Après, dans le jeu, l'enfant peut diviser une expérience accablante et initialement intolérable en de petits segments plus facilement supportables. La compulsion de répétition permettrait l'intégration de ces segments (Wälder, 1933), facilitant ainsi la compréhension et l'assimilation de l'expérience vécue par l'enfant. Enfin, bien qu'elle soit pénible, la répétition inconsciente de situations traumatiques (plus ou moins importantes) peut produire un effet de désensibilisation systématique : l'exposition graduelle aux différentes représentations des traumas s'accompagne d'une diminution progressive de l'anxiété et d'une augmentation corollaire du niveau de contrôle sur ce qui est mis en scène dans le jeu et sur le contenu émotif qui y est rattaché (Terradas et Asselin, 2021). Ces différents processus d'extériorisation (et de miniaturisation²) des traumas augmentent la capacité de l'enfant à tolérer les affects désagréables y étant liés et à développer un sentiment de compétence et de contrôle (Gil, 2013).

Le jeu en psychothérapie

Trois éléments caractérisent le jeu que l'enfant déploie en psychothérapie (Ferro, 2003). Le premier concerne la non-saturation des jeux et des jouets, ce qui permet de multiples permutations sur le plan de leur valeur symbolique. Ainsi, Ferro (2003) suggère qu'il y a autant de significations qui peuvent être attribuées à un jeu qu'il existe d'enfants et de vécus psychiques. Par exemple, un enfant ayant été placé en famille d'accueil pourrait utiliser une famille d'animaux de la ferme

1. En regard des nouvelles parentalités, la mère désigne ici la *figure de soins*.

2. Gil (2013) utilise le terme *miniaturisation* pour faire référence à l'utilisation de figurines pour représenter les traumas. Cette modalité de représentation aide l'enfant à exercer un contrôle sur les éléments traumatiques qui s'expriment à travers le jeu.

pour représenter une scène dans laquelle ces animaux accueillent un bébé tigre qui s'est éloigné de sa bande. Pour un autre enfant, le bébé tigre pourrait représenter l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur qui déstabilise l'équilibre familial. De plus, un enfant peut utiliser différents jouets pour exprimer un même conflit. Inversement, un même objet peut changer de fonction pour représenter différents conflits. Cette flexibilité pourrait permettre à l'enfant d'exprimer ses conflits plus facilement et de résoudre ses difficultés plus efficacement.

En ce qui a trait au deuxième élément, Ferro (2003) compare le jeu à la fable. Comme la fable, le jeu permet à l'enfant de situer ses conflits dans un ailleurs éloigné dans le temps et dans l'espace, dans des lieux fantastiques, avec des personnages imaginaires (p. ex., une sorcière, Link de Zelda, un Pokémon). En s'identifiant aux personnages, l'enfant peut vivre les conflits de l'intérieur. Il comprend de la sorte que ce qui lui arrive est arrivé à d'autres auparavant (les personnages de son jeu). La représentation que l'enfant élabore à travers le jeu lui permet de *parler de lui sans parler directement de lui*, c'est-à-dire d'exprimer simultanément le conflit et la défense, et ainsi de trouver des solutions pour faire face à l'adversité à laquelle il est confronté.

Le troisième élément réfère à la présence de l'autre – le psychothérapeute. La présence *mentale* d'un adulte bienveillant, qui accueille les pensées et les émotions de l'enfant, permet les transformations les plus profondes (Ferro, 2003). Berger (2005) affirme que l'enfant joue *avec* et *pour* son psychothérapeute. Sachant, plus ou moins consciemment, qu'il reçoit de l'aide afin de trouver des solutions à ses conflits (Aberastury, 1963/2023), l'enfant dévoile ses difficultés au psychothérapeute à travers le jeu, qui devient l'équivalent d'une parabole.

La représentation que l'enfant élabore à travers le jeu lui permet de parler de lui sans parler directement de lui, c'est-à-dire d'exprimer simultanément le conflit et la défense, et ainsi de trouver des solutions pour faire face à l'adversité à laquelle il est confronté.

Le jeu de l'enfant qui se développe généralement bien

Pour faire référence à l'enfant qui se développe plus ou moins normalement, Chazan (2005) emploie le terme *joueur adapté*. Qu'est-ce qui caractérise le jeu de cet enfant en psychothérapie ? L'enfant utilise l'espace thérapeutique pour représenter symboliquement les conflits et les difficultés auxquels il est confronté et pour lesquels il voudrait, consciemment ou inconsciemment, trouver des issues. Il utilise des symboles lui permettant de transformer, de *camoufler* et de tolérer certains contenus

difficiles. Son jeu prend la forme d'une histoire qui se complexifie à mesure qu'il élabore la mise en scène. On peut donc identifier un début, un milieu et une fin au jeu. La séquence ludique et l'histoire qui l'accompagne sont souvent cohérentes. Le psychothérapeute peut avoir accès, via le décodage des symboles, aux conflits, angoisses et défenses de l'enfant, d'une part, et d'autre part, à ses ressources psychiques et mécanismes de résilience. Par ailleurs, le temps accordé à la préparation du jeu (p. ex., organiser les pièces de la maison de poupées) est souvent plus court que le temps consacré à jouer. Le fil du récit qui accompagne le jeu est rarement interrompu par l'enfant. Lorsque ce dernier est contraint de le faire (p. ex., pour aller aux toilettes), il semble regretter de devoir arrêter le jeu et se dépêche à le reprendre. L'interruption n'affecte toutefois pas la continuité et la cohérence du jeu proposé par l'enfant. Similairement, lorsque la fin de la séance met un terme au jeu, l'enfant est capable de le reprendre lors de la séance subséquente, comme s'il avait été mis en pause. Bien que le contenu représenté dans le jeu puisse être difficile, et même parfois intolérable, les affects positifs prédominent dans la séance. Ils sont reliés à la satisfaction procurée par la découverte de voies alternatives d'expression de conflits et d'angoisses et, éventuellement, de solutions (Terradas et Asselin, 2021). Le joueur adapté n'est jamais prisonnier des caractéristiques d'un jeu ou d'un jouet (Ferro, 2003). S'il ne trouve pas l'objet dont il a besoin pour représenter ce qui l'habite, il en utilisera un autre. Il est également capable de transformer un objet, soit concrètement ou dans son imagination, pour qu'il représente avec plus de justesse ce qu'il veut évoquer. Par exemple, si l'enfant n'a pas de camion de pompiers, il pourrait se servir de la pâte à modeler pour en créer un ou simplement proposer au psychothérapeute d'imaginer qu'une autre auto représente le camion. Cette flexibilité se traduit également par une capacité à échanger les rôles lors d'une mise en scène, ce qui permet à l'enfant de personnifier l'un ou l'autre des versants du conflit symbolisé dans son jeu. Enfin, le joueur adapté tient compte de la présence du psychothérapeute. Il peut, par exemple, narrer son jeu à mesure qu'il le développe ou inviter le psychothérapeute à y prendre part (Terradas et Asselin, 2021). Cet enfant sera en mesure de bénéficier d'une psychothérapie psychodynamique (PP) utilisant le jeu comme principal moyen d'intervention.

La psychothérapie psychodynamique de l'enfant : définition, objectifs, cadre et techniques d'intervention

La PP consiste essentiellement à interpréter les conflits entre les désirs, les fantasmes et la réalité au fur et à mesure qu'ils se manifestent dans la rencontre entre l'enfant et le psychothérapeute (Hurry, 1998), dans le discours comme dans son jeu. Klein (1932) trouve dans le jeu une technique de psycho-

Le joueur adapté n'est jamais prisonnier des caractéristiques d'un jeu ou d'un jouet. S'il ne trouve pas l'objet dont il a besoin pour représenter ce qui l'habite, il en utilisera un autre. Il est [...] capable de transformer un objet, soit concrètement ou dans son imagination, pour qu'il représente avec plus de justesse ce qu'il veut évoquer.

thérapie comparable à la règle fondamentale de l'association libre chez l'adulte : lorsqu'il joue, l'enfant parle et dit toutes sortes de choses qui ont valeur de véritables associations. Le jeu constitue la voie *royale* pour accéder à l'inconscient du sujet en développement : en jouant, l'enfant utilise les mêmes moyens d'expression archaïques que dans le rêve, soit le déplacement, la condensation, l'atemporalité et la symbolisation (Klein, 1932). En fait, dans le jeu, comme dans le rêve, tout devient possible puisque ce qui s'y déroule n'entraîne aucune conséquence dans la vie réelle (Bossé, 2008 ; Chazan, 2005). Le travail du psychothérapeute revient donc à déchiffrer ce que l'enfant exprime symboliquement à travers son jeu (Klein, 1926).

Selon Slade (1994), la PP a pour objectifs d'aider l'enfant, dans son jeu, à construire une trame narrative riche et cohérente, à s'imaginer le monde interne des différents personnages, à trouver des solutions aux problèmes qu'il rencontre et à apprendre à contenir les affects intenses qui sont générés par les situations conflictuelles qu'il met en scène. Ces objectifs s'appuient sur la prémisse selon laquelle le fait de jouer constitue à lui seul un important agent de changement (Target et al., 2005 ; Winnicott, 1971/2002).

Lors d'une PP, le psychothérapeute met à la disposition de l'enfant un ensemble de jeux et de jouets qu'il pourra utiliser à sa guise (Aberastury, 1963/2023). On y retrouve habituellement du matériel de bricolage et artistique divers, des poupées³, des figurines humaines, une famille d'animaux sauvages, une famille d'animaux domestiques, des voitures, des avions, un ensemble de vaisselle, un ballon, des blocs de construction, un carré de sable, un tableau, des craies et des morceaux de tissu. Au fil du temps, les psychothérapeutes d'enfants ont ajouté une maison de poupées, une trousse de médecin, quelques jeux de société, des marionnettes, un téléphone, une lampe de poche, entre autres. Les jeux structurés (p. ex., serpents et échelles) rassurent l'enfant dans la mesure où ils lui sont familiers : ils organisent l'expérience de l'enfant et évitent qu'elle soit vécue comme trop envahissante. Pour leur part, les jeux non structurés invitent l'enfant à être créatif et favorisent la projection sur le matériel. Le matériel de jeu doit être de bonne qualité : il ne doit pas se détériorer rapidement,

car la détérioration peut provoquer un sentiment de culpabilité chez l'enfant. Par exemple, confronté à un bris du matériel, l'enfant peut avoir l'impression que le psychothérapeute n'est pas en mesure de contenir les émotions qui lui sont présentées et qu'il peut être facilement détruit par ses sentiments agressifs (p. ex., l'envie). Le matériel doit également être en bon état, l'enfant pouvant éprouver des émotions diverses face à des objets détériorés. À titre d'exemple, un enfant ayant vécu des carences matérielles et affectives dans sa famille pourrait penser que le dispositif thérapeutique ressemble à son milieu de vie. Enfin, il est essentiel de mettre à la disposition de l'enfant toujours le même matériel, ce qui implique de remplacer les objets qui s'épuisent ou s'usent. Ce dispositif contribue à créer un cadre de travail sécurisant et prévisible pour l'enfant.

En utilisant des consignes brèves et compréhensibles pour l'enfant, le psychothérapeute établit le cadre de l'intervention. D'abord, il limite l'espace (la salle de consultation) et la durée du travail (habituellement 50 minutes). Il spécifie ensuite les objectifs de l'intervention et définit le rôle de l'enfant (p. ex., parler, dessiner, jouer librement) et le sien (p. ex., observer, écouter, penser et intervenir ; Blake, 2021). Il présente le matériel que l'enfant peut utiliser et, si nécessaire, il précise ce que l'enfant ne peut pas utiliser (p. ex., son téléphone portable). Enfin, le psychothérapeute aborde les limites qui devront être respectées par l'enfant et par le psychothérapeute. Il est interdit de poser des gestes agressifs pouvant mettre en danger l'enfant (p. ex., l'automutilation) ou le psychothérapeute (p. ex., gestes de violence), ou d'endommager volontairement le matériel de jeu. Bien qu'il soit moins souvent nécessaire de le préciser auprès d'enfants tout venant, le psychothérapeute établit les limites relatives aux comportements sexuels (p. ex., les rapprochements physiques, l'interdiction de toucher aux parties génitales du psychothérapeute). En résumé, il est essentiel de créer un espace *physique* et *psychique* sécurisant qui favorise une communication ouverte et libre de préjugés, où l'enfant peut se permettre d'aborder les contenus internes les plus difficiles et les plus effrayants, incluant ceux à caractère agressif et sexuel. L'intérêt que le psychothérapeute porte sans discrimination à *toutes* les expressions verbales et ludiques de l'enfant ainsi que la disponibilité, la constance et la prévisibilité du cadre favorisent le travail thérapeutique autour du jeu.

Le tableau 1 présente les interventions à privilégier dans la PP. Blake (2021) accorde une grande importance aux interventions dans lesquelles le psychothérapeute incarne un des personnages du jeu proposé par l'enfant et intervient en demeurant *dans* le jeu. En plus d'avoir un caractère ludique, ce type d'interventions accentue la dimension symbolique et de faire-semblant du travail thérapeutique, tout en captant davantage l'attention de l'enfant que ne le feraient d'autres types d'interventions. Une illustration clinique est présentée à l'annexe A.

3. De nos jours, il est fréquent que les psychothérapeutes d'enfants utilisent des poupées sexuées.

Tableau 1 – Techniques d'intervention utilisées dans le cadre de la PP de l'enfant

Interventions	Objectifs	Descriptions	Précisions ou exemples
Clarification ^{1,2}	Préparer l'enfant à recevoir une interprétation.	Le psychothérapeute fait une relance qui reste dans la continuité du propos de l'enfant.	Exemple : L'enfant dit au psychothérapeute : « Je me sens mal. Mon ami ne m'a pas invité à son anniversaire. » Le psychothérapeute pourrait lui demander : « Tu te sens mal comment ? »
Reflet ³	Le reflet peut avoir plusieurs objectifs : • Montrer à l'enfant que le psychothérapeute est intéressé par les pensées et sentiments sous-jacents au comportement. • Illustrer la façon dont le processus de psychothérapie se développe. • Élargir le vocabulaire de l'enfant concernant les sentiments et les motivations pouvant expliquer ses comportements, ce qui lui permettra de communiquer ses affects de manière plus précise et efficace. • Diminuer les agissements (p. ex., agir, passage à l'acte) d'émotions à l'intérieur ou à l'extérieur de la thérapie (les mots remplacent les actions). • Valider les hypothèses du psychothérapeute : la réaction de l'enfant constitue une source d'information qui sert à valider ou non les interventions du psychothérapeute. • Préparer l'enfant à recevoir une interprétation.	Le reflet doit ajouter des éléments visant à faciliter la compréhension de l'enfant.	Le reflet peut porter sur : • Les sentiments ou les pensées sous-jacents au comportement de l'enfant. • Les motivations sous-jacentes au comportement de l'enfant. Exemples : • L'enfant crie des insultes au psychothérapeute, dit des mots vulgaires et fait comme s'il allait verser le sable par terre. Le psychothérapeute commente : « Tu veux que je sois en colère et te demande de quitter la salle. » • L'enfant pleure sans rien dire. Le psychothérapeute commente : « Tu sembles être triste. »
Confrontation ^{1,2}	Permettre à l'enfant d'avoir accès à des éléments éludés inconsciemment qu'il exprime à travers son jeu, son comportement ou sa trame narrative. Préparer l'enfant à recevoir une interprétation.	Le psychothérapeute invite l'enfant à observer un affect, la signification éludée d'une attitude ou d'un comportement, l'omission de réagir de la façon qu'il le fait habituellement ou une discordance entre une idée et un affect.	Exemple : Le psychothérapeute dit à l'enfant : « Pendant que tu me dis que cela t'a rendu fier, tu baisses les yeux et tu parles à voix basse. Es-tu bien certain d'être fier ? »

Interventions	Objectifs	Descriptions	Précisions ou exemples
Interprétation dans le jeu (entrer dans le jeu) ⁴	Rendre conscient, en participant au jeu proposé par l'enfant, le conflit intrapsychique ou la difficulté relationnelle que présente ce dernier. Favoriser l'insight concernant les causes du comportement actuel de l'enfant et de la compulsion de répétition.	Le psychothérapeute utilise le matériel produit par l'enfant, tel qu'il se manifeste dans le jeu (p. ex., les personnages d'un jeu de faire-semblant, une histoire, un dessin), pour élaborer et livrer une interprétation.	L'interprétation dans le jeu peut se faire à plusieurs niveaux : • En entrant complètement dans le jeu : Le psychothérapeute se met dans la peau du personnage ou de l'objet proposé par l'enfant et agit comme s'il était ce personnage ou cet objet. • En restant dans un mode observationnel : Le psychothérapeute n'entre pas directement dans le jeu, mais réfère aux sentiments du personnage ou de l'objet proposé par l'enfant. • En restant dans un mode technique : Le psychothérapeute fait allusion aux propriétés ou aux caractéristiques du personnage ou de l'objet proposé par l'enfant.
Interprétation verbale ³	Rendre conscient, sans participer au jeu proposé par l'enfant, le conflit intrapsychique ou la difficulté relationnelle que présente ce dernier. Favoriser l'insight concernant les causes du comportement actuel de l'enfant et de la compulsion de répétition.	L'interprétation peut porter sur : • Un patron de comportement privilégié par l'enfant (p. ex., jeu, comportements et verbalisations qui se répètent au cours des séances de psychothérapie, de façon concrète ou thématique). • La dynamique transférentielle qui se manifeste dans la séance ou au cours de différentes séances. • Une dynamique relationnelle généralisée qui se manifeste à l'extérieur du contexte thérapeutique. • Des conflits en lien avec les figures parentales et la fratrie (interprétation génétique).	L'interprétation peut prendre différentes formes : • Interprétation comme si : Le psychothérapeute applique le matériel faisant l'objet de l'interprétation à d'autres enfants qui présentent des caractéristiques semblables à celles du patient. • Interprétation transférentielle : Le contenu réfère aux sentiments, pensées et comportements adressés au psychothérapeute ou se rapportant à la relation thérapeutique. • Interprétation se référant aux objets réels (ou internalisés) du présent ou du passé.
Perlaboration ^{1,2}	Aider l'enfant à intégrer une interprétation et à surmonter les résistances qu'elle suscite. Favoriser l'insight chez l'enfant.	Processus permettant à l'enfant d'accepter des éléments refoulés et de se dégager de l'emprise des mécanismes de défense et de la répétition. Pour ce faire, le psychothérapeute répète la signification d'une interprétation ou donne des précisions à ce sujet ; évalue les résistances et les symptômes qui y sont liés ; et surveille les effets de l'insight sur les relations courantes de l'enfant.	Le psychothérapeute se sert des différentes expressions du conflit (p. ex., jeu, trame narrative) pour présenter à l'enfant la même interprétation (p. ex., en utilisant une interprétation dans le jeu, en faisant une interprétation verbale).

Note : Interventions basées sur les écrits de : ¹ Lafortune (1997) ; ² Chethik (2000) ; ³ O'Connor (2002) ; ⁴ Blake (2021).

Tableau 2 – Modalités d'intervention et attitudes à adopter dans la PP de l'enfant traumatisé

Types d'interventions ou d'attitudes à adopter	Objectifs	Descriptions	Précisions ou exemples
Interventions nécessaires au développement d'un sentiment de sécurité et de la capacité de mentalisation chez l'enfant ¹	Favoriser un sentiment de sécurité chez l'enfant. Créer les conditions nécessaires au développement de la capacité de mentalisation de l'enfant.	Ces interventions sont pertinentes chez les enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces ou d'autres situations néfastes ayant eu un impact sur les représentations d'attachement de l'enfant. Elles permettent au psychothérapeute de montrer des attitudes manquantes dans la relation parent-enfant qui favorisent un sentiment de sécurité et le développement de la capacité de mentalisation.	Sensibilité aux besoins et aux affects exprimés par l'enfant. Intérêt porté au monde interne de l'enfant (et pas uniquement à son comportement). Accordage avec les affects exprimés par l'enfant. Reflet marqué permettant à l'enfant de distinguer ce qui lui appartient de ce qui appartient à l'autre. Contingence de la réponse en rapport avec les comportements de l'enfant. Respect des cycles d'engagement et de désengagement de l'enfant : Habileté du psychothérapeute à reconnaître les moments où l'enfant a besoin de soutien et ceux où il a besoin d'un espace d'exploration. Gestion de la distance relationnelle avec l'enfant en fonction des difficultés d'attachement que présente ce dernier (p. ex., agrippement de surface, attachement indifférencié, collage excessif à autrui, évitement). Survie aux attaques et à la destructivité de l'enfant au sens de la notion de <i>survie de l'objet</i> proposée par Winnicott (1963), ce qui réfère à la patience, à la tolérance, à la stabilité, à l'endurance, à la persévérance, à la capacité de contenance et à l'habileté du psychothérapeute à faire preuve d'un engagement véritable envers l'enfant (p. ex., ne pas répondre de façon agressive face à la violence exprimée par l'enfant).
Interventions développementales ²	Soutenir les différentes sphères du développement de l'enfant, notamment le développement affectif et social. Aider l'enfant à développer certains jalons développementaux (p. ex., la permanence de l'objet). Aider l'enfant à surmonter des angoisses associées à des enjeux développementaux (p. ex., l'angoisse de séparation).	Le psychothérapeute participe à des jeux qui ont couramment lieu au sein de la relation parent-enfant au cours du développement normal de l'enfant. Ces jeux sont souvent proposés par des enfants qui ont été exposés à des traumatismes relationnels précoces et plus particulièrement à d'importantes carences sur les plans cognitif et affectif. Cette intervention est souvent sollicitée par un comportement régressif de l'enfant. Le psychothérapeute est invité ou amené par l'enfant à jouer à un jeu caractéristique des enfants plus jeunes que son âge.	Le jeu de coucou : L'enfant se cache pour que le psychothérapeute le retrouve. Le jeu prend souvent une allure très régressive au sens où l'enfant est conscient que le psychothérapeute sait où il se cache, mais cela ne l'empêche pas d'éprouver du plaisir et de répéter le jeu. Ce jeu permet de soutenir l'acquisition de la permanence de l'objet et de surmonter l'angoisse de séparation. Construire ensemble et faire tomber des tours de blocs : L'enfant construit des tours avec le psychothérapeute et les fait tomber ensuite. L'enfant manifeste beaucoup de plaisir. Ce jeu permet de soutenir l'acquisition de la pensée cause-effet. Jeux sensoriels et moteurs : Par exemple, faire des mouvements répétitifs avec la main dans le sable. Ce jeu permet à l'enfant de reconnaître la limite entre son corps et le monde extérieur (entre moi et non-moi).

Types d'interventions ou d'attitudes à adopter	Objectifs	Descriptions	Précisions ou exemples
Interventions normalisatrices ³	Montrer à l'enfant ce qui caractérise un <i>parent normal</i> et une <i>relation parent-enfant (ou adulte-enfant) normale</i> .	Ces interventions sont pertinentes chez les enfants ayant vécu des traumatismes relationnels précoces ou d'autres situations néfastes ayant eu un impact sur les représentations qu'a l'enfant d'un parent et de la relation parent-enfant. Elles permettent au psychothérapeute de montrer des comportements attendus de la part des parents.	Le psychothérapeute amène les fonctions et les responsabilités des parents (p. ex., la contenance, les tâches ménagères, les limites). Exemple : Le psychothérapeute montre qu'un parent ne punit pas son enfant lorsqu'il se désorganise, qu'il ne le maltraite pas lorsque le jeune devient violent, qu'il ne transgresse pas les limites intergénérationnelles lorsque l'enfant le séduit.
Interventions centrées sur le monde imaginaire, la capacité de faire semblant et le jeu symbolique ⁴	Favoriser le développement des capacités symboliques et de faire semblant. Favoriser l'accès au monde des représentations mentales et aux processus impliqués dans la mentalisation.	La difficulté à symboliser et à faire semblant est souvent présente chez les enfants qui ont été exposés à des traumatismes relationnels précoces et à d'importantes carences sur les plans cognitif et affectif.	• Encourager l'enfant à imaginer et à suggérer des scénarios de jeu. • Proposer activement des scénarios ludiques à l'enfant, lorsque nécessaire. • Participer activement aux jeux de faire-semblant proposés par l'enfant. • Dramatiser et exagérer davantage l'expression des affects à travers le jeu afin de donner accès de façon explicite aux états mentaux sous-jacents aux comportements des différents personnages. • Simuler des sensations et exagérer les réactions de même que les comportements des personnages à l'intérieur du jeu de faire-semblant. • Exprimer de façon explicite les désirs et les intentions des personnages se manifestant dans le jeu de faire-semblant proposé par l'enfant. • Faire en sorte que les personnages du jeu réfléchissent à voix haute afin de permettre à l'enfant d'avoir accès aux processus psychiques impliqués dans la mentalisation de soi, d'autrui et des relations. • Commenter les états mentaux des personnages qui sont incarnés dans l'activité ludique lorsqu'on n'est pas impliqué dans le jeu proposé par l'enfant.
Appel à la métacognition de l'enfant ⁵	Aider l'enfant à <i>se voir aller</i> dans le jeu et dans son comportement. Développer chez l'enfant une compréhension des processus psychiques impliqués dans la gestion de son jeu et de son comportement. Renforcer l'utilisation des fonctions du moi.	Cette intervention prend la forme d'un <i>bref</i> commentaire concernant ce qui se passe en séance. Elle peut porter sur le contenu de la rencontre, les processus psychiques qui se mettent en place dans le jeu ou encore un changement qui s'est produit dans le jeu ou dans le comportement de l'enfant. La fin de séance peut être un moment propice pour faire ce type d'intervention. Le psychothérapeute doit s'assurer que l'enfant porte attention à son commentaire pour qu'il ait un impact sur le processus métacognitif de celui-ci.	Commentaire à propos du contenu du jeu : En fin de séance, le psychothérapeute dit à l'enfant : « Veux-tu t'asseoir quelques minutes ? Je voudrais te dire une chose très importante. As-tu remarqué que c'est la première fois que la maman est présente dans le jeu ? Avant, c'était toujours le papa qui s'occupait des enfants. » Commentaire à propos du processus qui se met en place dans le jeu : En fin de séance, le psychothérapeute dit à l'enfant : « Veux-tu t'asseoir une petite minute ? Je voudrais te dire que c'est la première fois qu'on passe toute la séance à jouer à un seul jeu. J'ai trouvé cela très intéressant. Tu as ajouté d'autres personnages et des histoires. »

Note : Interventions basées sur les écrits de : ¹ Fonagy et al. (2002) ; ² Terradas et al., (2020) ; ³ Terr (1990, 1991, 2013) ;

⁴ Terradas, Poulin-Latulippe et al. (2021) ; ⁵ Terradas et Asselin (2021).

Le jeu de l'enfant ayant vécu des traumatismes

S'appuyant sur les écrits de Greenspan et Lieberman (1994), de Terr (1981, 1990), de Chazan et Cohen (2010) et de Romano et al. (2008), Asselin et Terradas (2021) soulignent que les enfants ayant vécu des traumatismes éprouvent souvent de la difficulté à jouer et que certains de ces enfants en sont simplement incapables. Ces auteurs décrivent comment le jeu des enfants traumatisés est différent de celui des enfants qui se développent bien, et ces différences s'observent tant dans la forme que dans le contenu (Asselin et Terradas, 2021). Le jeu des enfants traumatisés est beaucoup moins élaboré que le jeu symbolique des enfants non traumatisés (Terr, 1981, 1990). Ces enfants démontrent généralement une pauvreté imaginative : ils sont souvent incapables de prétendre qu'un objet puisse représenter autre chose que ce qu'il est en réalité. Ils investissent fréquemment des jeux physiques impliquant la sensorialité et la motricité, mais qui ne sont pas accompagnés d'élaboration symbolique. Ces enfants sont habituellement incapables de faire semblant et de se mettre dans la peau des personnages qu'ils proposent. Ils ont tendance à reproduire des jeux avec lesquels ils sont familiers, souvent issus des jeux vidéo, de façon littérale et rigide : ils n'ajoutent rien de personnel au scénario original ou aux personnages connus dans ces jeux. L'inflexibilité se traduit également par une difficulté à se servir de différents jouets pour exprimer un même conflit. De façon similaire, les enfants traumatisés peinent à utiliser un même jouet pour représenter diverses difficultés (Terradas et al., 2020). Une fois que l'enfant attribue une signification à un jouet, souvent liée à sa fonction habituelle, celle-ci devient interchangeable (p. ex., une voiture ne pourra pas devenir un camion de pompiers ; Terradas et Asselin, 2021). On constate également la présence de jeux traumatiques. En plus d'être sinistre, monotone, littéral, restreint et concret, le jeu traumatique est très répétitif. L'enfant répète compulsivement un jeu (ou un thème) jusqu'à ce qu'il soit contraint d'arrêter (p. ex., fin de séance ; Chazan, 2005). Le jeu traumatique ne permet que très peu à l'enfant de s'apaiser et peut même lui occasionner plus d'angoisses qu'il en éprouvait consciemment avant de commencer à jouer (Terr, 1981, 1990).

La psychothérapie psychodynamique de l'enfant traumatisé

Le psychothérapeute qui travaille auprès d'enfants traumatisés est confronté à des défis importants. D'abord, il est fort probable que l'enfant n'ait pas développé les ressources psychiques nécessaires à l'entreprise d'une psychothérapie. Parmi ces ressources se trouvent la capacité de mentalisation ainsi que l'habileté à jouer et à faire semblant (Terradas et al., 2021). La PP devra donc viser à soutenir le développement de ces capacités. Ensuite, un travail sur le plan de la régulation des émotions et du comportement s'avère nécessaire pour permettre à l'enfant de s'apaiser suffisamment avant d'aborder

En plus d'être sinistre, monotone, littéral, restreint et concret, le jeu traumatique est très répétitif [...] Le jeu traumatique ne permet que très peu à l'enfant de s'apaiser et peut même lui occasionner plus d'angoisses qu'il en éprouvait consciemment avant de commencer à jouer.

les contenus traumatiques. Enfin, des éléments supplémentaires concernant le développement de la relation thérapeutique doivent être considérés dans le but de favoriser un sentiment de sécurité chez l'enfant et sa confiance envers le psychothérapeute (Terradas et al., 2021). Par exemple, le psychothérapeute doit se laisser être davantage utilisé par l'enfant comme un objet malléable lui permettant de compléter son développement, ce qui implique de prendre en compte les caractéristiques de la relation parent-enfant qui favorisent celui-ci. Il est cependant important que le psychothérapeute garde à l'esprit qu'il ne se substitue pas aux parents. Le tableau 2 présente les techniques d'intervention pouvant être utilisées dans la PP de l'enfant traumatisé. Une illustration clinique est présentée à l'annexe B.

Quelques références et études empiriques concernant l'utilisation du jeu en contexte de psychothérapie

L'utilisation du jeu en PP a fait l'objet de plusieurs ouvrages théoriques et cliniques (voir, par exemple, Anzieu et al., 2007 ; Blake, 2021 ; Blinder et al., 2004 ; Bossé, 2008 ; Chazan, 2005 ; Chethik, 2000). Sur le plan empirique, Halfon et ses collègues (2016) se sont intéressés aux changements observés dans le jeu en cours de PP de trois enfants de 6 ans présentant de l'anxiété de séparation. Les résultats démontrent une diminution significative des interruptions dans le jeu et de l'utilisation des stratégies peu adaptatives. Les auteurs constatent que l'évolution de l'enfant en psychothérapie est souvent non linéaire et que le changement peut s'accompagner d'une alternance de progression et de régression.

L'étude effectuée par Reyes et Asbrand (2005) auprès d'enfants victimes d'agressions sexuelles indique que la sévérité des symptômes traumatiques (p. ex., affects dépressifs, dissociation) diminue après six mois lors d'une psychothérapie utilisant le jeu comme principal moyen d'intervention. Pour leur part, Schoonover et Perryman (2023) ont eu recours à des protocoles de cas individuels afin d'étudier les changements qui se produisent au cours d'une thérapie par le jeu centrée sur l'enfant effectuée auprès de jeunes ayant été exposés à des expériences précoces d'adversité. Les résultats semblent montrer une réduction des comportements extériorisés chez les enfants. Enfin, une recherche récente effectuée par Asselin et al. (s. d.) utilise également des protocoles de cas individuels

pour évaluer l'évolution du jeu en PP d'un enfant ayant vécu des traumatismes relationnels précoces (différentes formes de maltraitance, notamment de la négligence extrême et des abus physiques) et d'un enfant ayant été victime d'abus physiques ponctuels. L'étude a d'abord permis de constater l'impact délétère des traumatismes sur les fonctions ludiques et représentationnelles des enfants, puis que, grâce à la PP, les enfants ont pu accroître leur capacité à mener de plus longs segments de jeu et à recourir davantage au faire-semblant.

Quelques réflexions sur l'impact des écrans et des réseaux sociaux sur la capacité à jouer de l'enfant

L'usage immodéré des écrans est un problème complexe qui concerne autant les adultes qui prennent soin de l'enfant que l'enfant lui-même et qui a des impacts certains sur la capacité à jouer de ce dernier. D'abord, dans les moments (trop fréquents) où l'écran remplace le parent, le développement de la capacité d'être seul (Winnicott, 1958/2018) du jeune est compromis par l'exposition à des stimuli externes qui ne peuvent pas toujours être *métabolisés* par l'enfant. Dans ce contexte, il n'y a plus de place pour l'ennui. Pourtant, l'ennui peut être propice au déploiement de la créativité de l'enfant dans la mesure où il est contraint d'avoir recours à son imagination et de puiser dans son monde fantasmatique pour se créer une expérience ludique. De plus, les images aux-

quelles l'enfant est exposé à travers les écrans ne favorisent pas nécessairement la mise en œuvre du symbolique. Voici un exemple : lorsque le parent lit ou raconte une histoire à son enfant, il l'encourage indirectement à utiliser son imagination pour construire le scénario et créer les personnages. *A contrario*, lorsqu'il lui présente un film, il coupe la capacité imaginative de son enfant puisque le scénario et les personnages lui sont directement présentés et l'enfant n'a nul besoin de se les imaginer. Absorbé par les stimuli *étrangers*, au sens où ils proviennent de l'extérieur, l'enfant devient un spectateur passif (Blinder et al., 2004). Il est donc important de favoriser la création d'espaces de jeu, que ce soit au sein de la relation parent-enfant ou en milieu scolaire.

Conclusion

Le jeu occupe une place cruciale au sein de la psychothérapie psychodynamique de l'enfant. D'une part, il est une source inestimable d'information concernant les difficultés du jeune, qui y sont représentées symboliquement. D'autre part, lorsqu'il est utilisé par le psychothérapeute en réponse aux expressions ludiques de l'enfant, le jeu constitue une modalité d'intervention ajustée au développement de ce dernier. Quand les conditions de vie de l'enfant ne lui ont pas permis de développer les capacités symboliques et de faire semblant, la psychothérapie peut accomplir un rôle central quant au développement de ces capacités.

Annexe A : Le jeu de l'enfant qui se développe généralement bien

Mathieu, âgé de 7 ans, consulte après avoir vécu une maladie physique auto-immune qui attaque principalement les articulations, causant des douleurs aiguës et l'inflammation de diverses parties de son corps (p. ex., testicules). Durant la crise, l'enfant avait besoin d'aide pour se nourrir et aller à la toilette, entre autres. Lors d'une des premières séances, Mathieu propose au psychologue de jouer avec des dinosaures : « Les plus grands, les plus petits, les carnivores et les herbivores. » Il prend des arbres et des roches pour construire un endroit qu'il appelle « le refuge ». Il sépare ensuite les dinosaures en deux groupes : celui des « forts » et des « très forts », et celui des « pas forts ». Le groupe de forts et de très forts empêche les autres dinosaures d'avoir accès au refuge. Dans un premier temps, Mathieu demande au psychologue de jouer les pas forts, et lui jouera les rôles des forts et des très forts. Tout au long du jeu, Mathieu commente ce qu'il fait et parle à la place des dinosaures : « Vous êtes très faibles. Vous ne serez pas capables d'entrer dans le refuge. » Les forts se moquent des pas forts et font tout ce qu'ils peuvent pour que ces derniers n'arrivent pas à entrer dans le refuge (p. ex., leur donner des coups, les mordre ou les attaquer). Malgré cela, tous les

dinosaures parviennent à entrer dans le refuge, sauf un. L'enfant utilise toutes sortes de prétextes pour expliquer ce changement. Ainsi, faisant allusion à un des dinosaures qui est arrivé dans le refuge, Mathieu commente : « Il a finalement réussi à passer la barrière des arbres pour entrer dans le refuge. » Ensuite, il dit : « On va faire semblant qu'on n'a pas vu passer celui-là. » La dynamique entre Mathieu et le psychologue change. L'enfant joue de plus en plus tous les rôles. Le dinosaure qui n'arrive pas à accéder au refuge est plutôt de taille moyenne, « un tricératops » : « Il est le seul à rester en dehors du refuge. Il n'est pas assez fort pour traverser la barrière d'arbres. Le temps des glaciers va arriver et il va mourir. Ses jambes sont gelées. Il ne peut pas bouger. » Le psychologue lui demande : « Va-t-il mourir ? » Mathieu devient un peu agité : « Non, non, non, ses amis le voient et vont le rescaper. »

Bien que le jeu semble être associé aux difficultés de Mathieu (p. ex., maladie, incapacité de bouger, sentiment d'être moins fort que les autres, peur de mourir), le psychologue ne fait qu'accueillir son jeu. Il participe au jeu proposé par Mathieu dans la mesure où ce dernier le lui permet, mais respecte les défenses qui surgissent lorsque les difficultés du dinosaure évoquent davantage celles de l'enfant.

Annexe B : Le jeu de l'enfant ayant vécu des traumatismes

Sarah, âgée de 6 ans, a été victime de négligence et d'abus physiques sévères au sein de sa famille biologique durant les quinze premiers mois de sa vie, avant d'être placée en famille d'accueil. Lors d'une séance de psychothérapie, Sarah dit qu'elle veut jouer avec la pâte à modeler. Elle sort ensuite l'ensemble des contenants de pâte à modeler et les ouvre les uns après les autres. Elle sent l'arôme que dégage chacune des pâtes à modeler, nomme le fruit ou l'aliment associé à l'odeur et approche chaque pot du nez du psychologue pour qu'il puisse aussi le sentir. Sarah dit avec beaucoup d'enthousiasme : « C'est du melon d'eau... du chocolat... la fraise... le citron... » En se laissant utiliser comme objet de développement de l'enfant, le psychothérapeute soutient ce jeu caractéristique des enfants plus jeunes que Sarah. Cette dernière dit ensuite : « On va jouer avec la maison de poupées. » Elle prend plusieurs meubles et personnages qu'elle place sur une table, en dehors de la maison de poupées. Elle choisit une figurine de papa, deux figurines d'enfants et une de bébé. Les meubles de la salle de bain sont mélangés avec ceux de la salle à manger. Au milieu de cette configuration se trouvent un lit et une toilette. Il est difficile de distinguer les différents espaces de la maison. Dans la maison, il y a un papa et des enfants : « Le papa est fâché. Tu es le papa fâché. Tu dis : Non ! Fais pas ça ! » Sarah montre au psychologue l'expression faciale qu'il doit faire pour accompagner son geste. Le psychologue entre dans le jeu afin d'incarner le personnage proposé par Sarah.

« Le bébé est tombé, il est mort, on va aller à l'hôpital », dit Sarah. « On va jouer avec les blocs. On va faire des tours. » Le psychologue commente : « Il y a beaucoup de choses difficiles qui se passaient dans cette maison. » Sarah ne lui répond pas. Le psychothérapeute ajoute : « Je comprends que tu as besoin de changer de jeu. » Sarah construit une grande tour avec les blocs en bois et demande au psychologue de faire, lui aussi, une tour. Lorsque les tours tombent, l'enfant manifeste beaucoup de plaisir : « Encore ! » Elle veut que le psychologue et elle fassent des tours, une à côté de l'autre, et les refassent tomber ensuite. Ici, encore, le psychologue se laisse utiliser comme un objet afin de soutenir le développement de l'enfant. « On va jouer avec les bébés, tu es le papa, le papa gentil. Je suis la grande sœur », lance Sarah. Elle assoit trois bébés sur les fauteuils et prend des verres, des assiettes et des cuillères. « Tu donnes la nourriture au garçon ; je donne la purée aux filles. Tu es gentil. Non, tu es fâché. Tu chicanes les enfants. » « On va jouer avec les épées. Tu es le papa et je suis la maman. On joue aux épées. » Sarah fait des mouvements erratiques avec l'épée, qu'elle maîtrise mal. La séance se termine ainsi. Durant ces deux brefs segments de jeu, le psychologue assume les rôles proposés par l'enfant. À la fin de la rencontre, il demande à Sarah de s'asseoir quelques minutes pour faire appel à sa métacognition. Il commente : « Il était difficile de rester dans le même jeu. Nous avons joué à de très petits jeux. Peut-être qu'il y avait trop de choses difficiles qui se passaient dans cette famille. » Sarah hoche la tête pour dire oui.

LA PSYCHOTHÉRAPIE BASÉE SUR LA MENTALISATION ET L'INTERVENTION AUPRÈS DES ENFANTS VULNÉRABLES

Miguel M. Terradas,

M. Ps., Ph. D., psychologue, et

Vincent Domon-Archambault,

D. Ps., psychologue

Depuis plusieurs années, les psychothérapeutes qui travaillent auprès des enfants notent une recrudescence de la complexité des cas auxquels ils sont confrontés. Les enfants, et bien souvent leurs parents, n'ont fréquemment pas les ressources psychiques requises pour entreprendre une psychothérapie dite *classique* (Achim et Terradas, 2015). Suivant les idées de Clerk (2000), les psychothérapeutes sont ainsi davantage sollicités pour faire une clinique du besoin, c'est-à-dire pour mener des interventions orientées vers les défaillances de l'environnement¹ de l'enfant et demandant de combler une série de besoins fondamentaux non satisfaits au sein de ses relations premières (p. ex., être rassuré, apprendre à réguler les émotions et le comportement, tolérer les frustrations). Ces contraintes laissent aux psychothérapeutes moins de temps (et d'espace psychique) pour le travail consacré à ce qui relève du monde interne de l'enfant.

1. Le terme *environnement* est utilisé ici pour désigner les soins contributifs au développement de l'enfant qui sont prodigués par les parents ou des figures de soins substitutives. L'environnement réfère à la *mère* (au sens large, pour inclure les nouvelles parentalités), et devient ensuite une partie du développement personnel de l'individu (Winnicott, 1965).

Au Québec, ces difficultés ont été décrites par Achim et al. (2020) et Domon-Archambault, Terradas, Drieu, De Fleurian et al. (2020) à partir d'observations systématiques effectuées auprès des enfants d'âge scolaire qui, respectivement, consultent en pédopsychiatrie ou sont sous la responsabilité de la protection de la jeunesse. Comparativement à leurs pairs, ces enfants ont moins accès à la parole et à la symbolisation et expriment davantage leurs difficultés à travers le corps, notamment via la somatisation, la surexcitation, des agirs et des passages à l'acte dangereux. Au-delà des diagnostics que ces enfants présentent, ils ont en commun des difficultés importantes de mentalisation et d'autorégulation (Achim et Terradas, 2015), ce qui justifie le recours à la psychothérapie basée sur la mentalisation (PBM).

La mentalisation : origines et filiations

La notion de mentalisation est présente dans les écrits psychanalytiques, de façon plus ou moins explicite, depuis Freud (1915). L'auteur théorise que l'individu est soumis à la pression exercée par les pulsions et les affects qui, enracinés dans le corps, constituent une exigence pour l'appareil psychique. Ces pulsions et ces affects doivent être représentés, traités et assimilés mentalement, d'une façon ou d'une autre, afin qu'ils ne puissent s'accumuler de manière nocive dans l'appareil psychique, et ainsi s'exprimer par le corps, notamment via la somatisation (Lanza Castelli et Bouchard, 2014). D'autres psychanalystes font référence à la mentalisation en utilisant le même terme ou des concepts similaires (voir, par exemple, Aulagnier, 1975; Bion, 1962, 1962/1996; Duparc, 1998; Green, 1987; Lecours, 2007; Scarfone, 2013).

Deux courants de pensée se distinguent sur le plan des applications cliniques du concept de mentalisation : celui de l'École psychosomatique de Paris, représenté principalement par Marty et de M'Uzan (Marty, 1990, 1991; Marty et al., 1963), et celui de l'Anna Freud Centre, mis de l'avant par Fonagy, Target et leurs collègues. Le premier fait référence à une *mentalisation transformatrice* : une activité précoce dans le développement de l'enfant qui permet la transformation des excitations pulsionnelles, c'est-à-dire des expériences vécues dans le corps, incluant ses manifestations somatiques et ses affects, en contenus mentaux symbolisés. Ces contenus deviennent ainsi représentables, ce qui permet à l'individu de les élaborer et d'en faire la gestion sur le plan mental (Marty, 1991). Les notions d'alexithymie² et de pensée opératoire³ (Sifneos, 1973), très

2. D'un point étymologique, l'alexithymie réfère à l'absence (*a* : privatif en grec) de mots (*lexis* : mots) pour exprimer les émotions (*thymos* : humeur). Elle est considérée comme un trait de personnalité qui se manifeste par une incapacité à lier les émotions aux représentations (p. ex., les idées, les pensées) qui les accompagnent (Jouanne, 2006).

3. La pensée opératoire fait allusion à la présence chez l'individu d'une vie imaginaire limitée (p. ex., absence de rêves, de fantasmes et de rêveries diurnes) et d'une tendance à faire des descriptions détaillées de faits, d'événements et de symptômes physiques (Sifneos, 1973; Taylor et Bagby, 2013).

utiles à la compréhension des patients psychosomatiques⁴, sont associées à cette approche. Le second concerne une *mentalisation réflexive*, soit la capacité de l'individu à identifier et à comprendre ce qui l'habite sur le plan des états mentaux (p. ex., ses affects et ses intentions). Motivés initialement par leur désir de comprendre le fonctionnement psychique des patients ayant un trouble de personnalité limite, Fonagy et Target (1996, 2000, 2007; Target et Fonagy, 1996) proposent une théorie de la mentalisation qui intègre des concepts psychanalytiques (p. ex., la fonction miroir; Winnicott, 1965, 1986) à la théorie de l'attachement et aux développements de la théorie de l'esprit, et qui prend en compte les connaissances en neurosciences et issues de l'observation des nourrissons.

Depuis, la mentalisation a connu un grand essor sur les plans de la recherche et des applications cliniques. En ce qui a trait à la psychothérapie d'enfants, plusieurs travaux ont contribué au développement de cette approche. Verheugt-Pleiter et al. (2008) peuvent être considérés comme les pionniers de l'adaptation de la mentalisation à la psychothérapie des enfants. Se sont par la suite ensuivis les travaux concernant la psychothérapie à court terme basée sur la mentalisation (Midgley et al., 2017), les interventions basées sur la mentalisation auprès des enfants et des parents en contexte pédo-psychiatrique (Achim et al., 2020) et des enfants en contexte de protection de la jeunesse (Domon-Archambault et Terradas, 2015; Domon-Archambault, Terradas, Drieu et Mikic, 2020) et l'intégration de la mentalisation à la psychothérapie psychodynamique des enfants ayant vécu des traumatismes complexes (Vliegen et al., 2023).

Ce qu'il faut savoir sur la capacité de mentalisation et son développement normatif et pathologique

Selon Fonagy et al. (2007), la mentalisation est un processus inférentiel, subjectif et dynamique (Bateman et Fonagy, 2013) qui permet à l'individu de comprendre les états mentaux sous-jacents à ses propres comportements et à ceux des autres, notamment les pensées, les affects, les désirs, les croyances et les intentions (Fonagy et al., 2002). En d'autres mots, la capacité de mentalisation (CM) permet à l'individu de faire une *lecture* du comportement et des signaux physiques (p. ex., l'expression faciale, le ton de la voix) qui va au-delà des aspects concrets, tangibles et observables de l'expérience, et qui réfère aux états internes pouvant l'expliquer. Un individu qui possède une bonne CM comprend que les hypothèses qu'il élabore à partir de l'observation de ces éléments chez lui-même ou chez autrui ne sont que des représentations mentales

4. Les troubles psychosomatiques font référence à des psychopathologies dans lesquelles un élément d'ordre psychologique est impliqué, au moins partiellement, dans l'apparition de symptômes physiques, soit avec altérations organiques objectives (symptômes lésionnels; p. ex., eczéma), soit sans lésion organique décelable (symptômes fonctionnels; p. ex., une douleur chronique).

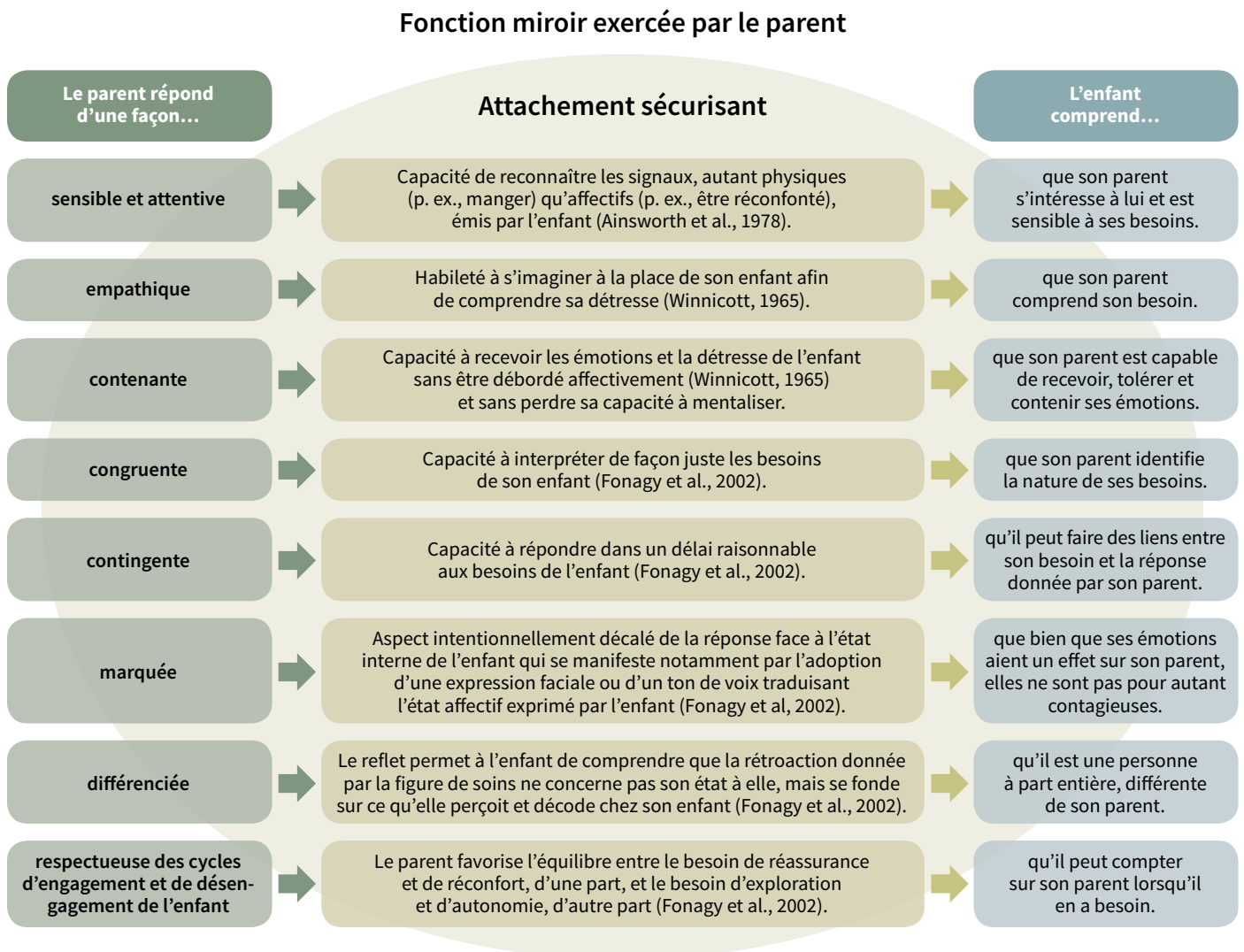
issues de sa propre perspective et non une réalité objective (Fonagy et Target, 2007). C'est ainsi que l'individu cherche à donner un sens à ses actions et à ses relations interpersonnelles, qui deviendront de la sorte compréhensibles et prévisibles (Allen et al., 2008).

Un peu plus récemment, Fonagy et Luyten (2009) ont proposé un modèle de la mentalisation comprenant quatre dimensions bipolaires. Ainsi, lorsqu'une personne traite mentalement une situation, elle peut être située à l'intérieur de deux polarités sur chacune de ces dimensions. La première réfère au type d'informations utilisées pour inférer les états mentaux, soit des indices visibles, comme les expressions faciales et les gestes, ou invisibles, comme les intentions et les pensées. La deuxième concerne l'axe cognitif-affectif et réfère à la nature des états mentaux abordés par une personne. Ces états peuvent être respectivement orientés vers les croyances, les pensées et les intentions (*reasoning*; faisant davantage allusion à la

théorie de l'esprit) ou vers les désirs et les émotions (*feeling*; liés à l'empathie et à la contagion émotionnelle). La troisième fait allusion à l'objet du processus de mentalisation, qui peut être la personne elle-même ou autrui. Elle nécessite que l'individu ait acquis la différenciation moi-non-moi, c'est-à-dire qu'il soit en mesure d'inférer les états mentaux d'autrui sans qu'ils soient confondus avec les siens. La quatrième permet de distinguer le fonctionnement plus réflexif, c'est-à-dire une mentalisation explicite, délibérée, verbale et contrôlée, des processus instinctifs, qui réfèrent à une mentalisation implicite, non verbale, spontanée et intuitive. La prise en compte de ces dimensions est au cœur de l'évaluation de la CM de l'enfant et des interventions pouvant lui être offertes.

La CM de l'enfant se développe dans le contexte de la relation d'attachement avec son parent. C'est d'abord en traitant son enfant comme un être doté d'une vie intérieure, et donc d'états mentaux, que le parent ayant une bonne CM offre à

Figure 1 – Composantes de la relation parent-enfant favorisant le développement de la CM de l'enfant



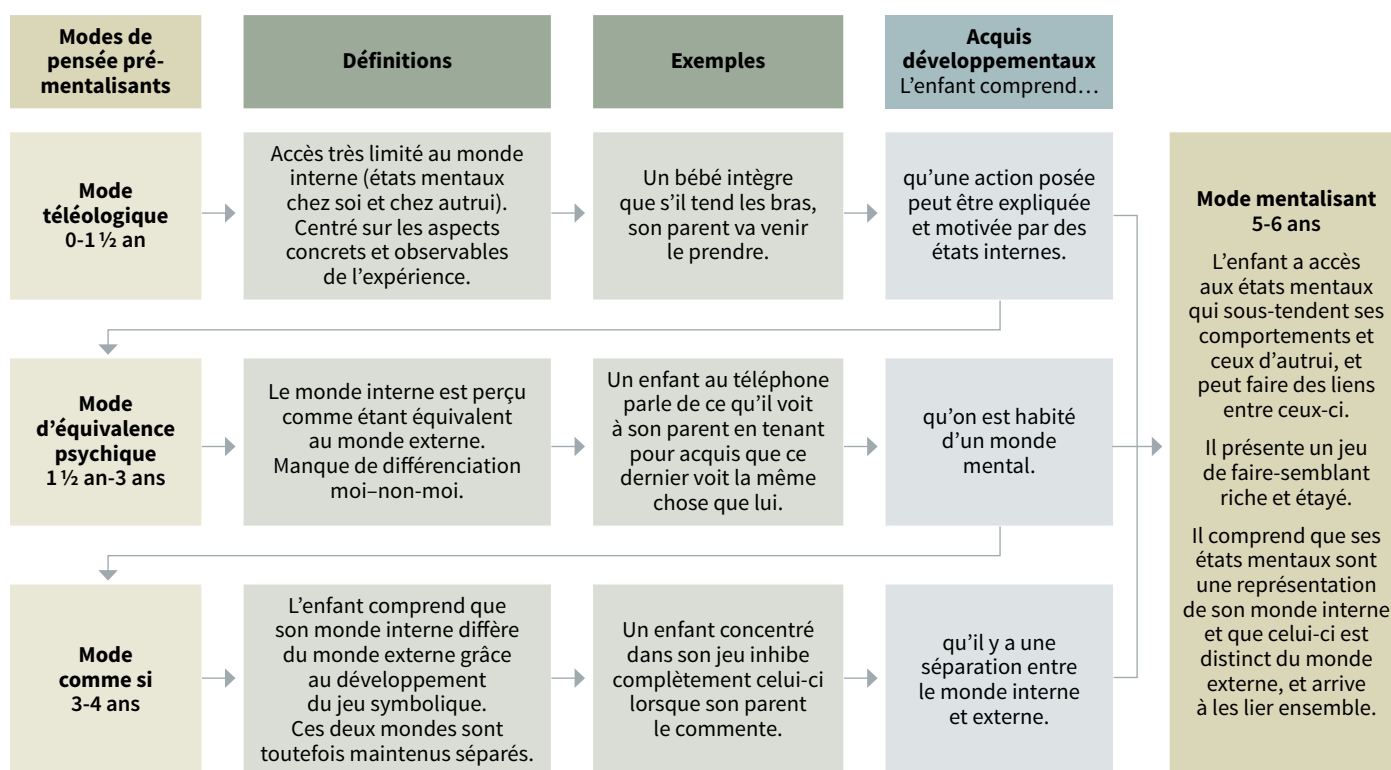
son enfant une réponse sécurisante et le soutien nécessaire à la régulation de ses états internes (Sharp et Fonagy, 2008). Les études démontrent en ce sens que la CM parentale est un prédicteur de la sécurité de la relation d'attachement entre un enfant et sa figure de soins (Zeegers et al., 2017). Le parent mentalise donc d'abord pour son enfant, puis éventuellement avec lui. Au fil de son développement, l'enfant devient de plus en plus apte à mentaliser par lui-même. Il s'agit ainsi du passage d'un processus intersubjectif vers un processus intrapsychique (Fournier et al., 2019). Les études tendent à confirmer que la CM du parent est corrélée à celle de son enfant (Camoirano, 2017). En effet, l'étayage de la CM de l'enfant dépend, en grande partie, de celle de son parent (Slade, 2005).

C'est à l'aide des réponses sensibles, empathiques, congruentes, contingentes, contenantantes, marquées et différenciées des parents, qui caractérisent généralement une relation d'attachement sécurisante, que l'enfant développe sa CM (Fonagy et al., 2002). La figure 1 résume les composantes de la fonction miroir qui contribuent au développement de la CM du jeune individu, leurs définitions et leurs impacts sur l'enfant. Winnicott (1965, 1986) utilise le terme *primary maternal pre-occupation* (*préoccupation maternelle primaire*) pour faire référence aux caractéristiques de la fonction miroir exercée par le parent auprès de son enfant, concept qu'on tend à l'heure actuelle à élargir aux autres figures de soins. Cet état

hautement intuitif qui habite le parent se caractérise par une sensibilité aiguë aux besoins de son enfant et une profonde empathie à son égard. Il lui permet de reconnaître les signaux émis par l'enfant, de les interpréter de façon juste et de lui offrir une réponse contingente dans un délai raisonnable (Ainsworth et al., 1978), ce qui favorise le développement de la CM et nourrit la confiance épistémique de l'enfant. Ainsi, dans un contexte où l'attachement de l'enfant à son parent est sécurisant, l'enfant apprend en ce sens que les nouvelles connaissances transmises par les adultes qui l'entourent sont authentiques, crédibles, généralisables, bienveillantes et pertinentes pour soi. Il pourra de la sorte s'appuyer sur son environnement social (p. ex., l'éducatrice de la garderie) pour faire de nouveaux apprentissages (Fonagy et Allison, 2014).

Fonagy et Target (1996, 2000, 2007 ; Target et Fonagy, 1996) conçoivent la mentalisation comme étant un acquis développemental qui s'étaye progressivement de la naissance jusqu'à l'âge de 5 ou 6 ans au sein des interactions entre l'enfant et ses principales figures de soins. L'enfant traverse différents *modes de pensée prémentalising*, qui caractérisent son fonctionnement psychique pendant les premières années de vie, soit les modes *téléologique*, *d'équivalence psychique* et *comme si*. La CM résulte de l'intégration des acquis associés à chaque mode de pensée prémentalising. La figure 2 présente la trajectoire du développement de la CM. Dans cette figure, les modes

Figure 2 – Trajectoire développementale de la CM



de pensée prémentalisans sont définis et illustrés à l'aide d'exemples issus du développement normatif de l'enfant. Les acquis développementaux associés à chaque mode sont également précisés.

Les difficultés psychiques des parents pouvant les empêcher de répondre adéquatement aux besoins de l'enfant entravent le développement de la CM de celui-ci. Notamment, les défaillances ou l'absence quasi totale des diverses composantes de la fonction miroir, la disponibilité fluctuante du parent, l'alternance brusque entre des périodes de délaissement de l'enfant et d'intrusion dans le monde interne de celui-ci et la difficulté à contenir et à réguler les émotions de l'enfant, qui

caractérisent les contextes familiaux où prédominent la négligence et d'autres formes de maltraitance, ne favorisent pas le développement chez l'enfant du sentiment de sécurité nécessaire à l'exploration de son monde interne et de celui d'autrui. Plusieurs auteurs ont réfléchi aux conséquences des diverses formes de maltraitance sur le développement de la CM de l'enfant (voir, par exemple, Allen, 2005 ; Fonagy et al., 2002 ; Fonagy et Target, 2000 ; Leroux et Terradas, 2013 ; Slade, 2005). Le tableau 1 présente des réflexions théoriques concernant les difficultés de mentalisation de l'enfant pouvant être associées aux défaillances de la fonction miroir exercée par le parent et aux différentes formes de maltraitance.

Tableau 1 – Exemples de difficultés des parents et de situations de maltraitance pouvant avoir un impact sur le développement de la CM de l'enfant

Difficultés des parents ou situations de maltraitance	Difficultés de l'enfant	Modes de régulation privilégiés par l'enfant
Négligence extrême : Le parent n'est souvent pas disponible pour identifier, refléter et contenir les états internes de l'enfant.	Le manque de réponse de la part du parent mine l'accès de l'enfant au monde des représentations mentales. Il aura de la difficulté à identifier et à comprendre les pensées, les émotions et les intentions sous-jacentes à ses propres comportements et à ceux d'autrui.	En l'absence d'une compréhension de son monde interne, l'agir, les passages à l'acte, la surexcitation et la somatisation deviennent les mécanismes de régulation des affects et du comportement privilégiés par l'enfant.
Abus physiques ou agressions sexuelles	L'enfant peut se retirer défensivement du monde mental puisque la conception du parent comme étant habité d'états mentaux malveillants à son égard s'avère potentiellement traumatique. Il peut également tendre à répéter des patrons relationnels dysfonctionnels dans un but inconscient de résolution du trauma. L'enfant développe une méfiance épistémique qui se traduit par la difficulté à faire confiance aux adultes qui l'entourent.	Ayant peu d'accès au monde des représentations mentales, l'enfant aura tendance à utiliser l'agir, les passages à l'acte, la surexcitation et la somatisation afin de réguler ses affects et son comportement.
Difficulté à se différencier de l'enfant : Les rétroactions que le parent donne à l'enfant concernant son expérience interne ne correspondent pas aux besoins de l'enfant. Elles réfèrent davantage aux besoins du parent.	L'enfant aura de la difficulté à différencier les états mentaux qui le concernent de ceux qui appartiennent à autrui. Il peut également avoir l'impression que ses états mentaux sont contagieux, voire dangereux. Plus tard, l'enfant aura de la difficulté à comprendre et à tolérer l'existence de plusieurs perspectives pouvant expliquer un même événement. Il pourrait également présenter des difficultés sur le plan identitaire.	La projection de ses états internes sur autrui deviendra le mode de régulation affective et comportementale privilégié par l'enfant.
Manque de sensibilité à l'égard de l'enfant : Les rétroactions que le parent donne à son enfant sont trop différentes de l'expérience subjective de celui-ci et, par conséquent, non congruentes avec ce qui l'habite.	L'enfant peut se sentir incompris. Il peut également intérioriser des éléments qui lui sont étrangers puisqu'ils sont introduits de force par le parent dans son esprit, lui causant un important manque de cohérence sur le plan identitaire.	L'enfant aura tendance à utiliser l'évitement, l'intellectualisation et la rationalisation pour composer avec ces éléments étrangers qui minent la compréhension de son propre monde interne.

Note : Basé sur les écrits de : Allen (2005) ; Domon-Archambault et Terradas (2015) ; Fonagy et al. (2002) ; Fonagy et Target (2000) ; Leroux et Terradas (2013) ; Slade (2005).

L'évaluation clinique de la CM de l'enfant

Lebel et al. (2020) avancent que l'efficacité de la PBM repose sur une évaluation appropriée des difficultés (et des ressources) de mentalisation de l'enfant. La mesure considérée comme étant celle par excellence de la CM du jeune individu est l'Entretien sur l'attachement de l'enfant (*Child Attachment Interview* [CAI]; Shmueli-Goetz et al., 2011; Target et al., 1998). Cet entretien semi-structuré, qui porte sur la relation de l'enfant avec ses parents, peut activer les représentations d'attachement de l'enfant, créant ainsi un contexte propice à l'exploration de sa CM. Ensink, Target et al. (2015) ont développé un système de cotation de la CM de l'enfant à partir de récits concernant les relations significatives élaborés lors de l'administration du CAI. L'instrument a ensuite été utilisé dans plusieurs études pour mesurer la CM des enfants et des adolescents, et pour explorer les liens entre la sécurité de l'attachement et la CM (voir, par exemple, Ensink, Normandin et al., 2015, 2016; Fournier et al., 2020; Humfress et al., 2002; Tessier et al., 2016). Cet outil est cependant difficile à intégrer aux protocoles cliniques d'évaluation d'enfants compte tenu de l'accréditation requise pour l'administrer et le coter, du temps qu'implique son utilisation et des acquis développementaux sur lesquels s'appuie son administration (Lebel et al., 2020). L'évaluation clinique de la CM repose davantage sur l'observation des attitudes, des comportements et des patrons relationnels de l'enfant lors des entretiens. Il est également possible d'identifier des indices de la capacité et des difficultés de mentalisation à partir des récits narratifs (p. ex., lors de l'administration de tests thématiques comme le *Children's Apperception Test* [CAT; Bellak et Bellak, 1949], du jeu (p. ex., jeu libre, histoires d'attachement à compléter; Bretherton et al., 1990), des dessins et d'autres productions artistiques de l'enfant (Verfaillie, 2016). Les difficultés des parents dans l'exercice de la fonction miroir auprès de l'enfant de même que la maltraitance peuvent faire en sorte que l'enfant ne développe pas pleinement sa CM et fonctionne davantage dans un mode prémentalisateur. Le tableau 2 présente des indicateurs des modes prémentaliseurs pouvant guider les observations cliniques du psychothérapeute.

La psychothérapie d'enfants basée sur la mentalisation

La PBM peut être considérée comme une approche trans-diagnostique, puisqu'elle vise à soutenir le développement de processus psychiques normatifs dont les atteintes peuvent sous-tendre la symptomatologie de diverses psychopathologies (p. ex., trouble du spectre de l'autisme [Sossin, 2015]; comportements extériorisés [Hoffman, 2015]; enfants dirigés vers des services en santé mentale [Midgley et al., 2017]; problèmes de comportement [Halfon et Bulut, 2019]; enfants placés en famille d'accueil [Rowny, 2018]). Elle s'applique à un

La CM de l'enfant se développe dans le contexte de la relation d'attachement avec son parent. C'est d'abord en traitant son enfant comme un être doté d'une vie intérieure, et donc d'états mentaux, que le parent ayant une bonne CM offre à son enfant une réponse sécurisante et le soutien nécessaire à la régulation de ses états internes (Sharp et Fonagy, 2008).

grand nombre d'enfants, peu importe la sévérité et la nature de leur portrait clinique (Domon-Archambault, Terradas, Drieu, De Fleurian et al., 2020). Bien qu'elle s'inscrive dans le courant psychanalytique, la PBM s'en distingue sur plusieurs aspects.

Une psychothérapie centrée sur les processus mentaux associés à la mentalisation

La PBM est particulièrement indiquée pour les enfants qui n'ont pas pu développer une CM adéquate au sein de leurs relations premières. Pour ces enfants, il serait difficile de participer à une psychothérapie psychodynamique classique, et probablement à d'autres modalités d'intervention, puisqu'ils n'utilisent pas le jeu symbolique comme moyen d'expression et se servent peu de la parole pour communiquer avec le psychothérapeute (Achim et Terradas, 2015). Le développement des processus psychiques liés à la mentalisation – être en mesure d'identifier ses propres émotions, pouvoir les distinguer de celles d'autrui, se référer à ses propres intentions pour comprendre son comportement, faire semblant dans le jeu, etc. – est donc au cœur de cette intervention.

La posture de non-savoir et l'approche collaborative incarnées par le psychothérapeute

Afin de favoriser le développement des processus psychiques liés à la mentalisation, le psychothérapeute assume une posture de non-savoir (*not knowing stance*; Allen et al., 2008) au sein de laquelle il ne se considère pas comme un expert des difficultés de l'enfant. Au lieu de refléter ou d'interpréter celles-ci, le psychothérapeute sollicite davantage la collaboration de l'enfant dans le but de favoriser chez lui l'usage explicite des processus liés à la mentalisation. Lorsque l'enfant n'y arrive pas de lui-même, le psychothérapeute le met à contribution dans un processus qui consiste à chercher *ensemble*, c'est-à-dire à réfléchir conjointement et à voix haute, notamment pour émettre des hypothèses quant aux états mentaux sous-jacents aux comportements de l'enfant. C'est ainsi que le psychothérapeute expose ouvertement à l'enfant les processus psychiques impliqués dans la mentalisation pour qu'il se les approprie graduellement (Terradas et al., 2016). Les enfants

Tableau 2 – Manifestations des modes de pensée prémentalisans pouvant être observés chez les enfants présentant des difficultés de mentalisation

Modes de pensée prémentalisans	Comportements, attitudes et patrons relationnels	Caractéristiques des récits narratifs, du jeu, des dessins et d'autres productions artistiques
Mode téléologique	• Accent mis sur les aspects concrets et observables de l'expérience (p. ex., interprétations de la réalité externe sans nuances). • Régulation affective centrée sur le corps (p. ex., réactions et plaintes somatiques, passage à l'acte, agressivité, surexcitation). • Crises de colère lorsque submergé par les affects. • Difficulté à avoir une vision intégrée de son expérience interne puisque celle-ci n'est pas nécessairement représentée. Décrit son expérience selon une succession d'états somatiques ou de comportements observables plus ou moins liés entre eux. • Tendance à refuser le dialogue lorsqu'il ne se sent pas bien. • Difficulté à comprendre comment être en relation et à interpréter les signaux non verbaux suggérant des états mentaux chez autrui.	• Récit narratif pauvre et peu de références aux états mentaux. • Compréhension littérale du discours des autres. • Difficulté à comprendre l'humour et les métaphores. • Imagination pauvre : difficulté à élaborer des histoires, à choisir un jeu et à expliquer le jeu au psychothérapeute, incapacité à imaginer qu'un objet puisse représenter autre chose. • Plaintes relatives au fait de ne pas compter sur les bons jouets. • Accent mis sur des jeux physiques impliquant une décharge motrice. • Manifestations de frustration et d'irritabilité lorsque le jeu ne se déroule pas comme l'enfant le souhaite. • Attente que le psychothérapeute puisse réparer les jouets de façon magique. • Difficulté à faire semblant et à symboliser. • Interprétation concrète des productions artistiques. • Utilisation concrète de différents moyens d'expression.
Mode d'équivalence psychique	• Difficulté à distinguer ses pensées de celles d'autrui : tendance à penser que le psychothérapeute sait ou se rappelle tout ce qu'il y a à savoir sur lui ou, inversement, à présumer ce que le psychothérapeute pense sans le vérifier. • Tendance à projeter ce qu'il pense sur les autres. • Ne tient pas compte des émotions d'autrui. • Régulation affective centrée sur le contrôle des autres (via l'identification projective) ou, inversement, sur l'harmonisation totale avec les autres. • Les hypothèses avancées par le psychothérapeute sont comprises comme étant réelles ou, inversement, ce qui habite l'enfant est vécu comme étant réel. • Revit le trauma comme s'il se produisait à l'instant présent plutôt que comme un souvenir.	• Difficulté à faire semblant, car ce qui est représenté dans le jeu lui semble trop réel et authentique. • Difficulté à élaborer des histoires ou à faire des dessins lui permettant de s'identifier à des personnages imagés. • Rigidité : les objets ne peuvent représenter que ce qu'ils sont ou la fonction qui leur est attribuée socialement. • Accent mis sur sa propre perspective. • Besoin non ressenti d'expliquer ses jeux, ses dessins et ses autres productions artistiques au psychothérapeute. • Supposition que le psychothérapeute sait ce qu'il veut faire, sans avoir à l'expliquer. • Tendance à reproduire des jeux connus (souvent des jeux vidéo) de façon rigide. On ne doit pas s'écarter du scénario ou des personnages connus dans ces jeux. • Équivalence entre ce qui est représenté et ce qu'il ressent : peut être envahi par l'utilisation de médiums de symbolisation, car les états internes sollicités sont expérimentés comme étant trop réels.
Mode comme si	• Possède une compréhension de soi, des autres et du monde qui l'entoure déconnectée de ce qui se passe autour de lui et dépourvue d'émotions authentiques. • Donne l'impression d'être un petit adulte ou cherche à inverser les rôles avec le psychothérapeute. • Recourt à l'évitement, à l'intellectualisation, à la rationalisation et à l'identification projective pour réguler ses affects et ses comportements. • Peut être habité par des sentiments de vide et de confusion, et avoir l'impression d'avoir du mal à se comprendre. • Peut se comporter en <i>faux self</i>, c'est-à-dire en fonction de ce qu'il pense que les autres attendent de lui. • Peut avoir des réactions très neutres dans des contextes pourtant éprouvants. • Reprend souvent littéralement le discours du psychothérapeute sans nécessairement le comprendre.	• Préfère souvent parler plutôt que jouer. • L'intérêt pour des événements d'actualité donne l'impression d'une pseudo-maturité. • Discours rigide qui ne correspond pas à celui d'un enfant du même âge. Peut aussi s'engager dans un discours apparemment mentalisant, mais a du mal à relier ce qu'il dit à son expérience intérieure et à ce qui se passe dans son environnement immédiat. • Donne l'impression de « parler pour parler », que son discours est plutôt vide, qu'il se réfugie dans un monde imaginaire ou qu'il recourt à la dissociation pour gérer ses difficultés. • Les scénarios proposés dans le jeu représentent souvent des situations idéalisées. La confrontation avec des éléments liés à sa réalité psychique ou environnante tend à inhiber son imagination et, par conséquent, à interrompre son jeu. • Productions graphiques : peu de liens entre son dessin et ce qu'il dit à propos de celui-ci. • Productions artistiques : manifeste peu d'émotion en lien avec son travail.

Note : Basé sur les écrits de : Achim et al. (2020) ; Allen et al. (2008) ; Domon-Archambault et Terradas (2015) ; Fonagy et al. (2002) ; Gergely (2003) ; Terradas, Domon-Archambault et Drieu (2020) ; Verfaillie (2016) ; Verheugt-Pleiter et al. (2008).

présentant des difficultés sévères sur le plan de la mentalisation peuvent avoir besoin d'être accompagnés davantage dans ce processus lors des étapes initiales de l'intervention. Le psychothérapeute doit aider l'enfant à observer son corps et ses réactions, ainsi que ceux d'autrui, afin que celui-ci saisisse que l'on peut s'y référer pour comprendre son monde interne (Terradas et al., 2020).

La position active du psychothérapeute

Dans cette approche, le psychothérapeute assume une position active : il se montre curieux à l'égard du monde interne de l'enfant – de ses états mentaux – et explore davantage ce dernier. Les enfants pouvant bénéficier d'une PBM ont souvent de la difficulté à développer leur pensée lors des échanges ou à exprimer leur ressenti à travers le jeu. Le psychothérapeute doit alors questionner activement les commentaires de l'enfant, et également le confronter lorsqu'il fait des verbalisations non mentalisantes ou des suppositions irrationnelles concernant les états mentaux des autres. Le psychothérapeute peut aussi lui offrir des perspectives alternatives qui diffèrent de sa façon habituelle de réfléchir à ses propres états mentaux (Allen et al., 2008). Lorsque le psychothérapeute constate une importante pauvreté imaginative chez l'enfant, il va jusqu'à proposer des scénarios de jeu pouvant lui convenir selon les difficultés observées chez lui. Il peut aussi aller jusqu'à montrer à l'enfant comment simuler dans le jeu lorsque ce dernier n'utilise les jouets que d'une façon littérale ou dans une décharge motrice (p. ex., lorsque l'enfant donne des coups avec les épées en mousse de façon répétée, sans attribuer au jeu aucune valeur symbolique; Domon-Archambault, Terradas, Drieu et Mikic, 2020).

Une psychothérapie centrée sur l'ici et maintenant de la relation thérapeutique

Le travail thérapeutique est davantage centré sur ce qui se passe dans le présent, *ici et maintenant*, dans le contexte de la relation entre l'enfant et le psychothérapeute. Terradas, Domon-Archambault et Drieu (2020) font observer que les enfants présentant d'importantes difficultés de mentalisation peinent souvent à avoir un récit autobiographique leur permettant de revenir sur des événements passés et de se projeter dans l'avenir. Selon Allen et al. (2008), il s'agit d'un travail *dans le transfert*, se distinguant de l'interprétation du transfert qui caractérise la psychothérapie psychodynamique classique. Par exemple, lorsque l'enfant projette ses propres émotions sur le psychothérapeute, ce dernier peut l'inviter à trouver des indices qui lui font penser à l'émotion projetée (p. ex., des expressions faciales). C'est ainsi que le psychothérapeute amène l'enfant à établir des liens entre les observations qu'il a pu faire de son interlocuteur et les états internes qui peuvent habiter ce dernier.

Les principes directeurs de la psychothérapie basée sur la mentalisation

Comme toute autre approche de traitement, la PBM a certains principes généraux qui encadrent et guident les interventions.

1. Le développement d'un sentiment de sécurité chez l'enfant

Puisque la mentalisation se développe de façon optimale dans un contexte d'attachement sécurisant et que, sur le plan neurologique, à partir d'un certain seuil d'activation émotionnelle, les systèmes permettant à l'enfant de mentaliser sont souvent désactivés (Bateman et Fonagy, 2012a), il est important de favoriser un sentiment de sécurité chez l'enfant pour qu'il soit en mesure de porter attention à son monde interne. Il est donc nécessaire d'établir une *distance relationnelle optimale* entre l'enfant et le psychothérapeute afin d'éviter une suractivation de son système d'attachement (Allen et al., 2012; Bateman et Fonagy, 2012b). En effet, la proximité offerte par le psychothérapeute ne doit pas dépasser la capacité d'attachement de l'enfant sous peine de susciter une diminution importante de la capacité de mentalisation et de régulation affective du jeune. Par exemple, le psychothérapeute peut se comporter de manière contre-intuitive : plutôt que de se rapprocher davantage de l'enfant pour le rassurer, il lui donne l'espace et le temps nécessaires à l'établissement d'une nouvelle relation qui se veut différente de celle qu'il a développée avec ses principales figures de soins.

2. Le recours à l'empathie du psychothérapeute afin de générer chez l'enfant le sentiment d'être compris

Le fait de se sentir incompris est très aversif, provoque de la détresse, génère des émotions intenses et active des stratégies d'adaptation pathologiques chez l'enfant (Allen et al., 2012). Au contraire, avoir l'impression d'être compris génère un sentiment de sécurité chez celui-ci. Puisqu'il s'avère souvent difficile de comprendre les émotions d'un enfant qui fonctionne davantage selon un mode prémentalisateur, le psychothérapeute manifeste de l'empathie différemment. D'abord, l'accent est mis sur le processus consistant à comprendre la perspective de l'enfant et sur les efforts réalisés pour y arriver. C'est ainsi que le psychothérapeute démontre à l'enfant qu'il mérite d'être compris. Pour que le psychothérapeute soit en mesure d'agir de la sorte, il doit d'abord prendre en compte qu'il est difficile pour l'enfant d'abandonner les stratégies non mentalisantes qui guident son comportement habituel au profit de la mentalisation (Bleiberg et al., 2012), que certains états mentaux sont difficiles à vivre (Fonagy et Target, 2005) et que les passages à l'acte (p. ex., l'opposition) résultent fréquemment d'une perte, généralement prévisible, de la

Tableau 3 – Objectifs et exemples d'interventions à privilégier auprès des parents et des enfants selon le mode prémentalisateur prédominant chez le jeune

Modes prémentaliseurs prédominants	Objectifs des interventions à privilégier auprès du parent	Objectifs des interventions à privilégier auprès de l'enfant	Exemples
Mode téléologique	Afin que le parent comprenne mieux les comportements de son enfant, l'aider à identifier et à prendre en compte les états mentaux sous-jacents à ceux-ci. Aider le parent à réguler ses affects et ses comportements lorsqu'il est en relation avec son enfant. Faciliter chez le parent une attitude et un comportement qui favorisent la corégulation des affects de l'enfant.	Amener l'enfant à considérer les états mentaux (p. ex., pensées, émotions, intentions) dans sa compréhension de lui-même et d'autrui. Aider l'enfant à graduellement moins se référer à ce qui est concret et observable au profit de ce qui ne l'est pas (p. ex., les émotions sous-jacentes à un comportement). Soutenir le décodage des comportements et des signaux non verbaux (p. ex., gestes, expressions faciales) traduisant la présence des états mentaux chez soi et chez les autres.	Lors des jeux de faire-semblant, le psychothérapeute peut mimer davantage et exagérer les expressions faciales des émotions des personnages représentés dans le jeu afin que l'enfant puisse y avoir accès.
Mode d'équivalence psychique	Aider le parent à distinguer ses propres états mentaux de ceux de l'enfant. Apprendre au parent à donner des rétroactions marquées et différenciées à son enfant. Aider le parent à tolérer que l'enfant puisse avoir une perspective différente de la sienne.	Favoriser la distinction entre le monde interne de l'enfant (ses représentations mentales), celui d'autrui (différentiation moi-autre) et son environnement (différentiation moi-non-moi). Favoriser la mentalisation d'autrui et aider l'enfant à nuancer les représentations qu'il a de lui-même afin de le décentrer de sa perspective égocentrique.	Lorsque l'enfant relate une confrontation avec un ami, le psychothérapeute peut apporter des perspectives alternatives pouvant expliquer le comportement de ce dernier.
Mode comme si	Sensibiliser le parent aux états mentaux de son enfant. Apprendre au parent à donner des rétroactions qui sont proches des états mentaux sous-jacents aux comportements de l'enfant.	Établir des liens entre les états mentaux, les comportements et les sensations physiques de l'enfant et ce qui se passe dans la réalité immédiate ayant suscité ceux-ci. Favoriser l'ancrage à la réalité en reconnectant l'enfant à ses propres expressions somatiques ainsi qu'aux états mentaux et aux comportements des personnes de son entourage.	Lorsque le discours de l'enfant s'éloigne de son expérience interne (p. ex., les émotions sous-jacentes à son comportement) et de ce qui se passe dans son environnement immédiat (p. ex., une confrontation avec son parent), identifier conjointement le point de départ et les états mentaux qui produisent cet éloignement.

Note : Basé sur les écrits de : Domon-Archambault et Terradas (2015) ; Domon-Archambault, Terradas, Drieu et Mikic (2020).

CM (Domon-Archambault et Terradas, 2015). De plus, il est essentiel que le psychothérapeute soit en mesure de reconnaître sa part de responsabilité dans les escalades émotives qui surviennent dans la relation avec l'enfant. Cette technique, visant fondamentalement à éviter le déploiement de stratégies défensives chez l'enfant, permet également à ce dernier d'observer les processus psychiques qui se mettent en œuvre chez le psychothérapeute lorsqu'il réfléchit à l'impact de son comportement sur autrui.

3. L'importance accordée au jeu et autres expressions à caractère ludique

La PBM implique de *jouer avec les idées*, de s'imaginer différentes possibilités, de faire semblant et de créer des métaphores, entre autres. Elle suggère au psychothérapeute de favoriser le plus possible l'accès au jeu chez l'enfant. Elle propose également qu'une intervention ne doit pas nécessairement être centrée sur les difficultés du jeune, une intervention

La PBM peut être considérée comme une approche transdiagnostique, puisqu'elle vise à soutenir le développement de processus psychiques normatifs dont les atteintes peuvent sous-tendre la symptomatologie de diverses psychopathologies.

s'attardant à un état mental *positif* pouvant avoir autant de valeur thérapeutique qu'une intervention concernant un état mental *négatif*. Puisque la capacité à jouer est fréquemment compromise chez les enfants présentant des difficultés à mentaliser, le psychothérapeute se doit d'adopter un rôle actif visant à favoriser le recours à l'imagination chez l'enfant. Il s'agit d'insérer une dimension symbolique aux activités ludiques de l'enfant tout en demeurant suffisamment près de ses capacités potentielles pour que cette insertion lui soit accessible et qu'elle sous-tende sa capacité à jouer et son imagination (Terradas, Domon-Archambault et al., 2020).

4. La prise en compte des dimensions de la mentalisation

Lebel (2020) suggère de porter attention à l'équilibre entre les deux polarités de chacune des dimensions de la mentalisation. Un premier exemple concerne la dimension soi-autrui. Ainsi, lorsque l'enfant est excessivement centré sur soi, le psychothérapeute peut l'inviter à considérer la perspective d'autrui, notamment à porter attention à l'expression faciale de son interlocuteur. Toutefois, si l'enfant est démesurément centré sur autrui, le psychothérapeute l'encourage à penser à lui-même, notamment en l'invitant à porter attention à ses propres émotions (Allen et al., 2012). Un second exemple réfère à la dimension interne-externe. Un individu trop centré sur des indices externes (p. ex., posture de son interlocuteur) pour comprendre un comportement pourrait négliger des motivations internes (p. ex., intentions d'autrui). À l'inverse, une personne trop centrée sur des motivations internes pourrait manquer des indices externes pouvant corroborer ou invalider ses hypothèses. Par exemple, le psychothérapeute peut poser des questions visant à attirer l'attention de l'enfant sur les dimensions de la mentalisation qu'il n'a pas pris en compte dans l'identification des états mentaux sous-jacents au comportement d'autrui.

5. La spécificité de l'intervention selon le mode de fonctionnement prémentalisateur prédominant chez l'enfant

Une importance particulière est accordée à l'identification au préalable du mode de fonctionnement psychique prémentalisateur prépondérant chez l'enfant. En effet, les objectifs et les modalités d'intervention à privilégier en dépendent. Suivant les idées de Vygotsky (1931/1966) concernant les notions d'échafaudage et de zone proximale de développement, le psychothérapeute travaille à la limite des capacités de l'enfant, soit assez proche de son niveau de mentalisation pour qu'il saisisse qu'il peut arriver à mentaliser par lui-même et assez loin pour que cela représente un défi pour lui (Domon-Archambault et Terradas, 2015). Le tableau 3 présente les objectifs des interventions pouvant être effectuées auprès des parents et des enfants en fonction du mode prémentalisateur prédominant chez le jeune.

Conclusion

En somme, la psychothérapie basée sur la mentalisation s'avère une approche répondant bien aux défis grandissants que pose l'intervention auprès des enfants présentant des difficultés complexes qui seraient ardues à traiter dans un cadre de psychothérapie plus classique. Bien qu'il s'agisse d'un champ d'intervention en développement, les résultats préliminaires quant à l'efficacité des approches fondées sur la mentalisation auprès des enfants âgés de 6 à 12 ans laissent entrevoir sa pertinence dans la clinique d'aujourd'hui (Midgley et al., 2021). Une récente revue systématique des interventions basées sur la mentalisation auprès des enfants âgés de 6 à 12 ans et de leurs principales figures de soins répertorie 29 publications pertinentes. Si la plupart de ces interventions proposent un travail thérapeutique direct avec l'enfant et ses parents, seulement 22 d'entre elles rapportent des résultats relatifs à leur efficacité (Midgley et al., 2021). Ceci souligne l'importance d'étudier davantage les effets de la PBM sur le développement de la capacité de mentalisation de l'enfant et sur les manifestations pathologiques qu'il présente.



BIOGRAPHIES DES AUTEURS

EN ORDRE ALPHABÉTIQUE

Antoine Asselin, B.A. (psychologie)

Candidat au doctorat en psychologie au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke

Le mémoire doctoral d'Antoine Asselin porte sur l'évolution du jeu et du plaisir dans la psychothérapie psychodynamique en contexte de traumatismes relationnels précoces.

Monsieur Asselin travaille actuellement comme doctorant en psychologie au Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse de la Montérégie et en cabinet privé.

Marjolaine Chicoine, M. Sc. (sciences biomédicales)

Coordonnatrice de recherche au laboratoire de recherche sur le sommeil pédiatrique Il était une nuit, au Département de psychopédagogie et de psychologie du counseling de la Faculté d'éducation de l'Université McGill

Après l'obtention de son diplôme de maîtrise en sciences biomédicales, option psychiatrie, à l'Université de Montréal, Marjolaine Chicoine a d'abord travaillé en sommeil auprès d'une population pédopsychiatrique. Ses intérêts de recherche en enfance se sont concrétisés avec son rôle de mère. Depuis, madame Chicoine s'implique dans des projets qui touchent la santé mentale des nouveaux parents et le sommeil des jeunes familles.

Vincent Domon-Archambault, D. Ps., psychologue

Psychologue au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Vincent Domon-Archambault pratique en protection de la jeunesse depuis quelques années. Ses intérêts cliniques et de recherche concernent notamment les traumatismes relationnels précoces et leurs conséquences de même que l'utilisation de l'approche de la mentalisation dans le travail multidisciplinaire auprès des enfants et des adolescents.

Hélène Gaudreau, Ph. D. (sciences neurologiques)

Professionnelle de recherche au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Détentrice d'un doctorat en sciences neurologiques de l'Université de Montréal, Hélène Gaudreau s'intéresse au sommeil et à la santé mentale depuis plus de 25 ans. Elle a étudié différentes pathologies du sommeil et les conséquences de la privation de sommeil pendant l'enfance et au cours du vieillissement. Ses recherches s'intéressent entre autres aux effets du stress prénatal et de l'environnement précoce sur le développement du cycle éveil-sommeil et sur les difficultés de sommeil de l'enfant.

D^r Bruno Gauthier, M. Ps., Ph. D., psychologue, neuropsychologue

Professeur au Département de psychologie de l'Université de Montréal et chercheur au Centre interdisciplinaire de recherche sur le cerveau et l'apprentissage

Chercheur et clinicien ayant pratiqué à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à l'Hôpital de Montréal pour enfants, le D^r Bruno Gauthier enseigne l'évaluation et la supervision clinique en neuropsychologie. Ses recherches visent à mieux comprendre le profil neurocognitif d'enfants qui présentent des troubles neurodéveloppementaux et à développer et valider des méthodes d'évaluation auprès d'eux.

D^{re} Marie-Claude Guay, M. Ps., Ph. D., psychologue, neuropsychologue

Professeure de psychologie à l'Université du Québec à Montréal et chercheuse associée au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Depuis 25 ans, les travaux de la D^{re} Marie-Claude Guay visent à mieux évaluer les jeunes qui ont un TDAH ou des troubles d'apprentissage et à mieux intervenir auprès d'eux. Au cours de sa carrière, la D^{re} Guay a offert plus de 200 formations destinées aux psychologues et aux médecins qui œuvrent auprès des jeunes. Elle est aussi l'auteure du livre *Ces enfants qui apprennent autrement*.

D^r Carl Lacharité, M.A., Ph. D., psychologue

Professeur émérite de psychologie de l'enfant et de la famille au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Le D^r Carl Lacharité est associé à plusieurs unités de recherche au Québec et à l'étranger. Tout au long de sa carrière, il a œuvré à développer des manières respectueuses et éthiques de travailler avec des enfants et des parents, et ce, dans le cadre de divers contextes sociaux et institutionnels.

D^{re} Fabienne Lagueux, M. Ps., Ph. D., psychologue

Professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et directrice scientifique par intérim de l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

La D^{re} Fabienne Lagueux est chercheuse et clinicienne. Ses travaux portent sur les effets d'interventions novatrices ciblant les jeunes et les familles, particulièrement en modalité de groupe (p. ex., interventions basées sur la présence attentive, interventions ACT, interventions auprès de clientèles vulnérables). La D^{re} Lagueux s'intéresse aussi à l'engagement comme facteur de prévention auprès des jeunes.

D^{re} Julie Leclerc, M. Ps., Ph. D., psychologue

Professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et directrice de la recherche en santé mentale et chercheuse au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Les études de la D^{re} Julie Leclerc ciblent les jeunes présentant des problèmes de comportement et de santé mentale. La D^{re} Leclerc est spécialisée dans l'évaluation de thérapies cognitives-comportementales et s'intéresse aux facteurs qui

influent l'adaptation sociale et scolaire. Elle offre de la formation professionnelle continue et elle a publié le livre *Quand le corps fait à sa tête*.

Geneviève Lord, B. Sc. (psychologie), DESS-DI (évaluation, intervention et soutien psychologiques auprès des personnes avec une déficience intellectuelle)

Candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal

Le projet de recherche doctorale de Geneviève Lord, réalisé sous la direction de la D^{re} Diane Morin, porte sur l'expérience vécue d'adultes présentant une déficience intellectuelle dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Madame Lord s'implique depuis près de vingt ans auprès de personnes présentant une déficience intellectuelle et poursuit actuellement ses internats au Centre de services scolaire de la Pointe-de-l'Île.

D^{re} Isabelle Marleau, M. Ps., D. Ps., master (psychologie neurophysiologique), D.E.A. (psychopathologie), psychologue

Psychologue clinicienne

La D^{re} Isabelle Marleau a été directrice de la qualité et du développement de la pratique à l'Ordre des psychologues du Québec durant cinq ans. Elle a également été psychologue en pratique privée et dans le réseau public, chercheuse, superviseuse, consultante, conférencière, professeure et inspectrice. La D^{re} Marleau a reçu de nombreux prix et distinctions, notamment du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), du gouverneur général du Canada et du Conseil national de recherches Canada (CNRC). Ses intérêts cliniques et de recherche portent sur l'évaluation de l'intelligence et les troubles neurodéveloppementaux.

D^{re} Diane Morin, M.A., Ph. D., psychologue

Professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, titulaire de la Chaire de recherche en déficience intellectuelle et troubles du comportement et membre de l'Ordre du Canada (C.M.)

Après avoir travaillé une vingtaine d'années à titre de psychologue, principalement auprès d'une clientèle présentant une déficience intellectuelle, la D^{re} Diane Morin est, depuis 2001, professeure et chercheuse spécialisée dans le domaine de la déficience intellectuelle. Elle est membre *Fellow* de la prestigieuse American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). La D^{re} Morin est également membre de l'Ordre du Canada (C.M.) pour sa contribution exceptionnelle à ce domaine.

D^{re} Marie-Hélène Pennestri, M. Ps., Ph. D., psychologue

Professeure agrégée au Département de psychopédagogie et de psychologie du counseling de la Faculté d'éducation de l'Université McGill, et psychologue et chercheuse au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Psychologue, la D^{re} Marie-Hélène Pennestri est la directrice du laboratoire de recherche sur le sommeil pédiatrique *Il était une nuit*. Son programme de recherche porte sur le sommeil et la santé mentale des enfants selon une perspective développementale et familiale. La D^{re} Pennestri travaille comme psychologue à la Clinique du sommeil de l'Hôpital en santé mentale Rivière-des-Prairies et s'implique dans la communauté par des activités facilitant le transfert de connaissances. Ses questions de recherche sont souvent teintées par ses expériences comme clinicienne et mère.

Amélie Petitclerc, Ph. D. (psychologie du développement de l'enfant et problèmes sociaux)

Professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université Laval

Amélie Petitclerc est chercheuse et détentrice de la Chaire de recherche du Canada en prévention des problèmes de comportement chez l'enfant. Ses travaux portent sur les continuités et discontinuités intergénérationnelles dans les problèmes de comportements perturbateurs et antisociaux. Ils visent à mieux comprendre le rôle des gènes et de l'environnement dans le développement des problèmes de comportement et à examiner les effets de différentes interventions pour les prévenir.

Ilana Singer, M. Sc. (psychologie de la santé)

Candidate au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal

Le parcours d'Ilana Singer, coordinatrice de recherche du Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance, est marqué par des collaborations visant à faire progresser la recherche sur la santé mentale et le bien-être. Les recherches de madame Singer portent notamment sur le syndrome de Gilles de la Tourette et la relation entre la psychopathologie et les résultats de santé.

Miguel M. Terradas, M. Ps., Ph. D., psychologue

Professeur au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke et chercheur régulier à l'Institut universitaire Jeunes en difficulté du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Les travaux cliniques et de recherche de Miguel M. Terradas portent sur l'impact des traumatismes relationnels précoces sur la capacité de mentalisation et le jeu de l'enfant. Monsieur Terradas s'intéresse également à la psychothérapie psychodynamique et à l'intégration des interventions basées sur la mentalisation au travail thérapeutique réalisé auprès des enfants ayant vécu ce type de traumatismes. Il étudie en outre le développement du trouble de personnalité limite chez l'enfant et l'adolescent.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Chapitre 01

- Berk, L. E. (2022). *Infants and children: Prenatal through middle childhood* (9^e éd.). Sage.
- Bouchard, C. (dir.). (2019). *Le développement global de l'enfant de 0 à 6 ans en contextes éducatifs* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, C. (dir.). (2022). *Le développement global de l'enfant de 6 à 12 ans en contextes éducatifs* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Bourdieu, P. (2002). *Questions de sociologie*. Éditions de Minuit.
- Bowlby, J. (1969/2008). *Attachment and loss: Attachment* (vol. 1). Basic Books.
- Brandt, K., Perry, B. D., Seligman, S. et Tronick, E. (dir.). (2014). *Infant and early childhood mental health: Core concepts and clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage.
- Cassidy, J. et Shaver, P. R. (dir.). (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3^e éd.). Guilford Press.
- Cicchetti, D. et Cohen, D. J. (dir.). (2015). *Developmental psychopathology: Theory and method* (vol. 1). Wiley.
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes*. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDEPJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf
- Conkbayir, M. (2022). *Early childhood and neuroscience: Theory, research and implications for practice* (2^e éd.). Bloomsbury Academic.
- Crittenden, P. M. (2015). *Danger, development and adaptation: Seminal papers on the dynamic-maturational model of attachment and adaptation*. Waterside Press.
- Erikson, E. H. (1950/1993). *Childhood and society: The landmark work on the social significance of childhood*. Norton.
- Espace MUNI. (s. d.). *Historique*. <https://espacemuni.org/a-propos/historique/>
- Gheaus, A., Calder, G. et De Wispelaere, J. (dir.). (2019). *The Routledge handbook of the philosophy of childhood and children*. Routledge.
- Heywood, C. (2018). *A history of childhood*. Polity Press.
- Holmes, P. et Farnfield, S. (dir.). (2014). *The Routledge handbook of attachment: Implications and interventions*. Routledge.
- Institut de la statistique du Québec. (s. d.-a). *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM)*. <https://statistique.quebec.ca/fr/enquetes/realisees/enquete-quebecoise-sur-le-developpement-des-enfants-a-la-maternelle-eqdem>
- Institut de la statistique du Québec. (s. d.-b). *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 1^{re} édition (ELDEQ 1)*. <https://statistique.quebec.ca/fr/enquetes/realisees/etude-longitudinale-du-developpement-des-enfants-du-quebec-eldeg>
- James, A. et Prout, A. (2015). *Constructing and reconstructing childhood: Contemporary issues in the sociological study of childhood*. Routledge.
- Lancy, D. F. (2015). *The anthropology of childhood: Cherubs, chattel, changelings* (2^e éd.). Cambridge University Press.
- Observatoire Jeunes et Société. (s. d.). *Observatoire Jeunes et Société*. <https://inrs.ca/la-recherche/chaieres-groupes-et-reseaux-de-recherche/repertoire-des-chaieres-groupes-et-reseaux-de-recherche/observatoire-jeunes-et-societe/>
- Organisation des Nations Unies. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. Assemblée générale des Nations Unies, Genève. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Papalia, D. E. et Martorell, G. (2023). *Psychologie du développement de l'enfant* (adapté par A. Bève, N. Laquerre et G. Scavone, 10^e éd.). Chenelière.
- Piaget, J. (1937/1998). *La construction du réel chez l'enfant*. Delachaux & Niestlé.
- Shelton, L. G. (2018). *The Bronfenbrenner primer: A guide to develecology*. Routledge.
- Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are* (3^e éd.). Guilford Press.
- Statistique Canada. (2010). *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450
- Tarabulsy, G. M., Poissant, J., Saias, T. et Delawarde, C. (dir.). (2019). *Programmes de prévention et développement de l'enfant : 50 ans d'expérimentation*. Presses de l'Université du Québec.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
- Walsh, B. A., DeFlorio, L., Burnham, M. M. et Weiser, D. A. (2017). *Introduction to human development and family studies*. Routledge.
- Wyn, J., Cahill, H. et Cuervo, H. (dir.). (2020). *Handbook of children and youth studies*. Springer.

Chapitre 02

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3^e éd.). American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4^e éd.). American Psychiatric Association Publishing.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4^e éd., révisée). American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5^e éd., révisée). American Psychiatric Association Publishing.
- Arrondo, G., Mulraney, M., Iturmendi-Sabater, I., Musullulu, H., Gamba, L., Niculcea, T., Banaschewski, T., Simonoff, E., Döpfner, M., Hinshaw, S. P., Coghill, D. et Cortese, S. (2024). Systematic review and meta-analysis: Clinical utility of continuous performance tests for the identification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(2), 154-171. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.03.011>
- Ayano, G., Demelash, S., Gizachew, Y., Tsegay, L. et Alati, R. (2023). The global prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Affective Disorders*, 339, 860-866. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.071>
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd.). Guilford Press.
- Beck, S. J., Hanson, C. A., Puffenberger, S. S., Benninger, K. L. et Benninger, W. B. (2010). A controlled trial of working memory training for children and adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(6), 825-836. <https://doi.org/10.1080/15374416.2010.517162>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. E., Spencer, T. J., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J. et Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: Findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(8), 966-975. <https://doi.org/10.1097/00004583-199908000-00012>
- Binta Diallo, F., Rochette, L., Massamba, V., Vasiladiis, H.-M., Rahme, E., Lunghi, C., Gignac, M., Farsi, A. et Cortese, S. (2022). *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants et jeunes adultes au Québec : usage des médicaments* [Surveillance des maladies chroniques, numéro 42]. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3245-trouble-deficite-attention-hyperactivite-enfants-jeunes-adultes.pdf>
- Cairncross, M. et Miller, C. J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 627-643. <https://doi.org/10.1177/1087054715625301>
- Chang, L.-Y., Wang, M.-Y. et Tsai, P.-S. (2016). Diagnostic accuracy of rating scales for attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis. *Pediatrics*, 137(3), 1-13. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2749>
- Chimiklis, A. L., Dahl, V., Spears, A. P., Goss, K., Fogarty, K. et Chacko, A. (2018). Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Family studies*, 27, 3155-3168. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1148-7>
- Conners, K. (2000). *Conner's CPT-II: Continuous Performance Test II*. Multi-Health Systems.
- Conners, K. (2015). *Conners 3* (3^e éd.). MHS Assessments.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., Holtmann, M., Santosh, P., Stevenson, J., Stringaris, A., Zuddas, A. et Sonuga-Barke, E. J. S. (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 164-174. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010>
- Delis, D. C., Kaplan, E. et Kramer, J. H. (2001). *D-KEFS: Delis-Kaplan Executive Function System*. The Psychological Corporation.
- Dentz, A., Guay, M.-C., Gauthier, B., Romo, L. et Parent, V. (2020). Is the Cogmed program effective for youths with attention deficit/hyperactivity disorder under pharmacological treatment? *Applied Cognitive Psychology*, 34(3), 577-589. <https://doi.org/10.1002/acp.3631>
- Dentz, A., Martin Soelch, C., Fahim, C., Torsello, A., Parent, V., Ponsioen, A., Guay, M.-C., Bioulac-Rogier, S., Clément, C., Bader, M. et Romo, L. (2024). Non-pharmacological treatment of attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD). Overview and report of the first international symposium on the non-pharmacological management of ADHD. *L'Encéphale*, 50(3), 309-328. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.04.010>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P.,... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Gaub, M. et Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>

- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-154. <https://doi.org/10.1177/108705470200500302>
- Hasson, R. et Fine, J. G. (2012). Gender differences among children with ADHD on continuous performance tests: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), 190-198. <https://doi.org/10.1177/1087054711427398>
- Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1086-1098. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1086>
- Insel, T. (2013, 29 avril). Transforming diagnosis. *Director's Blog*. <https://psychrights.org/2013/130429NIMHTransformingDiagnosis.htm>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018a). *Avis. Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Trajectoire_TDAH.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018b). *État des connaissances. Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_RS-TDAH.pdf
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P. J., Johnson, M., Gustafsson, P., Dahlström, K., Gillberg, C. G., Forsberg, H. et Westerberg, H. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD—A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 177-186. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00010>
- Klingberg, T., Forsberg, H. et Westerberg, H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(6), 781-791. <https://doi.org/10.1076/jcen.24.6.781.8395>
- Leijten, P., Scott, S., Landau, S., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J. et Gardner, F. (2020). Individual participant data meta-analysis: Impact of conduct problem severity, comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and emotional problems, and maternal depression on parenting program effects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(8), 933-943. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.01.023>
- Lessard, J., Normandeau, S. et Robaey, P. (2016). Effects of the Incredible Years Program in families of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3716-3727. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0509-3>
- Loyer Carboneau, M., Demers, M., Bigras, M. et Guay, M.-C. (2021). Meta-analysis of sex differences in ADHD symptoms and associated cognitive deficits. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1640-1656. <https://doi.org/10.1177/1087054720923736>
- Massé, L., Verreault, M. et Verret, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDAH à la maison. Programme Multi-Propulsions : volet Parents*. Chenelière Éducation.
- Massé, L. et Verret, C. (2016). *Se faire des amis et les garder. Programme Multi-Propulsions : volet Mieux vivre avec les autres, entraînement des habiletés sociales pour les enfants ayant des difficultés d'adaptation*. Chenelière Éducation.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.12.1073>
- Nussbaum, N. L. (2012). ADHD and female specific concerns: A review of the literature and clinical implications. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 87-100. <https://doi.org/10.1177/1087054711416909>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10* (10^e révision).
- Perrault, A.-C., Parent, V. et Guay, M.-C. (2019). Utilité des tests cognitifs pour prédire le diagnostic de TDAH présentation mixte chez des jeunes âgés de 8 à 15 ans. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 51(1), 61-69. <https://doi.org/10.1037/cbs0000117>
- Powell, R. A., Honey, P. L. et Symbaluk, D. G. (2016). *Psychologie de l'apprentissage*. Chenelière Éducation.
- Pritchard, A. E., Koriakin, T., Jacobson, L. A. et Mahone, E. M. (2014). Incremental validity of neuropsychological assessment in the identification and treatment of youth with ADHD. *The Clinical Neuropsychologist*, 28(1), 26-48. <https://doi.org/10.1080/13854046.2013.863978>
- Rapport, M. D., Orban, S. A., Kofler, M. J. et Friedman, L. M. (2013). Do programs designed to train working memory, other executive functions, and attention benefit children with ADHD? A meta-analytic review of cognitive, academic, and behavioral outcomes. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1237-1252. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.005>
- Rivard, C., Dentz, A., Romo, L., Parent, V., Guay, M.-C. et Gauthier, B. (2020). Suivi à long terme des effets d'un entraînement de la mémoire de travail (Cogmed) auprès d'enfants présentant un TDAH/H. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 68(1), 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2019.11.001>
- Rubia, K., Smith, A. et Taylor, E. (2007). Performance of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on a test battery of impulsiveness. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 13(3), 276-304. <https://doi.org/10.1080/09297040600770761>
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357-373. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T. et Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys – Gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, 13, article 298. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-13-298>
- Skoglund, C., Sundström Poromaa, I. S., Leksell, D., Ekholm Selling, K., Cars, T., Giacobini, M., Young, S. et Kopp Kallner, H. (2024). Time after time: Failure to identify and support females with ADHD – a Swedish population register study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(6), 832-844. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13920>
- Verret, C. et Massé, L. (2017). *Gérer ses émotions et s'affirmer positivement. Programme Multi-Propulsions : volet Mieux vivre avec les autres, entraînement des habiletés sociales pour les enfants ayant des difficultés d'adaptation*. Chenelière Éducation.
- Verret, C., Massé, L. et Lagacé-Leblanc, J. (2018). Implantation et évaluation d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales chez les enfants ayant un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28(3), 103-113. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2018.06.004>
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. et Beauchaine, T. P. (2013). One-year follow-up of combined parent and child intervention for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(2), 251-261. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.723263>
- Webster-Stratton, C. H., Reid, M. J. et Beauchaine, T. (2011). Combining parent and child training for young children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), 191-203. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.546044>
- Westwood, S. J., Parlatini, V., Rubia, K., Cortese, S., Sonuga-Barke, E. J. S. et European ADHD Guidelines Group. (2023). Computerized cognitive training in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analysis of randomized controlled trials with blinded and objective outcomes. *Molecular Psychiatry*, 28, 1402-1414. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02000-7>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. et Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C.,... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, 20, article 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>

Chapitre 03

- Alaghband-rad, J., Hajikarim-Hamedani, A. et Motamed, M. (2023). Camouflage and masking behavior in adult autism. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1108110>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5^e éd., révisée). American Psychiatric Association Publishing.
- Anderson, D. K., Liang, J. W. et Lord, C. (2014). Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 485-494. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12178>
- Ashwood, K. L., Gillan, N., Horder, J., Hayward, H., Woodhouse, E., McEwen, F. S., Findon, J., Eklund, H., Spain, D., Wilson, C. E., Cadman, T., Young, S., Stoencheva, V., Murphy, C. M., Robertson, D., Charman, T., Bolton, P., Glaser, K., Simonoff, E. et Murphy, D. G. (2016). Predicting the diagnosis of autism in adults using the Autism-Spectrum Quotient (AQ) questionnaire. *Psychological Medicine*, 46(12), 2595-2604. <https://doi.org/10.1017/s0033291716001082>
- Audras-Torrent, L., Miniarikova, E., Couty, F., Dellapiazza, F., Berard, M., Michelon, C., Picot, M.-C. et Baghdadi, A. (2021). WISC-V profiles and their correlates in children with autism spectrum disorder without intellectual developmental disorder: Report from the ELENA cohort. *Autism Research*, 14(5), 997-1006. <https://doi.org/10.1002/aur.2444>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J. et Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 5-17. <https://doi.org/10.1023/a:1005653411471>
- Bauman, M. L. et Kemper, T. L. (2005). Neuroanatomic observations of the brain in autism: A review and future directions. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23(2-3), 183-187. <https://doi.org/10.1016/j.ijdevneu.2004.09.006>

- Bearss, K., Johnson, C., Smith, T., Lecavalier, L., Swiezy, N., Aman, M., McAdam, D. B., Butter, E., Stillitano, C., Minshawi, N., Sukhodolsky, D. G., Mruzek, D. W., Turner, K., Neal, T., Hallett, V., Mulick, J. A., Green, B., Handen, B., Deng, Y.,... Scahill, L. (2015). Effect of parent training vs parent education on behavioral problems in children with autism spectrum disorder: A randomized clinical trial. *JAMA*, 313(15), 1524-1533. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.3150>
- Bernier, R., Golzio, C., Xiong, B., Stessman, H. A., Coe, B. P., Penn, O., Witherspoon, K., Gerdts, J., Baker, C., Vulto-van Silfhout, A. T., Schuurs-Hoeijmakers, J. H., Fichera, M., Bosco, P., Buono, S., Alberti, A., Failla, P., Peeters, H., Steyaert, J., Vissers, L. E. L. M.,... Eichler, E. E. (2014). Disruptive *CHD8* mutations define a subtype of autism early in development. *Cell*, 158(2), 263-276. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.06.017>
- Binta Diallo, F., Rochette, L., Pelletier, É., et Unité surveillance des troubles mentaux et des maladies neurologiques, Bureau d'information et d'études en santé des populations et Institut national de santé publique du Québec. (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec* (publication n° 2310). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310_surveillance_trouble_spectre_autisme.pdf
- Bishop, S. L. et Seltzer, M. M. (2012). Self-reported autism symptoms in adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2354-2363. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1483-2>
- Brown, H. K., Ray, J. G., Wilton, A. S., Lunsky, Y., Gomes, T. et Vigod, S. N. (2017). Association between serotonergic antidepressant use during pregnancy and autism spectrum disorder in children. *JAMA*, 317(15), 1544-1552. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.3415>
- Brugha, T. S. (2018). *The psychiatry of adult autism and Asperger syndrome: A practical guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198796343.001.0001>
- Carnett, A., Neely, L., Gardiner, S., Kirkpatrick, M., Quarles, J. et Christopher, K. (2023). Systematic review of virtual reality in behavioral interventions for individuals with autism. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 7, 426-442. <https://doi.org/10.1007/s41252-022-00287-1>
- Carpenter, B., Happé, F. et Egerton, J. (2019). Where are all the autistic girls? An introduction. Dans B. Carpenter, F. Happé et J. Egerton (dir.), *Girls and autism* (p. 3-9). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351234429>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2008: Prevalence of autism spectrum disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 61(SS03), 1-19. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network Surveillance Year 2010 Principal Investigators: Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 63(SS02), 1-21. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm>
- Chaidez, V., Hansen, R. L. et Hertz-Picciotto, I. (2014). Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1117-1127. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1973-x>
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: Data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine*, 41(3), 619-627. <https://doi.org/10.1017/s0033291710000991>
- Christensen, J., Grønberg, T. K., Sørensen, M. J., Schendel, D., Thorlund Parner, E., Henning Pedersen, L. et Vestergaard, M. (2013). Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *JAMA*, 309(16), 1696-1703. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.2270>
- Constantino, J. N. et Gruber, C. P. (2012). *Social Responsiveness Scale (2^e éd.)*. Western Psychological Services.
- Cummings, K., Watkins, A., Jones, C., Dias, R. et Welham, A. (2022). Behavioural and psychological features of PTEN mutations: A systematic review of the literature and meta-analysis of the prevalence of autism spectrum disorder characteristics. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 14, article 1. <https://doi.org/10.1186/s11689-021-09406-w>
- Curtin, C., Hubbard, K., Anderson, S. E., Mick, E., Must, A. et Bandini, L. G. (2015). Food selectivity, mealtime behavior problems, spousal stress, and family food choices in children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45, 3308-3315. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2490-x>
- Danes, M., Botella, J. et Belinchón, M. (2023). Validity of self-reports provided by people with autism spectrum disorder without intellectual disability: A meta-analysis. *Anales de Psicología*, 39(1), 88-99. <https://doi.org/10.6018/analesps.509191>
- Del Casale, A., Ferracuti, S., Alcibiade, A., Simone, S., Modesti, M. N. et Pompili, M. (2022). Neuroanatomical correlates of autism spectrum disorders: A meta-analysis of structural magnetic resonance imaging (MRI) studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 325, article 111516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.111516>
- Dykens, E. M., Fisher, M. H., Taylor, J. L., Lambert, W. et Miodrag, N. (2014). Reducing distress in mothers of children with autism and other disabilities: A randomized trial. *Pediatrics*, 134(2), e454-e463. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3164>
- Ecker, C., Bookheimer, S. Y. et Murphy, D. G. M. (2015). Neuroimaging in autism spectrum disorder: Brain structure and function across the lifespan. *The Lancet Neurology*, 14(11), 1121-1134. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(15\)00050-2](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(15)00050-2)
- Eckes, T., Buhlmann, U., Holling, H.-D. et Möllmann, A. (2023). Comprehensive ABA-based interventions in the treatment of children with autism spectrum disorder – A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23, article 133. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04412-1>
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y. J., Shin Kim, Y., Kauchali, S., Marcín, C., Montiel-Nava, C., Patel, V., Paula, C. S., Wang, C., Taghi Yasamy, M. et Fombonne, E. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5(3), 160-179. <https://doi.org/10.1002/aur.239>
- Elsabbagh, M. et Johnson, M. H. (2016). Autism and the social brain: The first-year puzzle. *Biological Psychiatry*, 80(2), 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.02.019>
- Flegenheimer, C. et Scherf, K. S. (2022). College as a developmental context for emerging adulthood in autism: A systematic review of what we know and where we go from here. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(5), 2075-2097. <https://doi.org/10.1007%2Fs10803-021-05088-4>
- Fountain, C., Winter, A. S. et Bearman, P. S. (2012). Six developmental trajectories characterize children with autism. *Pediatrics*, 129(5), e1112-e1120. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1601>
- Fung, L. K., Mahajan, R., Nozzolillo, A., Bernal, P., Krasner, A., Jo, B., Coury, D., Whitaker, A., Veenstra-Vanderweele, J. et Hardan, A. Y. (2016). Pharmacologic treatment of severe irritability and problem behaviors in autism: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 137(suppl. 2), S124-S135. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2851K>
- Gabis, L. V., Attia, O. L., Goldman, M., Barak, N., Tefera, P., Shefer, S., Shaham, M. et Lerman-Sagie, T. (2022). The myth of vaccination and autism spectrum. *European Journal of Paediatric Neurology*, 36, 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2021.12.011>
- Gates, J. A., Kang, E. et Lerner, M. D. (2017). Efficacy of group social skills interventions for youth with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 164-181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.006>
- Gaugler, T., Klei, L., Sanders, S. J., Bodea, C. A., Goldberg, A. P., Lee, A. B., Mahajan, M., Manaa, D., Pawitan, Y., Reichert, J., Ripke, S., Sandin, S., Sklar, P., Svantesson, O., Reichenberg, A., Hultman, C. M., Devlin, B., Roeder, K. et Buxbaum, J. D. (2014). Most genetic risk for autism resides with common variation. *Nature Genetics*, 46(8), 881-885. <https://doi.org/10.1038/ng.3039>
- Geschwind, D. H. et State, M. W. (2015). Gene hunting in autism spectrum disorder: On the path to precision medicine. *The Lancet Neurology*, 14(11), 1109-1120. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(15\)00044-7](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(15)00044-7)
- Gorriño, P., Williams, K. C., Lee, E. B., Walker, L. S., McGrew, S. G. et Levitt, P. (2012). Gastrointestinal dysfunction in autism: Parental report, clinical evaluation, and associated factors. *Autism Research*, 5(2), 101-108. <https://doi.org/10.1002%2Faur.237>
- Gotham, K., Brunwasser, S. M. et Lord, C. (2015). Depressive and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism spectrum disorder and developmental delay. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 369-376. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.02.005>
- Halladay, A. K., Bishop, S., Constantino, J. N., Daniels, A. M., Koenig, K., Palmer, K., Messinger, D., Pelphrey, K., Sanders, S. J., Singer, A. T., Taylor, J. L. et Szatmari, P. (2015). Sex and gender differences in autism spectrum disorder: Summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular Autism*, 6, article 36. <https://doi.org/10.1186%2Fs13229-015-0019-y>
- Hampton, L. H. et Kaiser, A. P. (2016). Intervention effects on spoken-language outcomes for children with autism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 444-463. <https://doi.org/10.1111/jir.12283>
- Handen, B. L., Aman, M. G., Arnold, L. E., Hyman, S. L., Tumuluru, R. V., Lecavalier, L., Corbett-Dick, P., Pan, X., Hollway, J. A., Buchan-Page, K. A., Silverman, L. B., Brown, N. V., Rice, R. R., Jr., Hellings, J., Mruzek, D. W., McAuliffe-Bellin, S., Hurt, E. A., Ryan, M. M., Levato, L. et Smith, T. (2015). Atomoxetine, parent training, and their combination in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(11), 905-915. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.013>
- Happé, F. G., Mansour, H., Barrett, P., Brown, T., Abbott, P. et Charlton, R. A. (2016). Demographic and cognitive profile of individuals seeking a diagnosis of autism spectrum disorder in adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(11), 3469-3480. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2886-2>
- Hartman, C. A., Geurts, H. M., Franke, B., Buitelaar, J. K. et Rommelse, N. N. J. (2016). Changing ASD-ADHD symptom co-occurrence across the lifespan with adolescence as crucial time window: Illustrating the need to go beyond childhood. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 71, 529-541.
- Havdahl, K. A., Bishop, S. L., Surén, P., Øyen, A.-S., Lord, C., Pickles, A., von Tetzchner, S., Schjölberg, S., Gunnes, N., Hornig, M., Lipkin, W. A., Susser, E., Bresnahan, M., Magnus, P., Stenberg, N., Reichborn-Kjennerud, T. et Stoltenberg, C. (2017). The influence of parental concern on the utility of autism diagnostic instruments. *Autism Research*, 10(10), 1672-1686. <https://doi.org/10.1002/aur.1817>

- Havdahl, K. A., von Tetzchner, S., Huerta, M., Lord, C. et Bishop, S. L. (2016). Utility of the child behavior checklist as a screener for autism spectrum disorder. *Autism Research*, 9(1), 33-42. <https://doi.org/10.1002/aur.1515>
- Hazlett, H. C., Gu, H., Munsell, B. C., Kim, S. H., Styner, M., Wolff, J. J., Elison, J. T., Swanson, M. R., Zhu, H., Botteron, K. N., Collins, D. L., Constantino, J. N., Dager, S. R., Estes, A. M., Evans, A. C., Fonov, V. S., Gerig, G., Kostopoulos, P., McKinstry, R. C.,... The IBIS Network. (2017). Early brain development in infants at high risk for autism spectrum disorder. *Nature*, 542(7641), 348-351. <https://doi.org/10.1038/nature21369>
- He, S., Zhou, F., Tian, G., Cui, Y. et Yan, Y. (2023). Effect of anesthesia during pregnancy, delivery, and childhood on autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-023-06169-2>
- Hill, A. P., Zuckerman, K. E., Hagen, A. D., Kriz, D. J., Duvall, S. W., van Santen, J., Nigg, J., Fair, D. et Fombonne, E. (2014). Aggressive behavior problems in children with autism spectrum disorders: Prevalence and correlates in a large clinical sample. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1121-1133. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.05.006>
- Hirvikoski, T., Mittendorf-Rutz, E., Boman, M., Larsson, H., Lichtenstein, P. et Bölte, S. (2016). Premature mortality in autism spectrum disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 232-238. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.160192>
- Howlin, P., Moss, P., Savage, S. et Rutter, M. (2013). Social outcomes in mid- to later adulthood among individuals diagnosed with autism and average nonverbal IQ as children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 572-581. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.017>
- Hrabal, J. M., Davis, T. N. et Wicker, M. R. (2023). The use of technology to teach daily living skills for adults with autism: A systematic review. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 7(3), 443-458. <https://doi.org/10.1007/s41252-022-00255-9>
- Huntjens, A., Landlust, A., Wissenburg, S. et van der Gaag, M. (2024). The prevalence of suicidal behavior in autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Crisis - The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 45(2), 144-153. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000922>
- Hutchins, T. L. et Prelock, P. A. (2013). The social validity of Social Stories™ for supporting the behavioural and communicative functioning of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 383-395. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.743174>
- Ildring, S., Magnusson, C., Lundberg, M., Ek, M., Rai, D., Svensson, A. C., Dalman, C., Karlsson, H. et Lee, B. K. (2014). Parental age and the risk of autism spectrum disorders: Findings from a Swedish population-based cohort. *International Journal of Epidemiology*, 43(1), 107-115. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt262>
- Jones, C. R. G., Happé, F., Golden, H., Marsden, A. J. S., Tregay, J., Simonoff, E., Pickles, A., Baird, G. et Charman, T. (2009). Reading and arithmetic in adolescents with autism spectrum disorders: Peaks and dips in attainment. *Neuropsychology*, 23(6), 718-728. <https://doi.org/10.1037/a0016360>
- Jones, R. M., Pickles, A. et Lord, C. (2017). Evaluating the quality of peer interactions in children and adolescents with autism with the Penn Interactive Peer Play Scale (PIPPS). *Molecular Autism*, 8, article 28. <https://doi.org/10.1186/s13229-017-0144-x>
- Joseph, R. M., Tager-Flusberg, H. et Lord, C. (2002). Cognitive profiles and social-communicative functioning in children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 807-821. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00092>
- Juvin, J., Sadeg, S., Julien-Sweerts, S. et Zebdi, R. (2022). A systematic review: Acceptance and commitment therapy for the parents of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(1), 124-141. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04923-y>
- Kalsner, L. et Chamberlain, S. J. (2015). Prader-Willi, Angelman, and 15q11-q13 duplication syndromes. *Pediatric Clinics of North America*, 62(3), 587-606. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.03.004>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kent, J. M., Kushner, S., Ning, X., Karcher, K., Ness, S., Aman, M., Singh, J. et Hough, D. (2013). Risperidone dosing in children and adolescents with autistic disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(8), 1773-1783. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1723-5>
- Kenworthy, L., Anthony, L. G., Naiman, D. Q., Cannon, L., Wills, M. C., Luong-Tran, C., Adler Werner, M., Alexander, K. C., Strang, J., Bal, E., Sokoloff, J. L. et Wallace, G. L. (2014). Randomized controlled effectiveness trial of executive function intervention for children on the autism spectrum. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 374-383. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12161>
- Khan, N. Z., Gallo, L. A., Arghir, A., Budisteanu, B., Budisteanu, M., Dobrescu, I., Donald, K., El-Tabari, S., Hoogenhout, M., Kalambayi, F., Kawa, R., Lemus Espinoza, I., Lowenthal, R., Malcolm-Smith, S., Montiel-Nava, C., Odeh, J., de Paula, C. S., Rad, F., Tarpan, A. K.,... Elsabbagh, M. (2012). Autism and the grand challenges in global mental health. *Autism Research*, 5(3), 156-159. <https://doi.org/10.1002/aur.1239>
- Kim, H., Kim, J. H., Yi, J. H., Kim, J. Y., Solmi, M., Cortese, S., Smith, L., Koyanagi, A., Shin, J. I., Cheon, K.-A. et Fusar-Poli, P. (2024). Correlations between sleep problems, core symptoms, and behavioral problems in children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 1539-1549. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02253-1>
- Kim, J. Y., Choi, M. J., Ha, S., Hwang, J., Koyanagi, A., Dragioti, E., Radua, J., Smith, L., Jacob, L., de Pablo, G. S., Lee, S. W., Yon, D. K., Thompson, T., Cortese, S., Lollo, G., Liang, C.-S., Chu, C.-S., Fusar-Poli, P., Cheon, K.-A.,... Solmi, M. (2022). Association between autism spectrum disorder and inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 15(2), 340-352. <https://doi.org/10.1002/aur.2656>
- Kim, S. H., Bal, V. H. et Lord, C. (2018). Longitudinal follow-up of academic achievement in children with autism from age 2 to 18. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(3), 258-267. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12808>
- Kim, S. H. et Lord, C. (2012). Combining information from multiple sources for the diagnosis of autism spectrum disorders for toddlers and young preschoolers from 12 to 47 months of age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(2), 143-151. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02458.x>
- Lampi, K. M., Lehtonen, L., Tran, P. L., Suominen, A., Lehti, V., Banerjee, P. N., Gissler, M., Brown, A. S. et Sourander, A. (2012). Risk of autism spectrum disorders in low birth weight and small for gestational age infants. *The Journal of Pediatrics*, 161(5), 830-836. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.04.058>
- Lavelle, T. A., Weinstein, M. C., Newhouse, J. P., Munir, K., Kuhlthau, K. A. et Prosser, L. A. (2014). Economic burden of childhood autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 133(3), e520-e529. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0763>
- Law, M. L., Singh, J., Mastroianni, M. et Santosh, P. (2022). Parent-mediated interventions for infants under 24 months at risk for autism spectrum disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(6), 2553-2574. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05148-9>
- Lee, B. H., Smith, T. et Paciorkowski, A. R. (2015). Autism spectrum disorder and epilepsy: Disorders with a shared biology. *Epilepsy & Behavior*, 47, 191-201. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.03.017>
- Lewis, J. D., Evans, A. C., Pruett, J. R., Botteron, K., Zwaigenbaum, L., Estes, A., Gerig, G., Collins, L., Kostopoulos, P., McKinstry, R., Dager, S., Paterson, S., Schultz, R. T., Styner, M., Hazlett, H. et Piven, J. (2014). Network inefficiencies in autism spectrum disorder at 24 months. *Translational Psychiatry*, 4(5), e388. <https://doi.org/10.1038/tp.2014.24>
- Liang, S.-C., Sun, C.-K., Fan, H.-Y., Chung, W., Tzang, R.-F., Hung, K.-C., Chiu, H.-J., Cheng, Y.-S. et Yeh, P.-Y. (2022). Therapeutic effects of antidepressants for global improvement and subdomain symptoms of autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 47(4), E299-E310. <https://doi.org/10.1503/jpn.210191>
- Liloi, D., Manuella, J., Costa, T., Keller, R., Nani, A. et Cauda, F. (2024). Atypical local brain connectivity in pediatric autism spectrum disorder? A coordinate-based meta-analysis of regional homogeneity studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 274(1), 3-18. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01541-2>
- Livingston, L. A. et Happé, F. (2017). Conceptualising compensation in neurodevelopmental disorders: Reflections from autism spectrum disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 729-742. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.06.005>
- Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Lounds Taylor, J. et Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), article 5. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>
- Lord, C. et McGee, J. P. (dir.). (2001). *Educating children with autism*. National Academy Press.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K. et Bishop, S. L. (2012). *Autism diagnostic observation schedule (ADOS-2): Manual (2^e éd.)*. Western Psychological Services.
- Lyall, K., Ashwood, P., Van de Water, J. et Hertz-Picciotto, I. (2014). Maternal immune-mediated conditions, autism spectrum disorders, and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1546-1555. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2017-2>
- Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., Park, B. Y., Snyder, N. W., Schendel, D., Volk, H., Windham, G. C. et Newschaffer, C. (2017). The changing epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*, 38, 81-102. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318>
- Maenner, M. J., Rice, C. E., Arneson, C. L., Cuniff, C., Schieve, L. A., Carpenter, L. A., Van Naarden Braun, K., Kirby, R. S., Bakian, A. C. et Newschaffer, C. (2017). The changing impact of DSM-5 criteria on autism spectrum disorder prevalence estimates. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 292-300. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3893>
- Mandell, D. et Mandy, W. (2015). Should all young children be screened for autism spectrum disorder? *Autism*, 19(8), 895-896. <https://doi.org/10.1177/1362361315608323>
- Mandell, D. S., Barry, C. L., Marcus, S. C., Xie, M., Shea, K., Mullan, K. et Epstein, A. J. (2016). Effects of autism spectrum disorder insurance mandates on the treated prevalence of autism spectrum disorder. *JAMA Pediatrics*, 170(9), 887-893. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.1049>

- Mandy, W. et Lai, M.-C. (2017). Towards sex- and gender-informed autism research. *Autism*, 21(6), 643-645. <https://doi.org/10.1177/1362361317706904>
- Mandy, W., Murin, M. et Skuse, D. (2015). The cognitive profile in autism spectrum disorders. Dans M. Leboyer et P. Chaste (dir.), *Autism spectrum disorders: Phenotypes, mechanisms and treatments* (p. 34-45). Karger. <https://doi.org/10.1159/000363565>
- Marleau, I. (2019a). L'évaluation des troubles mentaux. *Psychologie Québec*, 36(3). <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/evaluation-troubles-mentaux>
- Marleau, I. (2019b). L'évaluation des troubles neurodéveloppementaux : sommes-nous à la page du DSM-5 ? *Psychologie Québec*, 36(2). <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/l-evaluation-des-troubles-neurodeveloppementaux-sommes-nous-a-la-page-du-dsm-5->
- Marquez-García, A. V., Magnuson, J., Morris, J., Iarocci, G., Doesburg, S. et Moreno, S. (2022). Music therapy in autism spectrum disorder: A systematic review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(1), 91-107. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00246-x>
- Mazurek, M. O., Lu, F., Symecko, H., Butter, E., Bing, N. M., Hundley, R. J., Poulsen, M., Kanne, S. M., Macklin, E. A. et Handen, B. L. (2017). A prospective study of the concordance of DSM-IV and DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(9), 2783-2794. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3200-7>
- McConachie, H., McLaughlin, E., Grahame, V., Taylor, H., Honey, E., Tavernor, L., Rodgers, J., Freeston, M., Hemm, C., Steen, N. et Le Couteur, A. (2014). Group therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder. *Autism*, 18(6), 723-732. <https://doi.org/10.1177/1362361313488839>
- McConachie, H., Parr, J. R., Glod, M., Hanratty, J., Livingstone, N., Oono, I. P., Robalino, S., Baird, G., Beresford, B., Charman, T., Garland, D., Green, J., Gringras, P., Jones, G., Law, J., Le Couteur, A. S., Macdonald, G., McCall, E. M., Morris, C.,... Williams, K. (2015). Systematic review of tools to measure outcomes for young children with autism spectrum disorder. *Health Technology Assessment*, 19(41), 1-506. <https://doi.org/10.3310/hta19410>
- McGlade, A., Whittingham, K., Barfoot, J., Taylor, L. et Boyd, R. N. (2023). Efficacy of very early interventions on neurodevelopmental outcomes for infants and toddlers at increased likelihood of or diagnosed with autism: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 16(6), 1145-1160. <https://doi.org/10.1002/aur.2924>
- Mesibov, G. B., Shea, V. et Schopler, E. (2005). *The TEACCH approach to autism spectrum disorders*. Springer Science & Business Media.
- Moore, G. S., Kneitel, A. W., Walker, C. K., Gilbert, W. M. et Xing, G. (2012). Autism risk in small- and large-for-gestational-age infants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(4), 314.e1-314.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.01.044>
- Mottron, L., Burack, J. A., Iarocci, G., Belleville, S. et Enns, J. T. (2003). Locally oriented perception with intact global processing among adolescents with high-functioning autism: Evidence from multiple paradigms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 904-913. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00174>
- Mottron, L. et Marleau, I. (2022). *Enjeux cliniques et scientifiques d'un diagnostic d'autisme. Où s'arrête le spectre autistique ?* [conférence]. Congrès annuel de l'Ordre des psychologues du Québec, Montréal.
- Must, A., Eliasziw, M., Phillips, S. M., Curtin, C., Kral, T. V. E., Segal, M., Sherwood, N. E., Sikich, L., Stanish, H. I. et Bandini, L. G. (2017). The effect of age on the prevalence of obesity among US youth with autism spectrum disorder. *Child Obesity*, 13(1), 25-35. <https://doi.org/10.1089/chi.2016.0079>
- Nader, A. M., Jelenic, P. et Soulières, I. (2015). Discrepancy between WISC-III and WISC-IV cognitive profile in autism spectrum: What does it reveal about autistic cognition? *PLoS ONE*, 10(12), article e0144645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144645>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG142>
- Neely, L., Carnett, A., Quarles, J., Park, S.-W. et Kelly, M. (2024). Behavior analytic technologies mediated via augmented reality for autism: A systematic review. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 36(2), 243-269. <https://doi.org/10.1007/s10882-023-09912-w>
- Niu, M., Han, Y., Dy, A. B. C., Du, J., Jin, H., Qin, J., Zhang, J., Li, Q. et Hagerman, R. J. (2017). Autism symptoms in fragile X syndrome. *Journal of Child Neurology*, 32(10), 903-909. <https://doi.org/10.1177/0883073817712875>
- Oono, I. P., Honey, E. J. et McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), article CD009774. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009774.pub2>
- O'Reilly, C., Lewis, J. D. et Elsabbagh, M. (2017). Is functional brain connectivity atypical in autism? A systematic review of EEG and MEG studies. *PLoS ONE*, 12(5), article e0175870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175870>
- Owen, R., Sikich, L., Marcus, R. N., Corey-Lisle, P., Manos, G., McQuade, R. D., Carson, W. H. et Findling, R. L. (2009). Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autistic disorder. *Pediatrics*, 124(6), 1533-1540. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3782>
- Ozonoff, S., Young, G. S., Carter, A., Messinger, D., Yirmiya, N., Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Carver, L. J., Constantino, J. N., Dobkins, K., Hutman, T., Iverson, J. M., Landa, R., Rogers, S. J., Sigman, M. et Stone, W. L. (2011). Recurrence risk for autism spectrum disorders: A Baby Siblings Research Consortium study. *Pediatrics*, 128(3), e488-e495. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2825>
- Pacia, C., Holloway, J., Gunning, C. et Lee, H. (2022). A systematic review of family-mediated social communication interventions for young children with autism. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(2), 208-234. <https://doi.org/10.1007/s40489-021-00249-8>
- Pickles, A., Anderson, D. K. et Lord, C. (2014). Heterogeneity and plasticity in the development of language: A 17-year follow-up of children referred early for possible autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(12), 1354-1362. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12269>
- Pickles, A., Le Couteur, A., Leadbitter, K., Salomone, E., Cole-Fletcher, R., Tobin, H., Gammer, I., Lowry, J., Vamvakas, G., Byford, S., Aldred, C., Slonims, V., McConachie, H., Howlin, P., Parr, J. R., Charman, T. et Green, J. (2016). Parent-mediated social communication therapy for young children with autism (PACT): Long-term follow-up of a randomised controlled trial. *The Lancet*, 388(10059), 2501-2509. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31229-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31229-6)
- Rane, P., Cochran, D., Hodge, S. M., Haselgrove, C., Kennedy, D. N. et Frazier, J. A. (2015). Connectivity in autism: A review of MRI connectivity studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(4), 223-244. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000072>
- Reaven, J., Blakeley-Smith, A., Culhane-Shelburne, K. et Hepburn, S. (2012). Group cognitive behavior therapy for children with high-functioning autism spectrum disorders and anxiety: A randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(4), 410-419. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02486.x>
- Reichow, B., Barton, E. E., Boyd, B. A. et Hume, K. (2012). Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), article CD009260. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009260.pub2>
- Ribeiro, M. F., Barreto, J. B. M. et Sousa-Gomes, V. (2022). Early intervention in autism spectrum disorder: An integrative literature review. *European Psychologist*, 27(4), 338-351. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000475>
- Rieth, S. R. (2022). Measure the context: A commentary on "Early behavioral interventions for children with autism spectrum disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(4), 417-419. <https://doi.org/10.1037/cps0000118>
- Robins, D. L., Fein, D. et Barton, M. (1999). *The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT™)*. <https://www.mchatscreen.com/m-chat/>
- Rutter, M., Bailey, A. et Lord, C. (2003). *Social Communication Questionnaire*. Western Psychological Services.
- Rutter, M., Le Couteur, A. et Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised*. Western Psychological Services.
- Salazar de Pablo, G., Pastor Jordá, C., Vaquerizo-Serrano, J., Moreno, C., Cabras, A., Arango, C., Hernández, P., Veenstra-VanderWeele, J., Simonoff, E., Fusar-Poli, P., Santosh, P., Cortese, S. et Parellada, M. (2023). Systematic review and meta-analysis: Efficacy of pharmacological interventions for irritability and emotional dysregulation in autism spectrum disorder and predictors of response. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(2), 151-168. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.03.033>
- Salomone, E., Beranová, Š., Bonnet-Brilhault, F., Briciet Lauritsen, M., Budisteanu, M., Buitelaar, J., Canal-Bedia, R., Felhosi, G., Fletcher-Watson, S., Freitag, C., Fuentes, J., Gallagher, L., Primo, P. G., Gliga, F., Gomot, M., Green, J., Heimann, M., Jónsdóttir, S. L., Kaale, A.,... Charman, T. (2016). Use of early intervention for young children with autism spectrum disorder across Europe. *Autism*, 20(2), 233-249. <https://doi.org/10.1177/1362361315577218>
- Samson, F., Mottron, L., Soulières, I. et Zeffiro, T. A. (2012). Enhanced visual functioning in autism: An ALE meta-analysis. *Human Brain Mapping*, 33(7), 1553-1581. <https://doi.org/10.1002/hbm.21307>
- Sandbank, M., Bottema-Beutel, K., LaPoint, S. C., Feldman, J. I., Barrett, D. J., Caldwell, N., Dunham, K., Crank, J., Albarran, S. et Woynaroski, T. (2023). Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): Updated systematic review and secondary analysis. *British Medical Journal*, 383, e076733. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076733>
- Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C. M. et Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autism. *JAMA*, 311(17), 1770-1777. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.4144>
- Santomauro, D., Sheffield, J. et Sofronoff, K. (2016). Depression in adolescents with ASD: A pilot RCT of a group intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 572-588. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2605-4>
- Scahill, L., McCracken, J. T., King, B. H., Rockhill, C., Shah, B., Polite, L., Sanders, R., Minjarez, M., Cowen, J., Mullett, J., Page, C., Ward, D., Deng, Y., Loo, S., Dziura, J. et McDougle, C. J. (2015). Extended-release guanfacine for hyperactivity in children with autism spectrum disorder. *American Journal of Psychiatry*, 172(12), 1197-1206. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15010055>
- Schendel, D. E., Overgaard, M., Christensen, J., Hjort, L., Jørgensen, M., Vestergaard, M. et Parner, E. T. (2016). Association of psychiatric and neurologic comorbidity with mortality among persons with autism spectrum disorder in a Danish population. *JAMA Pediatrics*, 170(3), 243-250. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.3935>
- Schopler, E., Reichler, J. et Renner, B. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (C.A.R.S.)*. Western Psychological Services.

- Schreibman, L., Dawson, G., Stahmer, A. C., Landa, R., Rogers, S. J., McGee, G. G., Kasari, C., Ingersoll, B., Kaiser, A. P., Bruinsma, Y., McNeerney, E., Wetherby, A. et Halladay, A. (2015). Naturalistic developmental behavioral interventions: Empirically validated treatments for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2411-2428. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2407-8>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2016). *SIGN 145: Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders*. <https://www.sign.ac.uk/media/1081/sign145.pdf>
- Sealy, J. et Glovinsky, I. P. (2016). Strengthening the reflective functioning capacities of parents who have a child with a neurodevelopmental disability through a brief, relationship-focused intervention. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 115-124. <https://doi.org/10.1002/imhj.21557>
- Silva, L. M. T., Schallock, M., Gabrielsen, K. R., Budden, S. S., Buenrostro, M. et Horton, G. (2015). Early intervention with a parent-delivered massage protocol directed at tactile abnormalities decreases severity of autism and improves child-to-parent interactions: A replication study. *Autism Research and Treatment*, 2015, article 904585. <https://doi.org/10.1155/2015/904585>
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318179964f>
- Sivertsen, B., Posserud, M.-B., Gillberg, C., Lundervold, A. J. et Hysing, M. (2012). Sleep problems in children with autism spectrum problems: A longitudinal population-based study. *Autism*, 16(2), 139-150. <https://doi.org/10.1177/1362361311404255>
- Skuse, D., Warrington, R., Bishop, D., Chowdhury, U., Lau, J., Mandy, W. et Place, M. (2004). The developmental, dimensional and diagnostic interview (3di): A novel computerized assessment for autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 548-558. <https://doi.org/10.1097/00004583-200405000-00008>
- Soke, G. N., Maenner, M. J., Christensen, D., Kurzius-Spencer, M. et Schieve, L. A. (2018). Prevalence of co-occurring medical and behavioral conditions/symptoms among 4- and 8-year-old children with autism spectrum disorder in selected areas of the United States in 2010. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(8), 2663-2676. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3521-1>
- Stone, W. et Ousley, O. (s. d.). *Screening Tool for Autism in Toddlers and Young Children (STAT™)*. <https://stat.vueinnovations.com>
- Sturman, N., Deckx, L. et van Driel, M. L. (2017). Methylphenidate for children and adolescents with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, article CD011144. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011144.pub2>
- Sundberg, M. et Sahin, M. (2015). Cerebellar development and autism spectrum disorder in tuberous sclerosis complex. *Journal of Child Neurology*, 30(14), 1954-1962. <https://doi.org/10.1177/0883073815600870>
- Thomas, S., Hovinga, M. E., Rai, D. et Lee, B. K. (2017). Brief report: Prevalence of co-occurring epilepsy and autism spectrum disorder: The U.S. National Survey of Children's Health 2011-2012. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(1), 224-229. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2938-7>
- Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M. et Rijdsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: A meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 585-595. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12499>
- Ung, D., Wood, J. J., Ehrenreich-May, J., Arnold, E. B., Fujii, C., Renno, P., Murphy, T. K., Lewin, A. B., Mutch, P. J. et Storch, E. A. (2013). Clinical characteristics of high-functioning youth with autism spectrum disorder and anxiety. *Neuropsychiatry (London)*, 3(2), 147-157. <https://doi.org/10.2217/npv.13.9>
- Weiner, D. J., Wigdor, E. M., Ripke, S., Walters, R. K., Kosmicki, J. A., Grove, J., Samocha, K. E., Goldstein, J. I., Okbay, A., Bybjerg-Grauholm, J., Werge, T., Hougaard, D. M., Taylor, J., iPSYCH-Broad Autism Group, Psychiatric Genomics Consortium Autism Group, Skuse, D., Devlin, B., Anney, R., Sanders, S. J.,... Robinson, E. B. (2017). Polygenic transmission disequilibrium confirms that common and rare variation act additively to create risk for autism spectrum disorders. *Nature Genetics*, 49(7), 978-985. <https://doi.org/10.1038/ng.3863>
- Weitlauf, A. S., Gotham, K. O., Vehorn, A. C. et Warren, Z. E. (2014). Brief report: DSM-5 "levels of support:" A comment on discrepant conceptualizations of severity in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(2), 471-476. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1882-z>
- Weitlauf, A. S., McPheeters, M. L., Peters, B., Sathe, N., Travis, R., Aiello, R., Williamson, E., Veenstra-VanderWeele, J., Krishnaswami, S., Jerome, R. et Warren, Z. (2014). *Therapies for children with autism spectrum disorder: Behavioral interventions update. Comparative Effectiveness Review No. 137*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK241444/>
- Weitlauf, A. S., Sathe, N. A., McPheeters, M. L. et Warren, Z. (2017). *Interventions targeting sensory challenges in children with autism spectrum disorder—An update. Comparative Effectiveness Review No. 186*. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448053/>
- Wetherby, A. M., Guthrie, W., Woods, J., Schatschneider, C., Holland, R. D., Morgan, L. et Lord, C. (2014). Parent-implemented social intervention for toddlers with autism: An RCT. *Pediatrics*, 134(6), 1084-1093. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0757>
- Wolff, N., Stroth, S., Kamp-Becker, I., Roepke, S. et Roessner, V. (2022). Autism spectrum disorder and IQ – A complex interplay. *Frontiers in Psychiatry*, 13, article 856084. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.856084>
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., Har, K., Chiu, A. et Langer, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 224-234. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01948.x>
- Wojnarowski, T., Yoder, P. et Watson, L. R. (2016). Atypical cross-modal profiles and longitudinal associations between vocabulary scores in initially minimally verbal children with ASD. *Autism Research*, 9(2), 301-310. <https://doi.org/10.1002/aur.1516>
- Zerbo, O., Yoshida, C., Gunderson, E. P., Dordward, K. et Croen, L. A. (2015). Interpregnancy interval and risk of autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 136(4), 651-657. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1099>
- Zhang, S., Prykanowski, D. A. et Koppenhaver, D. A. (2023). Using construction-integration theory to interpret reading comprehension instruction for students with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Reading Research Quarterly*, 58(1), 126-159. <https://doi.org/10.1002/rrq.483>

Chapitre 04

- Abramovitch, A., Reese, H., Woods, D. W., Peterson, A., Deckersbach, T., Piacentini, J., Scahill, L. et Wilhelm, S. (2015). Psychometric properties of a self-report instrument for the assessment of tic severity in adults with tic disorders. *Behavior Therapy*, 46(6), 786-796. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.06.002>
- Alexander, G. E., DeLong, M. R. et Strick, P. L. (1986). Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 9, 357-381. <https://doi.org/10.1146/annurev.ne.09.030186.002041>
- Alsobrook, J. P. et Pauls, D. L. (2002). A factor analysis of tic symptoms in Gilles de la Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 291-296. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.291>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5^e éd., révisée). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Azrin, N. H. et Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 619-628. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90119-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90119-8)
- Azrin, N. H. et Peterson, A. L. (1988). Habit reversal for the treatment of Tourette syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 26(4), 347-351. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90089-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90089-7)
- Baizabal-Carvalho, J. F. et Jankovic, J. (2023). Sex differences in patients with Tourette syndrome. *CNS Spectrums*, 28(2), 205-211. <https://doi.org/10.1017/S1092852922000074>
- Banaschewski, T., Woerner, W. et Rothenberger, A. (2003). Premonitory sensory phenomena and suppressibility of tics in Tourette syndrome: Developmental aspects in children and adolescents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45(10), 700-703. <https://doi.org/10.1017/s0012162203001294>
- Baranwal, N., Yu, P. K. et Siegel, N. S. (2023). Sleep physiology, pathophysiology, and sleep hygiene. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 77, 59-69. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.005>
- Baron-Cohen, S. (2017). Editorial Perspective: Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 744-747. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12703>
- Bell, A. K. (2013). *Nothing about us without us: A qualitative investigation of the experiences of being a target of ableist microaggressions*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:141438326>
- Bergin, A., Waranch, H. R., Brown, J., Carson, K. et Singer, H. S. (1998). Relaxation therapy in Tourette syndrome: A pilot study. *Pediatric Neurology*, 18(2), 136-142. [https://doi.org/10.1016/S0887-8994\(97\)00200-2](https://doi.org/10.1016/S0887-8994(97)00200-2)
- Blanchet, M. M. et Leclerc, J. B. (2022). L'incidence des troubles associés sur l'effet d'une psychothérapie ciblant les épisodes explosifs chez des enfants ayant le syndrome de Gilles de la Tourette. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 180(6), S46-S51. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.02.011>
- Bloch, M. H. et Leckman, J. F. (2009). Clinical course of Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 497-501. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.002>
- Bolduc, F. et Gauthier, B. (en préparation). *Prévalidation d'un test de fluidité graphique sous forme d'application mobile pour les enfants de 6 à 12 ans*.
- Brandt, V., Essing, J., Jakubovski, E. et Müller-Vahl, K. (2023). Premonitory urge and tic severity, comorbidities, and quality of life in chronic tic disorders. *Movement Disorders Clinical Practice*, 10(6), 922-932. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13742>
- Brandt, V., Otte, J.-H., Fremer, C., Jakubovski, E. et Müller-Vahl, K. (2023). Non-just-right experiences are more closely related to OCD than tics in Tourette patients. *Scientific Reports*, 13(1), article 19627. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-37658-0>

- Budman, C. L., Bruun, R. D., Park, K. S., Lesser, M. et Olson, M. (2000). Explosive outbursts in children with Tourette's disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1270-1276. <https://doi.org/10.1097/00004583-200010000-00014>
- Budman, C. L. et Feirman, L. (2001). The relationship of Tourette's syndrome with its psychiatric comorbidities: Is there an overlap? *Psychiatric Annals*, 31(9), 541-548. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20010901-06>
- Budman, C. L., Rockmore, L., Stokes, J. et Sossin, M. (2003). Clinical phenomenology of episodic rage in children with Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(1), 59-65. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00584-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00584-6)
- Budman, C. L., Rosen, M. et Shad, S. (2015). Fits, tantrums, and rages in TS and related disorders. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(4), 273-284. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0059-1>
- Burd, L., Kerbeshian, J., Barth, A., Klug, M. G., Avery, K. et Benz, B. (2001). Long-term follow-up of an epidemiologically defined cohort of patients with Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*, 16(6), 431-437. <https://doi.org/10.1177/088307380101600609>
- Buse, J., Kirschbaum, C., Leckman, J. F., Münchau, A. et Roessner, V. (2014). The modulating role of stress in the onset and course of Tourette's syndrome: A review. *Behavior Modification*, 38(2), 184-216. <https://doi.org/10.1177/0145445514522056>
- Carr, J. E. (1995). Competing responses for the treatment of Tourette syndrome and tic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 455-456. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00066-S](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00066-S)
- Cavanna, A. E., Black, K. J., Hallett, M. et Voon, V. (2017). Neurobiology of the premonitory urge in Tourette's syndrome: Pathophysiology and treatment implications. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 29(2), 95-104. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.16070141>
- Cavanna, A. E., Ganos, C., Hartmann, A., Martino, D., Pringsheim, T. et Seri, S. (2020). The cognitive neuropsychiatry of Tourette syndrome. *Cognitive Neuropsychiatry*, 25(4), 254-268. <https://doi.org/10.1080/13546805.2020.1760812>
- Coffey, B. J. (2020). Potential new Tourette syndrome treatments: Will real-time neurofeedback have a role? *Biological Psychiatry*, 87(12), 1019-1021. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.04.007>
- Colautti, L., Magenes, S., Rago, S., Camerin, S., Zanaboni Dina, C., Antonietti, A. et Cancer, A. (2023). Creative thinking in Tourette's syndrome: A comparative study of patients and healthy controls. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 45(5), 482-497. <https://doi.org/10.1080/13803395.2023.2251644>
- Colautti, L., Magenes, S., Rago, S., Zanaboni Dina, C., Cancer, A. et Antonietti, A. (2021). Creative thinking in Tourette's syndrome: An uncharted topic. *Frontiers in Psychology*, 12, article 649814. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.649814>
- Conelea, C. A., Woods, D. W. et Brandt, B. C. (2011). The impact of a stress induction task on tic frequencies in youth with Tourette Syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 492-497. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.006>
- Conelea, C. A., Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C. L., Murphy, T. K., Scahill, L. D., Compton, S. N. et Walkup, J. T. (2013). The impact of Tourette syndrome in adults: Results from the Tourette syndrome impact survey. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 110-120. <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9465-y>
- Conte, G., Valente, F., Fioriello, F. et Cardona, F. (2020). Rage attacks in Tourette syndrome and chronic tic disorder: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 119, 21-36. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.019>
- Cox, J. H., Nahar, A., Termine, C., Agosti, M., Balottin, U., Seri, S. et Cavanna, A. E. (2019). Social stigma and self-perception in adolescents with Tourette syndrome. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 10, 75-82. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S175765>
- Cravedi, E., Deniau, E., Giannitelli, M., Xavier, J., Hartmann, A. et Cohen, D. (2017). Tourette syndrome and other neurodevelopmental disorders: A comprehensive review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, article 59. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0196-x>
- De Lange, N. et Olivier, M. (2004). Mothers' experiences of aggression in their Tourette's syndrome children. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(1), 65-77. <https://doi.org/10.1023/B:ADCO.0000021550.87868.bd>
- de la Tourette, G. (1885). Étude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Archives of Neurology*, 9, 19-42.
- Dutta, N. et Cavanna, A. E. (2013). The effectiveness of habit reversal therapy in the treatment of Tourette syndrome and other chronic tic disorders: A systematic review. *Functional Neurology*, 28(1), 7-12.
- Dy-Hollins, M. E., Chibnik, L. B., Tracy, N. A., Osiecki, L., Budman, C. L., Cath, D. C., Grados, M. A., King, R. A., Gholson, L., Rouleau, G. A., Sandor, P., Singer, H. S., Sharma, N., Mathews, C. A. et Scharf, J. (2024). Sex differences in people with Tourette syndrome and persistent motor or vocal tic disorder in the Tourette Association of America International Consortium for Genetics database. *medRxiv*. Prépublication. <https://doi.org/10.1101/2024.01.07.24300816>
- Eapen, V., Cavanna, A. E. et Robertson, M. M. (2016). Comorbidities, social impact, and quality of life in Tourette syndrome. *Frontiers in Psychiatry*, 7, article 97. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00097>
- Eapen, V., McPherson, S., Karlov, L., Nicholls, L., Črnčec, R. et Mulligan, A. (2019). Social communication deficits and restricted repetitive behavior symptoms in Tourette syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2151-2160. <https://doi.org/10.2147/NDT.S210227>
- Eapen, V., Walter, A. et Robertson, M. M. (2018). Heterogeneity in tics and Gilles de la Tourette syndrome. Dans M. Hodes, S. Shur-Fen Gau et P. J. De Vries (dir.), *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health* (p. 57-76). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815310-9.00003-4>
- Eddy, C. M., Rickards, H. E. et Cavanna, A. E. (2011). Treatment strategies for tics in Tourette syndrome. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 4(1), 25-45. <https://doi.org/10.1177/1756285610390261>
- Eddy, C. M., Rizzo, R. et Cavanna, A. E. (2009). Neuropsychological aspects of Tourette syndrome: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 503-513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.001>
- Evers, R. A. F. et van de Wetering, B. J. M. (1994). A treatment model for motor tics based on a specific tension-reduction technique. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(3), 255-260. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0005-7916(94)90026-4)
- Farkas, A., Bluschke, A., Roessner, V. et Beste, C. (2015). Neurofeedback and its possible relevance for the treatment of Tourette syndrome. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 51, 87-99. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.01.012>
- Ferreira, B. R., Pio-Abreu, J. L. et Januário, C. (2014). Tourette's syndrome and associated disorders: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 123-133. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1003>
- Frank, M. et Cavanna, A. E. (2013). Behavioural treatments for Tourette syndrome: An evidence-based review. *Behavioural Neurology*, 27(1), 105-117. <https://doi.org/10.1155/2013/134863>
- Gagnon, M. et Leclerc, J. (2022). Le lien entre les épisodes explosifs d'enfants ayant le syndrome de Gilles de la Tourette, les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi. *Science et Comportement*, 32(2), 17-27. http://www.science-et-comportement.uqam.ca/AnciensNumeros/V32.2/036-Article_cd%20final.pdf
- Garcia-Delgar, B., Servera, M., Coffey, B. J., Lázaro, L., Openner, T., Benaroya-Milshtein, N., Steinberg, T., Hoekstra, P. J., Dietrich, A. et Mører, A. (2022). Tic disorders in children and adolescents: Does the clinical presentation differ in males and females? A report by the EMTICS group. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(10), 1539-1548. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01751-4>
- Garris, J. et Quigg, M. (2021). The female Tourette patient: Sex differences in Tourette disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 129, 261-268. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.001>
- Ghanizadeh, A., Mohammadi, M.-R. et Dehbozorgi, G. R. (2010). Children and their parent's perceptions of symptom severity and treatment preference for Tourette syndrome. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(3), 93-96.
- Gill, C. E. et Kompolti, K. (2020). Clinical features of Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*, 35(2), 166-174. <https://doi.org/10.1177/0883073819877335>
- Girard-Joyal, O. et Gauthier, B. (2022). Creativity in the predominantly inattentive and combined presentations of ADHD in adults. *Journal of Attention Disorders*, 26(9), 1187-1198. <https://doi.org/10.1177/10870547211060547>
- Girgis, J., Martino, D. et Pringsheim, T. (2022). Influence of sex on tic severity and psychiatric comorbidity profile in patients with pediatric tic disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 64(4), 488-494. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15088>
- Groth, C. (2018). Tourette syndrome in a longitudinal perspective. Clinical course of tics and comorbidities, coexisting psychopathologies, phenotypes and predictors. *Danish Medical Journal*, 65(4), B5465.
- Haber, S. N. (2003). The primate basal ganglia: Parallel and integrative networks. *Journal of Chemical Neuroanatomy*, 26(4), 317-330. <https://doi.org/10.1016/j.jchemneu.2003.10.003>
- Hammond, D. C. et Kirk, L. (2008). First, do no harm: Adverse effects and the need for practice standards in neurofeedback. *Journal of Neurotherapy*, 12(1), 79-88. <https://doi.org/10.1080/10874200802219947>
- Hibberd, C., Charman, T., Bhatia, R. S., Tekes, S., Hedderly, T., Gringras, P. et Robinson, S. (2020). Sleep difficulties in children with Tourette syndrome and chronic tic disorders: A systematic review of characteristics and associated factors. *Sleep*, 43(6), zsz308. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz308>
- Himle, M. B., Woods, D. W., Piacentini, J. C. et Walkup, J. T. (2006). Brief review of habit reversal training for Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*, 21(8), 719-725. <https://doi.org/10.1177/08830738060210080101>
- Hirschtritt, M. E., Lee, P. C., Pauls, D. L., Dion, Y., Grados, M. A., Illmann, C., King, R. A., Sandor, P., McMahon, W. M., Lyon, G. J., Cath, D. C., Kurlan, R., Robertson, M. M., Osiecki, L., Scharf, J. M. et Mathews, C. A. (2015). Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 325-333. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2650>
- Hoogduin, K., Verdellen, C. et Cath, D. (1997). Exposure and response prevention in the treatment of Gilles de la Tourette's syndrome: Four case studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(2), 125-135. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199706\)4:2%3C125::AID-CPP125%3E3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199706)4:2%3C125::AID-CPP125%3E3.0.CO;2-Z)

- Houeto, J.-L. et Giré, P. (2008). Tics et syndrome de Gilles de la Tourette : diagnostic, évolution et principes de traitement. *La Presse médicale*, 37(2), 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.11.007>
- Huisman-van Dijk, H. M., Matthijssen, S. J. M. A., Stockmann, R. T. S., Fritz, A. V. et Cath, D. C. (2019). Effects of comorbidity on Tourette's tic severity and quality of life. *Acta Neurologica Scandinavica*, 140(6), 390-398. <https://doi.org/10.1111/ane.13155>
- Hwang, G. C., Tillberg, C. S. et Scahill, L. (2012). Habit reversal training for children with Tourette syndrome: Update and review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(4), 178-183. <https://doi.org/10.1111/jcap.12002>
- Iverson, A. M., Arbuckle, A. L., Song, D. Y., Bihun, E. C. et Black, K. J. (2023). Median nerve stimulation for treatment of tics: A 4-week open trial with ecological momentary assessment. *Journal of Clinical Medicine*, 12(7), article 2545. <https://doi.org/10.3390/jcm12072545>
- Iverson, A. M. et Black, K. J. (2022). Why tic severity changes from then to now and from here to there. *Journal of Clinical Medicine*, 11(19), article 5930. <https://doi.org/10.3390/jcm11195930>
- J.-Nolin, G. et Leclerc, J. B. (2021). La qualité de vie d'enfants avec le syndrome de Gilles de la Tourette. *Revue québécoise de psychologie*, 42(1), 171-194. <https://doi.org/10.7202/1078922ar>
- Johnson, K. A., Worbe, Y., Foote, K. D., Butson, C. R., Gunduz, A. et Okun, M. S. (2023). Tourette syndrome: Clinical features, pathophysiology, and treatment. *The Lancet Neurology*, 22(2), 147-158. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00303-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00303-9)
- Keenan, L., Bramham, J., Dinca, M., Coogan, A. N. et Downes, M. (2024). Sleep and daytime functioning in children with Tourette syndrome: A two-week case-control study with actigraphy and cognitive assessments. *Sleep Medicine*, 113, 313-327. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.11.1137>
- Keenan, L., Bramham, J. et Downes, M. (2024). Parent-report sleep disturbances and every-day executive functioning difficulties in children with Tourette syndrome. *Developmental Neuropsychology*, 49(1), 39-60. <https://doi.org/10.1080/87565641.2023.2300428>
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N. et Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002>
- Lange, F., Seer, C., Müller-Vahl, K. et Kopp, B. (2017). Cognitive flexibility and its electrophysiological correlates in Gilles de la Tourette syndrome. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 27, 78-90. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.08.008>
- Lavoie, M. E., Leclerc, J. et O'Connor, K. P. (2013). Bridging neuroscience and clinical psychology: Cognitive behavioral and psychophysiological models in the evaluation and treatment of Gilles de la Tourette syndrome. *Neuropsychiatry*, 3(1), 75-87. <https://doi.org/10.2217/npv.12.70>
- Lavoie, M. E., Perrault, M.-A. et Leclerc, J. (2022). Integrating psychophysiology into cognitive-behavioral treatment for the Gilles de la Tourette syndrome. Dans M. E. Lavoie et A. E. Cavanna (dir.), *International Review of Movement Disorders* (vol. 3, p. 365-392). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/bs.irmvd.2021.11.004>
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Leckman, J. F., King, R. A. et Bloch, M. H. (2014). Clinical features of Tourette syndrome and tic disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(4), 372-379. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.03.004>
- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J. et Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: Initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 566-573. <https://doi.org/10.1097/00004583-198907000-00015>
- Leclerc, J. (2021). *Façotik; Léa et Nico font face aux tics. Guides méthodologiques (enfant et thérapeute)* (2^e éd.). Centre d'études pour les troubles obsessionnels et les tics.
- Leclerc, J., Forget, J. et O'Connor, K. P. (2008). *Quand le corps fait à sa tête : le syndrome de Gilles de la Tourette*. MultiMondes.
- Leclerc, J., O'Connor, K. P., Forget, J. et Lavoie, M. E. (2011). Behavioral program for managing explosive outbursts in children with Tourette syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23(1), 33-47. <https://doi.org/10.1007/s10882-010-9213-1>
- Leclerc, J. B., O'Connor, K. P., Gauthier, B., Singer, I., Woods, D. W., Blanchet, P. et Lavoie, M. E. (2024). Comparison of cognitive-behavioral treatments for tics and Tourette syndrome in youth and adults: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 34(2), article 100491. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2024.100491>
- Leclerc, J. B., O'Connor, K. P., J.-Nolin, G., Valois, P. et Lavoie, M. E. (2016). The effect of a new therapy for children with tics targeting underlying cognitive, behavioral, and physiological processes. *Frontiers in Psychiatry*, 7, article 135. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00135>
- Leclerc, J. B., Pabst, A., Valois, P., Bombardier, M., Berthiaume, C. et O'Connor, K. P. (2018). TCC spécialisées pour le TOC et le syndrome de Gilles de la Tourette chez l'enfant et l'adolescent : état des connaissances. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 28(3), 160-171. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2018.06.002>
- Leclerc, J. B., Valois, P., J.-Nolin, G., Bombardier, M., Ouellette, S. et O'Connor, K. P. (2016). A therapy for tics in children managing underlying processes: A pilot study. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 28(4), 581-593. <https://doi.org/10.1007/s10882-016-9496-y>
- Lee, M.-Y., Wang, H.-S. et Lee, T.-Y. (2022). Psychosocial stress, self-esteem, and social adjustment: A moderated mediation analysis in Taiwanese adolescents with Tourette syndrome. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, e84-e90. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.013>
- Lichter, D. G. et Finnegan, S. G. (2015). Influence of gender on Tourette syndrome beyond adolescence. *European Psychiatry*, 30(2), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.07.003>
- McGuire, J. F. (2016). Behavior therapy for youth with Tourette disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 72(11), 1191-1199. <https://doi.org/10.1002/jclp.22398>
- Middleton, F. et Strick, P. L. (2000). Basal ganglia and cerebellar loops: Motor and cognitive circuits. *Brain Research Reviews*, 31(2-3), 236-250. [https://doi.org/10.1016/S0165-0173\(99\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0173(99)00040-5)
- Mink, J. W. (2001). Basal ganglia dysfunction in Tourette's syndrome: A new hypothesis. *Pediatric Neurology*, 25(3), 190-198. [https://doi.org/10.1016/S0887-8994\(01\)00262-4](https://doi.org/10.1016/S0887-8994(01)00262-4)
- Mink, J. W. (2006). Neurobiology of basal ganglia and Tourette syndrome: Basal ganglia circuits and thalamocortical outputs. *Advances in Neurology*, 99, 89-98.
- Morand-Beaulieu, S., Leclerc, J. B., Valois, P., Lavoie, M. E., O'Connor, K. P. et Gauthier, B. (2017). A review of the neuropsychological dimensions of Tourette syndrome. *Brain Sciences*, 7(8), article 106. <https://doi.org/10.3390/brainsci7080106>
- Müller-Vahl, K. R., Bindila, L., Lutz, B., Musshoff, F., Skripuletz, T., Baumgaertel, C. et Sühs, K.-W. (2020). Cerebrospinal fluid endocannabinoid levels in Gilles de la Tourette syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 45(8), 1323-1329. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-06711-6>
- Murphy, T., Czernecki, V., Tarnok, Z. et Stark, D. (2022). Neuropsychological assessment in Tourette syndrome. Dans D. Martino et J. Leckman (dir.), *Tourette syndrome* (2^e éd., p. 366-390). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197543214.003.0022>
- Nilles, C., Martino, D., Fletcher, J. et Pringsheim, T. (2023). Have we forgotten what tics are? A re-exploration of tic phenomenology in youth with primary tics. *Movement Disorders Clinical Practice*, 10(5), 764-773. <https://doi.org/10.1002/mdc3.13703>
- Nissen, J. B., Kaergaard, M., Laursen, L., Parner, E. et Thomsen, P. H. (2019). Combined habit reversal training and exposure response prevention in a group setting compared to individual training: A randomized controlled clinical trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(1), 57-68. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1187-z>
- O'Connor, K. (2002). A cognitive-behavioral/psychophysiological model of tic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1113-1142. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00048-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00048-7)
- O'Connor, K. (2005). *Cognitive-behavioral management of tic disorders* (1^{re} éd.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470713518>
- O'Connor, K., Lavoie, M., Blanchet, P. et St-Pierre-Delorme, M.-È. (2016). Evaluation of a cognitive psychophysiological model for management of tic disorders: An open trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 76-83. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.154518>
- O'Hare, D., Eapen, V., Helmes, E., McBain, K., Reece, J. et Grove, R. (2015). Factors impacting the quality of peer relationships of youth with Tourette's syndrome. *BMC Psychology*, 3, article 34. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0090-3>
- Opp, M. R. (2009). Sleep and psychoneuroimmunology. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 29(2), 295-307. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2009.02.009>
- Pappert, E. J., Goetz, C. G., Louis, E. D., Blasucci, L. et Leurgans, S. (2003). Objective assessments of longitudinal outcome in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology*, 61(7), 936-940. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000086370.10186.7C>
- Piacentini, J. et Chang, S. (2005). Habit reversal training for tic disorders in children and adolescents. *Behavior Modification*, 29(6), 803-822. <https://doi.org/10.1177/0145445505279385>
- Piacentini, J., Woods, D. W., Scahill, L., Wilhelm, S., Peterson, A. L., Chang, S., Ginsburg, G. S., Deckersbach, T., Dziura, J., Levi-Pearl, S. et Walkup, J. T. (2010). Behavior therapy for children with Tourette disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 303(19), 1929-1937. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.607>
- Piacentini, J. C., Pearlman, A. J. et Peris, T. S. (2007). Characteristics of Tourette syndrome. Dans D. W. Woods, J. C. Piacentini et J. T. Walkup (dir.), *Treating Tourette syndrome and tic disorders: A guide for practitioners* (p. 9-21). Guilford Press.
- Pringsheim, T., Okun, M. S., Müller-Vahl, K., Martino, D., Jankovic, J., Cavanna, A. E., Woods, D. W., Robinson, M., Jarvie, E., Roessner, V., Oskoui, M., Holler-Managan, Y. et Piacentini, J. (2019). Practice guideline recommendations summary: Treatment of tics in people with Tourette syndrome and chronic tic disorders. *Neurology*, 92(19), 896-906. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000007466>
- Robertson, M. M. (2011). Gilles de la Tourette syndrome: The complexities of phenotype and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, 72(2), 100-107. <https://doi.org/10.12968/hmed.2011.72.2.100>
- Robinson, L. R., Bitsko, R. H., Schieve, L. A. et Visser, S. N. (2013). Tourette syndrome, parenting aggravation, and the contribution of co-occurring conditions among a nationally representative sample. *Disability and Health Journal*, 6(1), 26-35. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2012.10.002>
- Sambrani, T., Jakubovski, E. et Müller-Vahl, K. R. (2016). New insights into clinical characteristics of Gilles de la Tourette syndrome: Findings in 1032 patients from a single German center. *Frontiers in Neuroscience*, 10, article 415. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00415>

- Scharf, J. M., Miller, L. L., Gauvin, C. A., Alabiso, J., Mathews, C. A. et Ben-Shlomo, Y. (2015). Population prevalence of Tourette syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 30(2), 221-228. <https://doi.org/10.1002/mds.26089>
- Shprecher, D. R., Rubenstein, L. A., Gannon, K., Frank, S. A. et Kurlan, R. (2014). Temporal course of the Tourette syndrome clinical triad. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements*, 4, article 243. <https://doi.org/10.5334/tohm.195>
- Snyder, G. et Friman, P. C. (2012). Habitual stereotypic movements: A descriptive analysis of four common types. Dans J. E. Grant, D. J. Stein, D. W. Woods et N. J. Keuthen (dir.), *Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors* (p. 43-64). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Spessot, A. L. et Peterson, B. S. (2006). Tourette's syndrome: A multifactorial, developmental psychopathology. Dans D. Cicchetti et D. J. Cohen (dir.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2^e éd., p. 436-469). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470939406.ch11>
- Stenning, A. et Rosqvist, H. B. (2021). Neurodiversity studies: Mapping out possibilities of a new critical paradigm. *Disability & Society*, 36(9), 1532-1537. <https://doi.org/10.1080/09687599.2021.1919503>
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M. B., Nadal, K. L. et Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist*, 62(4), 271-286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Zhang, H., Peterson, B. S., King, R. A., Lombroso, P. J., Katsoch, L., Findley, D. et Leckman, J. F. (2003). Disruptive behavior in children with Tourette's syndrome: Association with ADHD comorbidity, tic severity, and functional impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(1), 98-105. <https://doi.org/10.1097/00004583-200301000-00016>
- Sukhodolsky, D. G., Walsh, C., Koller, W. N., Eilbott, J., Rance, M., Fulbright, R. K., Zhao, Z., Bloch, M. H., King, R., Leckman, J. F., Scheinost, D., Pittman, B. et Hampson, M. (2020). Randomized, sham-controlled trial of real-time functional magnetic resonance imaging neurofeedback for tics in adolescents with Tourette syndrome. *Biological Psychiatry*, 87(12), 1063-1070. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.035>
- Taylor, H. et Vestergaard, M. D. (2022). Developmental dyslexia: Disorder or specialization in exploration? *Frontiers in Psychology*, 13, article 889245. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.889245>
- Tessier, M., Desmarais, A., Leclerc, J. B., Lavoie, M. E., O'Connor, K. P. et Gauthier, B. (2022). Capturing subtle neurocognitive differences in children with and without Tourette syndrome through a fine-grained analysis of design fluency profiles. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), article 1946. <https://doi.org/10.3390/jcm11071946>
- Verdellen, C. W. J., Hoogduin, C. A. L., Kato, B. S., Keijsers, G. P. J., Cath, D. C. et Hoijtink, H. B. (2008). Habituation of premonitory sensations during exposure and response prevention treatment in Tourette's syndrome. *Behavior Modification*, 32(2), 215-227. <https://doi.org/10.1177/0145445507309020>
- Verdellen, C. W. J., Keijsers, G. P. J., Cath, D. C. et Hoogduin, C. A. L. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette's syndrome: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 501-511. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00154-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00154-2)
- Walusinski, O. et Féray, J.-C. (2020). The Marquise de Dampierre identified at last, the first described clinical case of Gilles de la Tourette syndrome. *Revue neurologique*, 176(10), 754-762. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.01.353>
- Whittington, C., Pennant, M., Kendall, T., Glazebrook, C., Trayner, P., Groom, M., Hedderly, T., Heyman, I., Jackson, G., Jackson, S., Murphy, T., Rickards, H., Robertson, M., Stern, J. et Hollis, C. (2016). Practitioner review: Treatments for Tourette syndrome in children and young people – A systematic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(9), 988-1004. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12556>
- Wilhelm, S., Peterson, A. L., Piacentini, J., Woods, D. W., Deckersbach, T., Sukhodolsky, D. G., Chang, S., Liu, H., Dziura, J., Walkup, J. T. et Scahill, L. (2012). Randomized trial of behavior therapy for adults with Tourette syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 69(8):795-803. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1528>
- Woods, D. W., Piacentini, J., Chang, S., Deckersbach, T., Ginsburg, G., Peterson, A., Scahill, L. D., Walkup, J. T. et Wilhelm, S. (2008). *Managing Tourette syndrome: A behavioral intervention for children and adults therapist guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195341287.001.0001>
- Yang, J., Hirsch, L., Martino, D., Jette, N., Roberts, J. et Pringsheim, T. (2016). The prevalence of diagnosed Tourette syndrome in Canada: A national population-based study. *Movement Disorders*, 31(11), 1658-1663. <https://doi.org/10.1002/mds.26766>
- Asmus, J. M., Carter, E. W., Moss, C. K., Born, T. L., Vincent, L. B., Lloyd, B. P. et Chung, Y.-C. (2016). Social outcomes and acceptability of two peer-mediated interventions for high school students with severe disabilities: A pilot study. *Inclusion*, 4(4), 195-214. <https://doi.org/10.1352/2326-6988-4.4.195>
- Baxter, H., Lowe, K., Houston, H., Jones, G., Felce, D. et Kerr, M. (2006). Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. *British Journal of General Practice*, 56(523), 93-98. <https://bjgp.org/content/56/523/93>
- Bellavance, J., Morin, D. et Mello, C. (2021). Validation of Hagerman's behavioral phenotype for fragile X syndrome among men with intellectual disability. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 15(2/3), 66-78. <https://doi.org/10.1108/AMHID-09-2020-0020>
- Bond, L., Carroll, R., Mulryan, N., O'Dwyer, M., O'Connell, J., Monaghan, R., Sheerin, F., McCallion, P. et McCarron, M. (2020). Biopsychosocial factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disability: Results of the wave 3 Intellectual Disability Supplement to The Irish Longitudinal Study on Ageing. *Journal of Intellectual Disability Research*, 64(5), 368-380. <https://doi.org/10.1111/jir.12724>
- Buckley, N., Glasson, E. J., Chen, W., Epstein, A., Leonard, H., Skoss, R., Jacoby, P., Blackmore, A. M., Srinivasjois, R., Bourke, J., Sanders, R. J. et Downs, J. (2020). Prevalence estimates of mental health problems in children and adolescents with intellectual disability: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(10), 970-984. <https://doi.org/10.1177/0004867420924101>
- Cervantes, P., Shalev, R. et Donnelly, L. (2019). Definition and diagnosis. Dans J. L. Matson (dir.), *Handbook of intellectual disabilities: Integrating theory, research, and practice* (p. 45-59). Springer.
- Cooper, S.-A., Hughes-McCormack, L., Greenlaw, N., McConnachie, A., Allan, L., Baltzer, M., McArthur, L., Henderson, A., Melville, C., McSkimming, P. et Morrison, J. (2018). Management and prevalence of long-term conditions in primary health care for adults with intellectual disabilities compared with the general population: A population-based cohort study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(S1), 68-81. <https://doi.org/10.1111/jar.12386>
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans* (4^e éd.). <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
- Durkin, M. S. et Rubenstein, E. (2021). Epidemiology of intellectual and developmental disabilities. Dans L. M. Glidden, L. J. Abbeduto, L. L. McIntyre et M. J. Tassé (dir.), *APA handbook of intellectual and developmental disabilities: Foundations* (p. 73-87). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000194-004>
- Einfeld, S. L., Ellis, L. A. et Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 36(2), 137-143. <https://doi.org/10.1080/13668250.2011.572548>
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-58. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x>
- Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., Reeves, D., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L. et Hatton, C. (2001). The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22(1), 77-93. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(00\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(00)00061-5)
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. (2015). *L'intervention précoce auprès des enfants de 2 à 5 ans présentant un retard global de développement*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Juin_2015/Guide-RGD-FINAL_240215.pdf
- Fletcher, R. J., Barnhill, J. et Cooper, S.-A. (2016). *Diagnostic manual – Intellectual disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability: DM-ID-2* (2^e éd.). NADD Press.
- Flygare Wallén, E., Ljunggren, G., Wahlström, L., Pettersson, D., Carlsson, A. C. et Wändell, P. (2023). The prevalence of self-harm and mental disorders among individuals with intellectual disabilities. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(7), 712-720. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228292>
- Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale 'Modèle de développement humain-Processus de production du handicap' (MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue*, 21(235), 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.04.003>
- Fongjeh, B. et Weisser, M. (2013). Former les enseignants à la pratique de l'inclusion scolaire. *Recherche et formation*, 73, 9-20. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.2071>
- Girouard, N. (2014). Mise à jour des Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental – deuxième partie. *Psychologie Québec*, 31(6), 34-35. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Mise+à+jour+des+Lignes+directrices+pour+l'évaluation+du+retard+mental+--+deuxième+partie/>
- Gouvernement du Canada. (2023, 29 novembre). *Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale : à propos, causes et problèmes de santé coexistants*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/troubles-spectre-alcoolisation-foetale.html#a1>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2010). *La pédagogie inclusive, c'est quoi ? Formation en pédagogie inclusive pour les enseignants-ressource novices*. <https://inclusion.nbed.nb.ca/Home/PedagogieInclusiveCestQuoi>

Chapitre 05

- Agence de la santé publique du Canada. (2017). *Surveillance du syndrome de Down au Canada, de 2005 à 2013*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/surveillance-syndrome-down-2005-2013.html>
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR. Texte révisé. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Gueffi, M.-A. Crocq et A. E. Boehrer; 5^e éd.). Elsevier Masson. (Ouvrage original publié en 2022)

- Gouvernement du Québec. (2024, 22 février). *Programme Agir tôt*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/outils-ressources-developpement-enfants/programme-agir-tot-depister-tot-pour-mieux-repondre-aux-besoins-des-enfants>
- Goyette, C., Pépin, N., Labine, R. et L'Abbé, Y. (2011). *Suivi médical et déficience intellectuelle : pratiques cliniques suggérées*. Béliveau.
- Grier, E., Abells, D., Casson, I., Gemmill, M., Ladouceur, J., Lepp, A., Niel, U., Sacks, S. et Sue, K. (2018). Managing complexity in care of patients with intellectual and developmental disabilities: Natural fit for the family physician as an expert generalist. *Canadian Family Physician*, 64(suppl. 2), S15-S22. https://www.cfp.ca/content/64/Suppl_2/S15
- Hassiotis, A. et Turk, J. (2012). Mental health needs in adolescents with intellectual disabilities: Cross-sectional survey of a service sample. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25(3), 252-261. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00662.x>
- Holden, B. et Gitlesen, J. P. (2006). A total population study of challenging behaviour in the county of Hedmark, Norway: Prevalence, and risk markers. *Research in Developmental Disabilities*, 27(4), 456-465. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2005.06.001>
- Koskentausta, T., Iivanainen, M. et Almqvist, F. (2002). Psychiatric disorders in children with intellectual disability. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(2), 126-131. <https://doi.org/10.1080/080394802753617944>
- L'Abbé, Y. et Morin, D. (2001). *Les comportements agressifs chez les personnes présentant un retard mental : compréhension et intervention* (2^e éd.). Éditions Behaviora inc.
- Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H. et Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. *La nouvelle revue – Éducation et société inclusives*, 2(94), 25-42. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. RLRQ s-4.2. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/S-4.2.pdf>
- Loi sur l'instruction publique. RLRQ c. I -13.3. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/I-13.3.pdf>
- Luckasson, R., Coulter, D., Polloway, E., Reiss, S., Schalock, R. L., Snell, M., Spitalnik, D. M. et Stark, J. A. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. American Association on Mental Retardation.
- Maltais, J., Morin, D. et Tassé, M. J. (2020). Healthcare services utilization among people with intellectual disability and comparison with the general population. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 33(3), 552-564. <https://doi.org/10.1111/jar.12698>
- Martin, J.-F. (2012). *La déficience intellectuelle : concepts de base* (2^e éd.). Fides éducation.
- Martini-Willemin, B.-M. (2013). Littérature et déficience intellectuelle : une nouvelle exigence dans le paradigme de la participation sociale? *Alter*, 7(3), 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2013.04.001>
- McCarthy, J., Hemmings, C., Kravariti, E., Dworzynski, K., Holt, G., Bouras, N. et Tsakanikos, E. (2010). Challenging behavior and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 31(2), 362-366. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.10.009>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2001/01-840-01.pdf>
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. (2019). *Programme éducatif CAPS-I destiné aux élèves âgés de 6 à 15 ans*. Gouvernement du Québec. https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/Programme-educatif-CAPS.PDF
- Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance. (2013). *Politique 322. Inclusion scolaire*. <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/policies-politiques/f/322F.pdf>
- Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance. (2016). *Profil de sortie d'un élève du système scolaire acadien et francophone du Nouveau-Brunswick*. <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/Francophone/Profil de sortie dun eleve.pdf>
- Ministère de l'Éducation et du Développement de la petite enfance. (2017). *Équipe stratégique scolaire*. <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/ed/pdf/K12/Inclusion/equipestrategiquescolaire.pdf>
- Morin, D., Mérineau-Côté, J., Ouellette-Kuntz, H., Tassé, M. J. et Kerr, M. (2012). A comparison of the prevalence of chronic disease among people with and without intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(6), 455-463. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-117.6.455>
- Morin, D., Valois, P., Rivard, M., Bardou, C., Faust, C. et Robitaille, C. (2023). Impact of participation in Special Olympics Healthy Athletes® on attitudes of health professionals through direct contact with people with intellectual disability. *International Journal of Developmental Disabilities*. <https://doi.org/10.1080/20473869.2023.2194602>
- Observatoire des tout-petits. (2023). *Tout-petits ayant besoin de soutien particulier : comment favoriser leur plein potentiel ?* Fondation Lucie et André Chagnon. https://tout-petits.org/fichiers/dossiers/besoin-soutien-particulier/Rapport_Enfants-besoins-particulier_OTP_2023.pdf
- Ordre des psychologues du Québec. (2007). *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/Lignes+directrices+pour+l%27évaluation+du+retard+mental/f20a2002-4535-4070-8a03-15889a9d5450>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Classification internationale des maladies : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche* (11^e rév.).
- Palmeter, S., Probert, A. et Lagacé, C. (2021). Prévalence du trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 41(9), 300304. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.9.05f>
- Proulx, J. et Dumais, L. (2010). De nouvelles pratiques interorganisationnelles pour une plus grande participation sociale des personnes vivant avec une déficience intellectuelle. *Cahiers du LAREPPS*, (10-05). Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, École de travail social, Université du Québec à Montréal. <https://larepps.ugam.ca/archives/238>
- Reardon, T. C., Gray, K. M. et Melvin, G. A. (2015). Anxiety disorders in children and adolescents with intellectual disability: Prevalence and assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 36, 175-190. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.007>
- Rivard, M., Morin, D., Mercier, C., Morin, M., Bolduc, M. et Argumedeau, M. (2017). *L'évaluation de l'implantation et de la validité sociale du centre d'évaluation diagnostique Voyez les choses à ma façon. Rapport de recherche 2015-2016*. Laboratoire Épaular, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal. https://12a37703-c89e-45e0-b8ba-09b35c1f987d.filesusr.com/ugd/ec40b5_f8b155ed787a43f48c08f12a9c51d465.pdf
- Rousseau, N., Point, M. et Vienneau, R. (2015). *Les enjeux de l'intégration et de l'inclusion scolaire des élèves à risque du primaire et du secondaire : méta-analyse et méta-synthèse*. Fonds de recherche du Québec – Société et culture. https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/06/pc_rousseau_rapport_integration-inclusion.pdf
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L. et Yeager, M. H. (2011). *Déficience intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien* (traduit sous la direction de D. Morin ; 11^e éd. rév.). Consortium national de recherche sur l'intégration sociale. (Ouvrage original publié en 2010)
- Schalock, R. L., Luckasson, R. et Tassé, M. J. (2021). *Déficience intellectuelle : définition, diagnostic, classification et systèmes de soutien* (traduit sous la direction de D. Morin ; 12^e éd.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement. (2023). *Que sont les TGC ?* <https://www.sqetgc.org/propos/tgc/>
- Sherman, S. L., Allen, E. G., Bean, L. H. et Freeman, S. B. (2007). Epidemiology of Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(3), 221-227. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20157>
- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Palmer, S. B., Forber-Pratt, A. J., Little, T. J. et Lopez, S. (2015). Causal Agency Theory: Reconceptualizing a functional model of self-determination. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 50(3), 251-263.
- Special Olympics Kansas. (s. d.). *Healthy Athletes exam results 2011 - September 2016*. https://soks.org/wp-content/uploads/2022/10/Healthy-Athletes-exam-results-2011-2016_SO_Kansas_010317-1-1.pdf
- Strømme, P. et Diseth, T. H. (2000). Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: Data from a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(4), 266-270. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2000.tb00083.x>
- Tassé, M. J. et Morin, D. (dir.). (2003). L'étiologie. Dans M. J. Tassé et D. Morin (dir.), *La déficience intellectuelle* (p. 25-37). Gaëtan Morin.
- Tassé, M. J., Sabourin, G., Garcin, N. et Lecavalier, L. (2010). Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(1), 62-69. <https://doi.org/10.1037/a0016249>
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A., Schalock, R. L., Silverman, W., Tassé, M. J. et Wehmeyer, M. L. (2008). Échelle d'intensité de soutien. Manuel de l'utilisateur (traduction sous la direction de D. Morin). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (Ouvrage original publié en 2004)
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Tassé, M. J., Wehmeyer, M., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. et Rotholz, D. A. (2015). *Supports Intensity Scale - Adult Version® (SIS-A®)*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Thompson, J. R., Doepke, K., Holmes, A., Pratt, C., Smith Myles, B., Shogren, K. A. et Wehmeyer, M. L. (2017). *Planification centrée sur la personne avec le Supports Intensity Scale-Version Adulte™. Guide pour les équipes de planification* (traduit sous la direction de D. Morin). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (Ouvrage original publié en 2017)
- Thompson, J. R., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Tassé, M. J., Wehmeyer, M. L., Craig, E. M. et Hughes, C. (2023). *Supports Intensity Scale—Adult Version® (SIS—A®) 2nd edition*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.

- Thompson, J. R., Wehmeyer, M. L., Hughes, C., Shogren, K. A., Seo, H., Little, T. D., Schalock, R. L., Realon, R. E., Copeland, S. R., Patton, J. R., Followay, E. A., Shelden, D., Tanis, S. et Tassé, M. J. (2016). *Supports Intensity Scale - Children's Version® (SIS-C®)*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Tonnissen, B. L., Boan, A. D., Bradley, C. C., Charles, J., Cohen, A. et Carpenter, L. A. (2016). Prevalence of autism spectrum disorders among children with intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(6), 487-500. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.6.487>
- Tremblay, M. (2002). De l'exclusion à la participation démocratique des « personnes présentant une déficience intellectuelle ». Dans J.-P. Gagnier et R. Lachapelle (dir.), *Pratiques émergentes en déficience intellectuelle : participation plurielle et nouveaux rapports* (1^{re} éd., p. 17-38). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pgr0s>
- UNESCO. (2023, 13 mars). *Ce qu'il faut savoir sur l'inclusion dans l'éducation*. L'inclusion dans l'éducation. <https://www.unesco.org/fr/inclusion-education/need-know>
- Weise, J. et Troller, J. N. (2018). Preparedness and training needs of an Australian public mental health workforce in intellectual disability mental health. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 43(4), 431-440. <https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1310825>
- White, P., Chant, D., Edwards, N., Townsend, C. et Waghorn, G. (2005). Prevalence of intellectual disability and comorbid mental illness in an Australian community sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 395-400. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01587.x>
- World Health Organization. (2007). *Atlas: Global resources for persons with intellectual disabilities: 2007*. <https://iris.who.int/handle/10665/96353>

Chapitre 06

- Alink, L. R., Mesman, J., Van Zeijl, J., Stolk, M. N., Juffer, F., Koot, H. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. et Van IJzendoorn, M. H. (2006). The early childhood aggression curve: Development of physical aggression in 10- to 50-month-old children. *Child Development*, 77(4), 954-966. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00912.x>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5^e éd., révisée). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR. Texte révisé. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Gueffi, M.-A. Crocq et A. E. Boehrner; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Astill, R. G., Van der Heijden, K. B., Van IJzendoorn, M. H. et Van Someren, E. J. W. (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin*, 138(6), 1109-1138. <https://doi.org/10.1037/a0028204>
- Baillargeon, R. H., Normand, C. L., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Japel, C., Pérouse, D., Wu, H.-X., Boivin, M. et Tremblay, R. E. (2007). The evolution of problem and social competence behaviors during toddlerhood: A prospective population-based cohort survey. *Infant Mental Health Journal*, 28(1), 12-38. <https://doi.org/10.1002/imhj.20120>
- Baillargeon, R. H., Zoccolillo, M., Keenan, K., Côté, S., Pérouse, D., Wu, H.-X., Boivin, M. et Tremblay, R. E. (2007). Gender differences in physical aggression: A prospective population-based survey of children before and after 2 years of age. *Developmental Psychology*, 43(1), 13-26. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.13>
- Beelmann, A., Arnold, L. S. et Hercher, J. (2023). Parent training programs for preventing and treating antisocial behavior in children and adolescents: A comprehensive meta-analysis of international studies. *Aggression and Violent Behavior*, 68, article 101798. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101798>
- Bista, S., Tait, R. J., Straker, L. M., Lin, A., Steinbeck, K., Graham, P. L., Kang, M., Lymer, S., Robinson, M. et Marino, J. L. (2024). Joint developmental trajectories of internalizing and externalizing problems from mid-childhood to late adolescence and childhood risk factors: Findings from a prospective pre-birth cohort. *Development and Psychopathology*, 1-16. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001505>
- Boivin, M., Pérouse, D., Dionne, G., Sayset, V., Zoccolillo, M., Tarabulsy, G. M., Tremblay, N. et Tremblay, R. E. (2005). The genetic-environmental etiology of parents' perceptions and self-assessed behaviours toward their 5-month-old infants in a large twin and singleton sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(6), 612-630. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00375.x>
- Boivin, M., Pettitclerc, A., Feng, B. et Barker, E. D. (2010). The developmental trajectories of peer victimization in middle to late childhood and the changing nature of their behavioral correlates. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(3), 231-260. <https://doi.org/10.1353/mpq.0.0050>
- Bongers, I. L., Koot, H. M., Van Der Ende, J. et Verhulst, F. C. (2004). Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Development*, 75(5), 1523-1537. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00755.x>
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., Fergusson, D., Horwood, J. L., Loeber, R., Laird, R., Lynam, D. R., Moffitt, T. E., Pettit, G. S. et Vitaro, F. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39(2), 222-245. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.2.222>

- Carter, A. S., Gray, S. A. O., Baillargeon, R. H. et Wakschlag, L. S. (2013). A multidimensional approach to disruptive behaviors: Informing life span research from an early childhood perspective. Dans P. H. Tolan et B. L. Leventhal (dir.), *Disruptive Behavior Disorders* (p. 103-135). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7557-6_5
- Chow, J. C. et Wehby, J. H. (2018). Associations between language and problem behavior: A systematic review and correlational meta-analysis. *Educational Psychology Review*, 30(1), 61-82. <https://doi.org/10.1007/s10648-016-9385-z>
- Comeau, J., Duncan, L., Smith, C., Smith-Carrier, T., Georgiades, K., Wang, L. et Boyle, M. H. (2021). The joint association of family-level inadequate housing and neighbourhood-level antisocial behaviour with child mental health problems. *Children and Youth Services Review*, 122, article 105874. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105874>
- Comeau, J., Georgiades, K., Duncan, L., Wang, L., Boyle, M. H. et 2014 Ontario Child Health Study Team. (2019). Changes in the prevalence of child and youth mental disorders and perceived need for professional help between 1983 and 2014: Evidence from the Ontario Child Health Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(4), 256-264. <https://doi.org/10.1177/0706743719830035>
- Cooke, J. E., Deneault, A.-A., Devereux, C., Eirich, R., Fearon, R. M. P. et Madigan, S. (2022). Parental sensitivity and child behavioral problems: A meta-analytic review. *Child Development*, 93(5), 1231-1248. <https://doi.org/10.1111/cdev.13764>
- Côté, S., Vaillancourt, T., LeBlanc, J. C., Nagin, D. S. et Tremblay, R. E. (2006). The development of physical aggression from toddlerhood to pre-adolescence: A nation wide longitudinal study of Canadian children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 68-82. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9001-z>
- Côté, S. M., Boivin, M., Nagin, D. S., Japel, C., Xu, Q., Zoccolillo, M., Junger, M. et Tremblay, R. E. (2007). The role of maternal education and nonmaternal care services in the prevention of children's physical aggression problems. *Archives of General Psychiatry*, 64(11), 1305-1312. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.11.1305>
- Dijk, W. V., de Moor, M. H. M., Oosterman, M., Huizink, A. C. et Matvienko-Sikar, K. (2022). Longitudinal relations between parenting stress and child internalizing and externalizing behaviors: Testing within-person changes, bidirectionality and mediating mechanisms. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 16, article 942363. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.942363>
- Dirks, M. A., Recchia, H. E., Estabrook, R., Howe, N., Pettitclerc, A., Burns, J. L., Briggs-Gowan, M. J. et Wakschlag, L. S. (2019). Differentiating typical from atypical perpetration of sibling-directed aggression during the preschool years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 267-276. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12939>
- Dora, B. et Baydar, N. (2020). Transactional associations of maternal depressive symptoms with child externalizing behaviors are small after age 3. *Development and Psychopathology*, 32(1), 293-308. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000075>
- Egger, H. L. et Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 313-337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>
- Eirich, R., McArthur, B. A., Anhorn, C., McGuinness, C., Christakis, D. A. et Madigan, S. (2022). Association of screen time with internalizing and externalizing behavior problems in children 12 years or younger: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(5), 393-405. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0155>
- Evans, S. E., Davies, C. et DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>
- Ezpeleta, L., Granero, R., De La Osa, N., Penelo, E. et Domènech, J. M. (2012). Dimensions of oppositional defiant disorder in 3-year-old preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1128-1138. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02545.x>
- Finlay-Jones, A. L., Ang, J. E., Brook, J., Lucas, J. D., MacNeill, L. A., Mancini, V. O., Kottampally, K., Elliott, C., Smith, J. D. et Wakschlag, L. S. (2024). Systematic review and meta-analysis: Early irritability as a transdiagnostic neurodevelopmental vulnerability to later mental health problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 63(2), 184-215. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2023.01.018>
- Georgiades, K., Duncan, L., Wang, L., Comeau, J., Boyle, M. H. et 2014 Ontario Child Health Study Team. (2019). Six-month prevalence of mental disorders and service contacts among children and youth in Ontario: Evidence from the 2014 Ontario Child Health Study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(4), 246-255. <https://doi.org/10.1177/0706743719830024>
- Gidzela, A., Malanchini, M., Rimfeld, K., McMillan, A., Ronald, A., Viding, E., Pike, A., Asbury, K., Eley, T. C., von Stumm, S. et Plomin, R. (2023). Explaining the influence of non-shared environment (NSE) on symptoms of behaviour problems from preschool to adulthood: Mind the missing NSE gap. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(5), 747-757. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13729>
- Granic, I. et Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113(1), 101-131. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.113.1.101>

- Gray, S. A. O. et Wakschlag, L. S. (2019). The contribution of developmentally sensitive measurement to assessment of disruptive behavior in young children. Dans R. DelCarmen-Wiggins et A. S. Carter (dir.), *The Oxford handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment* (2^e éd., p. 371-387). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199837182.013.16>
- Hajal, N., Neiderhiser, J., Moore, G., Leve, L., Shaw, D., Harold, G., Scaramella, L., Ganiban, J. et Reiss, D. (2015). Angry responses to infant challenges: Parent, marital, and child genetic factors associated with harsh parenting. *Child Development*, 86(1), 80-93. <https://doi.org/10.1111/cdev.12345>
- Hentges, R. F., Devereux, C., Graham, S. A. et Madigan, S. (2021). Child language difficulties and internalizing and externalizing symptoms: A meta-analysis. *Child Development*, 92(4), e691-e715. <https://doi.org/10.1111/cdev.13540>
- Hoyniak, C. P., Donohue, M. R., Quiñones-Camacho, L. E., Vogel, A. C., Perino, M. T., Hennefeld, L., Tillman, R., Barch, D. M. et Luby, J. L. (2023). Developmental pathways from preschool temper tantrums to later psychopathology. *Development and Psychopathology*, 35(4), 1643-1655. <https://doi.org/10.1017/s0954579422000359>
- Hukkelberg, S., Keles, S., Ogden, T. et Hammerstrøm, K. (2019). The relation between behavioral problems and social competence: A correlational meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 19, article 354. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2343-9>
- Jaffee, S. R., Strait, L. B. et Odgers, C. L. (2012). From correlates to causes: Can quasi-experimental studies and statistical innovations bring us closer to identifying the causes of antisocial behavior? *Psychological Bulletin*, 138(2), 272-295. <https://doi.org/10.1037/a0026020>
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. et Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337-343. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160065009>
- Krogh-Jespersen, S., Kaat, A., Petittclerc, A., Perlman, S. B., Briggs-Gowan, M. J., Burns, J. L., Adam, H., Nili, A., Gray, L. et Wakschlag, L. S. (2022). Calibrating temper loss severity in the transition to toddlerhood: Implications for developmental science. *Applied Developmental Science*, 26(4), 785-798. <https://doi.org/10.1080/10888691.2021.1995386>
- Lacourse, E., Boivin, M., Brendgen, M., Petittclerc, A., Girard, A., Vitaro, F., Paquin, S., Ouellet-Morin, I., Dionne, G. et Tremblay, R. E. (2014). A longitudinal twin study of physical aggression during early childhood: Evidence for a developmentally dynamic genome. *Psychological Medicine*, 44(12), 2617-2627. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003218>
- Liu, C., Moore, G. A., Beekman, C., Pérez-Edgar, K. E., Leve, L. D., Shaw, D. S., Ganiban, J. M., Natsuaki, M. N., Reiss, D. et Neiderhiser, J. M. (2018). Developmental patterns of anger from infancy to middle childhood predict problem behaviors at age 8. *Developmental Psychology*, 54(11), 2090-2100. <https://doi.org/10.1037/dev0000589>
- Lunkenheimer, E. S., Olson, S. L., Hollenstein, T., Sameroff, A. J. et Winter, C. (2011). Dyadic flexibility and positive affect in parent-child coregulation and the development of child behavior problems. *Development and Psychopathology*, 23(2), 577-591. <https://doi.org/10.1017/s095457941100006x>
- Manning, B. L., Roberts, M. Y., Estabrook, R., Petittclerc, A., Burns, J. L., Briggs-Gowan, M., Wakschlag, L. S. et Norton, E. S. (2019). Relations between toddler expressive language and temper tantrums in a community sample. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 65, article 101070. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.101070>
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. et Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609-621. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x>
- McAdams, T. A., Neiderhiser, J. M., Rijdsdijk, F. V., Narusyte, J., Lichtenstein, P. et Eley, T. C. (2014). Accounting for genetic and environmental confounds in associations between parent and child characteristics: A systematic review of children-of-twins studies. *Psychological Bulletin*, 140(4), 1138-1173. <https://doi.org/10.1037/a0036416>
- Menting, A. T. A., de Castro, B. O. et Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901-913. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.006>
- Mo, J., van den Akker, A. L., Leijten, P. et Asscher, J. J. (2023). Parental discipline techniques and changes in observed temper tantrum severity in toddlers. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(4), 571-582. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-01007-y>
- Moed, A. (2024). An emotion-focused extension of coercion theory: Emerging evidence and conceptualizations for parental experienced emotion as a mechanism of reinforcement in coercive parent-child interactions. *Child Development Perspectives*, 18(2), 82-87. <https://doi.org/10.1111/cdep.12497>
- Murano, D., Sawyer, J. E. et Lipnevich, A. A. (2020). A meta-analytic review of preschool social and emotional learning interventions. *Review of Educational Research*, 90(2), 227-263. <https://doi.org/10.3102/0034654320914743>
- Österman, K. et Björkqvist, K. (2010). A cross-sectional study of onset, cessation, frequency, and duration of children's temper tantrums in a nonclinical sample. *Psychological Reports*, 106(2), 448-454. <https://doi.org/10.2466/pr0.106.2.448-454>
- Owen, D. J., Slep, A. M. S. et Heyman, R. E. (2012). The effect of praise, positive nonverbal response, reprimand, and negative nonverbal response on child compliance: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(4), 364-385. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0120-0>
- Petitclerc, A., Boivin, M., Dionne, G., Pêrusse, D. et Tremblay, R. E. (2011). Genetic and environmental etiology of disregard for rules. *Behavior Genetics*, 41(2), 192-200. <https://doi.org/10.1007/s10519-010-9393-6>
- Petitclerc, A., Boivin, M., Dionne, G., Zoccolillo, M. et Tremblay, R. E. (2009). Disregard for rules: The early development and predictors of a specific dimension of disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(12), 1477-1484. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02118.x>
- Petitclerc, A., Briggs-Gowan, M. J., Estabrook, R., Burns, J. L., Anderson, E. L., McCarthy, K. J. et Wakschlag, L. S. (2015). Contextual variation in young children's observed disruptive behavior on the DB-DOS: Implications for early identification. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9), 1008-1016. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12430>
- Petitclerc, A. et Tremblay, R. E. (2009). Childhood disruptive behaviour disorders: Review of their origin, development, and prevention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 222-231. <https://doi.org/10.1177/070674370905400403>
- Petras, H., Masyn, K. E., Buckley, J. A., Ialongo, N. S. et Kellam, S. (2011). Who is most at risk for school removal? A multilevel discrete-time survival analysis of individual- and context-level influences. *Journal of Educational Psychology*, 103(1), 223-237. <https://doi.org/10.1037/a0021545>
- Pikard, J., Roberts, N. et Groll, D. (2018). Pediatric referrals for urgent psychiatric consultation: Clinical characteristics, diagnoses and outcome of 4 to 12 year old children. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(4), 245-251. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254263>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Polderman, T. J. C., Benyamin, B., de Leeuw, C. A., Sullivan, P. F., van Bochoven, A., Visscher, P. M. et Posthuma, D. (2015). Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nature Genetics*, 47(7), 702-709. <https://doi.org/10.1038/ng.3285>
- Reid, J. B., Patterson, G. et Snyder, J. (dir.). (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (1^{re} éd.). American Psychological Association.
- Robson, D. A., Allen, M. S. et Howard, S. J. (2020). Self-regulation in childhood as a predictor of future outcomes: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 146(4), 324-354. <https://doi.org/10.1037/bul0000227>
- Schoemaker, K., Mulder, H., Deković, M. et Matthys, W. (2013). Executive functions in preschool children with externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(3), 457-471. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9684-x>
- Shaw, D. S., Lacourse, E. et Nagin, D. S. (2005). Developmental trajectories of conduct problems and hyperactivity from ages 2 to 10. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 931-942. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00390.x>
- Somers, J. A., Stiles, K., MacNaughton, G. A., Schiff, S. J., Shen, Y. et Lee, S. S. (2024). Antecedents and consequences of child externalizing problems: Differences in dynamic parent-child processes. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 52(1), 7-19. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01045-0>
- Speyer, L. G., Hang, Y., Hall, H. A. et Murray, A. L. (2022). The role of harsh parenting practices in early- to middle-childhood socioemotional development: An examination in the Millennium Cohort Study. *Child Development*, 93(5), 1304-1317. <https://doi.org/10.1111/cdev.13761>
- Storebø, O. J., Storm, M. R. O., Pereira Ribeiro, J., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H. E., Schaug, J. P., Darling Rasmussen, P., Huus, C.-M. L., Zwi, M., Kirubakaran, R., Simonsen, E. et Gluud, C. (2023). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), article CD009885. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009885.pub3>
- Tolan, P. H. et Leventhal, B. L. (2013). Introduction: Connecting brain development, disruptive behavior, and children. Dans P. H. Tolan et B. L. Leventhal (dir.), *Disruptive behavior disorders* (p. 1-11). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7557-6_1
- van den Akker, A., Leijten, P., Hoffenaar, P. et Gardner, F. (2024). Using daily diary assessments to better understand the role of parental consistency in the development of externalizing child behavior. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 52(1), 79-92. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01073-w>
- Wakschlag, L. S., Choi, S. W., Carter, A. S., Hullsiek, H., Burns, J., McCarthy, K., Leibenluft, E. et Briggs-Gowan, M. J. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: Implications for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1099-1108. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02595.x>
- Wakschlag, L. S., Estabrook, R., Petitclerc, A., Henry, D., Burns, J. L., Perlman, S. B., Voss, J. L., Pine, D. S., Leibenluft, E. et Briggs-Gowan, M. L. (2015). Clinical implications of a dimensional approach: The normal:abnormal spectrum of early irritability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(8), 626-634. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.05.016>

- Wakschlag, L. S., Tolan, P. H. et Leventhal, B. L. (2010). Research review: 'Ain't misbehavin': Towards a developmentally-specified nosology for preschool disruptive behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), 3-22. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02184.x>
- Wyatt Kaminski, J., Valle, L. A., Filene, J. H. et Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567-589. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9201-9>
- Yan, N., Ansari, A. et Peng, P. (2021). Reconsidering the relation between parental functioning and child externalizing behaviors: A meta-analysis on child-driven effects. *Journal of Family Psychology*, 35(2), 225-235. <https://doi.org/10.1037/fam0000805>
- Yang, M.-Y., Harmeyer, E., Chen, Z. et Lofaso, B. M. (2018). Predictors of early elementary school suspension by gender: A longitudinal multilevel analysis. *Children and Youth Services Review*, 93, 331-338. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.08.008>
- Zhang, Y., MacNeill, L. A., Edwards, R. C., Burns, J. L., Zola, A. R., Poleon, R. B., Nili, A. N., Giase, G. M., Ahrenholtz, R. M., Wiggins, J. L., Norton, E. S. et Wakschlag, L. S. (2024). Developmental trajectories of irritability across the transition to toddlerhood: Associations with effortful control and psychopathology. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 52(1), 125-139. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01098-1>

Chapitre 07

- Anders, T. F., Halpern, L. F. et Hua, J. (1992). Sleeping through the night: A developmental perspective. *Pediatrics*, 90(4), 554-560. <https://doi.org/10.1542/peds.90.4.554>
- Ball, H. L. (2003). Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth*, 30(3), 181-188. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00243.x>
- Barry, E. S. (2021). Sleep consolidation, sleep problems, and co-sleeping: Rethinking normal infant sleep as species-typical. *The Journal of Genetic Psychology*, 182(4), 183-204. <https://doi.org/10.1080/00221325.2021.1905599>
- Blunden, S., Etherton, H. et Hauck, Y. (2016). Resistance to cry intensive sleep intervention in young children: Are we ignoring children's cries or parental concerns? *Children*, 3(2), 8. <https://doi.org/10.3390/children3020008>
- Breil, F., Rosenblum, O. et Le Nestour, A. (2010). Les troubles du sommeil du bébé et du jeune enfant : revue de la littérature et analyse psychodynamique. *Devenir*, 22(2), 133-162. <https://doi.org/10.3917/dev.102.0133>
- Burdayron, R., Kenny, S., Dubois-Comtois, K., Béliveau, M.-J. et Pennestri, M.-H. (2020). Infant sleep consolidation: A preliminary investigation of parental expectations. *Acta Paediatrica*, 109(6), 1276-1277. <https://doi.org/10.1111/apa.15151>
- Carskadon, M. A. (2004). Sleep deprivation: Health consequences and societal impact. *Medical Clinics of North America*, 88(3), 767-776. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2004.03.001>
- Chaput, J.-P., Dutil, C., Featherstone, R., Ross, R., Giangregorio, L., Saunders, T. J., Janssen, I., Poitras, V. J., Kho, M. E., Ross-White, A. et Carrier, J. (2020). Sleep duration and health in adults: An overview of systematic reviews. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 45(10, suppl. 2), S218-S231. <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0034>
- Chellappa, S. L. et Aeschbach, D. (2022). Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. *Sleep Medicine Reviews*, 61, 101583. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101583>
- Clement-Carbonell, V., Portilla-Tamarit, I., Rubio-Aparicio, M. et Madrid-Valero, J. J. (2021). Sleep quality, mental and physical health: A differential relationship. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 460. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020460>
- Coons, S. et Guillemainault, C. (1982). Development of sleep-wake patterns and non-rapid eye movement sleep stages during the first six months of life in normal infants. *Pediatrics*, 69(6), 793-798. <https://doi.org/10.1542/peds.69.6.793>
- De Nys, L., Anderson, K., Ofosu, E. F., Ryde, G. C., Connelly, J. et Whittaker, A. C. (2022). The effects of physical activity on cortisol and sleep: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*, 143, 105843. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105843>
- Fleming, P. J. et Blair, P. S. (2015). Making informed choices on co-sleeping with your baby. *British Medical Journal*, 350, h563. <https://doi.org/10.1136/bmj.h563>
- Galland, B. C., Taylor, B. J., Elder, D. E. et Herbison, P. (2012). Normal sleep patterns in infants and children: A systematic review of observational studies. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 213-222. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2011.06.001>
- Gebre, A., Hawley, N., Carskadon, M. A., Raynor, H., Jelalian, E., Owens, J., Wing, R. R. et Hart, C. N. (2024). Child routines moderate a brief behavioral intervention to enhance sleep in school-aged children. *Journal of Pediatric Psychology*, 49(5), 365-371. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsae015>
- Germo, G. R., Chang, E. S., Keller, M. A. et Goldberg, W. A. (2007). Child sleep arrangements and family life: Perspectives from mothers and fathers. *Infant and Child Development*, 16(4), 433-456. <https://doi.org/10.1002/icd.521>
- Grandner, M. A. et Fernandez, F.-X. (2021). The translational neuroscience of sleep: A contextual framework. *Science*, 374(6567), 568-573. <https://doi.org/10.1126/science.abj8188>
- Henderson, J. M. T., France, K. G. et Blampied, N. M. (2011). The consolidation of infants' nocturnal sleep across the first year of life. *Sleep Medicine Reviews*, 15(4), 211-220. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2010.08.003>
- Henderson, J. M. T., France, K. G., Owens, J. L. et Blampied, N. M. (2010). Sleeping through the night: The consolidation of self-regulated sleep across the first year of life. *Pediatrics*, 126(5), e1081-e1087. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-0976>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Adams Hillard, P. J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V. et Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*, 1(4), 233-243. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>
- Horwitz, A., Bar-Shachar, Y., Ran-Peled, D., Finkelstein, O., Ben-Zion, H., Bar-Kalifa, E., Meiri, G. et Tikotzky, L. (2023). Sleep of mothers, fathers, and infants: A longitudinal study from pregnancy through 12 months. *Sleep*, 46(9). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsad029>
- Jenni, O. G. et O'Connor, B. B. (2005). Children's sleep: An interplay between culture and biology. *Pediatrics*, 115(suppl. 1), 204-216. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0815b>
- Kalogeropoulos, C., Burdayron, R., Laganière, C., Dubois-Comtois, K., Béliveau, M.-J. et Pennestri, M.-H. (2022). Sleep patterns and intraindividual sleep variability in mothers and fathers at 6 months postpartum: A population-based, cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(8), e060558. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060558>
- Katz, P., Pedro, S. et Michaud, K. (2023). Sleep disorders among individuals with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 75(6), 1250-1260. <https://doi.org/10.1002/acr.24999>
- Keller, M. A. et Goldberg, W. A. (2004). Co-sleeping: Help or hindrance for young children's independence? *Infant and Child Development*, 13(5), 369-388. <https://doi.org/10.1002/icd.365>
- Kennedy, H. P., Gardiner, A., Gay, C. et Lee, K. A. (2007). Negotiating sleep: A qualitative study of new mothers. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(2), 114-122. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000270628.51122.1d>
- Kenny, S., Burdayron, R., Lannes, E. E. M., Dubois-Comtois, K., Béliveau, M.-J. et Pennestri, M.-H. (2021). Mothers' and fathers' sleep: Is there a difference between first-time and experienced parents of 6-month-olds? *Journal of Sleep Research*, 30(4), e13238. <https://doi.org/10.1111/jsr.13238>
- Khan, M. A. et Al-Jahdali, H. (2023). The consequences of sleep deprivation on cognitive performance. *Neurosciences*, 28(2), 91-99. <https://doi.org/10.17712/nsj.2023.2.20220108>
- Krueger, G. P. (1989). Sustained work, fatigue, sleep loss and performance: A review of the issues. *Work & Stress*, 3(2), 129-141. <https://doi.org/10.1080/02678378908256939>
- Lahr, M. B., Rosenberg, K. D. et Lapidus, J. A. (2007). Maternal-infant bedsharing: Risk factors for bedsharing in a population-based survey of new mothers and implications for SIDS risk reduction. *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 277-286. <https://doi.org/10.1007/s10995-006-0166-z>
- McKenna, J. J., Ball, H. L. et Gettler, L. T. (2007). Mother-infant cosleeping, breastfeeding and sudden infant death syndrome: What biological anthropology has discovered about normal infant sleep and pediatric sleep medicine. *American Journal of Physical Anthropology*, 134(suppl. 45), 133-161. <https://doi.org/10.1002/ajpa.20736>
- Meltzer, L. J., Wainer, A., Engstrom, E., Pepa, L. et Mindell, J. A. (2021). Seeing the Whole Elephant: A scoping review of behavioral treatments for pediatric insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 56, 101410. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101410>
- Meltzer, L. J., Williamson, A. A. et Mindell, J. A. (2021). Pediatric sleep health: It matters, and so does how we define it. *Sleep Medicine Reviews*, 57, 101425. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101425>
- Mileva-Seitz, V. R., Bakermans-Kranenburg, M. J., Battaini, C. et Luijk, M. P. C. M. (2017). Parent-child bed-sharing: The good, the bad, and the burden of evidence. *Sleep Medicine Reviews*, 32, 4-27. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.03.003>
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J. et Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29(10), 1263-1276. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1263>
- Mindell, J. A., Leichman, E. S., Composto, J., Lee, C., Bhullar, B. et Walters, R. M. (2016). Development of infant and toddler sleep patterns: Real-world data from a mobile application. *Journal of Sleep Research*, 25(5), 508-516. <https://doi.org/10.1111/jsr.12414>
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Kwon, R. et Goh, D. Y. T. (2015). Relationship between child and maternal sleep: A developmental and cross-cultural comparison. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(7), 689-696. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv008>
- Mindell, J. A., Sadeh, A., Wiegand, B., How, T. H. et Goh, D. Y. T. (2010). Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Medicine*, 11(3), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.04.012>
- Mindell, J. A. et Williamson, A. A. (2018). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 93-108. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.10.007>
- Mirmiran, M., Maas, Y. G. H. et Ariagno, R. L. (2003). Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. *Sleep Medicine Reviews*, 7(4), 321-334. <https://doi.org/10.1053/smrv.2002.0243>
- Moore, T. et Ucko, L. E. (1957). Night waking in early infancy: Part I. *Archives of Disease in Childhood*, 32(164), 333-342. <https://doi.org/10.1136/ad.32.164.333>
- Ogilvie, R. P. et Patel, S. R. (2017). The epidemiology of sleep and obesity. *Sleep Health*, 3(5), 383-388. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.07.013>

- Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Dunkel Schetter, C. et Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(5), 703-710. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9950-7>
- Olson, L. M., Inkelas, M., Halfon, N., Schuster, M. A., O'Connor, K. G. et Mistry, R. (2004). Overview of the content of health supervision for young children: Reports from parents and pediatricians. *Pediatrics*, 113(suppl. 5), 1907-1916. <https://doi.org/10.1542/peds.113.S5.1907>
- Owens, J., Adolescent Sleep Working Group, Committee on Adolescence, Au, R., Carskadon, M., Millman, R., Wolfson, A., Braverman, P. K., Adelman, W. P., Breuner, C. C., Levine, D. A., Marcell, A. V., Murray, P. J. et O'Brien, R. F. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences. *Pediatrics*, 134(3), e921-e932. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1696>
- Owens, J. A. (2004). Sleep in children: Cross-cultural perspectives. *Sleep and Biological Rhythms*, 2(3), 165-173. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2004.00147.x>
- Paavonen, E. J., Saarenpää-Heikkilä, O., Morales-Munoz, I., Virta, M., Häkälä, N., Pölkki, P., Kylliäinen, A., Karlsson, H., Paunio, T. et Karlsson, L. (2020). Normal sleep development in infants: Findings from two large birth cohorts. *Sleep Medicine*, 69, 145-154. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.01.009>
- Parfitt, Y. et Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263-273. <https://doi.org/10.1002/imhj.21443>
- Parmelee, A. H., Jr., et Stern, E. (1972). Development of states in infants. *Sleep and the Maturing Nervous System*, 199-228. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-176250-6.50017-3>
- Pennestri, M.-H., Burdayron, R., Kenny, S., Bêliveau, M.-J. et Dubois-Comtois, K. (2020). Sleeping through the night or through the nights? *Sleep Medicine*, 76, 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.10.005>
- Quin, N., Lee, J. J., Pinnington, D. M., Newman, L., Manber, R. et Bei, B. (2022). Differentiating perinatal insomnia disorder and sleep disruption: A longitudinal study from pregnancy to 2 years postpartum. *Sleep*, 45(2). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab293>
- Ramos, K. D. et Youngclark, D. M. (2006). Parenting advice books about child sleep: Cosleeping and crying it out. *Sleep*, 29(12), 1616-1623. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.12.1616>
- Richter, D., Krämer, M. D., Tang, N. K. Y., Montgomery-Downs, H. E. et Lemola, S. (2019). Long-term effects of pregnancy and childbirth on sleep satisfaction and duration of first-time and experienced mothers and fathers. *Sleep*, 42(4). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz015>
- Sadeh, A., Tikotzky, L. et Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 14(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.05.003>
- Sang, D., Lin, K., Yang, Y., Ran, G., Li, B., Chen, C., Li, Q., Ma, Y., Lu, L., Cui, X.-Y., Liu, Z., Lv, S.-Q., Luo, M., Liu, Q., Li, Y. et Zhang, E. E. (2023). Prolonged sleep deprivation induces a cytokine-storm-like syndrome in mammals. *Cell*, 186(25), 5500-5516. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2023.10.025>
- Santé Canada. (2023, 26 octobre). *Sommeil sécuritaire : la sieste, la nuit, en tout temps*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sommeil-securitaire/conseils-pour-sommeil-securitaire.html>
- Strine, T. W. et Chapman, D. P. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine*, 6(1), 23-27. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2004.06.003>
- Teti, D. M., Shimizu, M., Crosby, B. et Kim, B.-R. (2016). Sleep arrangements, parent-infant sleep during the first year, and family functioning. *Developmental Psychology*, 52(8), 1169-1181. <https://doi.org/10.1037/dev0000148>
- Thiedke, C. C. (2001). Sleep disorders and sleep problems in childhood. *American Family Physician*, 63(2), 277-284. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0115/p277.pdf>
- Touchette, É., Petit, D., Tremblay, R. E. et Montplaisir, J. Y. (2009). Risk factors and consequences of early childhood dyssomnias: New perspectives. *Sleep Medicine Reviews*, 13(5), 355-361. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.12.001>
- Vandekerckhove, M. et Wang, Y.-L. (2018). Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship. *AIMS Neuroscience*, 5(1), 1-17. <https://doi.org/10.3934/Neuroscience.2018.1.1>
- Vogel, T., Kühn, M., Hummel, T. et Vollrath, M. (2019). Asleep at the automated wheel—Sleepiness and fatigue during highly automated driving. *Accident Analysis & Prevention*, 126, 70-84. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2018.03.013>
- Weissbluth, M. (1995). Naps in children: 6 months-7 years. *Sleep*, 18(2), 82-87. <https://doi.org/10.1093/sleep/18.2.82>
- Wright, K. P., Jr., Drake, A. L., Frey, D. J., Fleshner, M., Desouza, C. A., Gronfier, C. et Czeisler, C. A. (2015). Influence of sleep deprivation and circadian misalignment on cortisol, inflammatory markers, and cytokine balance. *Brain, Behavior, and Immunity*, 47, 24-34. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.01.004>
- Association for Contextual Behavioral Science. (2021, novembre). *ACT listings as an evidence based treatment*. https://contextualscience.org/act_listings_as_an_evidence_based_treatment
- Bennett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G. A., Garland, E. J., Miller, L. D., Newton, A., Thabane, L. et Wilansky, P. (2016). Treating child and adolescent anxiety effectively: Overview of systematic reviews. *Clinical Psychology Review*, 50, 80-94. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.006>
- Black, T. D. (2022). *ACT for treating children: The essential guide to acceptance and commitment therapy for kids*. New Harbinger Publications.
- Black, T. D. (2024). *The ACT workbook for kids: Fun activities to help you deal with worry, sadness, and anger using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Bögels, S. M., Lehtonen, A. et Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, 1(2), 107-120. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0014-5>
- Brassell, A. A., Rosenberg, E., Parent, J., Rough, J. N., Fondacaro, K. et Seehuus, M. (2016). Parent's psychological flexibility: Associations with parenting and child psychosocial well-being. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 111-120. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.03.001>
- Burgdorf, V., Szabó, M. et Abbott, M. J. (2019). The effect of mindfulness interventions for parents on parenting stress and youth psychological outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, article 1336. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01336>
- Coyne, L. W., McHugh, L. et Martinez, E. R. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT): Advances and applications with children, adolescents, and families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 379-399. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.010>
- Coyne, L. W. et Murrell, A. R. (2009). *The joy of parenting: An acceptance and commitment therapy guide to effective parenting in the early years*. New Harbinger Publications.
- Crowder, A. K., Elsworth, J. et Harmeyer, A. (2023). *DBT, CBT, and play therapy toolbox for children and adolescents: Over 200 worksheets and activities to address anxiety, depression, trauma, boundaries, relationships, self-esteem, motivation, family dynamics, and more*. PESI Publishing.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A. et Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Deplus, S. et Lahaye, M. (2015). *La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent*. Éditions Mardaga.
- Dionne, F., Ngô, T.-L. et Blais, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130. <https://doi.org/10.7202/1023992ar>
- Dumont-Lévesque, A. (2023). *Effets des interventions basées sur la présence attentive sur le stress parental, la parentalité attentive et la relation parent-enfant : une méta-analyse* [mémoire doctoral, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/21196/dumont-levesque_anne_DP5_2023.pdf
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J. et Dalgleish, T. (2019). Research review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 244-258. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>
- Dunning, D., Tudor, K., Radley, L., Dalrymple, N., Funk, J., Vainre, M., Ford, T., Montero-Marín, J., Kuyken, W. et Dalgleish, T. (2022). Do mindfulness-based programmes improve the cognitive skills, behaviour and mental health of children and adolescents? An updated meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Mental Health*, 25(3), 135-142. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300464>
- Fang, S. et Ding, D. (2020). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 225-234. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.007>
- Greenberg, M. T. et Harris, A. R. (2012). Nurturing mindfulness in children and youth: Current state of research. *Child Development Perspectives*, 6(2), 161-166. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00215.x>
- Harris, E. et Samuel, V. (2020). Acceptance and commitment therapy: A systematic literature review of prevention and intervention programs for mental health difficulties in children and young people. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 280-305. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00001>
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, L. L. et Ciarrochi, J. W. (2015). *The thriving adolescent: Using acceptance and commitment therapy and positive psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. et Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Chapitre 08

- Anand, L., Sadowski, I., Per, M. et Khoury, B. (2023). Mindful parenting: A meta-analytic review of intrapersonal and interpersonal parental outcomes. *Current Psychology*, 42(10), 8367-8383. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02111-w>
- André, C. (2014). *Méditer, jour après jour : 25 leçons pour vivre en pleine conscience*. L'Iconoclaste.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. et Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hofmann, S. G. et Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Huang, B. (2022). *DBT workbook for kids: Fun & practical dialectal behavior therapy skills training for young children. Help kids recognize their emotions, manage anxiety & phobias, and learn to thrive!* Barrett Huang.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2022). *La santé mentale des enfants et des jeunes au Canada — infographie*. <https://www.cihi.ca/fr/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-jeunes-au-canada-infographie-0>
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A. et Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), article CD004690. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub4>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R. et Hancock, K. (2015). Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194. <https://doi.org/10.1111/camh.12113>
- Kander, T. N., Lawrence, D., Fox, A., Houghton, S. et Beccera, R. (2024). Mindfulness-based interventions for preadolescent children: A comprehensive meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 102, article 101261. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2023.101261>
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D. et McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, 32(9), 829-850. <https://doi.org/10.1037/pas0000834>
- Kliem, S., Kröger, C. et Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Klingbeil, D. A., Renshaw, T. L., Willenbrink, J. B., Copek, R. A., Chan, K. T., Haddock, A., Yassine, J. et Clifton, J. (2017). Mindfulness-based interventions with youth: A comprehensive meta-analysis of group-design studies. *Journal of School Psychology*, 63, 77-103. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.03.006>
- Lagueux, F. (2024). *Relevé bibliographique des manuels destinés aux jeunes et/ou à leurs parents inspirés du modèle DBT publiés à ce jour* [document inédit].
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Lozier, C. (2020). *DBT. Therapeutic activity ideas for kids and caregivers*. Carol Lozier LCSW.
- Mazza, J. J., Dexter-Mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H. et Murphy, H. E. (2016). *DBT skills in schools: Skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A)*. Guilford Press.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. et Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Murrell, A. R. et Scherbarth, A. J. (2006). State of the research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(4), 531-543. <https://doi.org/10.1037/h0101005>
- O'Brien, K. M., Larson, C. M. et Murrell, A. R. (2008). Third-wave behavior therapies for children and adolescents: Progress, challenges, and future directions. Dans L. A. Greco et S. C. Hayes (dir.), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (p. 15-35). New Harbinger Publications.
- Parmar, A., Esser, K., Barreira, L., Miller, D., Morinis, L., Chong, Y.-Y., Smith, W., Major, N., Church, P., Cohen, E. et Orkin, J. (2021). Acceptance and commitment therapy for children with special health care needs and their parents: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), article 8205. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158205>
- Perepletchikova, F. (2017). Dialectical behaviour therapy for pre-adolescent children. Dans M. A. Swales (dir.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy* (p. 691-718). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198758723.013.25>

- Petersen, J. M., Zurita Ona, P. et Twhig, M. P. (2024). A review of acceptance and commitment therapy for adolescents: Developmental and contextual considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 31(1), 72-89. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.08.002>
- Rathus, J. H. et Miller, A. L. (2015). *DBT skills manual for adolescents*. Guilford Press.
- Rizvi, S. L., Bitran, A. M., Oshin, L. A., Yin, Q. et Ruork, A. K. (sous presse). The state of the science: Dialectical behavior therapy. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.02.006>
- Rowland, G., Hindman, E. et Hassmén, P. (2023). Do group mindfulness-based interventions improve emotion regulation in children? A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 32(5), 1294-1303. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02544-w>
- Saltzman, A. et Goldin, P. (2008). Mindfulness-based stress reduction for school-age children. Dans L. A. Greco et S. C. Hayes (dir.), *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents: A practitioner's guide* (p. 139-161). New Harbinger Publications.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. et Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Semple, R. J. et Lee, J. (2011). *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children: A manual for treating childhood anxiety*. New Harbinger Publications.
- Semple, R. J. et Lee, J. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for children. Dans R. A. Baer (dir.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (2^e éd., p. 161-188). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-416031-6.00008-6>
- Semple, R. J., Reid, E. F. G. et Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379-392. <https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.4.379>
- Snel, E. (2020). *Calme et attentif comme une grenouille* (2^e éd.). Les Arènes.
- Société canadienne de pédiatrie. (2024, 5 juin). *La santé mentale des enfants et des adolescents*. <https://cps.ca/fr/strategic-priorities/la-sante-mentale-des-enfants-et-des-adolescents>
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A. et Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.001>
- Turgeon, L., Denis, I., Parent, S. et Campeau, G. (2023). La thérapie cognitivo-comportementale : une approche théorique et pratique de plus en plus adaptée aux besoins des enfants et des adolescents. Dans L. Turgeon, I. Denis et S. Parent (dir.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 1 : troubles intériorisés* (2^e éd., p. 27-42). Presses de l'Université du Québec.
- Vekety, B., Kassai, R. et Takacs, Z. K. (2022). Mindfulness with children: A content analysis of evidence-based interventions from a developmental perspective. *Educational and Developmental Psychologist*, 39(2), 231-244. <https://doi.org/10.1080/20590776.2022.2081072>
- Wilson, A. (2023). *The behavior analyst's guide to working with parents: Acceptance and commitment training for effective parental collaboration in treatment*. New Harbinger Publications.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T. et Miller, L. (2015). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290-302. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0260-4>

Chapitre 09

- Aberastury, A. (2023). *Théorie et technique de la psychanalyse des enfants*. Césura. (Ouvrage original publié en 1963)
- Alvarez, A. et Phillips, A. (1998). The importance of play: A child psychotherapist's view. *Child Psychology & Psychiatry Review*, 3(3), 99-103. <https://doi.org/10.1017/S1360641798001579>
- Amar, N. (2004). Aperçus sur la genèse et le travail du jeu. *Revue française de psychanalyse*, 68(1), 95108. <https://doi.org/10.3917/rfp.681.0095>
- Anzieu, A., Anzieu-Premmereur, C. et Daymas, S. (2007). *Le jeu en psychothérapie de l'enfant*. Dunod.
- Asselin, A. et Terradas, M. M. (2021). Du plaisir des sens au plaisir du sens : évolution de la psychothérapie de l'enfant traumatisé. *Filigrane*, 30(2), 149-165. <https://doi.org/10.7202/1099779ar>
- Asselin, A., Terradas, M. M. et Legault-Dupuis, J. (s. d.). Evolution of children's play and trauma sequelae in the context of psychotherapy: Two single-case protocols. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* [document soumis pour publication].
- Berger, M. (2005). *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique* (2^e éd.). Dunod.
- Blake, P. (2021). *Child and adolescent psychotherapy: Making the conscious unconscious* (3^e éd.). Karnac.
- Blinder, C., Knobel, J. et Siquier, M. L. (2004). *Clínica psicoanalítica con niños*. Síntesis.
- Bossé, M. (2008). *Initiation à la pratique psychothérapeutique auprès de l'enfant*. Groupéditions.
- Chazan, S. et Cohen, E. (2010). Adaptive and defensive strategies in post-traumatic play of young children exposed to violent attacks. *Journal of Child Psychotherapy*, 36(2), 133151. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2010.495024>
- Chazan, S. E. (2005). *Profiles of play: Assessing and observing structure and process in play therapy* (2^e éd.). Jessica Kingsley Publishers.
- Chethik, M. (2000). *Techniques of child therapy: Psychodynamic strategies* (p. 95-103). The Guilford Press.

- Ferro, A. (2003). *L'enfant et le psychanalyste*. Érès.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Freud, S. (2010). *Au-delà du principe de plaisir* (traduit par J. Laplanche). Payot. (Ouvrage original publié en 1920)
- Gil, E. (2013). Children's self-initiated gradual exposure: The wonders of post-traumatic play and behavioral reenactments. Dans E. Gil (dir.), *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play* (p. 44-63). The Guilford Press.
- Greenspan, S. I. et Lieberman, A. F. (1994). Representational elaboration and differentiation: A clinical-quantitative approach to the clinical assessment of 2- to 4-year-olds. Dans A. Slade et D. P. Wolf (dir.), *Children at play: Clinical and developmental approaches to meaning and representation* (p. 3-32). Oxford University Press.
- Halfon, S., Çavdar, A., Orsucci, F., Schiepek, G. K., Andreassi, S., Giuliani, A. et de Felice, G. (2016). The non-linear trajectory of change in play profiles of three children in psychodynamic play therapy. *Frontiers in Psychology*, 7, article 1494. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01494>
- Hurry, A. (1998). *Psychoanalysis and developmental therapy*. Karnac.
- Kernberg, P. F. et Normandin, L. (2000). *Sexually abused children focused psychodynamic psychotherapy. Training session* [document inédit]. Université Laval.
- Klein, M. (1926). The psychological principles of early analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 8, 25-37.
- Klein, M. (1932). *The psychoanalysis of children*. Hogarth.
- Lafortune, D. (1997). *Quelques attitudes classiquement associées au cadre analytique* [document inédit]. Université de Montréal.
- O'Connor, K. (2002). The value and use of interpretation in play therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 523-528. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.6.523>
- Reyes, C. J. et Asbrand, J. P. (2005). A longitudinal study assessing trauma symptoms in sexually abused children engaged in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 25-47. <https://doi.org/10.1037/h0088901>
- Romano, H., Baubet, T., Moro, M. R. et Sturm, G. (2008). Le jeu chez l'enfant victime d'événements traumatiques. *Annales médico-psychologiques*, 166(9), 702-710. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.09.017>
- Russ, S. W. et Fehr, K. K. (2016). Use of pretend play to overcome anxiety in school-age children. Dans A. A. Drewes et C. E. Schaefer (dir.), *Play therapy in middle childhood* (p. 77-95). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14776-005>
- Schoonover, T. et Perryman, K. (2023). Child-centered play therapy and adverse childhood experiences: A single-case research design. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 9(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/23727810.2022.2138045>
- Slade, A. (1994). Making meaning and making believe: Their role in the clinical process. Dans A. Slade et D. P. Wolf (dir.), *Children at play: Clinical and developmental approaches to meaning and representation* (p. 81-110). Oxford University Press.
- Target, M., Slade, A., Cotrell, D., Fuggle, P. et Fonagy, P. (2005). Psychosocial therapies with children. Dans G. O. Gabbard, J. S. Beck et J. Holmes (dir.), *Oxford textbook of psychotherapy* (p. 341-352). Oxford University Press.
- Terr, L. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. Harper & Row Publishers.
- Terr, L. C. (1981). "Forbidden games": Post-traumatic child's play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(4), 741-760. <https://doi.org/10.1097/00004583-198102000-00006>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Terr, L. C. (2013). Treating childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 22(1), 51-66. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.08.003>
- Terradas, M. M. et Asselin, A. (2021). Change in the play of children who experienced early relational trauma: Theoretical and clinical reflections on psychodynamic intervention. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 20(3), 290-312. <https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1945729>
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V. et Drieu, D. (2020). Clinical assessment of prementalizing modes of psychic functioning in children and their parents in the context of trauma. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(1), 25-41. <https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1717186>
- Terradas, M. M., Poulin-Latulippe, D., Paradis, D. et Didier, O. (2021). Impact of early relational trauma on children's mentalizing capacity and play: A clinical illustration. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(1), article 100160. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100160>
- Wälder, R. (1933). The psychoanalytic theory of play. *The Psychoanalytic Quarterly*, 2(2), 208-224. <https://doi.org/10.1080/21674086.1933.11925173>
- Watson, M. W. (1994). The relation between anxiety and pretend play. Dans A. Slade et D. P. Wolf (dir.), *Children at play: Clinical and developmental approaches to meaning and representation* (p. 33-47). Oxford University Press.
- Winnicott, D. W. (1989). *L'enfant et le monde extérieur*. Gallimard. (Ouvrage original publié en 1957)
- Winnicott, D. W. (2002). *Jeu et réalité*. Gallimard. (Ouvrage original publié en 1971)
- Winnicott, D. W. (2018). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot. (Ouvrage original publié en 1958)

Chapitre 10

- Achim, J., Lebel, A. et Ensink, K. (2020). Qu'est-ce que mentaliser et comment se développe cette capacité ? Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (dir.), *Mentaliser en contexte pédo-psychiatrique : interventions thérapeutiques* (p. 31-54). De Boeck Supérieur.
- Achim, J. et Terradas, M. M. (2015). Le travail clinique en contexte pédo-psychiatrique : l'apport de la mentalisation à la pratique d'aujourd'hui. *Filigrane*, 24(2), 79-92. <https://doi.org/10.7202/1036532ar>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. G. (2005). *Coping with trauma: Hope through understanding* (2^e éd.). American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G., Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G., Lemma, A. et Fonagy, P. (2012). Trauma. Dans A. W. Bateman et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 419-444). American Psychiatric Publishing.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu editores.
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 595-613. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835170>
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (dir.). (2012a). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. W. et Fonagy, P. (2012b). Individual techniques of the basic model. Dans A. W. Bateman et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 67-80). American Psychiatric Publishing.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Karnac Books.
- Bion, W. R. (1996). *Cogitaciones* (traduit par R. P. Pérez). Editorial Promolibro. (Ouvrage original publié en 1962)
- Bleiberg, E., Rossouw, T. et Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. Dans A. W. Bateman et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (p. 463-509). American Psychiatric Publishing.
- Bretherton, I., Ridgeway, D. et Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. Dans M. T. Greenberg, D. Cicchetti et E. M. Cummings (dir.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (p. 273-308). University of Chicago Press.
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing makes parenting work: A review about parental reflective functioning and clinical interventions to improve it. *Frontiers in Psychology*, 8, article 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00014>
- Clerk, G. (2000). Cinquante ans (1945-1995) de pratique psychanalytique avec des enfants : réflexions et questionnements. *Filigrane*, 9(2), 6-19. https://spip.telug.ca/filigrane/squelettes/docs/vol9_no2_automne/2_CLERK.pdf
- Domon-Archambault, V. et Terradas, M. M. (2015). Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants en situation d'hébergement. *Revue québécoise de psychologie*, 36(2), 229-262.
- Domon-Archambault, V., Terradas, M. M., Drieu, D., De Fleurian, A., Achim, J., Poulain, S. et Jerrar-Oulidi, J. (2020). Mentalization-based training program for child care workers in residential settings. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(3), 239-248. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00269-x>
- Domon-Archambault, V., Terradas, M. M., Drieu, D. et Mikic, N. (2020). Mentalization-based interventions in child psychiatry and Youth Protection Services II: A model founded on the child's prementalizing mode of psychic functioning. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(3), 321-334. <https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1799476>
- Duparc, F. (1998). *L'élaboration en psychanalyse*. L'Esprit du temps.
- Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L. et Fonagy, P. (2016). Maternal and child reflective functioning in the context of child sexual abuse: Pathways to depression and externalising difficulties. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), article 30611. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30611>
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S. et Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the child reflective functioning scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203-217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>
- Ensink, K., Target, M., Oandasan, C. et Duval, J. (2015). *Child and Adolescent Reflective Functioning Scale (CRFS) Scoring Manual - for application with the Child Attachment Interview (CAI) (Age range 8-17 years)* [document inédit]. Université Laval.
- Fonagy, P. et Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Routledge.
- Fonagy, P., Gergely, G. et Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>

- Fonagy, P. et Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P. et Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233.
- Fonagy, P. et Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(5), 853-873. <https://doi.org/10.1516/0020757001600165>
- Fonagy, P. et Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333-343. <https://doi.org/10.1080/14616730500269278>
- Fonagy, P. et Target, M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 917-937. <https://doi.org/10.1516/4774-6173-241T-7225>
- Fournier, S., Terradas, M. M., Achim, J. et Guillemette, R. (2020). Représentations d'attachement et capacité de mentalisation d'enfants d'âge scolaire en contexte de protection de l'enfance : une étude préliminaire. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), article 100092. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.12.002>
- Fournier, S., Terradas, M. M. et Guillemette, R. (2019). Traumas relationnels précoces, représentations d'attachement et mentalisation chez l'enfant : mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 431-451. <https://doi.org/10.3917/psyse.622.0431>
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión* (traduit par J. L. Etcheverry). Amorrortu editores.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(2), 113-131. <https://doi.org/10.1521/bumc.67.2.113.23443>
- Green, A. (1987). *La metapsicología revisitada*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Halfon, S. et Bulut, P. (2019). Mentalization and the growth of symbolic play and affect regulation in psychodynamic therapy for children with behavioral problems. *Psychotherapy Research*, 29(5), 666-678. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393577>
- Hoffman, L. (2015). Mentalization, emotion regulation, countertransference. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(3), 258-271. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1064258>
- Humfress, H., O'Connor, T. G., Slaughter, J., Target, M. et Fonagy, P. (2002). General and relationship-specific models of social cognition: Explaining the overlap and discrepancies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 873-883. https://doi.org/10.1111/1469-7610.0013_7
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3-4), 193-209. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0193>
- Lanza Castelli, G. et Bouchard, M.-A. (2014). Dos modelos de la mentalización. Concordancias, diferencias y complementariedades. *Aperturas Psicoanalíticas*, (48). <https://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=869>
- Lebel, A. (2020). Intervenir auprès des parents : soutenir la capacité à penser son enfant. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (dir.), *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique : interventions thérapeutiques* (p. 91-113). De Boeck Supérieur.
- Lebel, A., Achim, J. et Ensink, K. (2020). Évaluer la capacité à mentaliser de l'enfant et des parents : comprendre pour traiter. Dans J. Achim, A. Lebel et K. Ensink (dir.), *Mentaliser en contexte pédopsychiatrique : interventions thérapeutiques* (p. 55-89). De Boeck Supérieur.
- Lecours, S. (2007). Supportive interventions and nonsymbolic mental functioning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 895-915. <https://doi.org/10.1516/U7GK-3G8H-1532-2152>
- Leroux, J. et Terradas, M. M. (2013). Fonction réflexive parentale et trouble réactionnel de l'attachement : perspectives théoriques. *La psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 293-315. <https://doi.org/10.3917/psyse.561.0293>
- Marty, P. (1990). *La psicología del adulto*. Amorrortu editores.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Laboratoires Delagrave.
- Marty, P., de M'Uzan, M. et David, C. (1963). *La investigación psicopatológica: siete observaciones clínicas*. Editorial Luis Miracle.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. et Muller, N. (2017). *Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000028-000>
- Midgley, N., Sprecher, E. A. et Sleed, M. (2021). Mentalization-based interventions for children aged 6-12 and their carers: A narrative systematic review. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 20(2), 169-189. <https://doi.org/10.1080/15289168.2021.1915654>
- Rowny, K. L. (2018). *Developmentally-anchored considerations for youth with a history of foster care: A clinical resource guide clarifying key elements of mentalization and mentalization-based treatment* [thèse de doctorat, The Wright Institute]. ProQuest. <https://search.proquest.com/openview/b342ec2884e4f94ac90bdf292e3f1532>
- Scarfone, D. (2013). From traces to signs: Presenting and representing. Dans H. B. Levine, G. S. Reed et D. Scarfone (dir.), *Unrepresented states and the construction of meaning. Clinical and theoretical contributions* (p. 75-94). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429484612-4>
- Sharp, C. et Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x>
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Datta, A. et Fonagy, P. (2011). *Child Attachment Interview (CAI) coding and classification manual. Version VI*. University College London.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255-262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Sossin, K. M. (2015). A movement-informed mentalization lens applied to psychodynamic psychotherapy of children and adolescents with high functioning autism spectrum disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(3), 294-310. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1066630>
- Target, M. et Fonagy, P. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 459-479.
- Target, M., Fonagy, P., Shmueli-Goetz, Y., Datta, A. et Schneider, T. (1998). *The Child Attachment Interview (CAI) protocol, revised edition VI* [document inédit]. University College London.
- Taylor, G. J. et Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61(1), 99-133. <https://doi.org/10.1177/0003065112474066>
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., Achim, J. et Ensink, K. (2016). Évaluations et interventions en pédopsychiatrie : contribution de la mentalisation et de ses précurseurs à la pratique. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 135-157. <https://doi.org/10.7202/1040164ar>
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V. et Drieu, D. (2020). Clinical assessment of prementalizing modes of psychic functioning in children and their parents in the context of trauma. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(1), 25-41. <https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1717186>
- Terradas, M. M., Domon-Archambault, V., Sénécal, I., Drieu, D. et Mikic, N. (2020). Mentalization-based interventions in child psychiatry and Youth Protection Services I: Objectives, setting, general principles and strategies. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 19(3), 303-320. <https://doi.org/10.1080/15289168.2020.1799311>
- Tessier, V. P., Normandin, L., Ensink, K. et Fonagy, P. (2016). Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(1), 60-79. <https://doi.org/10.1521/bumc.2016.80.1.60>
- Verfaillie, M. (2016). *Mentalizing in arts therapies*. Karnac Books.
- Verheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J. et Schmeets, M. G. J. (dir.). (2008). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. Karnac Books.
- Vliegen, N., Tang, E., Midgley, N., Luyten, P. et Fonagy, P. (2023). *Therapeutic work for children with complex trauma: A three-track psychodynamic approach*. Routledge.
- Vygotsky, L. S. (1966). Development of higher mental functions. Dans A. N. Leontiev, A. R. Luria et A. Smirnov (dir.), *Psychological research in the USSR*. Progress Publishers. (Ouvrage original publié en 1931)
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1986). The theory of the parent-infant relationship. Dans P. Buckley (dir.), *Essential papers on object relations* (p. 233-253). New York University Press.
- Zeegers, M. A. J., Colonnese, C., Stams, G.-J. J. M. et Meins, E. (2017). Mind matters: A meta-analysis on parental mentalization and sensitivity as predictors of infant-parent attachment. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1245-1272. <https://doi.org/10.1037/bul0000114>



La principale mission de
l'Ordre des psychologues du Québec
est la protection du public.

Pour ce faire, l'Ordre s'assure de la qualité
des services offerts par les membres, favorise
le développement de la profession et défend
l'accessibilité aux services psychologiques.

CRÉDITS

Rédactrice en chef

D^{re} Salima Mamodhoussen, M. Ps., Ph. D., psychologue

Rédactrice en chef adjointe

D^{re} Véronique Parent, D. Psy., psychologue

Comité scientifique

Annie Bernier, Ph. D. (psychologie clinique et du développement)

D^{re} Isabelle Denis, M. Ps., Psy. D./Ph. D., psychologue

D^r Nate O. Fuks, Ph. D., psychologue

D^{re} Maryse Lassonde, Ph. D., psychologue, neuropsychologue

D^{re} Anne-Marie Nader, Psy. D./Ph. D., psychologue, neuropsychologue

D^r Miguel M. Terradas, M. Ps., Ph. D., psychologue

Comité de révision interne

D^r William Aubé, Ph. D., psychologue, neuropsychologue

D^r Yves Martineau, M. Ps., D. Ps., psychologue, neuropsychologue

Conception graphique

Isabelle Toussaint

Révision linguistique

Tradëm

Photos

Page couverture (à gauche) :

Nature Uninterrupted Photography – Unsplash

Page couverture (à droite) :

Tim Mossholder – Unsplash

Page 1 :

Christine Grou : Martin Girard (Shoot Studio)

Salima Mamodhoussen : Louis-Étienne Doré

Page 75 :

Chirag Saini – Unsplash

Page 95 :

Kristine Cinate – Unsplash

Impression

Numérix

Ce document a été réalisé par la
Direction des communications de
l'Ordre des psychologues du Québec.

