
Chapitre 15

Le double diagnostic chez les enfants

William Mahoney

Objectifs d'apprentissage

Le lecteur sera en mesure de :

1. Identifier les facteurs spécifiques contribuant aux problèmes émotionnels et de comportement des enfants et des jeunes affectés d'une déficience de développement.
2. Décrire les manifestations des troubles émotionnels à divers âges et à diverses étapes du développement.
3. Discuter des diverses approches de traitement et des troubles émotionnels et de comportement des enfants et des jeunes affectés d'une déficience de développement.

Introduction

Matthieu est un garçon de 6 ans affecté du syndrome de Down. Ses parents et le personnel scolaire sont préoccupés parce qu'il est très actif et impulsif, et résistant aux stratégies appropriées de gestion des comportements malgré le soutien scolaire apporté par un assistant d'enseignement. La famille a accepté la mise en œuvre des recommandations de l'équipe de gestion comportementale. Ils demandent s'il existe d'autres types d'intervention qui pourraient aider, parce que le comportement de Matthieu interfère significativement avec ses interactions sociales. Ils se demandent s'il est

possible pour un enfant affecté du syndrome de Down d'avoir également un problème d'attention.

Par comparaison à la population adulte, on observe chez les enfants plusieurs problèmes émotionnels et de comportement dont les caractéristiques de fréquence, de déroulement et de manifestation sont différentes. De même, les systèmes de prestation de services aux enfants peuvent avoir des liens distincts avec diverses ressources. Les problèmes et contraintes reliés à l'éducation et à l'évolution familiale sont des facteurs dynamiques et changeants, qu'il faut prendre en compte et qui nécessitent une collaboration aux niveaux de l'évaluation et de l'intervention auprès des enfants potentiellement à double diagnostic.

On constate des problèmes significatifs de comportement et émotionnels chez environ 15 % des enfants et jeunes sans déficience de développement (Cadman, Boyle, Szatmari & Offord, 1987). Lorsqu'on a noté ce chiffre élevé en Ontario au début des années 1980, seulement 15 % des enfants manifestant des problèmes significatifs avaient bénéficié de services à cet égard. Même si en général la fréquence des problèmes est relativement constante durant toutes les années de l'enfance, les types de problèmes changent à mesure que les enfants grandissent et atteignent l'adolescence. Les comportements perturbateurs sont plus prévalents chez les jeunes enfants, et on les observe plus fréquemment chez les garçons. À l'adolescence, des troubles émotionnels comme l'anxiété et la dépression deviennent plus fréquents, et ils affectent les filles plus que les garçons. La même étude indique que les enfants qui souffrent de troubles chroniques et de certaines formes de déficience manifestent une fréquence de problèmes émotionnels ou comportementaux trois fois plus élevée que les enfants non atteints de déficience. Dans une autre étude, on a noté que 41 % des enfants de 4 à 18 ans avec déficience de développement manifestaient également de sérieux problèmes émotionnels et de comportement (Einfeld & Tonge, 1996). Il est parfaitement clair que les professionnels qui interviennent auprès des enfants et adolescents affectés d'une déficience de développement, auront

inévitablement des contacts avec certains enfants manifestant des problèmes significatifs, émotionnels et de comportement.

Qu'est-ce qu'un comportement « normal »?

On s'attend à ce que beaucoup, sinon la plupart, des jeunes enfants manifestent certains comportements difficiles en présence des parents et d'autres personnes qui s'occupent d'eux. On observe relativement fréquemment des comportements de recherche d'attention, de refus d'obéir aux consignes, règles, directives, etc., de colère et d'agression. Certaines techniques et stratégies – comme l'emploi d'approches positives pour la modification des comportements, la définition de limites, la communication de messages cohérents – sont utiles pour l'éducation de tous les enfants. Les initiatives communautaires de développement des compétences des parents et de formation des personnes qui s'occupent de tous les enfants représentent des investissements significatifs qui permettent d'agir sur des problèmes évidents et qui permettent à des services spécialisés d'intervenir à temps dans les situations complexes.

Par conséquent, l'étude des cas de double diagnostic chez les enfants couvre un champ qui s'étend des questions mineures et ordinaires jusqu'aux problèmes extrêmement complexes. D'une manière similaire, pour satisfaire les besoins individuels, la palette de services disponibles pour le traitement des problèmes de comportement et émotionnels des enfants manifestant des problèmes de développement devra être tout aussi étendue.

Besoins et questions d'ordre familial

Les parents connaissent une grande variété d'émotions lorsqu'on les informe de la situation de leur enfant. Une approche de soutien centrée sur la famille peut considérablement aider les parents à accepter autant que possible, les implications des problèmes qui pourraient persister brièvement ou durant de longues périodes (King, Rosenbaum & King, 1996). Durant la première et la

seconde enfance, les stratégies centrées sur l'attachement, qui communiquent aux parents autant d'information que possible et d'une manière qui leur permet de l'assimiler, sont des investissements dans la prévention de problèmes ultérieurs.

Lorsque les enfants grandissent, les parents craignent souvent que le comportement de leur enfant soit un reflet de leurs compétences de parent (ou manque de compétence). La présence d'un système de soins et traitement qui leur permet d'exprimer leurs préoccupations et leurs frustrations, sans qu'ils aient l'impression d'être un important facteur contributif, leur permettra de développer la confiance nécessaire dans leurs propres aptitudes de résolution des problèmes face aux comportements difficiles et de développer des relations positives avec les services de soutien.

Questions afférentes à l'évaluation et au diagnostic

Lorsque le problème ou l'état de l'enfant est suffisamment sérieux pour susciter une dégradation significative, on recherche souvent un diagnostic de « trouble ». Les approches actuellement utilisées pour la classification des comportements et problèmes émotionnels des enfants font intervenir une terminologie particulière basée sur les manuels et outils actuellement utilisés. Le terme « trouble » est utilisé lorsque les symptômes de l'enfant correspondent aux critères de diagnostic d'une entité mentionnée dans le manuel DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4e édition, 1994, publié par l'American Psychiatric Association). Les critères concernant les divers troubles sont extraits de ce manuel. Pour qu'un diagnostic soit formulé, il faut d'abord qu'un professionnel qualifié procède à une évaluation. En Ontario, il s'agira d'un médecin généraliste ou d'un psychologue. L'emploi d'expressions comme « trouble de déficit de l'attention/hyperactivité » ou « trouble obsessionnel-compulsif » implique qu'un processus de diagnostic a eu lieu. Les statistiques mentionnées ci-dessus concernant la prévalence des problèmes significatifs de comportement ou émotionnels sont représentatives des troubles qui ont été effectivement constatés chez des enfants et adolescents.

La frontière entre « problème » et « trouble » est diffuse. Il est difficile de répondre clairement ou rapidement à des questions comme « Quand le comportement d'activité devient-il un comportement d'hyperactivité? » ou « Les habitudes représentent-elles une action compulsive? », à l'égard des enfants qui ne sont pas affectés d'une déficience de développement. Cette réalité suggère que la mise en œuvre des stratégies qui peuvent permettre la modification des comportements lorsqu'ils deviennent problématiques, le suivi des résultats obtenus et la recherche d'assistance et de services d'évaluation lorsque les problèmes empirent ou continuent à entraver significativement le fonctionnement du sujet, sont des modes d'action très appropriés.

L'approche de la classification

Sophie est une fillette de 6 ans; elle ne s'exprime pas verbalement. Le matin lorsqu'elle doit s'habiller pour aller à l'école, elle est très en colère, elle hurle sans arrêt et elle frappe sa mère. Elle manifeste ce type de comportement depuis environ un mois.

Une autre approche de l'examen des problèmes émotionnels et de comportement des enfants consiste à les classer en termes d'internalisation ou d'externalisation. Les problèmes d'internalisation suscitent des symptômes qui affectent l'esprit de la personne, comme l'anxiété, la tristesse ou la dépression. Les problèmes d'externalisation correspondent à des comportements plus révélateurs, comme l'agression, l'argumentation ou la défiance. Les interventions appropriées sont différentes pour les problèmes d'internalisation et les problèmes d'externalisation. Une intervention de conseil ou de thérapie individuelle peut aider un enfant triste, tandis qu'une intervention de modification du comportement peut permettre de réduire les manifestations d'agression.

Depuis le développement de la classification des problèmes émotionnels/de comportement, il est apparu que chez beaucoup d'enfants deux types de problèmes peuvent se manifester simultanément. Le terme qui décrit ce phénomène est « comorbidité ».

De même, un problème peut conduire à un autre. Par exemple, Sophie fait des colères agressives le matin. Elle est peut-être très anxieuse à l'égard de son trajet vers l'école en autobus, ou au sujet de quelque chose dans son programme éducatif. L'anxiété, problème d'internalisation, suscite un comportement agressif, problème d'externalisation. L'intervention la plus appropriée serait de réduire l'anxiété et éventuellement de modifier certaines parties de son programme académique. De plus, il serait utile d'enseigner à Sophie d'autres moyens d'exprimer sa frustration, pour éviter une réapparition de ses comportements indésirables dans d'autres circonstances de frustration. Cette situation illustre la complexité de l'intervention auprès des sujets à double diagnostic et souligne le besoin d'une évaluation prudente des multiples facteurs lorsqu'on doit choisir un programme d'intervention.

Il existe une étroite relation entre le comportement et les attentes des membres de l'entourage de l'enfant. Il est important de bien apprécier le niveau de développement de l'enfant pour pouvoir juger adéquatement et déterminer si on observe un comportement attendu d'un enfant au niveau de fonctionnement observé, ou s'il s'agit d'un comportement clairement atypique. Même si le comportement correspond au niveau de développement de l'enfant, il peut interférer avec son succès dans un environnement particulier, et par conséquent certaines modifications pourraient être nécessaires.

Il est également utile de bien comprendre les forces et faiblesses spécifiques du développement de l'enfant. Très fréquemment, les sujets à double diagnostic ont des difficultés d'utilisation du langage. Les adultes utilisent le langage pour communiquer des instructions et formuler des demandes, et ils s'attendent fréquemment à ce que l'enfant communique en retour en s'adressant directement à eux. C'est souvent une source de frustration et de préoccupation. Les enfants qui ont des difficultés à communiquer verbalement peuvent exprimer leur frustration par des comportements comme de l'irritabilité, de l'agression, de la colère et un renfermement à l'égard de la situation. Si l'environnement persiste à être extrêmement exigeant ou si un niveau de frustration élevé

persiste durant une période prolongée, des comportements mal adaptés et difficiles à changer peuvent s'établir, même après une amélioration des capacités de communication.

Les prestataires de services envisagent souvent la possibilité d'un problème d'attention additionnel significatif. Un enfant qui manifeste des faiblesses dans des domaines spécifiques, comme la motricité fine, n'accordera que peu d'attention aux activités nécessitant une motricité fine, ce que reflétera une tendance naturelle à éviter les activités difficiles. Même si dans cette situation la question soulevée concerne la capacité d'attention, la stratégie essentielle consisterait à modifier la tâche ou l'approche de l'enseignant ou d'un autre intervenant, pour que l'enfant puisse participer durant des périodes dont la durée augmente graduellement.

L'atteinte de certains jalons de développement suscite un sentiment de succès ainsi que de nouveaux défis. Par exemple, les parents des enfants d'environ un an se concentrent sur le développement d'aptitudes comme la capacité à marcher. Lorsque cet objectif est réalisé, chacun a un sentiment de fierté, mais l'enfant est maintenant capable de courir et d'escalader, et de s'échapper beaucoup plus rapidement de l'espace surveillé par ses parents. Ceci nécessitera la mise en œuvre de nouvelles stratégies pour la protection de l'enfant contre les dangers auxquels il pourrait maintenant s'exposer. Comme un enfant n'a généralement pas une bonne notion du danger, l'intervention recommandée consisterait en la recherche et la désactivation des sources de danger.

Questions biologiques

Les facteurs biologiques associés aux déficiences de développement peuvent être identifiés à la naissance, durant la première enfance, ou à l'occasion d'une intervention d'évaluation et de recherche des causes d'un retard de développement. Certains comportements et styles de personnalité sont fréquemment associés à certaines situations. On pense maintenant que certains troubles génétiques comme le syndrome de Williams ou le syndrome

du chromosome X fragile suscitent des comportements à base neurologique associés à un diagnostic génétique spécifique (phénotype comportemental). On présente à la table 1 quelques exemples de syndromes ou problèmes, avec les comportements qui leur sont fréquemment associés et les implications pour l'élaboration de stratégies palliatives.

On sait également que les dommages subis par certaines parties du système nerveux peuvent être associés à des comportements spécifiques. Par exemple, une lésion de l'hémisphère droit du cerveau peut susciter des problèmes spécifiques d'analyse et d'interprétation du langage corporel. Une lésion du lobe frontal du cerveau peut être associée à des comportements très impulsifs.

Cette information de base joue un rôle très important lorsqu'un professionnel ou un autre intervenant recherche les causes d'un comportement problématique spécifique et doit choisir des stratégies qui permettraient de modifier le comportement.

Troubles psychiatriques spécifiques

Les critères utilisés pour la formulation du diagnostic d'un trouble spécifique sont les mêmes pour les enfants et les adultes, en ce qui concerne les troubles émotionnels et d'internalisation comme l'anxiété et la dépression. Les sujets présentant une déficience développementale peuvent manifester leurs émotions par des comportements francs. Cependant, il peut être plus difficile de faire le tri des problèmes, car un sujet peut ne pas avoir établi un type de comportement stable à partir duquel un changement visible du comportement conduirait l'intervenant à suspecter un problème émotionnel spécifique, significatif. Par conséquent, il peut être important de suspecter un problème nouveau ou additionnel lorsque les interventions usuelles et le programme de développement approprié n'ont pas produit les résultats escomptés.

Dans la section suivante, nous traiterons des problèmes pour lesquels un diagnostic est habituellement formulé durant l'enfance.

Table 1 - Exemples de syndromes et problèmes de comportement

Problème	Caractéristiques comportementales communes	Problèmes de développement	Implications et interventions
Syndrome de Down	Comportement d'externalisation, incluant le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (25 %) Autisme plus fréquent (7 %) Évitement des tâches	Difficulté spécifique de prononciation	Besoin de soutien comportemental pour les parents dès qu'il est demandé Une évaluation pour la recherche de troubles psychiatrique peut être nécessaire
Syndrome du chromosome X fragile	Jusqu'à 80 % de trouble de déficit de l'attention/hyperactivité Une sur-stimulation peut conduire à l'agression Évitement du regard et comportement répétitif Timidité et anxiété en situations sociales Morsure des mains Filles – anxiété et évitement social	Retards dans l'acquisition des aptitudes motrices et verbales Problèmes de prononciation et de conversation	L'intervention doit tenir compte de l'anxiété Traitement pour le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité
Syndrome de Prader-Willi	Forces en perception et organisation visuelle 50 % éclats comportementaux Anxiété Excoriation de la peau	Problèmes de coordination et de motricité Problèmes d'articulation Faiblesses du traitement auditif	Stratégies de réduction de l'anxiété et prévention de problèmes de comportement
Syndrome de Klinefelter	Renfermement social durant la pré-adolescence Contrôle impulsif et excès d'assurance durant l'adolescence	Retard de l'apprentissage de la parole et du langage Problèmes de traitement auditif, problèmes de lecture et d'orthographe	Intervention directe sur les problèmes d'apprentissage Un traitement hormonal peut être nécessaire à l'adolescence
Syndrome de Williams	Problèmes d'attention, d'anxiété; problèmes d'alimentation et de sommeil; très bonne perception des sentiments des autres	Aptitudes de motricité plus faibles que pour le langage	L'intervention doit tenir compte de l'anxiété
Sclérose tubéreuse	Hyperactivité Autisme fréquent (jusqu'à 50 % des cas) Perturbations du sommeil	Difficultés de contrôle des crises épileptiques	Les anticonvulsivants peuvent affecter leur comportement
Syndrome d'Angelman	Attention médiocre Épisodes d'éclats de rire	Langage expressif limité	Stratégies comportementales pour l'amélioration de l'attention Techniques de communication substitutives

Troubles envahissants du développement

Les troubles envahissants du développement sont caractérisés par des problèmes significatifs dans trois domaines principaux :

1. la communication verbale et non-verbale
2. l'interaction sociale réciproque
3. les intérêts restreints, les préoccupations, les fascinations et comportements répétitifs.

Le trouble se met en place typiquement avant l'âge de 2 - 2 ½ ans, mais il se manifeste rarement chez un enfant plus âgé qui a eu un développement normal jusqu'à ce point. La catégorie « troubles envahissants du développement » inclut l'autisme, le trouble de Rett, le trouble de désintégration de l'enfance et le trouble d'Asperger. Chacun de ces troubles se manifeste d'une manière différente.

Le diagnostic d'autisme implique que le sujet présente des problèmes significatifs dans les trois domaines principaux; on parle d'autisme atypique lorsqu'il n'y a pas de difficulté dans l'un des domaines principaux ou si le développement du trouble est inhabituel. Le syndrome de Rett n'atteint que les filles et il est associé à des facteurs comme le développement insuffisant de la tête, des crises épileptiques et la détérioration des aptitudes de motricité. Le trouble d'Asperger se manifeste chez les enfants qui ont eu des résultats relativement normaux en termes de développement de l'intelligence et du langage. Lorsqu'on pense qu'un enfant est atteint d'un trouble de développement profond, sans identification possible du sous-type, on utilise les expressions « troubles envahissants du développement non spécifié » (PDD NOS en anglais).

On présente à la table 2 les domaines fonctionnels évalués pour la formulation d'un diagnostic :

Table 2 – Critères de l'autisme

Pour la liste complète des catégories de diagnostic de l'autisme, voir le manuel DSM-IV (APA, 1994, pp.84-85).

Déficiences au niveau des interactions sociales *La déficience est telle qu'il n'y a pas de développement des interactions sociales et émotionnelles typiques, ni d'engagement avec les enfants du même âge. Le sujet tend à être non-verbal d'une manière particulière en ce qui concerne les expressions faciales, les mouvements du corps et les gestes, et les contacts oculaires.*

Déficiences au niveau des communications verbales et non-verbales *La conversation est retardée ou manquante, ou caractérisée par un langage stéréotypé, répétitif ou idiosyncratique. Il y a peu de comportement de jeu typique du développement.*

Problèmes avec les activités, intérêts et comportements stéréotypés, répétitifs et restreints *On observe typiquement une préoccupation et une inflexibilité à l'égard du changement.*

Environ 80 % des enfants autistes manifestent également un retard significatif, qui peut être très sévère, au niveau des aptitudes cognitives. On ne peut dire clairement quelle est la proportion des enfants affectés par les autres types de troubles qui manifestent également un retard significatif, car la définition de ces sous-types est relativement récente. Il est important de souligner le fait que le retard et les troubles envahissants du développement sont deux problèmes distincts qui nécessitent un plan d'intervention. Dans ce chapitre, nous ne traitons pas spécifiquement du traitement des troubles envahissants du développement. Diverses stratégies et des interventions plus intensives seront nécessaires dans les cas de coexistence des troubles envahissants du développement et d'un retard de développement significatif. L'âge des enfants lors du diagnostic de « troubles envahissants du développement » a diminué lorsque les recherches ont suggéré que l'autisme présent à l'âge de 2 ans persistera durant la petite enfance. Il peut y avoir un

déroulement plus positif chez les enfants qui répondent à certains critères (mais pas tous) dans le jeune âge (Lord, 1995).

Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

Il a été assez bien établi que le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité se manifeste chez au moins 4 % des enfants (Landgren, Pettersson, Kjellman & Gillberg, 1996; Wolraich, Hannah, Baumgaertel, & Feurer, 1998; Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel & Brown, 1996). La fréquence est plus élevée chez les sujets à double diagnostic, particulièrement en cas de coexistence avec certaines entités spécifiques comme le syndrome du chromosome X fragile. Il est difficile de formuler un diagnostic définitif chez les enfants d'âge préscolaire qui manifestent un comportement actif, une frustration durant les communications et des difficultés à se conformer aux règles, symptômes très communs qu'on observe souvent simultanément chez le même enfant. La structure et la routine de beaucoup d'écoles maternelles et la formation et les connaissances des enseignants de ces établissements procurent un environnement de soutien favorable pour beaucoup d'enfants qui manifestent des faiblesses au niveau de l'attention. Souvent les problèmes se cristallisent lors de l'entrée de l'enfant dans le système scolaire.

On pense que le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité est causé par des différences au niveau des fonctions cérébrales responsables de l'attention, de l'inhibition des impulsions et de l'inhibition de l'activité motrice. Les connaissances actuelles suggèrent que ces caractéristiques peuvent être génétiques. On observe souvent également le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité chez les enfants qui ont subi avant ou après la naissance une lésion cérébrale qui a endommagé le lobe frontal.

Il pourrait y avoir trois sous-types du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité : (1) le type avec inattention prédominante, (2) le type avec hyperactivité-impulsivité prédominante, et (3) le type mixte. Il est préférable lors du diagnostic de veiller à

identifier les autres facteurs qui peuvent contribuer aux comportements, à l'aide d'échelles d'évaluation comportementale qui quantifient ces traits de comportement, pour bien vérifier que l'enfant répond aux critères du diagnostic; on pourra ensuite mettre en œuvre les interventions comportementales appropriées pour modifier le comportement perturbateur.

On présente à la table 3 les domaines à évaluer pour un diagnostic. Il est important que l'enfant manifeste les symptômes intensément ou très souvent. Si les symptômes ne sont présents que de temps à autre, trop d'enfants seront diagnostiqués.

Table 3 – Critères diagnostiques du Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité

(Pour la liste complète des critères, voir le manuel DSM-IV (APA, 1994, pp. 100-101).

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité inclut 2 sous-types principaux : principalement l'inattention, et principalement l'hyperactivité/impulsivité

Le trouble doit apparaître avant l'âge de 7 ans et se manifester dans plus d'un environnement. Il doit se manifester suffisamment pour dégrader significativement la performance du sujet au niveau social ou scolaire, ou au travail.

Inattention Ceci inclut la manifestation fréquente de divers symptômes comme la distraction, la difficulté d'organisation ou de mémorisation des activités quotidiennes, la perte d'objets, l'incapacité à maintenir l'attention, à écouter ou à terminer des tâches.

Hyperactivité Ceci inclut l'agitation, la suractivité et l'impatience/nervosité, l'impulsivité (ne pas attendre son tour), l'interruption ou l'intrusion, et la difficulté à s'adonner à une activité tranquille.

Dans au moins 30 % des cas on constate la présence d'un autre trouble psychiatrique conjointement avec le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (August, Realmuto, MacDonald, Nugent & Crosby, 1996).

Autres troubles

Trouble oppositionnel avec provocation

On présente à la table 4 un sommaire des comportements manifestés par les enfants affectés du trouble oppositionnel avec provocation. Ce terme décrit les enfants qui manifestent fréquemment de la colère, une tendance à l'argumentation et une frustration à l'égard des prestataires des soins et services. On pense que des facteurs environnementaux contribuent à un comportement oppositionnel plus fréquemment qu'à un comportement relié au trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. On considère généralement que beaucoup de ces comportements sont inclus dans le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, mais il est important de les examiner séparément parce que l'approche du traitement sera différente.

Table 4 – Critères diagnostiques du trouble oppositionnel avec provocation

(Pour la liste complète des critères, voir le manuel DSM-IV (APA, 1994, pp. 111-112).

Trouble oppositionnel avec provocation *On observe typiquement de fréquents éclats de colère, d'énerverment, d'argumentation, de non-respect des directives, défiance et ressentiment.*

On doit observer fréquemment plusieurs des comportements durant une période de 6 mois; l'ampleur/intensité des comportements doit être telle qu'ils entravent significativement le fonctionnement du sujet.

Il ne faut pas que les comportements soient reliés à un trouble de l'humeur ou de la conduite.

Comportement obsessionnel

Les sujets présentant des déficiences de développement de tous types manifestent fréquemment des préoccupations, une fascination et des comportements répétitifs. Qu'un enfant soit affecté de troubles envahissants du développement ou pas, on demande souvent aux professionnels de se préoccuper de ces comportements, particulièrement lorsqu'ils ont persisté durant une longue période ou s'ils produisent des interférences avec d'autres activités attendues. Certains adultes peuvent utiliser les comportements répétitifs de l'enfant comme un baromètre de l'état de l'enfant, et interpréter leur réduction comme un indice d'amélioration. Il y a encore de la controverse à l'égard des mécanismes de ces comportements et au sujet du bien-fondé d'une tentative de modification par intervention directe.

Il est possible que le trouble obsessionnel-compulsif apparaisse durant l'enfance. Il se manifeste par des symptômes comme des pensées obsessionnelles perturbantes qui suscitent un niveau significatif d'anxiété et de stress, des tentatives de suppression de ces pensées et la reconnaissance par le sujet que ses pensées sont les produits de son propre esprit. Les comportements compulsifs correspondent à des actions que le sujet se sent obligé d'exécuter, et leur objet est la prévention ou la réduction du stress. Les symptômes suscitent des difficultés significatives. Comme les sujets présentant une déficience de développement peuvent ne pas posséder les aptitudes verbales qui leur permettraient de décrire leurs pensées, il est extrêmement difficile de définir clairement les mécanismes sous-jacents de ces comportements. Cependant, une définition peut être importante pour le choix des modes d'intervention les plus appropriés (AACAP, 1998).

Intervention et traitement

En cas de préoccupation au sujet d'un comportement ou trouble émotionnel, le premier point consiste à définir l'importance de l'intervention. Par exemple, même si un enfant a tendance à être

anxieux (et lorsqu'il est très anxieux, il peut faire une colère), si les personnes qui s'en occupent possèdent les aptitudes qui leur permettraient de reconnaître les signes d'anxiété et de réduire le stress, il se peut qu'aucune intervention directe ne soit nécessaire. Ceci illustre également un principe important de l'intervention : la prévention. Il peut être tout à fait approprié de convenir qu'un certain comportement ne nécessite pas une intervention directe à un point donné, tandis qu'une stratégie portant sur un groupe ou une famille peut en fait prévenir, réduire ou éliminer des comportements néfastes qui peuvent avoir une base émotionnelle. Exemple de stratégie de groupe : résolution de conflit dans une cour d'école par la médiation d'autres enfants, ce qui peut réduire l'agressivité dans la cour d'école ainsi que l'adoption du modèle d'agression par d'autres enfants, dont l'enfant anxieux à déficience développementale.

L'approche globale de l'intervention consiste à considérer un système à niveaux multiples, incluant : (1) une intervention universelle, basée sur la population, (2) des interventions ciblées sur certains groupes, et (3) des interventions individuelles au niveau du groupe ou d'une seule personne.

Une intervention universelle est effectuée dans le contexte d'une population ou d'un programme, comme une garderie d'enfants; elle implique tous les enfants du groupe, qu'un problème soit présent ou pas. Par exemple, un exercice de développement d'aptitudes sociales, impliquant toute la classe, pour l'augmentation de la coopération parmi les enfants. Exemple d'intervention ciblée : programme d'éducation en groupe pour les parents, qui utiliseront l'information communiquée pour mieux comprendre et contrôler les comportements concernés. Ceci peut être destiné à toutes les familles ou aux familles des enfants présentant une déficience de développement. Exemple d'approche individuelle : évaluation comportementale et programme pour un enfant qui manifeste un comportement agressif et qui est très anxieux.

Il y a dans la plupart des régions de la province des programmes

d'évaluation des enfants manifestant des retards de développement, et des programmes d'intervention comportementale pour les enfants, adolescents et adultes affectés d'une déficience de développement. On trouve dans beaucoup de ces centres des médecins qui connaissent bien des troubles émotionnels et psychiatriques spécifiques, et les options médicales de traitement. L'emploi d'une approche coordonnée de ces services est préférable pour l'élaboration d'un plan de traitement.

L'emploi de thérapies médicales est suggéré dans de nombreuses situations. Dans certains cas, les travaux de recherche ont confirmé l'efficacité d'une médication, comme pour le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Dans d'autres situations, les programmes appropriés de modification des comportements et programmes de soutien n'ont pas produit les résultats escomptés, et les symptômes entravent la réussite de l'enfant. Finalement, il y a dans de rares cas une situation de crise que personne ne peut surmonter. Il convient d'être prudent, car il existe toujours un potentiel d'effets secondaires des médicaments, tandis qu'on ne dispose que d'une information limitée à l'égard de l'utilisation de plusieurs médications chez les enfants. Il est également important d'être prudent à l'égard de leur utilisation à long terme, parce que le système nerveux des enfants évolue constamment durant le développement. Du fait de ces préoccupations, on observe une tendance croissante à l'emploi de substances « naturelles » ou autres substituts; mais il convient d'observer la même prudence, parce qu'on pense que ces thérapies affectent également le système nerveux.

Lorsqu'une entité spécifique a été diagnostiquée, plusieurs options de traitement peuvent être suggérées ou indiquées. Nous décrirons dans la section suivante quelques-unes des options disponibles pour le traitement de troubles spécifiques.

Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité

Les 3 principaux aspects d'une intervention sur un cas de trouble

de déficit de l'attention/hyperactivité sont les suivants : (1) l'éducation des parents, (2) la modification du comportement et (3) la médication. L'effet positif de chacun de ces composantes a été démontré. La nature du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité est qu'il peut être présent durant une longue période. Ceci implique une planification à long terme, et un soutien peut être nécessaire pour la famille. Par ailleurs, et ceci est important, l'intervention doit survenir lorsque le comportement se manifeste. Si l'enfant manifeste des problèmes significatifs durant ses trajets en autobus scolaire, l'intervention comportementale doit être centrée sur la motivation et la récompense pour le comportement approprié durant les trajets en autobus.

L'éducation des parents s'est révélée être particulièrement efficace en format de groupe (Cunningham, Bremner & Boyle, 1995). L'intervention comportementale doit susciter une motivation pour le comportement approprié et un examen de la valeur de renforcement de la récompense, parce que ce facteur s'estompe beaucoup plus rapidement chez les enfants affectés du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité par comparaison à ceux qui n'en sont pas affectés.

L'emploi de stimulants – le méthylphénidate (Ritalin) et le sulfate de dexamphétamine (Dexédrine) - comme médicaments de premier choix est l'une des options médicales de traitement du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. D'autres médications seront envisagées si celles-ci ne sont pas efficaces, mais il est important d'obtenir une information de diagnostic détaillée et approfondie pour vérifier que le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité est bien la cause des comportements observés. Chaque dose de méthylphénidate ou de sulfate de dexamphétamine produit ses effets durant environ 4 heures, sauf si on utilise une formule dont l'action est plus durable. Le dosage est choisi en fonction de la concentration de la médication et de l'âge et du poids du sujet, sur la base de l'amélioration observée des principaux symptômes du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. La médication peut être administrée une fois, deux

fois ou trois fois par jour. On peut observer certains effets secondaires comme des maux de tête, des douleurs abdominales, la perte d'appétit et une difficulté à trouver le sommeil. Des effets secondaires se manifestent chez environ 50 % des enfants prenant un stimulant. Il est possible que les effets secondaires affectant l'appétit et le sommeil soient légèrement plus fréquents pour le sulfate de dexamphétamine.

Parfois les stimulants ne sont pas efficaces, ou l'intervention usuelle peut ne pas produire d'effets sur d'autres comportements comme les problèmes d'agression et de conduite. La clonidine est une médication qui a été utilisée pour des enfants dans cette situation; elle réduit l'agitation et peut aider à s'endormir les enfants qui manifestent des problèmes de sommeil significatifs; son utilisation et sa sécurité ont fait l'objet de moins de travaux de recherche qu'avec les stimulants.

Anxiété

Il est très difficile de formuler un diagnostic définitif des troubles anxieux chez les enfants, même les très jeunes, dont les aptitudes verbales sont limitées. Dans les cas où ce mécanisme est envisagé, les temps de transition et les situations nouvelles ou très stimulantes peuvent susciter un stress significatif et des comportements difficiles. On peut employer des stratégies comme l'annonce préalable d'une transition, des messages visuels, l'administration d'un calmant, un ton de voix approprié et des techniques de relaxation; il convient d'enseigner ces techniques aux personnes qui s'occupent des enfants concernés et aux enfants eux-mêmes. Elles sont souvent efficaces pour la réduction de l'intensité perçue du stress, et ceci conduit à une expérience plus agréable et positive. Il est important de pouvoir percevoir les indices subtils du développement de l'anxiété, et d'intervenir assez tôt à l'aide de tactiques de distraction et de redirection. La thérapie comportementale cognitive pourrait être efficace pour les enfants plus âgés et les adolescents qui manifestent de l'anxiété et le trouble obsessionnel-compulsif (Barrett, 1998), mais on ne sait pas encore

si cette thérapie pourrait être applicable aux individus à double diagnostic. On ne dispose que d'information limitée sur l'utilisation des thérapies par médication chez les enfants qui souffrent de troubles anxieux, et encore moins pour les cas de double diagnostic incluant l'anxiété (Labellarte, Ginsburg, Walkup & Riddle, 1999). Certains travaux préliminaires indiquent que des médications comme la fluoxétine (Prozac) pourraient être utiles (Fairbanks et al., 1997). Chez les adolescents plus âgés, il peut être utile d'envisager des approches qui se sont révélées utiles chez les adultes. Pour les enfants qui prennent d'autres médications, comme un anticonvulsivant, des interactions entre les médicaments se manifestent fréquemment, et on doit donc exercer une grande prudence avant d'ajouter une nouvelle médication. De même, certains antidépresseurs peuvent abaisser le seuil épiléptogène, ce qui suscite une augmentation du risque de crise chez les enfants susceptibles à cet égard.

Dépression

Il est également extrêmement difficile de formuler un diagnostic clair de dépression chez les jeunes enfants. Un environnement de soutien orienté sur le succès et qui favorise un développement familial positif permet d'éviter les situations de dépression réactives, mais la dépression peut encore se manifester en rapport avec un deuil, le stress ou des perturbations non contrôlables par la famille. S'il semble que des facteurs environnementaux peuvent être la cause de dépression chez un enfant, l'élimination des facteurs de stress et la fourniture d'un soutien positif et d'opportunités pour des expériences sociales très positives sera souvent efficace. On ne dispose cependant que d'une information limitée sur l'utilisation de l'intervention médicale face à la dépression chez les enfants et jeunes adolescents (Masi, Favilla & Mucci, 1998). Il n'a pas été établi clairement si le traitement par antidépresseurs est efficace chez les enfants et jeunes adolescents.

Comportement d'agression

Un comportement d'agression est souvent la cause de grandes

préoccupations et d'une demande d'assistance. Le niveau de tolérance de la société à cet égard est très bas, particulièrement dans les écoles, et des manifestations d'agression susciteront des demandes d'intervention urgente. On peut avoir tendance à vouloir utiliser la restrainte pour le contrôle de l'agression chez un jeune enfant, mais souvent ceci ne peut être fait en toute sécurité dans le cas des enfants plus âgés et adolescents. La restrainte peut aggraver le comportement, et on ne devrait l'employer que sous une étroite supervision pour garantir la sécurité. Nous avons souligné dans ce chapitre le fait que les manifestations comportementales peuvent souvent constituer une forme de communication, et ainsi il est essentiel d'examiner soigneusement les multiples aspects de la situation lors de l'élaboration des stratégies d'intervention.

Certaines médications, comme les nouveaux antipsychotiques rispéridone et olanzapine, peuvent réduire les comportements d'agression dans des cas spécifiques; ils peuvent également provoquer des effets secondaires, comme le gain de poids; on ne dispose que de peu d'information sur leur utilisation à long terme. L'utilisation prolongée d'une médication suscite un risque de développement de difficultés à long terme, affectant la coordination motrice, problème appelé la dyskinesie tardive.

Adolescents et jeunes adultes (âge de transition)

Durant et après la période de développement pubertaire, la gamme des troubles émotionnels évolue vers les types généralement observés chez les adultes. Les programmes éducatifs et les attentes évoluent avec une accentuation sur les aptitudes de vie, d'emploi et de relations communautaires, et ils sont plus cohérents. Les cas d'anxiété et de dépression deviennent plus fréquents, et des cas de schizophrénie et troubles de la pensée commencent à apparaître. Le suivi des changements de comportement permet d'identifier plus facilement les cas de trouble bipolaire. L'intervention sur les cas de trouble bipolaire est très similaire à celle employée pour les adultes. Les traits et styles de personnalité ont été observés durant

assez longtemps, et il sera plus facile d'identifier une détérioration significative associée à l'apparition d'un trouble émotionnel significatif.

Dans le cas des soins dispensés aux enfants, les parents sont la principale source d'information, et ils prennent les décisions; dans le cas des adolescents, ces responsabilités leur sont de plus en plus transférées. Il est important d'inclure la contribution des sujets adolescents dans les décisions de traitement, et de respecter leurs décisions au sujet de leur participation s'ils sont en mesure de communiquer cette information. En Ontario, c'est le ministère des Services sociaux et communautaires qui a reçu le mandat primaire à l'égard des services de santé mentale dispensés aux enfants, tandis que pour les adultes la responsabilité est partagée entre le système de santé mentale du ministère de la Santé et les services de soutien du ministère des Services sociaux et communautaires. Ainsi, lorsque leurs enfants atteignent l'âge de 16-18 ans, les familles doivent apprendre à négocier avec un nouvel ensemble de systèmes et sources de soins et services. Durant cette transition, un soutien additionnel des familles et une assistance de liaison avec les nouveaux systèmes et nouvelles ressources sont souvent nécessaires.

Sommaire

On constate une évolution dans le temps des problèmes reliés au double diagnostic chez les enfants et chez les jeunes. Il est nécessaire de prendre en compte les attentes de l'entourage de l'enfant. Les problèmes émotionnels et de comportement sont fréquents. La compréhension des mécanismes sous-jacents des problèmes conduira aux choix des modes d'intervention les plus appropriés. Certaines situations sont diagnostiquées chez les enfants, tandis que d'autres ne se manifestent qu'à l'adolescence et au début de la vie d'adulte. La connaissance des facteurs biologiques contribuant aux problèmes émotionnels et de comportement permet un classement par priorité des stratégies d'intervention.

Connaissez-vous / Savez-vous?

1. Quels sont les facteurs qui peuvent susciter un comportement d'agression chez les jeunes enfants?
2. Deux entités biologiques et un comportement qui peuvent être des manifestations du problème.
3. Quels sont les traitements disponibles pour le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité?
4. Deux types de troubles envahissants du développement?

Ressources

Syndrome d'Angelman <http://rigel.phys.ualberta.ca/cass>

Autisme/Troubles envahissants du développement

<http://www.autismsociety.on.ca/main.html>

Syndrome de Down <http://www.cdss.ca/>

Syndrome d'alcoolisme foetal <http://www.ccsa.ca/fasdir.htm>

Syndrome du chromosome X fragile <http://www.fragile-x.ca/>

Syndrome de Klinefelter <http://www.genetic.org/ks/index.html>

Syndrome de Prader-Willi <http://www.pwsausa.org/>

Syndrome de Williams <http://www.bmts.com/~williams/>

Sclérose tubéreuse

<http://epilepsyontario.org/links/condlinks/ts.html>

Références

AACAP. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(10), Suppl, 27S-45S.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

August, G.J, Realmuto, G.M, MacDonald, A.W., Nugent, S. M., & Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for

- disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(5), 571-595.
- Barrett, P.M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(4), 459-468.
- Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., & Offord, D.R. (1987). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: Findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*, 79(5), 805-813.
- Cunningham, C.E., Bremner, R., & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programmes for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(7), 1141-1159.
- Einfeld, S.L., & Tonge, B.J. (1996). Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(4) (Pt 2), 99-109.
- Fairbanks, J.M., Pine, D.S., Tancer, N.K., Dummitt, D.S. 3rd., Ketngen, L.M., Martin, J., Asche, B.K., & Klein, R.G. (1997). Open fluoxetine treatment of mixed anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 7(10), 17-29.
- King, G.A., Rosenbaum, P.L., & King, S.M. (1996). Evaluating family-centred service using a measure of parents' perceptions. *Child Care Health and Development*, 23(1), 47-62.
- Labellarte, M.J., Ginsburg, G.S., Walkup, J.T., & Riddle, M.A. (1999). The treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1567-1578.
- Landgren, M., Pettersson, R., Kjellman, B., & Gillberg, C. (1996). ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: Epidemiology and co-morbidity. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(10), 891-906.
- Lord, C. (1995). Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(8), 1365-1382.

- Masi, G., Favilla, L., & Mucci, M. (1998). Depressive disorder in children and adolescents. *Europ J. Paediatr Neurol*, 2(6), 287-289.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Baumgaertel, A, & Feurer, I.D. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19(3), 162-168.
- Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Pinnock, T.Y., Baumgaertel, A., & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 319-324.