



DOCUMENT DE PRINCIPES CONJOINT

UN DOCUMENT DE PRINCIPES CONJOINT DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE ET DE L'ACADÉMIE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Le dépistage des comportements perturbateurs en première ligne chez les enfants d'âge préscolaire

Alice Charach MD^{1,2}; John D. McLennan MD²; Stacey Ageranioti Bélanger MD¹; Mary Kay Nixon MD²

Résumé

Chez les enfants d'âge préscolaire, les comportements perturbateurs sont d'importants facteurs de risque et des éléments potentiels de troubles du neurodéveloppement et de la santé mentale. Entre l'âge de deux et cinq ans, il est normal d'observer des comportements transitoires comme un certain défaut de se conformer, des crises de colère et de l'agressivité. Cependant, il est important de dépister les comportements perturbateurs problématiques, particulièrement lorsqu'ils s'accompagnent d'une atteinte fonctionnelle ou d'une détresse marquée, car une intervention précoce peut améliorer le pronostic. Le présent document de principes décrit une démarche pour diagnostiquer rapidement ce type de comportements grâce au dépistage clinique lors des examens de santé réguliers, suivis d'un examen de la santé mentale qui inclut des mesures standardisées. Le praticien devrait envisager une série de facteurs liés à l'environnement, au développement, à la famille et à la relation parent-enfant pour évaluer la signification clinique des comportements perturbateurs. Parmi les plans de prise en charge possibles, soulignons un suivi régulier conjugué à des conseils sur la santé et sur les habiletés parentales, l'orientation vers une formation sur les comportements destinée aux parents (une intervention fondamentale fondée sur des données probantes) et l'orientation des enfants d'âge préscolaire vers des soins spécialisés lorsqu'ils présentent des comportements perturbateurs importants, qu'ils ont des comorbidités touchant le développement ou la santé mentale ou qu'ils ne répondent pas aux interventions de première ligne.

Mots-clés: ADHD; behaviour problems; ODD; preschoolers; primary care; screening

Historique

On estime que les comportements perturbateurs, comme les graves crises de colère, l'agressivité et le défaut généralisé de se conformer, touchent de 9% à 15% des enfants d'âge préscolaire (Egger & Angold, 2006). En plus de nuire au fonctionnement de l'enfant et d'accroître le stress familial, ces comportements sont des facteurs de risque et des éléments potentiels de divers troubles du neurodéveloppement et de la santé mentale. Les troubles de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), les troubles oppositionnels avec provocation (TOP), les troubles des conduites,

les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, de même que les troubles cognitifs et les troubles du langage, entre autres, peuvent s'y associer (Egger & Angold, 2006). Une forte proportion d'enfants d'âge préscolaire peuvent conserver des comportements perturbateurs cliniques et subcliniques au début de leur scolarité (Barkley et al., 2002; Bufferd, Dougherty, Carlson, Rose, & Klein, 2012; Lavigne et al., 1998), ce qui risque de compromettre leurs résultats scolaires et leur santé physique et mentale à l'adolescence et à l'âge adulte (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2006; Pihlakoski et al., 2006; Reef, Diamantopoulou, van

¹Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé mentale et des troubles du développement

²Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Meurs, Verhulst, & van der Ende, 2011). Les enfants qui ont des troubles disruptifs et leur famille ont une moins bonne qualité de vie que le reste de la population, et les services scolaires, de soutien social, de santé et de justice pénale coûtent plus cher à la société que ceux qui sont engagés pour les enfants dont le développement se situe dans les limites de la normale (Bastiaansen, Koot, Ferdinand, & Verhulst, 2004; Pelham, Foster, & Robb, 2007; Petitclerc, & Tremblay, 2009).

D'après une étude canadienne, à leur arrivée à la prématernelle, de 25% à 30% des enfants n'ont pas la maturité scolaire nécessaire sur le plan du développement (Kershaw, Irwin, Trafford, & Hertzman, 2005). Les lacunes en matière d'autorégulation du comportement et des émotions peuvent empêcher l'enfant de bien participer lorsqu'il commence l'école. Dans ce groupe d'âge, de telles lacunes peuvent prendre la forme de comportements perturbateurs. Une intervention peut les atténuer lorsqu'elles sont dépistées tôt.

Le dépistage des comportements perturbateurs

Le fonctionnement social, affectif et comportemental des enfants peut varier considérablement entre l'âge de deux et cinq ans, selon l'étape de leur développement, leur environnement et les personnes qui s'occupent d'eux. En général, l'agressivité ou les crises de colère atteignent leur paroxysme vers l'âge de trois ans, et pour bien des enfants, elles représentent une étape transitoire de leur développement plutôt qu'un réel problème (Tremblay, Gervais, & Petitclerc, 2008). Des comportements qui se situent dans les limites de la normale à l'âge de trois ans peuvent toutefois être indicateurs d'un problème ou d'un trouble important sur le plan clinique à l'âge de cinq ans. La plupart des enfants apprennent à contrôler leurs pulsions d'agressivité et acquièrent des habiletés prosociales en réponse aux structures et aux attentes qu'établissent leurs parents et les autres personnes qui s'occupent d'eux, et simplement aussi parce qu'ils prennent de la maturité (Center of the Developing Child, Harvard University, 2010). Des difficultés connexes peuvent entrer en ligne de compte. Par exemple, selon une étude, les enfants présentant un TOP sans morbidités connexes à l'âge préscolaire étaient beaucoup moins susceptibles de présenter un trouble diagnostiqué à l'âge de huit ans que ceux chez qui le TOP s'accompagnait d'un trouble anxieux, d'un trouble de l'humeur ou d'un TDAH (Lavigne et al., 2001).

Un important problème demeure non résolu: comment distinguer les enfants ayant des troubles disruptifs qui sont susceptibles de profiter d'un dépistage, d'une évaluation et d'une intervention précoces de ceux dont le développement suivra une trajectoire normale sans intervention ou après une intervention mineure? Pour déterminer que des comportements perturbateurs sont problématiques, il ne suffit

pas d'établir qu'une difficulté se résoudra ou non d'elle-même. Les praticiens doivent également cerner les situations où le comportement de l'enfant provoque une détresse importante ou nuit à la fonction adaptative normale de l'enfant et de sa famille.

Une façon d'aborder ces enjeux complexes consiste à envisager des constantes dans les domaines ou les dimensions du comportement perturbateur: défaut de se conformer, agressivité et perte de contrôle (Wakschlag et al., 2012). Sur le plan du développement, il peut être difficile de distinguer les comportements qui se situent dans les limites de la normale des comportements atypiques chez les enfants d'âge préscolaire, surtout lorsqu'il est question de crises de colère et de défaut de se conformer. Toutefois, dans certains cas, la fréquence, l'intensité et la durée du comportement en font ressortir le caractère atypique. On observe ces comportements chez moins de 5% de la population d'âge pédiatrique en milieu communautaire, et ils peuvent être considérés comme des indicateurs potentiels d'un problème ou des « signaux d'alarme », qui justifient une évaluation ou un suivi (Wakschlag et al., 2014). Quelques exemples sont exposés au tableau 1. Une grappe de comportements perturbateurs est considérée constituer un trouble si elle respecte les critères suivants:

- Les comportements sont inhabituels pour l'âge développemental de l'enfant et persistent au moins six mois;
- Les comportements se répètent dans toutes les situations et nuisent au fonctionnement;
- Les comportements provoquent une détresse importante, à la fois chez l'enfant et chez sa famille (American Psychiatric Association, 2013)

Le cadre d'évaluation et le diagnostic différentiel

Les comportements perturbateurs s'inscrivent dans des interactions complexes entre l'enfant d'âge préscolaire et son environnement. De manière générale, un cadre bioécologique permet d'évaluer le jeune enfant au sein de sa famille et de ses cadres de vie (Bronfenbrenner & Morris, 2006). Le praticien doit examiner systématiquement les domaines suivants: l'enfant, sa famille et son environnement. Il peut également utiliser ce cadre bioécologique pour procéder à une analyse complète de la santé mentale de l'enfant et préparer un plan de prise en charge.

Pour ce qui est de l'enfant, il faut s'informer du profil ou de la constance des symptômes perturbateurs ainsi que de leurs éléments déclencheurs et consigner particulièrement ce qui aggrave ou atténue les comportements problématiques. Au tableau 2 figurent les domaines à évaluer. En effet, l'évaluation de la fonction adaptative de l'enfant dans les divers contextes permettra de confirmer la constance et la gravité de l'atteinte. Il est également important de consigner les

Tableau 1. Exemples donnés par les parents de comportements perturbateurs se situant dans les limites de la normale ou indicateurs de problèmes chez les enfants d'âge préscolaire

Dimension	Se situant dans les limites de la normale	Indicateur problèmes
Défaut de se conformer	Répond « non » lorsqu'on lui demande de faire quelque chose.	Adopte des comportements dangereux (p. ex., refuse de tenir la main du parent et s'élançe plutôt dans la rue).
Agressivité	Agit avec agressivité lorsqu'il est frustré, mécontent ou en colère.	Agit avec agressivité dans l'espoir d'obtenir ce qu'il veut.
Perte de contrôle	Perd son calme ou fait une crise lorsqu'il est fatigué, qu'il a faim ou qu'il est malade.	Fait des crises de colère quotidiennes; fait des crises qui durent plus de cinq minutes.*

*Il n'y a pas de consensus quant au seuil auquel les colères qui se situent dans les limites de la normale deviennent atypiques. Cependant, la fréquence (p. ex., colères quotidiennes ou répétées et par grappes), l'intensité (p. ex., accompagnées de comportements agressifs comme frapper, mordre ou donner des coups de pied) et la durée (p. ex., crises de plus de cinq minutes) font partie des facteurs à soulever pendant l'évaluation.

Données traduites et adaptées de la Wakschlag et al., 2014

facteurs protecteurs, c'est-à-dire les forces de l'enfant et de sa famille, telles que la cognition, un emploi stable ou l'entraide apportée par le réseau familial.

Peu de problèmes de santé physique contribuent aux comportements perturbateurs. Règle générale, on devrait déjà avoir déterminé si l'enfant présente des troubles de la vision ou de l'ouïe et des irrégularités sur le plan de l'alimentation et du sommeil. L'impulsivité excessive, l'hyperactivité et l'inattention peuvent être indicateurs d'un TDAH précoce. Les retards de langage et de la communication sociale peuvent s'associer à un trouble du langage primaire, de la communication ou du spectre autistique encore non diagnostiqué. Les anxiétés ou les peurs excessives et persistantes peuvent signaler un trouble de la séparation ou d'autres troubles anxieux.

Au sein de la famille, les interactions parent-enfant sont des domaines clés d'observation et de questions. L'enfant qui a des relations chaleureuses et protectrices avec les personnes importantes dans sa vie (particulièrement ses parents ou d'autres personnes qui s'occupent principalement de lui) est exposé à des facteurs protecteurs essentiels (Mustard & Rowcliffe, 2009). L'interruption des soins découlant de l'absence, de problèmes de santé mentale ou physique ou d'autres préoccupations d'un parent peut contribuer aux comportements perturbateurs. La dysfonction familiale, la violence conjugale, les difficultés financières ou la maladie d'un membre de la famille élargie peuvent empêcher un parent de maintenir des attitudes protectrices, les activités de la vie quotidienne et des habiletés parentales efficaces, toutes fondamentales pour enseigner et perpétuer l'autorégulation comportementale et affective (Fischer, 1990; Speltz, DeKlyen, Greenberg, & Dryden, 1995). L'examen des pratiques et approches parentales devant un comportement difficile peut faire ressortir des possibilités d'intervention. Par exemple, par son comportement perturbateur et son anxiété, l'enfant peut réagir aux attentes trop élevées d'un adulte envers ses habiletés cognitives, surtout s'il présente un retard de développement global (Crnic, Hoffman, Gaze, & Edelbrock, 2004). Les profils comportementaux peuvent

changer selon les figures parentales ou les milieux, et différer entre la maison et le milieu de garde, par exemple. Par l'examen de ces changements et de ces différences, on peut mieux comprendre l'étiologie et déterminer les meilleurs modes d'intervention.

Cependant, même après une évaluation systématique, il est difficile d'établir si certains enfants présentent la symptomatologie ou le degré d'atteinte fonctionnelle nécessaire pour diagnostiquer un trouble sans équivoque. Dans de telles situations, la meilleure démarche consiste à s'entendre avec la famille pour prévoir une série de rendez-vous réguliers afin de suivre la trajectoire comportementale de l'enfant sur une période de plusieurs mois. En pratique, le moment d'une orientation vers des services spécialisés dépend de l'accès dans la localité, des temps d'attente et de la volonté du parent à accepter qu'elle ait lieu.

Le dépistage des troubles du comportement et des troubles affectifs en première ligne

Les praticiens en milieu communautaire fournissent les soins de première ligne. Ainsi, ils constatent les comportements à problème et aident les familles à accéder aux ressources dont elles ont besoin (Foy, 2010a). La prévalence de troubles de santé mentale chez les enfants d'âge préscolaire, qui se situe entre 10% et 15%, est semblable à celle des enfants plus âgés (Egger & Angold, 2006). Cependant, selon certaines données probantes, les troubles du comportement des enfants d'âge préscolaire ont tendance à être sous-évalués dans les établissements de soins pédiatriques, tout comme ceux des enfants d'âge scolaire (Sheldrick, Merchant, & Perrin, 2011). Contribuent à ce sous-diagnostic le manque de temps, le manque de formation en matière de dépistage, d'évaluation et de prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants ainsi que le nombre limité de spécialistes vers qui les enfants et les familles peuvent être dirigés et le peu d'accès à leurs services (Foy, 2010a).

Tableau 2. Facteurs à évaluer

Enfant	Famille	Environnement
Niveaux cognitifs	Interactions parent*-enfant	Soutien de la famille et qualité du réseau social
Langage et communication (p. ex., retards et profils atypiques)	Séparation prolongée d'un parent *	Qualité de la garde d'enfant ou des autres dispositions pour s'occuper de l'enfant
Habilités sociales	Santé physique ou mentale du parent*	Caractéristiques du voisinage
Régulation affective (p. ex., peurs excessives ou crises de colère)	Situation d'emploi d'un parent*	Composition du ménage
Attention, suractivité et régulation de l'impulsivité	Insécurité sur le plan du logement ou de l'alimentation	
Habitudes d'alimentation et de sommeil	Violence conjugale	
Fonction adaptative	Violence ou négligence envers l'enfant	
	Habilités parentales	

*Mère, père ou autre personne qui s'occupe principalement de l'enfant

Tableau 3. Questions pour obtenir de l'information sur le fonctionnement comportemental ou affectif

1. Éprouvez-vous (vous ou une autre personne qui s'occupe de l'enfant) de la difficulté à inciter votre enfant à faire ce que vous lui demandez?
2. Un enseignant au préscolaire (ou un éducateur en milieu de garde) a-t-il déjà exprimé des inquiétudes quant à la maturité scolaire de votre enfant?
3. Éprouvez-vous des inquiétudes quant à la capacité de votre enfant à communiquer ou à acquérir de nouvelles habiletés?
4. Éprouvez-vous des inquiétudes quant à la capacité de votre enfant à bien s'entendre avec ses frères et sœurs ou avec d'autres enfants?
5. Éprouvez-vous d'autres inquiétudes sur les émotions, le comportement ou le fonctionnement social de votre enfant?

Des occasions de dépistage se présentent lorsque les parents expriment leurs inquiétudes à l'égard du comportement, de l'affectivité ou des habiletés sociales de l'enfant ou de leurs propres difficultés parentales. Puisque le rendez-vous régulier n'est souvent pas assez long pour évaluer systématiquement la santé socio-affective, les médecins devraient prévoir du temps supplémentaire lorsque la situation le justifie (Foy, 2010b). Lorsque les parents n'expriment pas spontanément leurs inquiétudes, le médecin peut également profiter du bilan de santé pour s'informer des changements récents à l'environnement de l'enfant ou de l'efficacité des habiletés parentales.

Des méthodes précises pour évaluer systématiquement le comportement sont proposées dans des guides standardisés d'évaluation de la santé ou des mesures de dépistage transmises par les parents. Elles sont exposées dans les prochaines rubriques.

Le Relevé postnatal Rourke et l'ABCdaire

Les pratiques actuellement recommandées au Canada pour suivre la santé et le développement des enfants de cinq ans et moins sont synthétisées dans le Relevé postnatal Rourke (RPR) (Rourke, Leduc, & Rourke, 2014) et l'ABCdaire (Université de Montréal, <https://enseignement.chusj.org/fr/Formation-continue/ABCdaire>). Le Collège des médecins de famille du Canada et la Société canadienne de pédiatrie approuvent la recommandation d'utiliser le RPR lors du bilan de santé régulier. Le RPR a été mis à jour en 2014 pour intégrer les conseils relatifs aux questionnaires sur le développement lors du bilan de santé à 18 mois. Ces deux séries de lignes directrices préconisent une démarche systématique, détaillée et non précipitée pour procéder à l'évaluation périodique de l'enfant, y compris le dépistage et le suivi des risques pour la santé, notamment les facteurs de risque socioaffectifs. Il est particulièrement important de demander aux parents s'ils éprouvent des inquiétudes à l'égard de la fonction comportementale ou affective de leur enfant. Au tableau 3 sont énumérées quelques questions ouvertes qui peuvent contribuer à obtenir de l'information sur le fonctionnement comportemental ou affectif de l'enfant dans les divers milieux où il évolue et à évaluer la détresse qui en découle pour l'enfant et sa famille.

Les mesures de dépistage standardisées

Les mesures de dépistage standardisées peuvent contribuer à évaluer et dépister des comportements perturbateurs ou des symptômes évoquant des problèmes de santé mentale chez des enfants d'âge préscolaire. Un parent, une personne importante dans la vie de l'enfant, des enseignants ou des éducateurs en milieu de garde peuvent remplir la plupart des questionnaires. Certains praticiens préfèrent que le

Tableau 4. Mesures de dépistage standardisées des enfants d'âge préscolaire vulnérables à des troubles disruptifs

	Inventaire des comportements de l'enfant	Questionnaire sur les forces et les difficultés	Preschool Pediatric Symptom Checklist	Questionnaire sur les étapes du développement : comportements socioaffectifs 2	Eyberg Child Behavior Inventory
Type de mesure de dépistage	Vaste	Vaste	Vaste	Vaste	Propre aux comportements perturbateurs
Site Web	www.aseba.org	www.sdqinfo.org	www.floatinghospital.org/-/media/Brochures/Floating%20Hospital/SWYC/V2/English/Age%20Specific%20Forms/24%20Month%20v106%209116.ashx	www.Agesandstages.com	www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=ECBI
Tranche d'âge	1,5 à 5 ans	2 à 4 ans	1,5 à 6 ans	1 à 72 mois	2 à 16 ans
Longueur	99 questions	25 questions	18 questions	30 questions	36 questions
Avis demandés	Parent, enseignant, éducateur en milieu de garde	Parent, enseignant, éducateur en milieu de garde	Parent	Parent	Parent et enseignant
Traductions dans d'autres langues que l'anglais	90 langues (y compris le français)	80 langues (y compris le français)	Espagnol, portugais, birman, népalais (pas en français)	Espagnol (pas en français)	Espagnol (pas en français)
Pointage	Formation requise	Aucune formation requise	Aucune formation requise	Aucune formation requise	Formation requise
Coût	Oui	Gratuit	Gratuit	Oui	Oui

questionnaire soit rempli avant le rendez-vous axé sur les problèmes de comportement, afin de pouvoir passer les réponses en revue pendant l'évaluation (Hacker et al., 2013).

Au tableau 4 sont exposées les caractéristiques de mesures standardisées courantes pour les enfants d'âge préscolaire. Comme bien des tests de dépistage, ils sont plus efficaces pour écarter la présence de troubles graves que pour confirmer un diagnostic. Certaines mesures conviennent mieux pour repérer des cas, c'est-à-dire pour dépister les enfants qui ont besoin d'une évaluation systématique plus approfondie. D'autres encore, comme l'Inventaire des comportements de l'enfant (connu d'après l'acronyme CBCL, pour *Child Behavior Checklist*), peuvent être utilisées dans le cadre d'une évaluation diagnostique pour quantifier les dimensions de multiples problèmes. Comme les autres tests de dépistage, les mesures de dépistage standardisées utilisées pour évaluer des troubles dans ce groupe d'âge peuvent donner lieu à des résultats faussement positifs ou faussement négatifs. Les risques des résultats faussement positifs incluent l'anxiété des parents, qui craignent que leur enfant présente ou acquière un grave trouble du comportement,

l'ostracisme qui s'associe aux interventions en santé mentale et le risque d'orienter l'enfant vers un spécialiste pour qu'il subisse une évaluation ou une intervention dont il n'a pas besoin. Quant aux risques liés aux résultats faussement négatifs, ils incluent des interactions parent-enfant négatives et prolongées, le report du traitement qui entraînera des interventions plus coûteuses et plus chronophages, les occasions ratées de prévenir ou d'atténuer les répercussions négatives sur les résultats scolaires, les interactions sociales et la santé mentale. Les données probantes ne sont pas encore suffisantes pour appuyer l'utilisation systématique de mesures standardisées afin de procéder au dépistage précoce des problèmes de santé mentale chez les enfants (Sheldrick et al., 2011). Cependant, des prises de position pour dépister les problèmes et intervenir beaucoup plus rapidement font partie des tendances lourdes en matière de politiques de santé publique (Mustard, Lowcliffe, 2009).

Dans son site Web, à www.cps.ca, la Société canadienne de pédiatrie présente d'autres mesures de dépistage des troubles de santé mentale.

Tableau 5. Caractéristiques communes aux programmes de formation fondés sur des données probantes destinés à des groupes de parents

Type de formation	Habilités parentales enseignées
1. Groupe interactif et coopératif	1. S'assurer d'interactions parent-enfant positives et chaleureuses
2. Groupe d'entraide	2. Déterminer des attentes adaptées au développement de l'enfant.
3. Description des grands principes parentaux	3. S'assurer que les attentes, les limites et les routines soient claires et constantes.
4. Discussion des attentes adaptées à l'âge	4. Déterminer les éléments déclencheurs d'un comportement positif ou négatif (p. ex., fatigue, faim, déceptions).
5. Observation des interactions parent-enfant	5. Utiliser des habiletés parentales positives comme la remise de récompenses significatives (p. ex., louanges ou objets ou activités abordables) devant des comportements positifs sélectionnés.
6. Imitation des habiletés parentales (démonstrées par d'autres)	6. Réduire les interactions parent-enfant négatives ou hostiles.
7. Exercice de bilétés parentales (jeux de rôle)	7. Ignorer les comportements négatifs mineurs (« choisir ses combats »).
8. Devoirs pour s'exercer avec son propre enfant	8. Adopter sélectivement les périodes de réflexion (pour certains comportements, comme les coups) associées à des paramètres clairs (p. ex., durée limitée de la période de réflexion).
9. Recadrage des concepts peu constructifs portant sur la prise en charge de l'enfant	9. Travailler en équipe avec d'autres parents et d'autres personnes qui s'occupent d'enfants.
10. Recadrage des profils peu constructifs portant sur la façon de percevoir l'enfant	10. Communiquer avec le personnel du milieu de garde ou les enseignants.

Données traduites et adaptées Furlong et al. 2013

Les premières interventions

L'évaluation et le dépistage initiaux doivent orienter les premières recommandations de prise en charge. On peut commencer par planifier des rendez-vous pour compléter divers aspects de l'évaluation systématique, orienter l'enfant vers un spécialiste ou procéder à des tentatives d'intervention précoce. Chez les enfants qui ont un comportement limite ou à risque ou dont le comportement semble se situer dans les limites de la normale, les conseils préventifs aux parents et aux autres personnes qui s'occupent de l'enfant sur une discipline efficace et la psychoéducation (y compris la lecture dirigée) peuvent suffire. Ils peuvent porter sur les attentes adaptées à l'âge, les bienfaits de routines quotidiennes et la nécessité d'être constant dans ses attentes vis-à-vis du comportement.

Chez les enfants dont les comportements perturbateurs sont problématiques, la recommandation de première ligne consiste à proposer des programmes de formation sur le comportement destinés aux parents (Charach et al., 2013). Ces programmes, qui peuvent être offerts sous forme individuelle ou en groupe, doivent viser l'acquisition intensive d'habiletés parentales au moyen de directives explicites, de l'imitation, d'exercices et de rétroaction. Même pour des parents compétents, il peut être difficile de modifier des profils parentaux établis et d'acquiescer de nouvelles habitudes, plus efficaces, pour prendre en charge des comportements perturbateurs importants. Les habiletés parentales enseignées dans des programmes de groupe fondés sur des données probantes sont résumées au tableau 5 (Furlong et al., 2013).

Dans certaines pratiques de pédiatrie communautaire, les praticiens ont monté un programme de formation de dix séances sur le comportement des parents. Douze mois après la fin du programme, les enfants d'âge préscolaire ayant un comportement perturbateur avaient de meilleures interactions avec leurs parents et avaient adopté de meilleurs comportements (par rapport aux sujets témoins de la liste d'attente (Perrin, Sheldrick, McMenamy, Henson, & Carter, 2014). Cependant, peu de pratiques au Canada disposent des ressources nécessaires pour offrir un tel programme « à l'interne ». Il faut toujours envisager d'orienter les parents vers un programme officiel.

Divers programmes axés sur les habiletés parentales et fondés sur des données probantes sont offerts au Canada en fonction du lieu de résidence des familles. Soulignons le programme Triple P (www.triplepontario.ca/fr/practitioner_regions/north.aspx; www.manitobatriplep.ca/fr/), les programmes *Incredible Years* (<http://incredibleyears.com>) et les programmes offerts dans les régions rurales et éloignées par l'entremise de l'Institut des familles solides (<http://famillessolides.com>). Il est toutefois important de souligner que, même si tous ces programmes ont une certaine efficacité, les enfants ayant des comportements perturbateurs importants ou leur famille n'en retirent pas tous des bienfaits. De plus, dans certaines familles, ces programmes ne suffisent pas lorsqu'ils sont utilisés seuls. D'autres programmes sont offerts dans les diverses localités du Canada. Les praticiens devraient se familiariser avec les ressources locales, les services offerts et les preuves de leur efficacité. Il y a de nombreux programmes sous-financés et sous-évalués

sur les habiletés parentales au Canada (McLennan & Lavis, 2006).

Les enfants et les parents ne répondent pas tous aux interventions de première ligne, mais celles-ci peuvent tout de même leur fournir une « structure » importante pour favoriser des changements de comportement positifs. Elles constituent donc un élément fondamental des soins en santé mentale pour les enfants qui présentent des comportements perturbateurs. Devant de tels comportements, les enseignants au préscolaire et les éducateurs en milieu de garde peuvent recourir à certaines interventions comportementales fondées sur des données probantes adaptées à leur contexte (Hansford et al., 2015).

Dans des cas exceptionnels, on peut envisager d'associer des médicaments aux approches comportementales. Certaines données confirment le caractère sécuritaire et efficace de médicaments auprès de cette population (Greenhill et al., 2006), mais les praticiens devraient généralement s'abstenir d'en prescrire pour traiter un trouble disruptif sans avoir d'abord essayé une intervention comportementale fondée sur des données probantes (Charach et al., 2013). Selon l'expérience clinique, les enfants qui ne répondent pas adéquatement à un programme de formation sur le comportement que leurs parents ont bien respecté peuvent avoir un trouble particulièrement important, présenter une comorbidité qui complique la situation, avoir obtenu un mauvais diagnostic ou vivre dans un environnement psychosocial particulièrement complexe. Par exemple, les enfants qui sont témoins de violence interpersonnelle ou qui sont victimes de violence physique ou sexuelle ont besoin d'autres interventions ou de l'interposition des services de protection de l'enfance. Le parent qui a des problèmes psychiatriques peut représenter un cas particulièrement difficile qui aura besoin d'interventions distinctes ou complémentaires et qui devra être dirigé rapidement vers des services psychosociaux et communautaires plus spécialisés et plus intensifs pour le soutenir.

Sommaire

Les comportements perturbateurs peuvent représenter un défi de taille pour les parents, les autres personnes qui s'occupent de l'enfant et l'enfant d'âge préscolaire. Ils peuvent également signaler un risque de problèmes de santé mentale présent ou futur. Les comportements perturbateurs problématiques peuvent provoquer de la détresse, nuire au fonctionnement et au développement, limiter les activités familiales, compromettre les relations avec les camarades et restreindre l'accès à des services de garde de qualité. L'examen de l'intensité, de la fréquence et des caractéristiques de ces comportements difficiles, conjointement avec l'évaluation de la fonction adaptative, contribuera à déterminer si les problèmes sont transitoires, s'ils se situent dans les limites de la normale ou s'ils nécessitent qu'on s'y attarde ou qu'on intervienne.

Recommandations

Les recommandations suivantes reposent sur le consensus clinique actuel. Elles seront revues périodiquement en fonction de l'évolution des connaissances. Dans le cadre du bilan de santé régulier des enfants de deux à cinq ans, les praticiens qui voient des enfants et leur famille dans leur pratique devraient adopter les mesures suivantes:

- Toujours demander aux parents s'ils ont des inquiétudes vis-à-vis de leur enfant sur le plan social, affectif ou comportemental. Si la situation l'exige, prévoir un rendez-vous plus long pour effectuer l'évaluation.
- En présence d'inquiétudes, utiliser des mesures standardisées pour contribuer à déterminer si les comportements se situent dans les limites de la normale, sont limites ou à risque ou sont significatifs sur le plan clinique. Des outils de dépistage peuvent compléter l'évaluation clinique pour déterminer si une évaluation ou une intervention plus approfondie s'impose.
- Envisager des programmes de formation fondés sur des données probantes destinés aux parents comme interventions de première ligne pour les enfants ayant des comportements perturbateurs importants.
- Donner des conseils préventifs et des services de psychoéducation aux parents, y compris la lecture dirigée, lorsque les comportements de l'enfant sont limites ou à risque.
- Diriger les enfants vers des services spécialisés et plus intensifs lorsqu'ils ont des troubles du comportement importants qui sont compliqués par une comorbidité ou qui ne répondent pas aux interventions de première ligne.

Remerciements

Le comité de la pédiatrie communautaire de la Société canadienne de pédiatrie et des représentants de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et du Collège des médecins de famille du Canada ont révisé le présent document de principes.

Comité de la santé mentale et des troubles du développement de la scp

Membres: Debra Andrews MD, Stacey Ageranioti Bélanger MD (présidente sortante), Alice Charach MD, Brenda Clark MD (présidente sortante), Mark Feldman MD (représentante du conseil), Benjamin Klein MD, Daphne Korczak MD, Oliva Ortiz-Alvarez MD

Représentants: Clare Gray MD, Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; Angie IP MD, section de la santé du développement de la SCP; Aven Poynter MD, section de la santé mentale de la SCP

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202.
- Barkley, R. A., Shelton, T. L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L., & Metevia, L. (2002). Preschool children with disruptive behavior: Three-year outcome as a function of adaptive disability. *Development and Psychopathology*, 14(1), 45-67.
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F., & Verhulst, F. C. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: Self-, parent, and clinician report. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 221-230.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In: Damon W, Lerner RM (Eds.). *Handbook of child psychology*, Vol. 1: Theoretical models of human development, 6th ed. New York, NY: John Wiley.
- Bufferd, S. J., Dougherty, L. R., Carlson, G. A., Rose, S., & Klein, D. N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: Continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*, 169(11), 1157-1164.
- Center of the Developing Child, Harvard University, 2010. The foundations of lifelong health are built in early childhood. <http://developingchild.harvard.edu/wp-content/uploads/2010/05/Foundations-of-Lifelong-Health.pdf> (Accessed October 13, 2016).
- Charach, A., Carson, P., Fox, S., Ali, M. U., Beckett, J., & Lim, C. G. (2013). Interventions for preschool children at high risk for ADHD: A comparative effectiveness review. *Pediatrics*, 131(5), e1584-1604.
- Crnici, K. A., Hoffman, C., Gaze, C., & Edelbrock, C. (2004). Understanding the emergence of behavior problems in young children with developmental delays. *Infants and Young Children*, 17(3), 223-235.
- Egger, H. L., & 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.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 337-346.
- Foy, J. M. (2010a). Enhancing pediatric mental health care: Report from the American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Introduction. *Pediatrics*, 125(Suppl 3), S69-74.
- Foy, J. M. (2010b). Enhancing pediatric mental health care: Algorithms for primary care. *Pediatrics*, 125(Suppl 3), S109-125.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2013). Cochrane review: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evidence Based Child Health*, 8(2), 318-692.
- Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J.,...Cooper, T. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1284-1293.
- Hacker, K., Goldstein, J., Link, D., Sengupta, N., Bowers, R., Tendulkar, S., & Wissow, L. (2013). Pediatric provider processes for behavioral health screening, decision making, and referral in sites with colocated mental health services. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 34(9), 680-687.
- Hansford, L., Sharkey, S., Edwards, V., Ukoumunne, O., Byford, S., Norwich, B.,...Ford, T. (2015). Understanding influences on teachers' uptake and use of behaviour management strategies within the STARS trial: Process evaluation protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 15, 119.
- Kershaw, P., Irwin, L., Trafford, K., & Hertzman, C. (2005). *The British Columbia Atlas of Child Development*, 1st ed. Human Early Learning Partnership and Western Geographical Press. http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/bcatlasofchilddevelopment_cd_22-01-06.pdf (Accessed October 13, 2016).
- Lavigne, J. V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H. J., Christoffel, K. K., & Gibbons, R.D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1246-1254.
- Lavigne, J. V., Cicchetti, C., Gibbons, R. D., Binns, H. J., Larsen, L., & DeVito, C. (2001). Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: Longitudinal stability and pathways to other disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1393-1400.
- McLennan, J. D., & Lavis, J. N. (2006). What is the evidence for parenting interventions offered in a Canadian community? *Canadian Journal of Public Health*, 97(6), 454-458.
- Mustard, J. F., & Rowcliffe, P. (2009). The long reach of early childhood. In: *Our Schools, Our Selves*. [www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National Office/2009/04/The Long Reach of Early Childhood.pdf](http://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2009/04/The%20Long%20Reach%20of%20Early%20Childhood.pdf) (Accessed December 5, 2016).
- Pelham, W. E., Foster, E. M., & Robb, J. A. (2007). The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 711-727.
- Perrin, E. C., Sheldrick, R. C., McMenamy, J. M., Henson, B. S., & Carter, A. S. (2014). Improving parenting skills for families of young children in pediatric settings: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 168(1), 16-24.
- Petitclerc, A., & Tremblay, R. E. (2009). Childhood disruptive behaviour disorders: Review of their origin, development, and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 222-231.
- Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., Rautava, P., Helenius, H., & Sillanpää, M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: A prospective cohort study of 3-12-year-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(7), 409-417.
- Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (2011). Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: Results of a 24-year longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(12), 1233-1241.
- Rourke, L., Leduc, D., & Rourke, J. (2014). Rourke Baby Record. www.rourkebabyrecord.ca (Accessed October 14, 2016).
- Sheldrick, R. C., Merchant, S., & Perrin, E. C. (2011). Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review. *Pediatrics*, 128(2), 356-363.
- Speltz, M. L., DeKlyen, M., Greenberg, M. T., & Dryden, M. (1995). Clinic referral for oppositional defiant disorder: Relative significance of attachment and behavioral variables. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(4), 487-507.
- Tremblay, R. E., Gervais, J., & Petitclerc, A. (2008). Early learning prevents youth violence. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. www.excellence-earlychildhood.ca/documents/tremblay_aggressionreport_ang.pdf (Accessed October 13, 2016).
- Wakschlag, L. S., Briggs-Gowan, M. J., Choi, S. W., Nichols, S. R., Kestler, J., Burns, J. L.,...Henry, D. (2014). Advancing a multidimensional, developmental spectrum approach to preschool disruptive behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 82-96.e3.
- Wakschlag, L. S., Henry, D. B., Tolan, P. H., Carter, A. S., Burns, J. L., & Briggs-Gowan, M. J. (2012). Putting theory to the test: Modeling a multidimensional, developmentally-based approach to preschool disruptive behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(6), 593-604.e4.