

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS
PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET LA
RECONNAISSANCE DE LEURS BESOINS

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CATHERINE TAÏEB-LACHANCE

FÉVRIER 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Si l'expression dit vrai que le succès est meilleur quand il est partagé, c'est qu'il se réalise rarement seul. L'accomplissement d'un projet de cette envergure mérite d'être célébré avec plusieurs à qui je dois mon inspiration, ma persévérance, mes connaissances et ma sagesse. Avec bonté et même parfois sans s'en rendre compte, ces personnes ont su diriger mon chemin et me soutenir dans mon parcours. Un sentiment d'accomplissement personnel extraordinaire me remplit de fierté. C'est une fierté que j'ai la chance de partager avec mes supérieurs, mes collègues et mes proches, qui ont tous joué un rôle indubitable dans ce projet de vie.

À Dre Kristine Onishi, Dre Victoria Talwar et Dr Josh Wyman à l'Université McGill qui ont cru en mes capacités lors de mes études de premier cycle et qui m'ont confié le développement de leurs projets académiques. Votre rigueur et vos exigences élevées ont construit la base de mes connaissances en recherche et m'ont servi de modèle à travers mon parcours doctoral.

À ma directrice de thèse, Dre Nathalie Poirier, qui a vu en moi un potentiel digne de murir et à qui je dois l'obtention de ma spécialisation en neuropsychologie. Parmi une quantité abondante de candidats, tu m'as offert une opportunité inestimable. Par cette opportunité, tu m'as exposé à des expériences uniques qui sont devenues la fondation de mes connaissances scientifiques et cliniques. Par ton dévouement aux personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), j'ai pu participer à des projets qui ont ouvert mes yeux au vécu d'enfants ayant un TSA, de celui de leurs familles ainsi que du personnel scolaire oeuvrant auprès d'élèves en difficultés au quotidien. Ces expériences inoubliables ont servi à accroître ma compréhension de la population présentant un TSA ainsi que de son entourage et ont décuplé en moi une bienveillance

qui a influencé mon parcours professionnel. D'ailleurs, si je me spécialise en neuropsychologie, c'est parce que tu m'as poussé à le faire. Tu m'as présenté cette avenue, à laquelle j'ai résisté, mais comme d'habitude, tu n'as pas succombé à mes objections. Ce ne fut pas très long avant que je réalise que la pratique en neuropsychologie était celle dont j'avais toujours rêvé. C'était, tu l'as su avant moi, la profession par laquelle mes talents pouvaient se cristalliser. Nathalie, merci, je serai toujours très reconnaissante du temps que tu as investi en moi.

À Dr Benoît Hammarrenger, mon superviseur clinique et directeur de mon milieu professionnel à la Clinique d'Évaluation et de Réadaptation Cognitive (CERC)...le soutien que tu m'as accordé pour m'épanouir sur le plan professionnel est sans précédent. Le CERC est un milieu enrichissant par lequel j'ai pu développer un réel sentiment d'accomplissement et d'appartenance. C'est un milieu bienveillant et chaleureux qui priorise, sans exception, le bien-être de l'enfant et de sa famille, qui vise, avant tout, la réponse aux besoins des enfants en difficultés...des principes auxquels j'adhère ardemment. Les expériences au sein de ta clinique, par le biais de ta supervision ainsi que par les interactions avec les clients et avec les professionnels qui forment ce précieux milieu, ont contribué énormément au développement de mes connaissances théoriques et cliniques et ont même permis de bonifier les activités de recherche liée à cette thèse. D'ailleurs, par la flexibilité que tu m'as accordée, j'ai pu bénéficier d'un milieu de travail encadrant et stimulant tout en réservant le temps qui m'était nécessaire pour mener ce projet de thèse à terme. Ce fut un long marathon, et malgré tout, ton soutien et tes encouragements ont été immuables.

À mes collègues de laboratoire, votre attention assidue à mes travaux de recherche a apporté des améliorations durables qui constituent ce projet final que je présente aujourd'hui avec fierté. De plus, je tiens à souligner l'apport considérable de mes assistantes de recherche Nadia Moussa et Amélie Lampron. Votre minutie et efficacité remarquable dans la cotation d'inventaires psychologiques ainsi que dans l'entrée de

données m'ont donné la confiance de vous déléguer une part du poids qu'est d'entreprendre un projet de recherche doctoral. Mes sincères remerciements à vous deux qui avez si précieusement allégé la lourdeur de mes tâches de recherche.

À mes chers collègues qui sont devenus de précieux amis. Isabelle Almgren-Doré, Isabelle Assouline, Meghmik Aghourian, Taline Sahakian, Maxime Corric, Marie-Chantal Ferland, Jean-Marc Thérien-Blanchet, Audrey Benoit, Guillaume Charland Arcand, Audrey Potvin, Margaux Vermersch, Fanny P. Paquin et Jérôme Pinard ... par l'importance que je lui ai attribuée, vous avez internalisé ce projet de vie et l'avez vécu avec moi. Vous avez écouté mes inquiétudes et mes incertitudes; vous avez semé de la productivité à des moments où ma réserve motivationnelle était épuisée; et vous m'avez choyé de sorties sociales si conviviales et réjouissantes. Vous avez tous eu une influence immense sur mon bien-être. Merci à vous chers amis, d'avoir toujours été là quand ça comptait, je me considère merveilleusement comblée.

À mon père, Paul-André Lachance, ma mère, Fortunée Taïeb, mon frère, Marc Taïeb-Lachance, et mon grand-père, Henri Paul Lachance, votre présence inébranlable dans ma vie me dote d'une tranquillité d'esprit et d'une conviction infaillible à atteindre les plus hauts sommets. Cette famille, dont j'ai la chance de faire partie, m'a offert un milieu serein et aimant dans lequel j'ai pu m'épanouir. Si mes ambitions personnelles m'ont mené à une profession d'aide, c'est que j'ai été exposé à des modèles altruistes et bienveillants, qui promeuvent l'acceptation d'autrui et qui encouragent la persévérance et le dépassement de soi. Ma chère famille, merci, votre soutien à travers ce projet de vie a été fondamental à ma réussite.

Finalement, je souhaite souligner l'apport immesurable des familles et des enseignants qui ont participé à ce projet de recherche et qui, par ce fait même, ont engendré son actualisation.

Je souhaite également remercier les membres de mon jury, Dre Catherine des Rivières-Pigeon, Dre Georgette Goupil et Dre Rebecca Simon, pour leurs précieuses contributions à ce travail d'envergure.

DÉDICACE

Aux enfants de ce monde ayant un vécu
inexploré qui mérite d'être élucidé.

AVANT-PROPOS

Cette thèse est composée d'un contexte théorique incluant les objectifs et la méthode de la recherche doctorale, de deux articles scientifiques précisant les difficultés psychologiques que peuvent vivre les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), ainsi que d'une discussion générale portant sur les thèmes abordés. Le premier article intitulé, *La prévalence des troubles psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme à l'enfance*, est soumis à la *Revue Québécoise de Psychologie*. Il est constitué d'une recension exhaustive de la littérature scientifique quant aux troubles psychologiques les plus fréquemment rapportés chez les enfants ayant un TSA et les prévalences associées à ceux-ci. Le deuxième article nommé, *Le profil psychologique des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme et la reconnaissance de leurs besoins*, est soumis à la revue *Science et Comportement*. Il comporte les résultats d'une étude scientifique visant à décrire le profil psychologique de vingt adolescents ayant un TSA par l'identification des diagnostics psychologiques qui leur sont octroyés par un professionnel de la santé ainsi que par le dépistage de symptômes psychologiques à l'aide d'une fiche de renseignements personnels ainsi que de tests et de questionnaires standardisés. Cette étude cherche également à documenter les services thérapeutiques offerts à ces jeunes. Enfin, ce projet de recherche permet d'identifier les problématiques psychologiques méritant une reconnaissance clinique chez les adolescents ayant un TSA et d'évaluer l'attention qui leur est réellement accordée par l'attribution de services d'évaluation et d'intervention.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	vii
LISTE DES TABLEAUX	xii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	xv
RÉSUMÉ	xvii
ABSTRACT.....	xviii
CHAPITRE I CONTEXTE THÉORIQUE, OBJECTIFS ET MÉTHODE.....	19
1.1 Trouble du spectre de l'autisme	19
1.1.1 Perturbation de la communication sociale et émotionnelle	20
1.1.2 Comportements, activités ou intérêts stéréotypés, restreints et répétitifs.....	22
1.1.3 Troubles concomitants au trouble du spectre de l'autisme.....	23
1.2 Surveillance et dépistage du trouble du spectre de l'autisme.....	24
1.3 Évaluation clinique du trouble du spectre de l'autisme	25
1.3.1 Enjeux concernant l'évaluation du trouble du spectre de l'autisme	27
1.4 Intervention du trouble du spectre de l'autisme	28
1.4.1 Enjeux concernant l'intervention du trouble du spectre de l'autisme	30
1.5 État de la situation des enfants présentant un TSA au Québec	32
1.6 Objectifs de recherche	34
1.7 Méthode.....	34
1.7.1 Participants.....	35
1.7.2 Instruments.....	35
1.7.3 Procédures.....	41
1.8 Éthique.....	46

CHAPITRE II ARTICLE I : LA PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ASSOCIÉS AU TROUBLE DU SPECTRE DE L’AUTISME À L’ENFANCE	49
2.1 Introduction	52
2.1.1 Trouble du spectre de l’autisme.....	52
2.1.2 Trajectoire développementale chez l’enfant présentant un TSA	53
2.1.3 Évolution du concept diagnostic du TSA	54
2.1.4 Troubles psychologiques concomitants au TSA chez l’enfant.....	54
2.2 Objectifs	56
2.3 Méthode.....	56
2.4 Résultats de la recension de la littérature scientifique	59
2.4.1 Troubles affectifs	59
2.4.2 Troubles comportementaux	68
2.5 Discussion	75
2.6 Références	80
CHAPITRE III ARTICLE II : LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES ADOLESCENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L’AUTISME ET LA RECONNAISSANCE DE LEURS BESOINS.....	89
3.1 Introduction	92
3.1.1 Trouble du spectre de l’autisme.....	92
3.1.2 Émission du diagnostic de TSA.....	92
3.1.3 Services thérapeutiques associés au TSA	93
3.1.4 Évolution du profil psychologique des jeunes présentant un TSA.....	94
3.2 Objectif de l’étude	96
3.3 Méthode.....	96
3.3.1 Participants.....	96
3.3.2 Instruments.....	97
3.3.3 Procédures.....	99
3.3.4 Analyse des données	101
3.4 Résultats	101
3.4.1 Description des participants.....	101
3.4.2 Services d’évaluation.....	104
3.4.3 Services thérapeutiques.....	106
3.4.4 Symptômes psychologiques rapportés par les parents.....	109

3.5	Discussion	113
3.5.1	Profil descriptif des adolescents ayant un TSA	113
3.5.2	Profil affectif des adolescents ayant un TSA	116
3.5.3	Profil comportemental des adolescents ayant un TSA	118
3.5.4	Reconnaissance des besoins des adolescents ayant un TSA.....	122
3.6	Conclusion.....	125
3.7	Références	127
CHAPITRE IV DISCUSSION GÉNÉRALE.....		136
4.1	Synthèse des principaux résultats de la thèse.....	136
4.1.1	Recension de la littérature scientifique portant sur la prévalence des troubles psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme à l'enfance 136	
4.1.2	Étude scientifique portant sur le profil psychologique des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme et la reconnaissance de leurs besoins 137	
4.2	Constats concernant la reconnaissance clinique de difficultés psychologiques chez les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme	139
4.3	Constats concernant le type de services thérapeutiques typiquement offerts aux jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme	140
4.4	Constats concernant l'offre de services spécialisés chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire ayant un trouble du spectre de l'autisme.....	142
4.5	En route vers les solutions : Construire sur les bases existantes.....	143
4.5.1	Avantages associés à l'intervention en milieu scolaire	143
4.5.2	Remaniement du programme d'intervention scolaire actuel	144
4.5.3	Précédents documentés concernant la mise en place d'un soutien universel 145	
4.5.4	Sommaire des pistes de solutions proposées	147
4.6	Limites de la recherche et pistes futures	148
APPENDICE A CERTIFICAT D'ACCOMPLISSEMENT TCPS 2 : CORE.....		151
APPENDICE B CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE		153
APPENDICE C LETTRE D'ACCEPTATION DE LA PARTICIPATION DE LA COMMISSION SCOLAIRE DE LA POINTE-DE-L'ÎLE DANS LE RECRUTEMENT DE PARTICIPANTS		155

APPENDICE D FORMULAIRE DE CONFIDENTIALITÉ POUR LES ASSISTANTES DE RECHERCHE	157
APPENDICE E FICHE DE SOLICITATION	159
APPENDICE F LETTRE DE SOLICITATION	161
APPENDICE G FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (ADOLESCENT)	164
APPENDICE H FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (PARENT).....	170
APPENDICE I FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (ENSEIGNANT).....	176
APPENDICE J FICHE SIGNALIÉTIQUE (PARENT).....	182
APPENDICE K FICHE SIGNALIÉTIQUE (ENSEIGNANT).....	190
APPENDICE L LETTRE DE REMERCIEMENT	194
APPENDICE M LISTE DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES.....	196
APPENDICE N GABARIT DU RÉSUMÉ DES RÉSULTATS REMIS AUX PARENTS.....	199
APPENDICE O DONNÉES INTERPRÉTÉES	219
RÉFÉRENCES	255

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Résumé des instruments expérimentaux	40
1.2 Résumé des procédures expérimentales	44
2.1 Prévalence des enfants ayant un TSA présentant au moins un trouble psychologique	56
2.2 Liste des études recensées en ordre ascendant selon la tranche d'âges des échantillons	58
2.3 Prévalence en pourcentage (%) des troubles anxieux chez les enfants ayant un TSA	61
2.4 Prévalence en pourcentage (%) des troubles dépressifs chez les enfants ayant un TSA	66
2.5 Prévalence en pourcentage (%) du TDAH chez les enfants ayant un TSA	71
2.6 Prévalence en pourcentage (%) des troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites chez les enfants ayant un TSA.....	72

2.7 Prévalence en pourcentage (%) des troubles de tics chez les enfants ayant un TSA.....	74
3.1 Procédures expérimentales.....	100
3.2 Fonctionnement intellectuel des adolescents ayant un TSA au WISC-V	102
3.3 Fonctionnement attentionnel des adolescents ayant un TSA au TEA-Ch.....	103
3.4 Moment et l'âge de l'émission du diagnostic de TSA.....	104
3.5 Nombre de diagnostics concomitants que possèdent les adolescents ayant un TSA	105
3.6 Diagnostics concomitants que possèdent les adolescents ayant un TSA.....	105
3.7 Nombre de traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents ayant un TSA.....	106
3.8 Types de traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents ayant un TSA.....	107
3.9 Nombre de services d'intervention spécialisés offerts aux adolescents ayant un TSA.....	107
3.10 Types de services d'intervention offerts aux adolescents ayant un TSA et problématiques ciblées.....	109
3.11 Symptômes psychologiques rapportés par les parents dans la fiche de renseignements personnels	110

3.12 Symptômes psychologiques rapportés par les parents au questionnaire BASC-2	111
3.13 Tics moteurs rapportés par les parents au questionnaire YGTSS.....	112
3.14 Tics vocaux rapportés par les parents au questionnaire YGTSS.....	113

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
ASRS	Autism Spectrum Rating Scales
BASC-2	Behavior Assessment System for Children – Second Edition
CADDRA	Canadian ADHD Resource Alliance
CMQ	Collège des Médecins du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CRDITSA	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme
EHDAA	Élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage
FQA	Fédération Québécoise de l'Autisme
ICI	Intervention comportementale intensive
INESSS	Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux
MACI	Millon Adolescent Clinical Inventory
MASC-2	Multidimensional Anxiety Scale for Children – Second Edition
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OPQ	Ordre des Psychologues du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
TCC	Thérapie cognitive-comportementale
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
UQAM	Université du Québec à Montréal
YGTSS	Yale Global Tic Severity Scale

RÉSUMÉ

Cette recherche doctorale vise à explorer les divers troubles psychologiques affectant les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et à statuer l'importance de ces troubles par le biais de prévalences dérivées d'une recension exhaustive de la littérature scientifique. Elle cherche également à documenter les diagnostics psychologiques attribués à vingt adolescents présentant un TSA et à dépister la présence de symptômes psychologiques significatifs par l'entremise d'une fiche de renseignements personnels ainsi que de tests administrés aux adolescents (*Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants – Cinquième édition (WISC-V)* et *Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch)*) et de questionnaires remplis par leurs parents (*Behavior Assessment System for Children (BASC-2)* et *Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)*). De plus, une analyse descriptive des services thérapeutiques offerts à ces jeunes a été effectuée. Similairement aux prévalences de la littérature scientifique, cette étude conclut que le fonctionnement des adolescents est affecté par des problématiques affectives de nature anxieuse et dépressive ainsi que par des difficultés comportementales liées à l'inattention, l'hyperactivité/impulsivité, l'agressivité et la manifestation de tics. Pourtant, des lacunes importantes sont constatées quant à la reconnaissance clinique des difficultés psychologiques que vivent ces jeunes. De plus, les stratégies d'intervention appliquées auprès de ces jeunes peuvent différer de celles préconisées par la littérature scientifique.

Mots clés : trouble du spectre de l'autisme, troubles psychologiques, adolescence, évaluation, intervention

ABSTRACT

The present doctoral research project explores the psychological disorders affecting youth with an autism spectrum disorder (ASD) and studies the prevalence of these disorders through an exhaustive scientific literature review. This project also aims to document the psychological diagnoses attributed to twenty adolescents with ASD and to screen for the presence of significant psychological symptoms through the use of a sociodemographic form, standardized tests administered to the adolescents (*Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition (WISC-V)* and *Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch)*) and psychological questionnaires filled by their parents (*Behavior Assessment System for Children (BASC-2)* and *Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)*). Moreover, a descriptive analysis of the therapeutic services offered to this youth was conducted. Similarly to the prevalences identified in the scientific literature, this project concludes that this youth presents with affective issues that are anxious and depressive in nature as well as with behavioral issues associated with inattention, hyperactivity/impulsivity, aggressivity and the presence of tics. However, important issues are identified regarding the clinical recognition of psychological difficulties. Also, intervention strategies applied with this youth tend to differ from evidence-based therapies supported by the scientific literature.

Keywords : autism spectrum disorder, adolescence, psychological disorders, intervention.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE, OBJECTIFS ET MÉTHODE

1.1 Trouble du spectre de l'autisme

Selon la définition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est une condition neurodéveloppementale caractérisée par une atteinte persistante sur le plan de la communication sociale et émotionnelle ainsi que par la présence de comportements, d'activités ou d'intérêts stéréotypés, restreints et répétitifs. Ces symptômes doivent survenir au cours de la petite enfance ou lorsque les exigences sociales excèdent les capacités de l'enfant. Une altération du fonctionnement quotidien dans des contextes variés doit également être objectivée. Trois degrés de sévérité sont associés à ce trouble selon le niveau de soutien requis par l'enfant. Celui-ci peut présenter une atteinte légère nécessitant un appui (niveau 1); une atteinte modérée requérant un appui important (niveau 2); ou une atteinte sévère commandant un appui très important (niveau 3). Les données épidémiologiques révèlent qu'environ 1% de la population a un diagnostic de TSA (American Psychiatric Association [APA], 2013). En 2016-2017, 21 810 jeunes de la population québécoise âgée entre 1 et 17 ans présentaient un TSA. La prévalence du TSA se situe ainsi à 1,5% au Québec, avec une prévalence deux fois plus élevée dans les régions avoisinant Montréal que les régions périphériques. Le TSA est d'ailleurs le handicap le plus répandu dans les milieux scolaires du Québec (Noiseux, 2019).

1.1.1 Perturbation de la communication sociale et émotionnelle

L'atteinte persistante sur le plan de la communication sociale et émotionnelle chez l'enfant ayant un TSA se présente sous trois formes. En premier lieu, des déficits sur le plan de la réciprocité sociale et émotionnelle sont observés. Le développement typique de l'enfant est caractérisé par l'émergence de signes sociaux dans les premiers mois de vie. Par exemple, le nourrisson s'oriente vers des voix familières, il attire l'attention de ses proches par du babillage et il engage le contact physique, tel qu'en agrippant le doigt d'autrui. Ces signes sociaux favorisent le développement du lien entre le nourrisson et ses parents en établissant un contact bidirectionnel entre ceux-ci. Toutefois, cette affinité sociale est souvent lacunaire chez les jeunes présentant un TSA et peut se définir par une indifférence apparente envers les autres. Un manque d'intérêt à orienter leur regard lorsqu'ils sont interpellés par leur nom ou lors de communications sociales peut typiquement être observé. Aussi, le contact physique est parfois peu recherché par ces jeunes et peut même leur être aversif. De plus, une maladresse est constatée face au manque de bilatéralité dans l'interaction, ce qui tend à être plus saillant à l'adolescence lorsque les demandes d'interactions sociales deviennent plus complexes. D'une part, il est possible que l'adolescent ayant un TSA montre peu d'intérêt à soutenir une interaction sociale. L'interlocuteur peut ainsi avoir l'impression de lui faire un interrogatoire, la conversation suivant un tour de rôles étant souvent limitée ou absente. D'autre part, il est commun que l'adolescent s'intéresse peu aux pensées, aux sentiments et aux expériences de son interlocuteur. Il peut donc amorcer une communication basée exclusivement sur ses intérêts et omettre d'établir le contact social nécessaire pour attirer et maintenir l'attention de l'interlocuteur (APA, 2013; Lussier, Chevrier, & Gascon, 2017).

En deuxième lieu, les jeunes présentant un TSA montrent typiquement une atteinte de la communication non verbale. Outre le langage verbal, la communication sociale comprend également le langage non verbal, dont le contact visuel, la gestuelle et

l'expression d'émotions. Chez l'enfant ou l'adolescent ayant un TSA, une absence de contact visuel ou un manque de modulation du regard lors des interactions tendent à être objectivés. Pour qu'un contact visuel soit bien modulé à l'interaction sociale, ce dernier doit être présent à trois temps, soit en début de conversation, au cours de la conversation et en écoute de la réponse. Le jeune ayant un TSA peut, par exemple, initier une interaction verbale avec son interlocuteur sans coordonner un contact visuel. Le contact visuel peut apparaître à des moments sporadiques lors de la conversation sans être suffisamment maintenu pour établir un contact social optimal. De plus, l'interlocuteur peut ressentir que le jeune le regarde à travers, comme s'il fixait un objet en arrière-plan. Sur le plan de la gestuelle, il est commun que l'enfant ou l'adolescent présentant un TSA emploie peu de gestes pour communiquer. Par exemple, le pointage du doigt vers un objet et l'utilisation de gestes descriptifs servant à accentuer le message verbal sont souvent absents dans leurs discours. Lorsque des gestes sont utilisés, ils sont rarement coordonnés avec le regard. Par ailleurs, le décodage et l'expression des émotions sont souvent lacunaires chez ces jeunes, pouvant générer des incompréhensions et affecter l'établissement et le maintien des relations sociales à l'adolescence. En effet, le jeune ayant un TSA peut montrer une difficulté à identifier les sentiments d'autrui, soit à capter les subtilités des expressions faciales et de les relier à des émotions vécues. De plus, la modulation de l'expression faciale peut parfois être réduite chez ces jeunes et peuvent être caractérisés comme ayant un affect généralement neutre (APA, 2013; Lussier et al., 2017).

En troisième lieu, le développement, le maintien et la compréhension des relations sociales tendent à être difficiles pour les jeunes ayant un TSA, et ce, notamment à l'adolescence lorsque l'interaction sociale devient un facteur déterminant dans l'établissement d'amitiés. Il peut être complexe pour le jeune de décoder les intentions et les pensées d'autrui. Dans un tel cas, il arriverait difficilement à ajuster son comportement afin de répondre à une attente sociale. Son approche envers ses pairs peut être maladroite et peu relationnelle. Par exemple, il peut se concentrer de manière

obsessive sur un intérêt restreint ou sur l'application des règles d'un jeu. De plus, il peut être plutôt concret dans sa pensée et se montrer peu habile à s'engager dans des jeux imaginaires comparativement à ses pairs. Il n'est pas rare qu'un enfant ou un adolescent ayant un TSA soit en retrait social, son intérêt envers ses pairs et envers les activités de groupe étant plutôt limité. Pour ces raisons, le développement de relations sociales durable tend à être un enjeu important pour les jeunes présentant un TSA (APA, 2013; Lussier et al., 2017).

1.1.2 Comportements, activités ou intérêts stéréotypés, restreints et répétitifs

Les comportements stéréotypés et répétitifs chez l'enfant ou l'adolescent ayant un TSA lui offrent une stimulation sensorielle. Typiquement, ces comportements se manifestent par le mouvement, le langage ou l'utilisation d'objets. Sur le plan moteur, le maniérisme des mains, le sautellement, le tournoiement et le balancement sont communs. Sur le plan langagier, l'écholalie immédiate ou différée et l'utilisation de néologismes ou de phrases idiosyncrasiques peuvent être employées par le jeune. La répétition de mots et d'énoncés provenant de conversations ou de films visionnés antérieurement et l'utilisation de mots ou de formulations inventées pour désigner un objet ou une action réelle en sont des exemples. Par ailleurs, l'enfant présentant un TSA peut montrer une utilisation peu fonctionnelle des objets. Ce jeune peut se servir d'un objet d'une manière qui diffère de son utilité actuelle. De plus, il peut s'intéresser à une seule partie d'un objet. Par exemple, il est possible de constater qu'un enfant ou qu'un adolescent ayant un TSA s'intéresse exclusivement à tourner la roue d'une petite voiture sur elle-même, à aligner ses jouets dans un ordre précis ou à les monter en tour, et ce, sans élaboration de scénarios de jeu imaginaire (APA, 2013; Lussier et al., 2017).

Sur le plan des activités restreintes et répétitives, la faible tolérance que peut vivre l'enfant ou l'adolescent ayant un TSA aux changements dans son environnement peut l'amener à adhérer de manière inflexible à des routines et à des rituels verbaux ou non verbaux. Par exemple, il peut manifester une forte réaction émotive face aux transitions

et aux imprévus à l'horaire. Cette rigidité peut amener les parents du jeune à suivre une routine quotidienne prévisible, à produire une description détaillée d'événements anticipés, à préparer les mêmes repas ou encore à utiliser des salutations précises lorsqu'ils s'adressent à leur jeune (APA, 2013; Lussier et al., 2017).

L'enfant ou l'adolescent ayant un TSA présente également des intérêts restreints qui se distinguent par leurs spécificités et leurs intensités anormales. Ces intérêts occupent un temps démesuré au détriment des autres activités de vie du jeune. Il peut avoir un attachement à des objets insolites ou un intérêt excessivement circonscrit à un sujet donné. Les intérêts restreints peuvent permettre au jeune d'acquérir des connaissances remarquables par rapport au sujet d'intérêt. Cependant, ils peuvent également nuire aux échanges sociaux du fait que l'enfant ou l'adolescent ayant un TSA démontre une tendance à parler démesurément de son intérêt, sans concevoir que ses pairs ne partagent pas le même niveau d'enthousiasme pour le sujet (APA, 2013; Lussier et al., 2017).

Finalement, le profil de l'enfant ou de l'adolescent ayant un TSA peut se caractériser par des particularités sensorielles, telles qu'une hyper- ou une hypo-réactivité aux stimuli sensoriels ou un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement. Par exemple, il est possible de constater une indifférence à la douleur ou à la température ainsi que des réactions aversives à des sons, à des odeurs ou à des textures spécifiques. Il est aussi possible d'observer une fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements, dont le mouvement rotationnel de l'eau de la cuve qui se vide. Une tendance à sentir ou à toucher excessivement les objets peut également être objectivée (APA, 2013; Lussier et al., 2017).

1.1.3 Troubles concomitants au trouble du spectre de l'autisme

Historiquement, le TSA a été perçu comme un diagnostic prédominant et explicatif de l'étendue des difficultés que pouvait vivre un enfant ayant un tel trouble. Ainsi, selon

la version antérieure du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Quatrième édition* (DSM-IV), la présence de symptômes affectifs ou comportementaux chez l'enfant ayant un TSA s'expliquait par ce même trouble. Une telle perspective implique l'exclusion systématique de nombreux diagnostics psychologiques au détriment d'un diagnostic exclusif, soit celui du TSA (APA, 2000; McPartland & Dawson, 2014). Cependant, grâce à l'élaboration accrue de données empiriques et cliniques concernant les problématiques variées que peuvent vivre les enfants ayant un TSA, la version courante du manuel, soit le DSM-5, valide la reconnaissance de troubles psychologiques associés au TSA et ainsi méritant un diagnostic distinct de celui-ci (APA, 2013; Lopata & Thomeer, 2014; McPartland & Dawson, 2014). Autrement dit, il est maintenant compris que les personnes ayant un TSA peuvent développer des difficultés psychologiques requérant l'attribution de services distincts de ceux typiquement offerts pour le TSA (Bradley et al., 2004; Gurney et al., 2006; Levy & Perry, 2011). Les perturbations affectives, dont les troubles anxieux et les troubles dépressifs ainsi que les troubles altérant le comportement, soit les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et les troubles de tics, sont largement rapportés dans la littérature scientifique chez la population présentant un TSA (Gjevik, Eldevik, Fjæran-Granum, & Sponheim, 2011; Simonoff et al., 2008; van Steensel, Bögels, & de Bruin, 2013). En fait, la majorité des jeunes ayant un TSA développent une atteinte psychologique nécessitant des interventions qui se distinguent de celles typiquement offertes pour le TSA (Bradley, Summers, Wood, & Bryson, 2004; Gurney, McPheeters, & Davis, 2006; Levy & Perry, 2011).

1.2 Surveillance et dépistage du trouble du spectre de l'autisme

La confirmation d'un TSA s'inscrit dans une démarche de surveillance du développement et de dépistage des premiers signes précurseurs menant à un processus formel d'évaluation auprès des professionnels de la santé. La connaissance des stades

de développement de l'enfant permet de faciliter l'identification d'un retard développemental en bas âge (Johnson & Myers, 2007). Par ailleurs, l'écoute des inquiétudes et des observations parentales est primordiale, car ils sont souvent les premiers à déceler des anomalies, tels que des retards sur le plan du langage et de l'interaction sociale (Poirier & Goupil, 2008). En fait, les premiers symptômes du TSA peuvent survenir dès la première année de vie de l'enfant et la majorité des parents remarquent des particularités chez leurs jeunes avant l'âge de 24 mois. De la sorte, il est possible de poser un diagnostic précoce entre l'âge de 18 et 24 mois (Chawarska, Klin, Paul, & Volkmar, 2007; Collège des médecins du Québec [CMQ] & Ordre des psychologues du Québec [OPQ], 2012; De Giacomo & Fombonne, 1998). Les médecins de première ligne jouent ainsi un rôle important dans le processus de surveillance chez l'enfant en bas âge. De plus, ils sont ceux pouvant diriger les familles vers les services correspondant à leurs besoins, dont les services d'évaluation du TSA (CMQ & OPQ, 2012; King & Glascoe, 2003).

1.3 Évaluation clinique du trouble du spectre de l'autisme

En vertu du projet de *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (PL 21) adopté en 2009, l'émission d'un diagnostic de TSA est un acte réservé aux médecins et aux psychologues du Québec (CMQ & OPQ, 2012). En réponse au projet de loi 21 (PL 21), des lignes directrices concernant l'évaluation clinique du TSA ont conjointement été produites par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Ce document fournit un cadre de référence afin de guider la démarche d'évaluation du TSA et ainsi assurer une pratique uniforme auprès des cliniciens du Québec (CMQ & OPQ, 2012).

Les démarches liées à l'évaluation du TSA constituent, en premier lieu, l'établissement du profil développemental de l'enfant par une entrevue clinique avec les parents.

L'utilisation d'entretiens standardisés, tels que l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) par Rutter, Le Couteur et Lord (2008), sont couramment employés. Ils permettent d'identifier les signes caractéristiques du TSA dans le domaine des relations sociales, de la communication et des comportements ritualisés et répétitifs par le biais de l'histoire développementale (Rutter et al., 2008). En deuxième lieu, l'évaluation du TSA implique l'observation ou l'utilisation d'outils standardisés, telle que l'ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule-2) par Lord et ses collaborateurs (2012), permettant d'établir un contexte semi-structuré propice à l'observation des caractéristiques du TSA. Des situations sociales sont ainsi reproduites dans le cadre d'un processus d'observation afin d'évaluer la communication, l'interaction sociale réciproque, le jeu ou l'utilisation imaginative du matériel, les comportements stéréotypés, les intérêts restreints et d'autres comportements déviants (Lord et al., 2012). Par ailleurs, il est recommandé de préciser le niveau de développement dans les différentes sphères de fonctionnement de l'enfant. Par conséquent, l'évaluation du TSA est typiquement accompagnée d'une évaluation du fonctionnement intellectuel et des comportements adaptatifs (APA, 2013; CMQ & OPQ, 2012).

L'évaluation précoce, soit celle effectuée entre l'âge de 18 et 24 mois (Chawarska, Klin, Paul, & Volkmar, 2007; CMQ & OPQ, 2012; De Giacomo & Fombonne, 1998), est préconisée puisqu'elle permet l'accès à divers services gouvernementaux, tels que l'intervention précoce, les subventions pour l'intégration en service de garde et le soutien financier sous forme d'allocations ou de déductions fiscales (Poirier & Goupil, 2008). Ainsi, l'amélioration de la trajectoire développementale de l'enfant ayant un TSA dépend grandement de la rapidité d'accès à l'évaluation (CMQ & OPQ, 2012; Dawson, 2008; Granpeesheh, Dixon, Tarbox, Kaplan, & Wilke, 2009; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2014; Jancarik, 2010; Zachor, Ben-Itzhak, & Rabinovich, 2007).

1.3.1 Enjeux concernant l'évaluation du trouble du spectre de l'autisme

Les lignes directrices émises pour l'évaluation du TSA concernent les procédures de l'évaluation initiale, soit celle servant exclusivement à poser le diagnostic de TSA (CMQ & OPQ, 2012). De ce fait, le diagnostic précoce du TSA est préconisé notamment afin de pouvoir intervenir en bas âge sur le déficit de la communication et des interactions sociales ainsi que sur le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des activités et des intérêts (CMQ & OPQ, 2012; Dawson, 2008; Granpeesheh, Dixon, Tarbox, Kaplan, & Wilke, 2009; INESSS, 2014; Jancarik, 2010; Zachor, Ben-Itzhak, & Rabinovich, 2007). Ceci représente toutefois un enjeu important dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) du Québec. L'ampleur des demandes d'évaluation et le manque de ressources entravent l'accès ponctuel à l'évaluation (Fombonne, Zakarian, Bennett, Meng, & McLean-Heywood, 2006; Lazoff, Zhong, Piperni, & Fombonne, 2010; ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 2012; Saracino, Noseworthy, Steiman, Reisinger, & Fombonne, 2010). En effet, plus de 1000 enfants québécois attendent jusqu'à 3 ans pour être évalués (McKinsey & Compagnie, 2014). Selon une étude québécoise, le délai moyen entre la première consultation des parents et l'obtention du diagnostic est de 2,9 ans, situant l'âge moyen de l'enfant au moment du diagnostic à 5,8 ans. Ainsi, plusieurs enfants au Québec reçoivent leur diagnostic de TSA tardivement, soit à l'âge scolaire (Poirier & Goupil, 2008).

Bien que l'identification, même tardive, du TSA soit bénéfique dans la reconnaissance des besoins de l'enfant, il importe aussi de considérer l'évolution naturelle de la trajectoire développementale du TSA. Avec l'âge, les symptômes diagnostiques du TSA deviennent moins flagrants grâce aux opportunités de socialisation provenant des divers milieux de vie de l'enfant (Matson & Horovitz, 2010; McGovern & Sigman, 2005; Schall & McDonough, 2010; Seltzer, Shattuck, Abbeduto, & Greenberg, 2004). Cependant, une majorité de ces jeunes développent une atteinte psychologique

concomitante au TSA nécessitant des interventions qui se distinguent de celles typiquement offertes pour le TSA. Par exemple, un enfant ou un adolescent ayant un TSA peut présenter un trouble anxieux ou un TDAH et ainsi requérir une pharmacothérapie ou une psychothérapie spécifique à ces troubles (Bradley et al., 2004; Gurney et al., 2006; Levy & Perry, 2011). Pourtant, aucun cadre référentiel n'existe face à la surveillance et au dépistage de troubles associés au TSA. Ainsi, outre les délais significatifs dans l'obtention du diagnostic de TSA (Poirier & Goupil, 2008), un manque de reconnaissance face aux difficultés concomitantes au TSA transparait dans l'évaluation clinique du trouble.

1.4 Intervention du trouble du spectre de l'autisme

Depuis 2003, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme (CRDITSA¹) détiennent le mandat d'offrir des services aux personnes présentant un TSA et de fournir un soutien à leurs familles. Pour les enfants ayant un TSA âgés de deux à six ans, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise l'implantation de programmes d'intervention ciblant la stimulation, l'intégration et la participation sociale de ceux-ci. Les objectifs des interventions étant de favoriser le développement de comportements appropriés chez l'enfant ayant un TSA et de réduire les comportements compromettant l'adaptation sociale de celui-ci, tels que l'autostimulation et l'agressivité (MSSS, 2003, 2012). Par ailleurs, le MSSS spécifie la nécessité que ces jeunes soient desservis dans leur milieu naturel, soit à domicile ou en service de garde. Malgré une variabilité dans la sélection des programmes d'intervention destinés aux enfants d'âge préscolaire présentant un TSA,

¹ Le CRDITSA, antérieurement nommé le centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement (CRDITED), offre des services spécialisés en affiliation avec les centres intégrés de services en santé et services sociaux (CISSS).

l'intervention comportementale intensive (ICI) est l'intervention préconisée par le MSSS et constitue celle qui est la plus couramment utilisée par le RSSS (MSSS, 2003, 2012). En principe, ce programme basé sur un modèle comportemental par conditionnement opérant permet aux enfants ayant moins de six ans de recevoir un minimum de 20 heures de stimulation précoce par semaine (MSSS, 2003, 2012).

À l'âge scolaire, l'émetteur principal des services spécialisés est le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)². L'élève présentant un TSA peut ainsi bénéficier de services d'intervention en milieu scolaire, tels que la psychologie, l'orthophonie, l'orthopédagogie et l'éducation spécialisée (INESSS, 2014). Au Québec, l'offre de services éducatifs spécialisés dépend des ressources financières allouées par le MEES (Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport [MELS], 2007). L'allocation des fonds se base sur le prorata du nombre d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) et est acheminée aux écoles via les commissions scolaires. Les directions de chaque école ont la responsabilité de coordonner et de dispenser les services éducatifs à ses élèves de manière efficiente (Fédération Québécoise de l'Autisme et des autres Troubles Envahissants du Développement [FQATED], 2009; MELS, 2007). Selon les écrits gouvernementaux, il est indiqué que les professionnels scolaires, tels que les psychologues, les orthophonistes et les psychoéducateurs, en collaboration avec le personnel enseignant, évaluent les besoins de l'élève en difficulté afin d'implanter les mesures nécessaires aux progrès de celui-ci (MELS, 2007). Ces moyens varient selon l'élève et incluent : l'adaptation des services éducatifs de base, la mise en place de mesures préventives ou

² Depuis 2016, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) détient la nouvelle appellation Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (MEES). Bien que la nouvelle appellation soit favorisée, l'utilisation de l'appellation antérieure sera employée dans le référencement de documents publiés avant 2016.

d'interventions plus spécialisées dans le cadre habituel de la classe et l'élaboration d'un plan d'intervention. Ainsi, les professionnels scolaires auraient pour rôle de cibler les besoins des élèves ainsi que de soutenir ces élèves et le personnel enseignant dans l'application des services spécialisés (Béland & Goupil, 2005; MELS, 2007).

Au-delà des services professionnels prodigués par le réseau scolaire, des services analogues sont offerts dans la communauté par les établissements de la santé et des services sociaux. Les écrits rapportent qu'il existe une collaboration étroite entre le RSSS et celui de l'éducation visant à combler l'entièreté des besoins des jeunes et à promouvoir leur épanouissement par un partage des responsabilités dans l'offre des services spécialisés (Comité consultatif des services aux élèves à besoins particuliers [CCSEHDAA], 2018). Par exemple, les intervenants scolaires et les professionnels du RSSS coopéreraient dans la réalisation des plans d'intervention scolaire et des plans de service (CCSEHDAA, 2018; FQATED, 2009).

1.4.1 Enjeux concernant l'intervention du trouble du spectre de l'autisme

Des défis considérables sont constatés face à l'accessibilité des services d'intervention au Québec (CMQ et OPQ, 2012; Poirier & Goupil, 2008). D'une part, le manque d'efficience dans la pose de diagnostics précoces retarde l'éligibilité à ces services. Les services offerts aux personnes en attente d'un diagnostic étant peu développés dans l'ensemble du Québec et l'accès à l'intervention étant approuvé qu'à l'émission officielle du diagnostic (MSSS, 2012). D'autre part, des difficultés d'accès aux services d'intervention existent même suite à la pose du diagnostic de TSA.

Parmi les enfants ayant un TSA âgés de moins de six ans, seule la moitié bénéficieraient des services de leurs CRDITSA, tandis que l'autre moitié serait en attente de recevoir ces services (Bélangier & Héroux de Sève, 2009). En effet, plus de 1000 enfants québécois attendent jusqu'à 2 ans pour une intervention précoce (McKinsey & Compagnie, 2014). De plus, une grande variabilité existe parmi les CRDITSA quant

aux intervenants impliqués, au contenu du programme appliqué et au nombre d'heures d'ICI offert. Parmi ceux ayant accès à des services, la moyenne d'heures de stimulation précoce par semaine serait inférieure à celle recommandée par le MSSS, soit entre 11 à 20 heures d'ICI hebdomadairement (Bélangier & Héroux de Sève, 2009; Deschatelets, 2016; Dionne, Joly, Paquet, Rivard, & Rousseau, 2014; Mercier, Boyer, & Langlois, 2010).

Pour les enfants d'âge scolaire présentant un TSA, de grandes disparités régionales existent entre les écoles en ce qui a trait à l'accompagnement et le soutien offert aux élèves présentant un TSA. Ceci s'explique entre autres par le fait que l'attribution des services et leur qualité dépendent des directives des commissions scolaires, des écoles et du personnel. Outre l'acheminement et l'accès aux ressources, la formation, l'expérience, l'attitude et la disponibilité des directeurs et du personnel scolaires varient considérablement d'un milieu à l'autre, ce qui peut influencer la qualité des services spécialisés obtenus (FQATED, 2009). Par ailleurs, une pénurie de professionnels en milieu scolaire limite l'accès à certains services spécialisés, tels que la psychologie, l'orthopédagogie, la psychoéducation, l'orthophonie et l'ergothérapie (FQATED, 2009; Le Protecteur du Citoyen, 2015; McKinsey & Compagnie, 2014). Au Québec, il existe en moyenne qu'un seul professionnel pour quinze élèves HDAA (McKinsey & Compagnie, 2014). Ainsi, afin de répondre à la demande importante de consultations, les professionnels doivent souvent restreindre leurs activités à l'évaluation (FQATED, 2009). Par exemple, parmi les psychologues scolaires québécois œuvrant auprès d'élèves HDAA, l'évaluation constitue 72 % de leurs activités professionnelles (Béland & Goupil, 2005). Ceci signifie que, suite à l'identification des besoins de l'élève, les professionnels scolaires ne sont pas en mesure d'assurer un suivi individualisé face aux interventions recommandées à l'élève (FQATED, 2009). Aussi, les enseignants œuvrant auprès des élèves ayant un TSA sont peu outillées pour répondre aux besoins de ces jeunes. Aucune formation ou expérience antécédente sur le TSA n'est requise des enseignantes lorsqu'attribuées à une classe

avec un ou des élèves présentant un TSA (FQATED, 2009; McKinsey & Compagnie, 2014; Poirier, Abouzeid, Taieb-Lachance, & Smith, 2017). D'ailleurs, bien qu'une formation sur le TSA soit incluse dans le programme universitaire en adaptation scolaire, celui-ci n'inclut que peu de cours sur les troubles fréquemment associés au TSA, alors que cela s'avère essentiel pour permettre aux enseignantes d'ajuster leurs interventions face à l'éventail des besoins que présentent ces élèves (Poirier et al., 2017). Concernant les services complémentaires offerts par le RSSS, ceux-ci sont souvent inexistantes parmi les enfants du primaire et du secondaire. Le manque de ressources mène à une incapacité à faire le suivi de chaque jeune ayant un TSA et plutôt de contourner l'offre de services aux cas les plus extrêmes, dont les jeunes ayant des troubles comportementaux compromettant leur sécurité ou celle des autres (Le Protecteur du Citoyen, 2015).

1.5 État de la situation des enfants présentant un TSA au Québec

Globalement, l'efficacité dans l'offre de services d'évaluation et d'intervention est contrainte par des enjeux systémiques, dont les disparités entre la demande de services et la disponibilité des spécialistes pour y répondre, la grande variabilité dans le fonctionnement des CRDITSA et des commissions scolaires ainsi que le manque de cohésion entre le MSSS et le MEES engendrant de la confusion quant aux rôles et aux responsabilités des intervenants de ces réseaux (FQATED, 2009; Le Protecteur du Citoyen, 2012, 2015; MSSS, 2012). Puisque des délais d'attente considérables existent dans l'évaluation, mais aussi dans l'obtention de services d'intervention suite à la pose du diagnostic, la consultation de professionnels oeuvrant dans le secteur privé est souvent un recours entrepris par des parents qui souhaitent venir en aide à leur jeune au plus vite, et ce, malgré les coûts importants qui y sont associés pouvant imposer un stress financier auprès des familles d'enfants ayant un TSA (McKinsey & Compagnie, 2014; Poirier & Goupil, 2008). Un tel recours est également envisagé pour certains bénéficiant de services du RSSS à une fréquence réduite de ce qui est recommandé et

voulant compléter ces services, tel que les heures d'ICI (Bélanger & Héroux de Sève, 2009; Deschatelets, 2016; Dionne et al., 2014; Mercier et al., 2010).

Par ailleurs, une absence de stratégies pour intervenir précocement en santé mentale est constatée dans le RSSS (Le Protecteur du Citoyen, 2012). En effet, la présence d'un trouble en santé mentale chez l'enfant, tel que le TSA, augmente son risque de développer d'autres problématiques psychologiques. En effet, ce risque est trois fois plus élevé pour celui-ci comparativement à son pair n'ayant un tel trouble (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003). Parmi les jeunes ayant un TSA, 58 % à 97 % présentent au moins un trouble psychologique (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mannion, Leader, & Healy, 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes, Hergüner, & Tanidir, 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013), alors que cette prévalence se situe plutôt à 37% chez les enfants de la population générale (Costello et al., 2003). De plus, 75% des jeunes ayant un TSA requièrent des services psychologiques pour pallier à des difficultés développementales, affectives ou comportementales. Cette prévalence surpasse considérablement celle de la population générale, qui se situe plutôt à 7% (Gurney et al., 2006). Pourtant, des données de 2016-2017 indiquent que 45 % des québécois ayant un TSA âgés de 1 à 24 ans ne reçoivent aucun service en santé mentale (Noiseux, 2019). De plus, ces données indiquent que les personnes ayant un TSA accèdent proportionnellement à moins de services psychologiques en vieillissant. Alors que 64 % des enfants de 1 à 9 ans obtiennent des services en santé mentale, cette proportion chute à 56 % et à 39 % respectivement pour les adolescents de 10 à 17 ans et les adultes de 18 à 24 ans ayant un TSA (Noiseux, 2019). Ainsi, outre les enjeux systémiques affectant l'efficacité dans l'offre de services d'évaluation et d'intervention pour le TSA dans le RSSS (FQATED, 2009; Le Protecteur du Citoyen, 2012; MSSS, 2012), il existe également des lacunes face à la reconnaissance de difficultés psychologiques associées au TSA. En effet, malgré que la présence de troubles concomitants au TSA puisse altérer le fonctionnement global de l'enfant et malgré que l'extinction de ceux-ci nécessite des interventions qui se

distinguent de celles typiquement offertes pour le TSA (Gurney et al., 2006; Simonoff et al., 2008), aucun cadre référentiel, tel qu'un guide de pratique ou des lignes directrices aux professionnels de la santé et du réseau scolaire, n'existe face à la surveillance et au dépistage de troubles associés au TSA.

1.6 Objectifs de recherche

Outre les problématiques découlant des symptômes caractéristiques du TSA, les difficultés psychologiques peuvent léser le fonctionnement et l'adaptation sociale de l'enfant et de l'adolescent dans ses divers milieux de vie (Gurney et al., 2006). Par conséquent, cette recherche doctorale vise à mieux cerner le profil psychologique des jeunes présentant un TSA par l'entremise d'une recension exhaustive de la littérature scientifique et par le dépistage de symptômes psychologiques chez 20 jeunes présentant un TSA, âgés entre 12 et 17 ans et vivant dans la région montréalaise. De plus, ce projet examine la reconnaissance clinique de ces symptômes par le biais des diagnostics posés et des services d'intervention octroyés à ces jeunes. Par ces moyens, il est possible d'explorer la pertinence d'une procédure de surveillance et de dépistage suivant l'évaluation initiale du TSA.

1.7 Méthode

Cette recherche développée par l'étudiante ainsi que les données scientifiques qui en résultent sont d'une ampleur significative. Ainsi, le contenu de cette thèse doctorale découle d'une sélection partielle de ces données. Cette section vise à présenter l'étendue de la recherche doctorale et inclut des précisions relatives aux participants, aux instruments et aux procédures expérimentales.

1.7.1 Participants

Trois types de participants ont été sollicités dans le cadre de cette recherche. Vingt adolescents (1 fille et 19 garçons) ayant un diagnostic de TSA âgés de 12 à 17 ans (âge moyen de 14,7) et vivant dans la région montréalaise ont participé à ce projet en collaboration avec un parent (n=20) et un enseignant (n=20). Afin de permettre une triangulation des résultats, la rétention d'un participant était en fonction de la collaboration des deux autres types de participants. Ainsi, un total de 60 participants (adolescents, parents et enseignants) ont contribué aux données de cette recherche.

1.7.2 Instruments

La collecte de l'entièreté des données de ce projet de recherche a consisté en l'élaboration de fiches de renseignements personnels ainsi que l'administration de tests et de questionnaires standardisés. La section qui suit décrit les instruments utilisés dans le cadre de cette recherche. Le Tableau 1.1 résume ceux-ci.

1.7.2.1 Fiches de renseignements personnels

Deux fiches de renseignements personnels pour le parent ainsi que pour l'enseignant ont été élaborées afin de cueillir des renseignements sociodémographiques sur ces répondants ainsi que sur l'adolescent dans ses deux milieux de vie, soit scolaire et familial.

1.7.2.2 Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants – Cinquième édition

L'Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants – Cinquième édition (WISC-V) est un test permettant de mesurer le quotient intellectuel d'enfants âgés de 6 ans à 16 ans et 11 mois. Cette échelle comprend plusieurs sous-tests évaluant les diverses sphères de fonctionnement intellectuel par cinq indices, duquel découle le quotient intellectuel global (EGQI). Ces cinq indices incluent l'indice de compréhension verbale (ICV), de raisonnement visuospatial (IVS), de raisonnement perceptif (IRP), de mémoire de

travail (IMT) et de vitesse de traitement (IVT). L'administration de 10 sous-tests est nécessaire afin de déterminer la performance aux cinq indices, dont sept sous-tests sont requis pour obtenir l'EGQI. La durée d'administration est d'environ 60 minutes. Les coefficients de fidélités moyens pour les sous-tests principaux du WISC-V sont de bons à excellents et varient entre 0,80 et 0,94 (Wechsler, 2016). Les habiletés intellectuelles des adolescents ont été évaluées à l'aide de la version francophone canadienne du WISC-V.

1.7.2.3 Test of Everyday Attention for Children

Le Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch) est une batterie d'évaluation des diverses modalités attentionnelles pour les enfants de 6 à 15 ans et 11 mois. Par l'entremise de 9 sous-tests ayant un temps d'administration total d'environ 60 minutes, cette batterie permet de mesurer les capacités d'attention sélective, soutenue et divisée ainsi que la flexibilité et les capacités d'inhibition associées à l'impulsivité. Cette batterie montre une bonne fidélité test-retest. De plus, les divers sous-tests évaluent différents aspects de l'attention de façon isolée, ce qui assure une bonne validité du construit (Manly et al., 2001). Les habiletés attentionnelles des adolescents de cette étude ont été déterminées à l'aide des normes australiennes du TEA-Ch.

1.7.2.4 Autism Spectrum Rating Scale

L'Autism Spectrum Rating Scale (ASRS) est un questionnaire de dépistage conçu pour identifier les symptômes, les comportements et les caractéristiques typiques associés au TSA chez les enfants âgés entre 2 et 18 ans (Goldstein & Naglieri, 2012). Ce questionnaire comprend trois échelles, soit la socialisation et la communication, les comportements atypiques et les comportements d'autorégulation. En fait, l'ASRS évalue les thèmes liés à la socialisation, la communication et la réciprocité sociale et émotionnelle, les comportements atypiques et de rigidité, les atypies langagières, la sensibilité sensorielle, et l'attention. Ce questionnaire emploie une échelle de Likert de cinq points et est basé sur les données les plus récentes du DSM-5. L'ASRS présente

une fidélité test-retest (0,78 à 0,92) et une cohérence interne satisfaisante avec un coefficient alpha de Cronbach global de 0,97 (Goldstein & Naglieri, 2012). Cet outil présente également une bonne validité critériée, validité de contenu et validité de construit et se montre optimal pour l'évaluation du degré de sévérité du TSA (Goldstein & Naglieri, 2012; Simek & Wahlberg, 2010). La version courte de l'ASRS (15 items) a été administrée à l'adolescent (ASRS-Enfant, 6 à 18 ans). La version longue (71 items) a été administrée au parent (ASRS-Parent) et à l'enseignant (ASRS-Enseignant) de l'adolescent afin d'évaluer les symptômes diagnostiques du TSA et avoir une appréciation du niveau de sévérité du trouble.

1.7.2.5 Behavior Assessment System for Children – Second Edition

Le Behavior Assessment System for Children – Second Edition (BASC-2) est un inventaire basé sur le DSM-IV-TR qui mesure la personnalité ainsi que les symptômes psychologiques et comportementaux. Les inventaires pour adolescents (Self-Report of Personality ou SRP), pour parents (Parent Rating Scale ou PRS) et pour enseignants (Teacher Rating Scale ou TRS) ont été employés (Reynolds & Kamphaus, 2009). Le SRP pour adolescents est un questionnaire d'autoévaluation désigné aux jeunes de 12 à 21 ans. Il évalue les émotions et les perceptions du répondant et permet de fournir de l'information sur l'anxiété, la dépression, les difficultés d'attention et d'hyperactivité, les relations interpersonnelles et le stress social, les atypies et la recherche de sensations, la somatisation, le locus de contrôle, les attitudes envers l'école et envers les enseignants, la relation avec les parents, l'estime de soi, le sentiment d'inadéquation, et l'autonomie de celui-ci. Cet inventaire comporte 69 questions fermées, soit de type vrai ou faux, et 106 questions se répondant à l'aide d'une échelle de Likert de 4 points. Il se complète en 20 à 30 minutes. Le TRS et le PRS sont deux questionnaires ciblant les comportements observables de l'adolescent par le biais de ses parents et de ses enseignants. Les inventaires incluent 150 questions pour le PRS et 139 questions pour le TRS se répondant à l'aide d'une échelle de Likert de 4 points et se remplissent en 10 à 20 minutes. Les deux questionnaires abordent l'anxiété, la

dépression, les difficultés d'attention et d'hyperactivité, les atypies et les compétences sociales, la communication fonctionnelle et le retrait social, les troubles de conduites et l'agressivité, la somatisation, l'adaptabilité, les activités quotidiennes, les troubles d'apprentissage et les habilités aux études et le leadership. Le BASC-2 présente de bonnes qualités psychométriques. La cohérence interne des trois inventaires (SRP, TRS et PRS) présente des coefficients alpha qui se révèlent au-dessus de 0,80. Les corrélations pour la fidélité test-retest sont supérieures à 0,70 et la fidélité inter-évaluateurs demeure modérément puissante (supérieur à 0,53). Cet inventaire assure une bonne validité de construit ($r = 0,70$ à $0,80$ entre les sous-échelles portant sur un contexte similaire); la validité convergente ($r = 0,70$ à $0,80$) et divergente est également vérifiée et attestée (Community-University Partnership for the Study of Children Youth and Families, 2011; Reynolds, 2009). Cet inventaire a permis d'identifier des problématiques liées à l'anxiété la dépression, les difficultés attentionnelles et les problèmes comportementaux, incluant l'hyperactivité.

1.7.2.6 Millon Adolescent Clinical Inventory

Le Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) est un inventaire pour les adolescents âgés de 13 à 19 ans et est constitué de questions de style vrai ou faux (Millon, 1993). C'est un questionnaire auto-rapporté qui emploie des échelles évaluant la personnalité, les préoccupations exprimées et les troubles cliniques. Le MACI comporte 160 questions. Il se complète en 20 à 25 minutes et a été administré aux participants de l'étude notamment afin de faire une évaluation des symptômes relatifs à l'anxiété, la dépression, l'impulsivité et l'opposition (Millon, 1993). Bien que le MACI soit exclusivement un questionnaire auto-rapporté, celui-ci a aussi été administré aux parents et aux enseignants de l'étude afin de permettre une triangulation des résultats parmi les trois types de répondant. Sur le plan technique, le MACI fait preuve de qualités psychométriques satisfaisantes avec une cohérence interne de 0,73 à 0,91 à travers ses échelles et d'une fidélité test-retest moyenne de 0,82 (0,57 à 0,92). Cet

inventaire montre une bonne validité convergente.

1.7.2.7 Multidimensional Anxiety Scale for Children – Second Edition

Le Multidimensional Anxiety Scale for Children – Second Edition (MASC-2) est un questionnaire évaluant la présence de symptômes liés à divers troubles anxieux pour des jeunes de 8 à 19 ans (March, 2013). Cet inventaire est composé de 50 questions. Il emploie une cotation d'échelle de Likert à 4 points et se complète en 15 minutes. Le MASC-2 offre un questionnaire pour l'adolescent et pour son parent. Dans le cadre de ce projet, le questionnaire pour le parent a également été rempli par l'enseignant. L'utilisation de cet inventaire permettra d'identifier la présence de symptômes liés à l'anxiété de séparation, les phobies, le trouble d'anxiété généralisé, l'anxiété sociale, les obsessions et compulsions et les symptômes physiologiques et l'évitement des conséquences négatives. La cohérence interne pour les formulaires de l'adolescent et du parent est satisfaisante avec des coefficients de Cronbach respectifs de 0,92 et 0,89. Ce questionnaire montre une bonne fidélité test-retest avec des corrélations de 0,80 à 0,94 pour le formulaire de l'adolescent et de 0,80 à 0,93 pour le formulaire du parent. La validité divergente et convergente a été atteinte. La cohérence inter-répondant est modérée (0,43 à 0,68), mais adéquate (March, 2013).

1.7.2.8 Yale Global Tic Severity Scale

Le YGTSS est un inventaire, destiné à toute personne âgée de 6 ans ou plus, servant à dépister la présence de tics moteurs et vocaux (Leckman et al., 1989; Storch et al., 2005). Ce questionnaire s'informe sur les caractéristiques spécifiques des tics présentés par le participant, dont le nombre, la fréquence, l'intensité, la complexité et l'interférence de ces tics, ainsi que sur la détérioration de l'état global du participant causée par ces tics. Ce questionnaire permet de faire une anamnèse des symptômes de la personne atteinte par des tics et sert par la suite à analyser ceux-ci en relation aux critères diagnostiques du DSM (Storch et al., 2005). Dans le cadre de ce projet doctoral,

le YGTSS a servi à identifier la présence de tics chez les participants s'il y a lieu, et dans de tels cas, de documenter le profil lié à leurs tics. En vue de la difficulté à identifier des tics propre à soi-même, le YGTSS a été administré aux adolescents ainsi qu'à leur parent et à leur enseignant. Le temps d'administration du YGTSS est variable, mais peut durer de 15 à 30 minutes. Selon les données les plus récentes qui existent, le YGTSS présente une excellente cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach se trouvant entre 0,92 et 0,94 (tics moteurs, vocaux et tics totaux). Ce questionnaire fait également preuve d'une stabilité temporelle avec des corrélations se rapprochant de la valeur de 1 entre les scores d'un test et retest. Le YGTSS fait preuve d'une excellente validité convergente et divergente (Storch et al., 2005).

Tableau 1.1 Résumé des instruments expérimentaux

Instruments	Type	Répondant	Information ciblée
Fiches de renseignements personnels	Questionnaire	Parent et enseignant	Renseignements sociodémographiques et précisions concernant l'adolescent en milieu familial et scolaire
WISC-V	10 sous-tests	Adolescent	Quotiden intellectuel global (EGQI) et niveau des capacités verbales et non-verbales par l'ICV, l'IVS, l'IRP, l'IMT et l'IVT
TEA-Ch	9 sous-tests	Adolescent	Évaluation de l'attention sélective, soutenue et divisée ainsi que de la flexibilité et des capacités d'inhibition associées à l'impulsivité
ASRS	Questionnaire	Adolescent, parent et enseignant	Socialisation, communication, comportements atypiques, comportements rigides, sensibilité sensorielle, réciprocité sociale et émotionnelle, atypies langagières et attention
BASC-2	Questionnaire	Adolescent, parent et enseignant	Anxiété, dépression, somatisation, difficultés attentionnelles et hyperactivité, problèmes de conduites, agressivité, abus d'alcool, difficultés d'apprentissage et habilités aux études, communication fonctionnelle, compétences sociales, stress et retrait social, estime de soi,

			sentiment d'inadéquation, autonomie, adaptabilité, leadership, atypies, recherche de sensations, locus de contrôle, attitudes à l'école et envers les enseignants, inadéquation scolaire, relation avec les parents, activités quotidiennes
MACI	Questionnaire	Adolescent, parent et enseignant	Traits de personnalité et prédisposition à l'anxiété, la dépression, la tendance suicidaire, l'impulsivité, l'opposition, la confusion de l'identité, la dévalorisation de soi, la désapprobation de son corps, l'inconfort sexuel, l'insécurité avec les pairs, l'insécurité sociale, la dispute familiale, l'abus lors de l'enfance, la délinquance, la toxicomanie et les troubles alimentaires
MASC-2	Questionnaire	Adolescent, parent et enseignant	Anxiété de séparation, phobies, trouble d'anxiété généralisé, anxiété sociale, obsessions et compulsions, symptômes physiologiques, évitement des conséquences négatives
YGTSS	Questionnaire	Adolescent, parent et enseignant	Identification et dépistage des tics selon le nombre, la fréquence, l'intensité, la complexité, et l'interférence des symptômes

1.7.3 Procédures

La section qui suit décrit les procédures expérimentales entreprises dans le cadre de cette recherche.

1.7.3.1 Sélection des participants

Les participants ont été sollicités par le biais de ressources en lien avec le TSA ainsi que par l'affichage d'une annonce sur le site internet de la Fédération Québécoise de l'Autisme (FQA) et sur les réseaux sociaux. L'expérimentatrice a également obtenu un accord de collaboration avec la Commission Scolaire de la Pointe-de-l'Île. L'annonce a ainsi été diffusée dans les écoles secondaires de cette commission scolaire. Tous les

enfants âgés entre 12 et 17 ans présentant un TSA et vivant dans la région montréalaise ont été invités à participer à l'étude. Il importe de mentionner que le critère d'âge pour l'inclusion dans l'étude était originalement entre 13 et 16 ans, et ce, notamment afin d'assurer la disponibilité de normes standardisées pour chacune des épreuves administrées aux participants. En vertu de difficultés dans le recrutement et de limites face aux échéances de recherche, une plus grande flexibilité dans les âges de participation a dû être apportée. De plus, afin d'assurer une triangulation des résultats, la rétention d'un participant était dépendante de l'implication de son parent ainsi que de son enseignant. Suite à un contact avec l'expérimentatrice, une explication de l'objectif de la recherche et une description des procédures a été produite auprès de chaque parent-participant potentiel qui, avec son adolescent, satisfaisait les critères expérimentaux. Suite à l'acquiescement du parent-participant potentiel et ensuite de la confirmation de participation d'un enseignant du jeune dans l'étude, un premier rendez-vous a été fixé durant lequel les procédures liées à l'expérimentation ont été réalisées.

1.7.3.2 Expérimentation

L'expérimentation est constituée de 4 séances avec l'adolescent et son parent ainsi que 2 séances avec son enseignant. Lors d'une première séance, l'expérimentatrice a rencontré le parent et l'adolescent dans un local de l'UQAM pour leur expliquer les procédures de l'expérimentation et procéder à l'administration des formulaires de consentement et de la fiche de renseignements personnels. Elle a aussi présenté une liste de références concernant les ressources psychologiques disponibles dans la communauté. Le parent a rempli ses questionnaires respectifs dans un local isolé. Pendant ce temps, dans un autre local, l'expérimentatrice a administré les inventaires psychologiques à l'adolescent sous forme d'entrevue structurée. Elle a ainsi lu chacune des questions au jeune et lorsque nécessaire, pour assurer la validité des réponses obtenues, a reformulé ou expliqué certaines questions. Outre certaines clarifications jugées essentielles, aucune suggestion ou commentaire supplémentaire pouvant altérer

les réponses du participant n'a été fourni, et ce, afin de minimiser les biais pouvant dériver de l'expérimentatrice. Toutes les réponses de l'adolescent ont été documentées par celle-ci. La période de complétion des questionnaires dure environ 70 à 100 minutes. En prenant en compte le temps de complétion des fiches de renseignements personnels et de consentement, la première séance est d'une durée approximativement de 120 minutes.

La deuxième et la troisième séance consistaient en l'administration du WISC-V et du TEA-Ch sur une période d'environ 60 minutes chacune. Bien que le parent ait accompagné son enfant à ces séances, seule l'implication de l'adolescent a été demandée. Les deux batteries de tests ont été administrées dans une pièce isolée avec l'adolescent et l'expérimentatrice. Le parent a attendu son enfant dans une autre pièce isolée.

Lors de la quatrième séance avec le parent et l'adolescent, une rencontre explicative a été entreprise. À titre de remerciement, une lettre de remerciement et un rapport révisé par un clinicien expérimenté résumant les résultats ont été remis aux parents-participants. Ce rapport contenait également des recommandations concrètes d'intervention ainsi que celles pouvant servir à diriger les participants vers les ressources nécessaires. Lors de l'expérimentation ou suite à la présentation du résumé des résultats, il existait la possibilité que certains participants veuillent recourir à des ressources d'aide. Ainsi, ceux-ci ont systématiquement été encouragés à consulter la liste de ressources communautaires offerte lors de la première séance.

En parallèle, des séances expérimentales ont également été fixées avec l'enseignant de chaque adolescent. Au cours de la première séance, l'expérimentatrice lui a expliqué l'étude ainsi que les questionnaires à remplir et a obtenu sa signature du formulaire de consentement. Les questionnaires lui ont ensuite été remis avec une enveloppe préaffranchie pour qu'il puisse remplir ceux-ci à un moment qui lui convient et les

envoyer à l'expérimentatrice par la poste. Au total, ce processus a duré approximativement 120 minutes. La deuxième séance consistait en l'envoi par la poste de la lettre de remerciement et d'une carte cadeau d'une valeur de 50,00\$ suite à la réception de l'entièreté des documents. Le Tableau 1.2 présente un résumé de l'expérimentation.

Tableau 1.2 Résumé des procédures expérimentales

Séances avec l'adolescent et son parent	Tâches administrées	Durée en minutes
Séance 1	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Formulaire de consentement pour le parent ◇ Formulaire de consentement pour l'adolescent ◇ Remise de la liste de ressources communautaires ◇ Fiche de renseignements personnels pour le parent ◇ Questionnaires pour le parent et pour l'adolescent : <ul style="list-style-type: none"> - ASRS - BASC-2 - MACI - MASC-2 - YGTSS 	120 minutes
Séance 2	◇ Administration du WISC-V	60 minutes
Séance 3	◇ Administration du TEA-Ch	60 minutes
Séance 4	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Remise et explication du rapport des résultats ◇ Remise de la lettre de remerciement 	60 minutes

Séances avec l'enseignant	Tâches administrées	Durée en minutes
Séance 1	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Formulaire de consentement pour l'enseignant ◇ Fiche de renseignements personnels pour l'enseignant ◇ Questionnaires pour l'enseignant : <ul style="list-style-type: none"> - ASRS - BASC-2 - MACI - MASC-2 - YGTSS 	120 minutes
Séance 2	<ul style="list-style-type: none"> ◇ Remise de la lettre de remerciement ◇ Remise de la compensation monétaire 	30 minutes

1.7.3.3 Analyse des données

Les scores bruts de chaque test et questionnaire standardisé ont été comptabilisés et convertis en scores pondérés, puis comparés aux normes appropriées. Pour les jeunes dans l'étude ayant un âge inférieur (12 ans pour le MACI) ou supérieur (17 ans pour le WISC-V; 16 à 17 ans pour le TEA-Ch) aux normes disponibles, les âges normés les plus faibles (normes de 13 ans pour le MACI) ou les plus élevées ont été employés (normes de 16 ans 11 mois pour le WISC-V; normes de 15 ans 11 mois pour le TEA-Ch). Les comparaisons à la courbe normale ont permis d'identifier les forces et les faiblesses des adolescents. Ensuite, les informations issues de la fiche de renseignements personnels ainsi que les résultats des tests et des questionnaires standardisés ont permis la codification des données sur Excel dans le but d'effectuer des analyses descriptives et de fréquences.

1.8 Éthique

L'étudiante titulaire de cette recherche doctorale a suivi une formation en éthique de la recherche lors de la complétion du cours Énoncé de Politique des Trois Conseils (EPTS 2): Éthique de la recherche avec des êtres humains en avril 2012. De plus, le Comité d'Éthique de la Recherche pour les Projets Étudiants impliquant des être humains (CERPE 4 : sciences humaines) a examiné le projet de recherche et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la politique de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (politique no.54).

1.8.1.1 Processus de consentement libre et éclairé

La participation libre de chacun des sujets a été assurée. Toute personne impliquée dans l'étude a fait signe d'intérêt personnel par sa participation volontaire à la suite d'une sollicitation informative du projet. Suivant sa requête de participation, le consentement éclairé de chacun des sujets a été obtenu. Les participants (parents et adolescents) ont reçu une explication verbale du processus d'expérimentation. De plus, un formulaire de consentement contenant une description détaillée de l'étude et de l'implication demandée a été soumis aux participants afin qu'ils y apposent leurs signatures. Par respect pour les adolescents qui participent à l'étude, une attestation verbale et écrite du processus expérimental et de leur consentement a été demandée avant de procéder à l'expérimentation, et ce, peu importe leur âge. Tous les adolescents ont été considérés aptes à consentir, ayant montré une compréhension convenable des tâches qui leur ont été proposées. L'expérimentatrice a d'ailleurs expliqué que le consentement peut être retiré à la volonté des participants, même après la signature du formulaire de consentement. Dans un tel cas, toute information recueillie de ces individus a été supprimée et retirée des analyses de l'étude.

1.8.1.2 Justice et équité dans la participation à la recherche

Le recrutement a été effectué sans préjudice. Toute personne approchée correspondant aux critères expérimentaux a été inclus dans l'étude, peu importe sa culture, religion, origine ethnique, orientation sexuelle, sexe, genre, ou handicap physique.

Cette recherche pose un risque minimal justifié dans lequel les apports contribuent non seulement à l'accroissement des connaissances dans le domaine ciblé, mais permettent aussi aux participants d'obtenir un service de dépistage des symptômes psychologiques avec un résumé des résultats. Les résultats d'une telle étude contribuent à la reconnaissance des besoins et au développement d'interventions plus spécifiques pour les adolescents ayant un TSA. De plus, ils permettent aux participants de mieux cibler les services qui leur sont requis.

Le dépistage et le dévoilement de symptômes psychologiques peuvent engendrer un inconfort ainsi que des questionnements par rapport à leur état. Afin de pallier à ce risque, une liste de références pour des ressources et des services psychologiques communautaires a été remise à chacun des participants. Par ailleurs, le résumé des résultats rédigé par l'expérimentatrice contient des recommandations pour le milieu familial et scolaire de l'adolescent. Il y avait également le risque que les participants deviennent impatients et intolérants à la longue durée de la rencontre, notamment due à l'administration de plusieurs tests et inventaires requérant une attention soutenue. Au long du processus expérimental, l'expérimentatrice s'est informée régulièrement de la volonté des participants à continuer. Elle a aussi tenté de les motiver à terminer l'expérimentation ou de reprendre l'expérimentation à un autre moment lorsqu'ils s'impatientaient, mais elle a su reconnaître de leur droit de retrait et de l'importance d'une application attentionnée aux activités afin d'assurer la validité des résultats. Aucun participant ne s'est désisté de l'étude.

1.8.1.3 Droit à la vie privée et à la confidentialité

Tous les participants de cette étude (adolescents, parents et enseignants) ont conservé leur droit à la vie privée et à la confidentialité de leur identité. Pour assurer cela, toute information portant sur l'étude a été protégée sous clé, pour les documents en papier, et sous mot de passe, pour les documents électroniques. De plus, un code numérique a été attribué à chacun des participants afin de séparer leur identité de leurs données. Seuls ces codes ont été employés pour l'identification des inventaires et lors de l'entrée et l'analyse des données. L'identité réelle des participants, en combinaison avec leur code numérique, a été indiquée exclusivement sur le formulaire de consentement et sur la fiche de renseignements personnels, qui ont été gardés à l'intérieur d'un classeur dans un bureau, tous deux fermés sous clé. Seule l'expérimentatrice a eu accès à ces documents confidentiels. Toute personne ayant un accès privilégié aux données de l'étude a signé un formulaire de respect de la confidentialité. Les participants ont été informés de ces mesures par l'entremise du formulaire de consentement.

CHAPITRE II

ARTICLE I : LA PRÉVALENCE DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ASSOCIÉS AU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME À L'ENFANCE

Catherine Taïeb-Lachance et Nathalie Poirier

Université du Québec à Montréal

(Cet article est soumis à la *Revue Québécoise de Psychologie*)

RÉSUMÉ

Selon la littérature scientifique, les enfants ayant un TSA présentent des difficultés affectives et comportementales qui surpassent celles de la population générale (Gurney et al., 2006). Une recension de 28 études publiées entre 2000 et 2013 expose la prévalence des troubles affectifs et comportementaux affectant la population de jeunes ayant un TSA âgés entre 3 et 20 ans. Cette recension révèle que 58 % à 97 % des personnes ayant un TSA présentent au moins un trouble psychologique (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013). Les prévalences les plus marquées étant celles du trouble anxieux, du TDAH et du trouble oppositionnel avec provocation (TOP), affectant la moitié et même jusqu'à la majorité de ces jeunes (Joshi et al., 2010; Lee & Ousley, 2006; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010). Des données sur le trouble dépressif, le trouble de tics et le trouble des conduites sont également rapportées.

Mots clés : Trouble du spectre de l'autisme, troubles psychologiques, enfance

ABSTRACT

According to the scientific literature, children with an autism spectrum disorder (ASD) present with considerably more affective and behavioural difficulties compared to youth of the general population (Gurney et al., 2006). A review of 28 scientific articles published between the year 2000 and 2013 exposes the prevalence of affective and behavioural disorders among the ASD population between the ages of 3 to 20. This review reveals that 58 % to 97 % of ASD youth have at least one such disorder (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013). Anxiety disorders, attention deficit disorder with or without hyperactivity (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD) reached the highest level of prevalence, affecting from half to the majority of ASD youth (Joshi et al., 2010; Lee & Ousley, 2006; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010). Data was also collected on depressive disorders, tic disorders and conduct disorder.

Keywords : Autism spectrum disorder, psychological disorders, youth

2.1 Introduction

2.1.1 Trouble du spectre de l'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par une atteinte sur le plan de la communication sociale et des interactions sociales ainsi que par la manifestation de comportements, d'activités ou d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés. En effet, l'affinité sociale que démontrent les enfants tend à être lacunaire chez ceux présentant un TSA. Ces jeunes peuvent être moins portés à s'intéresser aux pensées, aux émotions et aux expériences des autres. Ils peuvent montrer peu d'initiatives pour soutenir des discussions d'ordre social, leurs interactions étant plutôt orientées vers la réponse à des besoins spécifiques. La pauvreté du contact visuel et de la gestuelle ainsi que des difficultés quant à l'identification des émotions d'autrui et l'expression de celles-ci sont également observées chez les enfants ayant un TSA. De plus, ces jeunes peuvent présenter des comportements stéréotypés et répétitifs se manifestant par le mouvement, le langage ou l'utilisation d'objets. Par exemple, ils peuvent avoir des maniérismes des mains, utiliser un langage écholalique ou adopter une utilisation peu fonctionnelle d'un jeu, tel que s'intéresser à une seule partie d'un objet. De plus, la présence d'activités restreintes et répétitives caractérise ce trouble neurodéveloppemental et est due à la faible tolérance que vit l'enfant ayant un TSA aux changements dans son environnement, l'amenant à adhérer de manière inflexible à des routines et à des rituels verbaux ou non verbaux. L'enfant ayant un TSA présente également des intérêts restreints qui sont caractérisés par un attachement à des objets insolites ou par un intérêt excessivement circonscrit à un sujet donné. Ces intérêts occupent un temps démesuré au détriment des autres activités de la vie quotidienne et peuvent ainsi nuire aux opportunités sociales qui se présentent à l'enfant. Enfin, des particularités sensorielles peuvent être présentes, telles qu'une hyper- ou

hypo-réactivité aux stimuli sensoriels ou un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement. Afin de poser le diagnostic, les symptômes qui caractérisent le TSA doivent survenir au cours de la petite enfance et une altération du fonctionnement quotidien doit également être présente. Trois degrés de sévérité sont associés au trouble selon le niveau de soutien requis. L'enfant peut présenter une atteinte légère nécessitant un appui (niveau 1); une atteinte modérée requérant un appui important (niveau 2); ou une atteinte sévère nécessitant un appui très important (niveau 3). Sur le plan international, il est estimé que 1 % de la population reçoit un diagnostic de TSA (American Psychiatric Association [APA], 2013).

2.1.2 Trajectoire développementale chez l'enfant présentant un TSA

Lors de la petite enfance, les symptômes diagnostiques du TSA sont envahissants et nuisent significativement à l'adaptation fonctionnelle et sociale du jeune (Schall & McDonough, 2010; Seltzer et al., 2004). Par exemple, l'enfant ayant un contact visuel fuyant, un manque de réciprocité dans les interactions sociales, une utilisation peu fonctionnelle des jouets ou des rigidités dans le style de jeu, pourrait présenter des difficultés d'intégration dans son milieu de vie (APA, 2013). Cependant, grâce à l'intervention et au développement de stratégies compensatrices, les symptômes du TSA peuvent s'atténuer et devenir moins flagrants avec l'âge. En fait, la majorité des jeunes ayant un TSA montrent des améliorations constantes depuis l'enfance et compensent plus efficacement leurs difficultés. Ainsi, malgré des fragilités résiduelles provenant du trouble, la trajectoire développementale de l'enfant ayant un TSA est souvent marquée par une amélioration de la communication et des capacités interactionnelles ainsi que par une diminution des comportements, d'activités ou d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés (Matson & Horovitz, 2010; McGovern & Sigman, 2005; Schall & McDonough, 2010; Seltzer et al., 2004). Bien que des améliorations menant à un meilleur fonctionnement global puissent survenir, cette adaptation peut souvent être lésée par l'apparition de difficultés affectives et

comportementales. De ce fait, certaines études affirment que la majorité des personnes présentant un TSA développent une atteinte psychologique nécessitant des interventions qui se distinguent de celles typiquement offertes pour le TSA (Bradley et al., 2004; Gurney et al., 2006; Levy & Perry, 2011).

2.1.3 Évolution du concept diagnostique du TSA

Historiquement, le TSA a été perçu comme un diagnostic prédominant et explicatif de l'étendue des difficultés que pouvait vivre un enfant ayant un tel trouble. Ainsi, selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Quatrième édition* (DSM-IV), la présence de symptômes affectifs ou comportementaux chez l'enfant ayant un TSA s'expliquait par ce même trouble. Une telle perspective implique l'exclusion systématique de nombreux diagnostics psychologiques au détriment d'un diagnostic exclusif, soit celui du TSA (APA, 2000; McPartland & Dawson, 2014). Cependant, grâce à l'élaboration accrue de données empiriques et cliniques concernant les problématiques variées que peuvent éprouver les personnes ayant un TSA, la version actuelle du manuel, soit le DSM-5, valide la reconnaissance de troubles psychologiques associés au TSA et méritant ainsi un diagnostic distinct de celui-ci (APA, 2013; Lopata & Thomeer, 2014; McPartland & Dawson, 2014). Les perturbations affectives, dont les troubles anxieux et les troubles dépressifs, sont parmi les troubles psychologiques les plus fréquemment associés au TSA (APA, 2013). Les troubles altérant le comportement, soit les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et les troubles de tics, sont aussi largement rapportés dans la littérature scientifique chez la population ayant un TSA (Gjevik et al., 2011; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013).

2.1.4 Troubles psychologiques concomitants au TSA chez l'enfant

La présence du diagnostic de TSA chez l'enfant augmente significativement le risque de développer une panoplie de troubles psychologiques concomitants. En effet, une

étude scientifique par Costello et ses collaborateurs (2003) démontre que les enfants présentant un diagnostic psychologique, dont celui du TSA, sont trois fois plus à risque de développer un trouble subséquent comparativement à leurs pairs ne présentant pas un tel trouble. En fait, 58 % à 97 % des jeunes ayant un TSA présentent au moins un trouble psychologique (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013), alors que cette prévalence se situe plutôt à 37% chez les enfants de la population générale (Costello et al., 2003). Le Tableau 2.1 expose les prévalences selon les diverses études recensées. Par ailleurs, une étude nationale américaine menée par Gurney et ses collaborateurs (2006) rapporte que 75 % des enfants ayant un TSA requièrent des services psychologiques pour pallier à des difficultés affectives ou comportementales et que cette prévalence surpasse considérablement celle de la population générale qui se situe plutôt à 7 %. Ainsi, la littérature scientifique démontre que la majorité des jeunes ayant un TSA sont atteints de problématiques ayant des symptomatologies et des pronostics distincts de celles prescrites pour le TSA. De plus, les difficultés affectives et comportementales que peuvent éprouver les enfants présentant un TSA dépassent celles des jeunes de la population générale et nécessitent l'allocation de services thérapeutiques diversifiés (Gjevik et al., 2011; Gurney et al., 2006; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013).

Tableau 2.1 Prévalence des enfants ayant un TSA présentant au moins un trouble psychologique

Étude scientifique	N	Prévalence (%)
van Steensel et al. (2013)	40	58 %
Simonoff et al. (2008)	112	71 %
Gjevik et al. (2011)	71	72 %
Leyfer et al. (2006)	109	72 %
Mattila et al. (2010)	50	74 %
Mannion et al. (2013)	89	79 %
Mukaddes & Fateh (2010)	37	94 %
Mukaddes et al. (2010)	58	97 %

2.2 Objectifs

Cet article vise à identifier l'éventail des troubles psychologiques communément associés au TSA chez l'enfant. De plus, cet article rassemble les prévalences rapportées de ces troubles parmi 28 études scientifiques.

2.3 Méthode

Une recherche systématique de la littérature scientifique a été entreprise par le biais de bases de données scientifiques informatisées. Vingt-huit articles scientifiques ayant des données originales concernant la prévalence de troubles psychologiques chez des jeunes ayant un TSA âgés de 3 à 20 ans et ayant été publiés entre les années 2000 et 2013 ont été retenus. Les critères d'inclusion se basent sur la rétention de toute étude ayant l'appellation de ce trouble selon le DSM-IV, soit le trouble envahissant du développement (TED), dans lequel s'inscrit le trouble autistique (TA), le syndrome d'Asperger (SA) et le trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS). Malgré l'inclusion du syndrome de Rett (SR) et du trouble désintégré de l'enfance

(TDE) dans le TED, les études liées à ces deux troubles ont été exclues, en vertu de leur exclusion de l'appellation TSA dans le DSM-5. Aucun critère d'exclusion n'a été appliqué concernant la méthode de confirmation du diagnostic de TSA. Par ailleurs, l'entièreté des études recensées a employé des méthodes de dépistage validées fondées sur les critères diagnostiques du DSM et permettant d'identifier des symptômes psychologiques atteignant un seuil clinique significatif. Parmi les 28 études sélectionnées, 15 études utilisent exclusivement des questionnaires validés alors que 10 études effectuent des entretiens validés. Une étude emploie un questionnaire d'enquête nationale sur la santé; bien que le protocole d'entretien n'est pas normalisé, celui-ci a été considéré pertinent en vertu de l'ampleur de la taille de l'échantillon. De plus, une combinaison de questionnaires et d'entretiens validés est employée dans une autre des études. Seule une étude rapporte des données basées sur l'évaluation clinique de ses participants. Une liste des études recensées est produite au Tableau 2.2 et est présentée en ordre ascendant selon la tranche d'âges des échantillons. En vertu de l'ampleur des données scientifiques rassemblées selon la classification du DSM-IV, la catégorisation antérieure de certains troubles sera employée pour cette recension (APA, 2000). De plus, afin d'alléger la lecture, les prévalences rapportées par chacune des études scientifiques sont arrondies à l'unité.

Tableau 2.2 Liste des études recensées en ordre ascendant selon la tranche d'âges des échantillons

Tranches d'âges	N	Types de répondant	Types d'outils employés	Pays d'origine	Études scientifiques
3-16	89	Parent	Questionnaire	Irlande	Mannion et al. (2013)
3-17	217	Parent	Entretien	États-Unis	Joshi et al. (2010)
3-17	324000	Parent	Questionnaire	États-Unis	Gurney et al. (2006)
3-18	177	Parent Enseignant	Questionnaire	États-Unis	Kanne et al. (2009)
4-19	51	Parent	Questionnaire	États-Unis	Pearson et al. (2006)
4-20	83	Parent	Questionnaire	États-Unis	Lee & Ousley (2006)
5-17	31	Parent	Questionnaire	États-Unis	Thede & Coolidge (2007)
5-17	171	Parent	Questionnaire	États-Unis	Sukhodolsky et al. (2008)
5-17	109	Enfant	Entretien	États-Unis	Leyfer et al. (2006)
5-18	83	Parent	Questionnaire	Allemagne	Sinzig et al. (2009)
6-15	60	Enfant Parent	Entretien	Turquie	Mukaddes et al. (2010)
6-16	50	Parent	Questionnaire	États-Unis	Pfeiffer et al. (2005)
6-17	61	Parent	Entretien Questionnaire	États-Unis	Witwer & Lecavalier (2010)
6-18	71	Parent	Entretien	Norvège	Gjevik et al. (2011)
6-20	37	Enfant Parent	Entretien	Turquie	Mukaddes & Fateh (2010)
7-14	20	Enfant Parent	Questionnaire	États-Unis	White & Roberson-Nay (2009)
7-18	7	Enfant	Questionnaire	Allemagne	Melfsen et al. (2006)
7-20	105	Enfant	Évaluation clinique	Italie	Canitano & Vivanti (2007)
8,5*	27	Parent Enseignant	Questionnaire	États-Unis	Goldstein & Schwebach (2004)
8-15	54	Enfant Parent	Questionnaire	Finlande	Kuusikko et al. (2008)
8-18	40	Enfant Parent	Entretien	Pays-Bas	van Steensel et al. (2013)
9-14	84	Parent	Questionnaire	Canada	Kim et al. (2000)
9-16	50	Enfant Parent	Entretien	Finlande	Mattila et al. (2010)
10-14	112	Parent	Entretien	Royaume Uni	Simonoff et al. (2008)
10-17	38	Enfant Parent	Entretien	États-Unis	Mazefsky et al. (2011)
11-19	20	Parent	Entretien	Angleterre	Green et al. (2000)
12-18	41	Enfant Parent	Questionnaire	États-Unis	Bellini (2004)
14-20	83	Parent	Questionnaire	Canada	Bradley et al. (2004)

*Étude dont la moyenne d'âge est rapportée, sans indication de l'écart d'âge des participants.

2.4 Résultats de la recension de la littérature scientifique

2.4.1 Troubles affectifs

Les troubles affectifs regroupent les problématiques dont le fonctionnement et la régulation émotionnelle sont altérés, tels que dans le cas des troubles anxieux et des troubles dépressifs. Environ 40 % à 45 % des jeunes ayant un TSA présentent des problèmes affectifs de nature anxieuse ou dépressive (Gjevik et al., 2011; Gurney et al., 2006; Simonoff et al., 2008), alors que ceux-ci n'affectent typiquement que 2 % à 10 % de la population générale (Costello et al., 2003). En effet, l'anxiété et la dépression sont fortement corrélées avec le TSA, sans égard au sexe, à l'appartenance ethnique et à l'occupation parentale. Par ailleurs, certains facteurs attisent le risque de présenter un trouble affectif, dont l'âge, le quotient intellectuel (QI) et la sévérité du TSA. Une corrélation positive existe entre ces facteurs et le développement d'anxiété et de dépression chez cette population (Dickerson Mayes, Calhoun, Murray, & Zahid, 2011).

2.4.1.1 Troubles anxieux

Les troubles anxieux constituent un ensemble de troubles se caractérisant par la présence d'inquiétudes, par un sentiment de peur et par des comportements d'évitement. Ces troubles se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou de situations qui génèrent ces symptômes ou par le raisonnement cognitif qui en résulte. Dans tous les cas, la peur ou l'inquiétude est excessive et persiste au-delà de ce qui pourrait être attendu au cours du développement typique de l'enfant (APA, 2013). Des études épidémiologiques démontrent que le trouble anxieux constitue le trouble psychologique le plus répandu chez les enfants de la population générale (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006). Entre 3 % et 32 % de la population obtient un tel diagnostic à l'enfance (Cartwright-Hatton et al., 2006; Costello et al., 2003; Merikangas et al., 2011; Ollendick, King, & Muris, 2002). Similairement, le trouble

anxieux représente la problématique la plus fréquente chez les enfants ayant un TSA (Ghaziuddin, 2002). Selon certaines études, une prévalence de 10 % à 16 % des enfants ayant un TSA serait affectée par un trouble anxieux (Kanne, Abbacchi, & Constantino, 2009; Kim, Szatmari, Bryson, Streiner, & Wilson, 2000; Mannion et al., 2013; Mazefsky, Kao, & Oswald, 2011; Pfeiffer, Kinnealey, Reed, & Herzberg, 2005; van Steensel et al., 2013; White & Roberson-Nay, 2009). Cependant, un nombre élevé d'études situe la prévalence plutôt entre 42 % et 54 % (Bradley et al., 2004; Gjevik et al., 2011; Kuusikko et al., 2008; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Pearson et al., 2006; Simonoff et al., 2008; Sukhodolsky et al., 2007), et même jusqu'à 78 % dans le cas d'une étude turque (Mukaddes et al., 2010). Ainsi, la prévalence de ce trouble tend à dépasser celui de la population générale (Farrugia & Hudson, 2006). Parmi les troubles anxieux, ceux le plus fréquemment étudié chez l'enfant ayant un TSA sont l'anxiété généralisée, l'anxiété sociale, les phobies spécifiques, le trouble obsessionnel compulsif³ (TOC), l'anxiété de séparation, le trouble de panique et l'agoraphobie (Bellini, 2004; Bradley et al., 2004; Gjevik et al., 2011; Green et al., 2000; Joshi et al., 2010; Kanne et al., 2009; Kim et al., 2000; Kuusikko et al., 2008; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Pearson et al., 2006; Pfeiffer et al., 2005; Simonoff et al., 2008; Sukhodolsky et al., 2007; Thede & Coolidge, 2007; van Steensel et al., 2013; White & Roberson-Nay, 2009; Witwer & Lecavalier, 2010). Le Tableau 2.3 énumère les prévalences de chacun des troubles anxieux retrouvés chez les enfants ayant un TSA.

³ Selon le DSM-5, le TOC est une catégorie indépendante (APA, 2013), alors qu'antérieurement il faisait partie des troubles anxieux (APA, 2000). En vertu de l'ampleur des données scientifiques rassemblées selon la classification antérieure, le TOC sera présenté parmi les troubles anxieux pour cette recension.

Tableau 2.3 Prévalence en pourcentage (%) des troubles anxieux chez les enfants ayant un TSA

Études scientifiques	N	Trouble anxieux (%)	Type de trouble anxieux (%)						
			Anxiété généralisée	Anxiété sociale	Phobie spécifique	TOC	Anxiété de séparation	Trouble de panique	Agoraphobie
Simonoff et al. (2008)	112	42	13	29	8	8	0	10	8
Joshi et al. (2010)	217		35	28	37	25	37	6	35
Leyfer et al. (2006)	109		2	7	44	37	12	0	
Mattila et al. (2010)	50	42		4	28	22	2	2	2
Gjevnik et al. (2011)	71	42	0	7	31	10	0		
Bradley et al. (2004)	83	42							
Witwer & Lecavalier (2010)	61		25	16	67	5	15		
Mannion et al. (2013)	89	16							
Mukaddes et al. (2010)	60	78	10	13	53	37	13	2	
van Steensel et al. (2013)	40	27	5	10	12	7	2	2	0
Kim et al. (2000)	84	14	14				8		
Bellini (2004)	41			49					
Green et al. (2000)	20		35		10	25			
Kanne et al. (2009)	177	20							
Kuusikko et al. (2008)	54	50		35					
Mazefsky et al. (2011)	38	29	8	13	13	3	8	0	
Melfsen et al. (2006)	7			29					
Mukaddes & Fateh (2010)	37	54	5	5	13	32	3	5	
Pearson et al. (2006)	51	45							
Pfeiffer et al. (2005)	50	10							
Thede & Coolidge (2007)	31		45						
White & Roberson-Nay (2009)	20	25							
Sukhodolsky et al. (2008)	171	43	9	20	31		10	5	

2.4.1.1.1 Anxiété généralisée

L'anxiété généralisée est caractérisée par une appréhension régulière, exagérée et incontrôlée de l'avenir et d'évènements ou d'activités quotidiennes. Ce trouble perturbe l'estime de soi et engendre un besoin de réassurance continu. De plus, les plaintes somatiques et l'insatisfaction sur le plan des relations interpersonnelles y sont souvent associées (APA, 2013; Gosselin & Laberge, 2003). L'anxiété généralisée affecte 2 % des jeunes de la population générale (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012; Merikangas et al., 2011). Chez les enfants ayant un TSA, près de la moitié des études recensées rapportent une prévalence d'environ 8 % à 14 % (Kim et al., 2000; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; Sukhodolsky et al., 2007). De plus, les données de trois études américaines et d'une étude britannique soulèvent des prévalences élevées variant entre 25 % et 45 % (Green et al., 2000; Joshi et al., 2010; Thede & Coolidge, 2007; Witwer & Lecavalier, 2010). Il n'y a que quatre études provenant des États-Unis, de la Norvège, de la Turquie et des

Pays-Bas révèlent une prévalence nulle ou négligeable de 0 % à 5 % (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mukaddes & Fateh, 2010; van Steensel et al., 2013).

2.4.1.1.2 Anxiété sociale

L'anxiété sociale est un trouble qui affecte 7 % à 9 % des jeunes de la population générale (Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2011), et qui se manifeste par des craintes liées aux situations sociales, notamment des inquiétudes par rapport aux interactions sociales ainsi qu'à la performance publique (APA, 2013). Ce trouble est le plus fréquemment observé à l'adolescence où des préoccupations importantes face à l'image de soi émergent. L'anxiété sociale peut entraîner un refus d'aller à l'école ou un évitement des activités sociales par peur du jugement des pairs (Compton, Nelson, & March, 2000; Kuusikko et al., 2008). Selon plusieurs études, 10 % à 20 % des jeunes ayant un TSA présentent de l'anxiété sociale (Mannion et al., 2013; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes et al., 2010; Sukhodolsky et al., 2007; van Steensel et al., 2013; van Steensel, Bögels, & Perrin, 2011; Witwer & Lecavalier, 2010). Des prévalences encore plus importantes de 28 % à 35 % sont relevées (Joshi et al., 2010; Kuusikko et al., 2008; Melfsen, Walitza, & Warnke, 2006; Simonoff et al., 2008) et même de 49 % selon Bellini (2004). Seules quatre études notent des taux faibles de 4 % à 7 % (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010).

2.4.1.1.3 Phobie spécifique

La phobie spécifique est une problématique qui atteint 5 % à 12 % des jeunes de la population générale (Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2011; Ollendick et al., 2002). Elle se définit par une peur importante déclenchée en présence d'un objet ou d'une situation spécifique. Cette peur est disproportionnée au risque réel de l'objet ou de la situation et engendre souvent des comportements d'évitement (APA, 2013). Selon une étude menée par Leyfer et ses collaborateurs (2006), les enfants ayant un TSA présentent généralement plusieurs phobies à la fois. Ces jeunes peuvent développer des

phobies courantes, telles que la peur du noir ou des araignées, mais sont surtout prédisposés à des phobies particulières, dont celles liées aux bruits forts, aux animaux non menaçants (p.ex., les animaux domestiques) et aux foules (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Steele, Elkin, & Roberts, 2008). La majorité des chercheurs situent la prévalence de ce trouble entre 8 % et 13 % chez les enfants ayant un TSA (Green et al., 2000; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013) ou encore entre 28 % et 37 % selon certaines études (Gjevik et al., 2011; Joshi et al., 2010; Mattila et al., 2010; Sukhodolsky et al., 2007). Bien que des études relevant des prévalences accrues soient plus rares, trois études américaines et une turque présentent des prévalences variant entre 44 % et 67 % (Joshi et al., 2010; Leyfer et al., 2006; Mukaddes et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010).

2.4.1.1.4 Trouble obsessionnel compulsif

Le TOC affecte 0 % à 1 % des jeunes de la population générale et se caractérise par l'intrusion d'obsessions et de compulsions (Ford, Goodman, & Meltzer, 2003; Kessler et al., 2012; Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010). Les obsessions sont des pensées ou des envies anxigènes non désirées. Les compulsions se présentent par des comportements ou des actes mentaux répétitifs imposés par les obsessions (APA, 2013). Par exemple, une personne ayant un TOC peut avoir des pensées envahissantes par rapport à la propreté et ainsi ressentir un besoin incontrôlable de se nettoyer les mains (Steele et al., 2008). Les jeunes présentant un TSA sont moins prédisposés aux obsessions somatiques, telles que les pensées envahissantes liées au fonctionnement ou à l'apparence du corps, ainsi qu'aux compulsions de superstition (Mack et al., 2010). Des obsessions et des compulsions plus fréquemment observées chez cette population sont celles liées à l'exécution de routines quotidiennes strictes et à la répétition de questions ou de phrases spécifiques (Leyfer et al., 2006). Ceux-ci sont fortement corrélés aux symptômes diagnostiques du TSA, soit la présence de comportements, d'activités ou d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés (APA, 2013). Les parents de

ces jeunes peuvent donc se voir adhérer à des routines instituées par ceux-ci ou répondre inlassablement à des questions spécifiques et récurrentes afin de calmer leur anxiété (Leyfer et al., 2006). Selon quelques études, 3 % à 8 % des enfants ayant un TSA présenteraient un TOC (Mazefsky et al., 2011; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013; Witwer & Lecavalier, 2010). La prévalence de ce trouble dans plusieurs études est plus élevée, soit entre 10 % et 25 % (Gjevik et al., 2011; Green et al., 2000; Joshi et al., 2010; Mattila et al., 2010). De plus, trois études d'origine turque et américaine rapportent des prévalences accrues de 32 % à 37 % (Leyfer et al., 2006; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010).

2.4.1.1.5 Anxiété de séparation

L'anxiété de séparation se définit par une peur inappropriée et excessive face à la séparation des personnes avec qui l'individu est attaché (APA, 2013). Typiquement, les personnes ayant ce trouble ont des craintes par rapport à leur sécurité ou leur santé, ainsi que celles de leurs proches. Elles peuvent craindre qu'elles ou qu'un de leurs proches ait un accident fatal ou contracte une maladie grave. Elles peuvent refuser de se séparer de leur proche et ainsi refuser d'aller à l'école, de dormir seules ou d'assister à des événements sociaux (Eisen & Schaefer, 2007). La présentation de ce trouble est fortement corrélée au développement de troubles anxieux subséquents, dont l'anxiété généralisée, le trouble de panique et l'agoraphobie (Compton et al., 2000), et affecte environ 1 % à 4 % des jeunes de la population générale (Cartwright-Hatton et al., 2006; Kessler et al., 2012). Chez les enfants présentant un TSA, plus de la moitié des études rapporte une prévalence de 8 % à 15 % pour ce trouble (Kim et al., 2000; Leyfer et al., 2006; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes et al., 2010; Sukhodolsky et al., 2007; Witwer & Lecavalier, 2010), alors que quelques études montrent des prévalences plutôt faibles de 0 % à 3 % (Gjevik et al., 2011; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013). Exceptionnellement, les données de Joshi et ses collaborateurs (2010) atteignent une prévalence élevée de 37 %.

2.4.1.1.6 Trouble de panique

Le trouble de panique est caractérisé par la présence de crises d'angoisse récurrentes et inattendues ou par des moments de peur intense causant des symptômes physiologiques perturbants (APA, 2013). Ces crises sont à l'origine d'un sentiment incapacitant dans lequel la personne anticipe un événement néfaste sans savoir quoi, quand, où et comment celui-ci se produira (Steele et al., 2008). Seulement 0 % à 2 % des jeunes de la population générale sont affectés par ce trouble (Cartwright-Hatton et al., 2006; Craske & Simos, 2013; Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2011). À l'exception d'une étude britannique qui révèle une prévalence de 10 % (Simonoff et al., 2008), le trouble de panique est également rare chez les enfants ayant un TSA. Des prévalences faibles de 0 % à 6 % sont identifiées dans la littérature scientifique (Joshi et al., 2010; Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Sukhodolsky et al., 2007; van Steensel et al., 2013).

2.4.1.1.7 Agoraphobie

L'agoraphobie est un trouble entraînant un isolement et des comportements d'évitement face aux activités de la vie quotidienne. Elle survient en vertu d'une peur exagérée de déclencher une attaque de panique et de ne pas avoir les recours pour y remédier. Une personne agoraphobique peut craindre les sorties hors de son domicile et peut refuser d'utiliser le transport en commun ou d'occuper des lieux achalandés (APA, 2013; Craske & Simos, 2013). L'agoraphobie affecte 2 % des jeunes de la population générale (Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2011). Chez les enfants ayant un TSA, seulement quatre études ont investigué la présence de ce trouble. Une étude des Pays-Bas et une autre de la Finlande rapportent des prévalences négligeables de 0 % et 2 % (Mattila et al., 2010; van Steensel et al., 2013). Cependant, des prévalences plus élevées sont rapportées au Royaume-Uni et aux États-Unis correspondant respectivement à 8 % et 35 % (Joshi et al., 2010; Simonoff et al., 2008).

2.4.1.2 Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs se caractérisent par la présence d'une humeur triste, vide ou irritable et par une altération somatique et cognitive perturbant le fonctionnement global de la personne. Les troubles dépressifs se distinguent entre eux par leur durée, leur chronologie et leur étiologie (APA, 2013). Entre 10 % et 14 % des enfants de la population générale présentent un trouble dépressif (Costello et al., 2003; Kessler et al., 2012; Merikangas et al., 2011). Chez les enfants ayant un TSA, des études d'origine norvégienne, néerlandaise et américaine rapportent des prévalences comparables de 10 % à 18 % (Gjevik et al., 2011; Mazefsky et al., 2011; van Steensel et al., 2013), alors que deux études turques identifient des prévalences plus élevées de 28 % et de 37 % (Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010). Seules deux études, soit britannique et finlandaise, relèvent des prévalences plutôt basses de 1 % et 6 % (Mattila et al., 2010; Simonoff et al., 2008). Parmi les troubles dépressifs affectant les enfants ayant un TSA, le trouble dépressif caractérisé, le trouble dépressif non spécifié (TDNS), et le trouble dépressif persistant (dysthymie) sont précisés (APA, 2013). Le Tableau 2.4 énumère les prévalences de chacun des troubles dépressifs retrouvés chez les jeunes ayant TSA.

Tableau 2.4 Prévalence en pourcentage (%) des troubles dépressifs chez les enfants ayant un TSA

Études scientifiques	N	Troubles dépressifs	Type de trouble dépressif (%)		
			Trouble dépressif caractérisé	Trouble dépressif non spécifié	Trouble dépressif persistant (dysthymie)
Simonoff et al. (2008)	112	1	1		0
Joshi et al. (2010)	217		56		
Leyfer et al. (2006)	109		10		
Mattila et al. (2010)	50	6	6		
Gjevik et al. (2011)	71	10	0	7	0
Bradley et al. (2004)	83			50	
Witwer & Lecavalier (2010)	61		15		13
Mukaddes et al. (2010)	60	28	22	7	2
Kim et al. (2000)	84			17	
Green et al. (2000)	20		5		25
Mazefsky et al. (2011)	38	18	16	3	
Mukaddes & Fateh (2010)	37	37	29		
van Steensel et al. (2013)	40	12	2		10

2.4.1.2.1 Trouble dépressif caractérisé

Le trouble dépressif caractérisé se définit par un ou plusieurs épisodes dépressifs persistants et incapacitants, sans antécédents de manie. Les épisodes dépressifs peuvent être caractérisés par une humeur dépressive ou irritable, une réduction d'intérêt ou de plaisir pour des activités quotidiennes, une altération du poids, une perturbation du sommeil, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, de l'indécision ou des difficultés attentionnelles et des pensées liées à la mort ou au suicide (APA, 2013; Langlois et al., 2012). À l'enfance, le trouble dépressif caractérisé se manifeste notamment par des absences scolaires persistantes et des comportements suicidaires (Steele et al., 2008). Environ 7 % des enfants de la population générale présentent un trouble dépressif caractérisé (Kessler et al., 2012). Similairement, plus de la moitié des études recensées soulèvent des prévalences entre 0 % et 10 % chez les enfants ayant un TSA (Gjevik et al., 2011; Green et al., 2000; Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013). Toutefois, quatre études turques et américaines, rapportent des prévalences plus élevées de 15 % à 29 % (Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010). De plus, une étude américaine relève la présence du trouble dépressif caractérisé chez plus de la moitié de ces jeunes, avec une prévalence de 56 % (Joshi et al., 2010).

2.4.1.2.2 Trouble dépressif non spécifié

Le TDNS comprend les troubles dépressifs dont les symptômes causent une détresse ou une détérioration significative sur le plan social ou académique, mais qui ne peuvent être spécifiés puisqu'ils ne répondent pas à tous les critères diagnostiques d'un trouble dépressif classifié (APA, 2013). Les enfants ayant un TDNS peuvent présenter une perte d'intérêt, de l'irritabilité, de la colère et de l'apathie, mais ne manifestent pas assez de comportements dépressifs permettant l'attribution d'une affection dépressive spécifique (Gjevik et al., 2011). Alors que la prévalence du TDNS chez les

jeunes de la population générale se situe entre 0 % et 6 % (Ford et al., 2003; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2011), des études d'origine américaine, norvégienne et turque présentent des prévalences semblables de 3 % à 7 % chez les enfants présentant un TSA (Gjevik et al., 2011; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes et al., 2010). De plus, deux études canadiennes précisent des taux plus élevés de 17 % et 50 % (Bradley et al., 2004; Kim et al., 2000).

2.4.1.2.3 Trouble dépressif persistant (dysthymie)

Le trouble dépressif persistant ou la dysthymie est caractérisé par une humeur déprimée chronique, sans antécédent de manie, qui altère le fonctionnement de la personne atteinte. La période de dysthymie peut être caractérisée par des altérations de l'appétit et du sommeil, de la fatigue ou de la faiblesse, d'une diminution de l'estime de soi, de l'indécision ou des difficultés attentionnelles et d'un sentiment d'impuissance (APA, 2013). Environ 0 % à 8 % des enfants de la population générale sont affectés par ce trouble (Nobile, Cataldo, Marino, & Molteni, 2003). Chez les enfants ayant un TSA, des prévalences basses de 0 % à 2 % sont rapportées parmi certaines études (Gjevik et al., 2011; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008), alors que d'autres identifient des prévalences plus élevées de 10 %, 13 % et 25 % (Green et al., 2000; van Steensel et al., 2013; Witwer & Lecavalier, 2010).

2.4.2 Troubles comportementaux

Les troubles comportementaux concernent les problématiques perturbant le comportement de l'enfant et nuisant à son intégration. Cette catégorie de troubles englobe des troubles psychologiques pouvant grandement différer sur le plan étiologique, mais dont la problématique commune concerne l'altération significative du comportement. Cette catégorie inclut typiquement le TDAH et les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites (Costello et al., 2003; Mattila et al., 2010; Merikangas et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010;

van Steensel et al., 2013). En fait, environ 20 % des jeunes de la population générale présentent un trouble découlant de ces deux types de problématiques (Costello et al., 2003; Merikangas et al., 2011). En comparaison, ces mêmes troubles affectent près de la moitié des jeunes ayant un TSA, avec des prévalences de 44 % à 49 % (Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010) et peut atteindre jusqu'à 75 % de ceux-ci (Mukaddes et al., 2010). Seule une étude rapporte une prévalence basse d'environ 8 % (Kim et al., 2000). À ces difficultés peuvent également s'ajouter les troubles de tics, dont le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT), les tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques) et les tics provisoires, qui sont des problématiques dont des compulsions motrices ou vocales involontaires affectent la présentation comportementale de l'enfant (APA, 2013).

2.4.2.1 Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Le TDAH se définit par une inattention et/ou une hyperactivité-impulsivité persistante qui interfère avec le fonctionnement. Ce trouble peut se manifester sous trois formes. La présentation combinée du TDAH est constituée de symptômes significatifs dans les sphères de l'inattention et de l'hyperactivité-impulsivité. Dans les présentations inattentive prédominante et hyperactive-impulsive prédominante, la personne a des symptômes significatifs d'une sphère, mais peu ou aucun symptôme de l'autre (APA, 2013). Environ 5 % des enfants de la population générale seraient affectés par ce trouble (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Chez les jeunes ayant un TSA, des prévalences variables sont rapportées, soit entre 17 % et 83 % (Gjevik et al., 2011; Gurney et al., 2006; Joshi et al., 2010; Kim et al., 2000; Lee & Ousley, 2006; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; Sinzig, Walter, & Doepfner, 2009; van Steensel et al., 2013). Parmi les formes de TDAH que peuvent présenter les jeunes ayant un TSA, la présentation hyperactive-impulsive prédominante semble peu fréquente, les prévalences se situant entre 0 % et

12 % (Gjevik et al., 2011; Lee & Ousley, 2006; Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Sinzig et al., 2009; Witwer & Lecavalier, 2010). Des taux plus notables sont toutefois identifiés chez cette population pour les présentations inattentive prédominante et combinée. En effet, des prévalences de 16 % à 33 % sont rapportées pour la forme inattentive (Gjevik et al., 2011; Goldstein & Schwebach, 2004; Lee & Ousley, 2006; Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Sinzig et al., 2009; Witwer & Lecavalier, 2010). Similairement, la forme combinée atteint des prévalences de 17 % à 37 % (Goldstein & Schwebach, 2004; Mukaddes et al., 2010; Sinzig et al., 2009) dans certaines études, alors que d'autres relèvent des taux atteignant la moitié (Lee & Ousley, 2006), ou même près de 70 % des jeunes ayant un TSA (Mattila et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010). Seules deux études rapportent de faibles prévalences de 0 % et 4 % pour le TDAH combiné (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006). Globalement, la présentation combinée représente ainsi la forme du TDAH la plus répandue chez les enfants présentant un TSA. Le Tableau 2.5 énumère les prévalences du TDAH et de ses différentes formes chez les jeunes ayant TSA.

Tableau 2.5 Prévalence en pourcentage (%) du TDAH chez les enfants ayant un TSA

Études scientifiques	N	TDAH (%)	Type de TDAH (%)		
			TDAH Prédominance inattentive	TDAH Prédominance hyperactive / impulsive	TDAH Forme combiné
Simonoff et al. (2008)	112	28			
Joshi et al. (2010)	217	83			
Leyfer et al. (2006)	109	31	20	0	0
Mattila et al. (2010)	50	38	32	0	68
Gjevik et al. (2011)	71	31	21	6	4
Sinzig et al. (2009)	83	53	24	12	17
Gurney et al. (2006)	324000	45			
Lee & Ousley (2006)	83	78	23	6	49
Witwer & Lecavalier (2010)	61		16	8	67
Goldstein & Schwebach (2004)	27		33		26
Mannion et al. (2013)	89	18			
Mukaddes et al. (2010)	60	65	23	5	37
Kim et al. (2000)	84	17			
Mazefsky et al. (2011)	38	37			
Mukaddes & Fateh (2010)	37	45			
van Steensel et al. (2013)	40	22			

2.4.2.2 Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

Les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites rassemblent les problématiques dont l'autocontrôle des émotions et du comportement est altéré. Dans les cas plus sévères, la violation des droits d'autrui ou des normes sociétales ainsi que la présence de confrontations régulières envers les figures d'autorités peuvent en découler (APA, 2013). Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites sont parmi les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites les plus fréquemment rapportés dans la littérature scientifique. Environ 30 % des jeunes ayant un TSA présentent un de ces deux troubles (Simonoff et al., 2008), alors que ceux-ci se répandent que chez 5 % à 14 % des enfants de la population générale (Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009). Le Tableau 2.6 énumère les prévalences des troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites retrouvées chez les enfants présentant un TSA.

Tableau 2.6 La prévalence en pourcentage (%) des troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites chez les enfants ayant un TSA

Études scientifiques	N	Trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites (%)	Type de trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites (%)	
			TOP	Trouble des conduites
Simonoff et al. (2008)	112	30	28	3
Joshi et al. (2010)	217		73	22
Leyfer et al. (2006)	109		7	
Mattila et al. (2010)	50		16	2
Gjevik et al. (2011)	71		4	0
Sinzig et al. (2009)	83		30	
Gurney et al. (2006)	324000			
Witwer & Lecavalier (2010)	61		75	49
Mannion et al. (2013)	89		4	
Mukaddes et al. (2010)	60		32	2
Kim et al. (2000)	84		7	3
Green et al. (2000)	20		25	25
Mukaddes & Fateh (2010)	37		5	5
van Steensel et al. (2013)	40		22	2

2.4.2.2.1 Trouble oppositionnel avec provocation

Le TOP survient lorsqu'une personne présente une humeur coléreuse ou irritée, argumentative ou provocatrice envers au moins une personne qui ne fait pas partie de sa fratrie (APA, 2013). Les parents et les enseignants d'enfants présentant un TOP les décrivent comme étant argumentatifs, désobéissants, perturbateurs, exigeants et provocants (Steele et al., 2008). Le TOP serait présent chez 3 % à 5 % des jeunes de la population générale (Canino, Polanczyk, Bauermeister, Rohde, & Frick, 2010; Merikangas et al., 2009). Similairement, certaines études précisent des prévalences basses de 4 % à 7 % chez les enfants ayant un TSA (Gjevik et al., 2011; Kim et al., 2000; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mukaddes & Fateh, 2010). Cependant, un nombre important d'études rapportent des taux plus élevés entre 16 % et 32 % (Green et al., 2000; Mattila et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008;

Sinzig et al., 2009; van Steensel et al., 2013), allant même à 73 % et 75 % selon deux études américaines (Joshi et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010).

2.4.2.2.2 Trouble des conduites

Le trouble des conduites est caractérisé par des comportements répétitifs et chroniques qui violent les normes sociales ou les droits fondamentaux d'autrui. Ces comportements peuvent se manifester sous quatre formes, soit l'agression envers des individus ou des animaux, la destruction de biens, la fraude, ou le vol et la violation de règlements (APA, 2013). Que 2 % à 3 % des enfants de la population générale sont affectés par ce trouble (Canino et al., 2010; Merikangas et al., 2009). À l'exception de trois études qui rapportent des prévalences de 22 %, 25 % et 49 % chez les enfants ayant un TSA (Green et al., 2000; Joshi et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010), la majorité des études recensées relèvent des prévalences comparables à celles de la population générale, soit entre 0 % et 5 % (Gjevik et al., 2011; Kim et al., 2000; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013).

2.4.2.3 Troubles de tics

Le tic est une forme de trouble moteur et est défini comme un mouvement moteur ou une vocalisation qui est soudain, rapide, récurrent et non rythmique. Les tics peuvent se manifester sous plusieurs formes, telles que le clignement des yeux, des grimaces faciales, le haussement des épaules, le mouvement de diverses parties du corps, l'éclaircissement de la gorge, le renflement et l'émission de sons (APA, 2013; Leckman et al., 1992). Les tics sont envahissants et involontaires à travers tous les contextes de vie. Ils se distinguent ainsi des comportements répétitifs du TSA, qui sont plutôt des stéréotypies associées à des intérêts ou des activités spécifiques et qui ont une nature plus agréable et volontaire pour l'enfant (Canitano & Vivanti, 2007). Les tics sont rares parmi la population générale américaine. Seulement 0,3 % de celle-ci

présente un tel diagnostic (APA, 2013). Les tics sont toutefois plus fréquents chez les enfants présentant un TSA. Des prévalences de 11 % à 28 % et même de 41 % ont été repérées dans la littérature scientifique (Gjevik et al., 2011; Joshi et al., 2010; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010). Le Tableau 2.7 énumère les prévalences des types de tics retrouvés chez les enfants ayant un TSA.

Tableau 2.7 Prévalence en pourcentage (%) des troubles de tics chez les enfants ayant un TSA

Études scientifiques	N	Troubles de tics	Type de trouble de tics (%)		
			SGT	Tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques)	Tics provisoires
Simonoff et al. (2008)	112		5	9	
Joshi et al. (2010)	217	41	18	23	
Mattila et al. (2010)	50	26	14		6
Gjevik et al. (2011)	71	11			
Bradley et al. (2004)	83				67
Canitano & Vivanti (2007)	105		11	11	
Mukaddes et al. (2010)	60	28	10	13	5
Mukaddes & Fateh (2010)	37	18			

2.4.2.3.1 Syndrome de Gilles de la Tourette

Le SGT se définit par la présence de multiples tics moteurs, dont le mouvement des bras, des orteils, des yeux, et d'au moins un tic vocal, tel que la toux, les sons de bouche et les éclaircissements de gorge, et ce, persistant depuis plus d'une année. Entre 0,3 % et 0,8 % des enfants de la population générale présente le SGT (APA, 2013). Chez les enfants ayant un TSA, la prévalence serait entre 5 % et 18 % pour ce trouble (Canitano & Vivanti, 2007; Joshi et al., 2010; Mattila et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008).

2.4.2.3.2 Tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques)

Les tics moteurs ou vocaux persistants (chroniques) sont caractérisés par la présence d'un ou de plusieurs tics pouvant être, soit exclusivement moteurs ou vocaux, et persistant depuis plus d'une année (APA, 2013). La prévalence de cette catégorie de tics chez les enfants présentant un TSA ressemble globalement à celle du SGT, soit

entre 9 % à 23 % (Canitano & Vivanti, 2007; Joshi et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008).

2.4.2.3.3 Tics provisoires

La présence de tics moteurs et/ou vocaux uniques ou multiples persistant depuis moins d'une année est attribuée l'appellation de tics provisoires (APA, 2013). Selon une étude turque, 5 % des enfants ayant un TSA présenteraient des tics provisoires (Mattila et al., 2010). Plus précisément, une étude finlandaise identifie 6 % de tics provisoires moteurs et 6 % de tics provisoires vocaux chez ceux-ci (Mukaddes et al., 2010). Une étude canadienne rapporte une prévalence remarquablement plus élevée de 67 % pour la présence de tics variés chez cette population (Bradley et al., 2004).

2.5 Discussion

Une variabilité significative existe concernant les prévalences de chacun des troubles psychologiques identifiés dans la littérature scientifique parmi les jeunes ayant un TSA. Outre l'effet de la taille des échantillons des études scientifiques recensées et outre les facteurs contribuant à l'hétérogénéité du profil autistique, dont la génétique, l'âge, le sexe, le niveau intellectuel et le niveau de sévérité du TSA, pouvant engendrer une variabilité individuelle dans la présence et l'étendue des déficits (Dickerson Mayes et al., 2011; Masi, DeMayo, Glozier, & Guastella, 2017), certains enjeux face au dépistage des troubles concomitants peuvent contribuer à la sous-représentation des difficultés que vivent ces jeunes et ainsi expliquer une part de la variabilité observée. Malgré une évolution théorique du concept diagnostique du TSA permettant la reconnaissance de troubles psychologiques associés au TSA et méritant un diagnostic distinct de celui du TSA, l'application de ce concept dans le dépistage clinique n'est pas assurée (APA, 2013; Lopata & Thomeer, 2014; McPartland & Dawson, 2014). En effet, un manque d'information à la population, un manque de formation des

professionnels et une réticence à adapter les pratiques cliniques selon les concepts théoriques et les preuves empiriques courantes peuvent produire des lacunes sur le plan de l'identification de symptômes significatifs (Barlow, Bullis, Comer, & Ametaj, 2013; Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013; McHugh & Barlow, 2010). Par ailleurs, les particularités cognitives, sociales et langagières associées au profil des enfants ayant un TSA peuvent entraver l'accès aux pensées, aux émotions et aux expériences de ceux-ci affectant le dépistage optimal de troubles concomitants (Kaat & Lecavalier, 2013; Leyfer et al., 2006; Mazefsky et al., 2011; Mazzone, Ruta, & Reale, 2012; Reaven, 2009). De plus, des divergences perceptuelles tendent à exister entre l'enfant et son parent ou son enseignant lorsque ceux-ci rapportent la présence et la sévérité de symptômes chez un même jeune (Cartwright-Hatton et al., 2006; Taylor et al., 2018). Pour pallier ces obstacles, il importe de recueillir des informations de nombreuses sources, telles que le jeune lui-même, son parent et son enseignant, ainsi que d'utiliser divers outils d'évaluation, dont des questionnaires, des tests standardisés, des entrevues et des observations directes (Cartwright-Hatton et al., 2006; Mazefsky et al., 2011; Mazzone et al., 2012; Rivard, Paquet, & Mainville, 2011). Les prévalences présentées dans la recension scientifique actuelle proviennent d'études scientifiques ayant opté majoritairement pour l'utilisation d'un seul outil et d'un seul répondant dans la cueillette de leurs données. Il importe ainsi de constater la présence de limites méthodologiques pouvant biaiser le dépistage des troubles ciblés. Des défis existent aussi concernant la validité des outils d'évaluation, car ceux-ci ne sont pas adaptés pour la population présentant un TSA. En effet, les outils existants étant conçus pour des enfants de la population générale ne peuvent assurer des qualités psychométriques comparables chez des enfants ayant un trouble neurodéveloppemental, tel que le TSA (Mazzone et al., 2012; Nader, Courchesne, Dawson, & Soulières, 2016; Reaven, 2009). Bien que telles limites puissent mener à des variations dans les prévalences des troubles présentés, les études scientifiques recensées soulèvent la présence importante de troubles affectifs et comportementaux parmi les jeunes ayant un TSA.

En effet, l'importance marquée du trouble anxieux, du TDAH et du TOP a été reconnue par nombreuses études scientifiques (Gjevik et al., 2011; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008). Les résultats de cette recension semblent indiquer que les prévalences de ces trois troubles dépassent celles des autres problématiques affectives et comportementales, atteignant la moitié et même jusqu'à la majorité de la population d'enfants présentant un TSA (Joshi et al., 2010; Lee & Ousley, 2006; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010). Plus spécifiquement, la présente recension expose que l'anxiété généralisée, l'anxiété sociale, la phobie spécifique, le TOC et l'anxiété de séparation sont les troubles anxieux les plus répandus. Le trouble de panique et l'agoraphobie se limitent à des prévalences plutôt faibles, suggérant que ceux-ci sont peu communs chez cette population (Bellini, 2004; Gjevik et al., 2011; Green et al., 2000; Joshi et al., 2010; Kim et al., 2000; Kuusikko et al., 2008; Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010; Mazefsky et al., 2011; Melfsen et al., 2006; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; Sukhodolsky et al., 2007; Thede & Coolidge, 2007; van Steensel et al., 2013; Witwer & Lecavalier, 2010). De plus, parmi les trois types de présentations du TDAH, la forme combinée est la plus prévalente chez les enfants ayant un TSA (Goldstein & Schwebach, 2004; Lee & Ousley, 2006; Mattila et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Sinzig et al., 2009; Witwer & Lecavalier, 2010). La présentation inattentive prédominante du TDAH est fréquente chez ces jeunes (Gjevik et al., 2011; Goldstein & Schwebach, 2004; Lee & Ousley, 2006; Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Sinzig et al., 2009; Witwer & Lecavalier, 2010), alors que la forme hyperactive-impulsive prédominante est plutôt rare (Gjevik et al., 2011; Lee & Ousley, 2006; Leyfer et al., 2006; Mattila et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Sinzig et al., 2009; Witwer & Lecavalier, 2010). Globalement, la prévalence du trouble anxieux, du TDAH et du TOP chez les jeunes ayant un TSA est significativement supérieure à celles de la population générale (Canino et al., 2010; Cartwright-Hatton et al., 2006; Costello et al., 2003; Merikangas et al., 2011; Merikangas et al., 2009; Ollendick et al., 2002; Polanczyk et al., 2007), ainsi méritant une attention particulière

sur le plan de la surveillance et du dépistage précoce de symptômes associés à ces troubles. Les troubles de tics sont légèrement moins communs, mais peuvent affecter près de la moitié des enfants ayant un TSA (Joshi et al., 2010), alors que ceux-ci sont présents chez que 0,3 % de la population générale (APA, 2013). Par ailleurs, le trouble dépressif et le trouble des conduites sont parmi les problématiques les moins fréquemment associées au TSA (Gjevik et al., 2011; Kim et al., 2000; Mattila et al., 2010; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013) et atteignent généralement des prévalences équivalentes à celles des enfants de la population générale (Canino et al., 2010; Costello et al., 2003; Gjevik et al., 2011; Kessler et al., 2012; Kim et al., 2000; Mattila et al., 2010; Merikangas et al., 2011; Merikangas et al., 2009; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013).

Une hétérogénéité individuelle importante existe sur le plan du profil autistique, engendrant des variations dans la trajectoire développementale des enfants présentant un TSA (Schall & McDonough, 2010; Seltzer et al., 2004). Outre les difficultés liées à la manifestation des symptômes diagnostiques du TSA, ce trouble neurodéveloppemental entraîne également une diversité de troubles concomitants pouvant altérer les capacités d'adaptation de la personne (APA, 2013). De ce fait, la littérature scientifique expose la prévalence élevée de problèmes en santé mentale chez les jeunes présentant un TSA, nécessitant la mise en place de procédures de surveillance, de dépistage et d'intervention pour répondre aux besoins thérapeutiques de cette population (Gurney et al., 2006). En fait, une réduction significative du nombre et de la sévérité des symptômes affectifs et des comportements problématiques ainsi qu'une amélioration des habiletés sociales est observée chez les enfants et les adolescents ayant un TSA qui bénéficient d'un suivi psychologique, tel que celui basé sur la thérapie d'approche cognitive-comportementale (TCC) (Canadian ADHD Resource Alliance [CADDRA], 2018; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2014; Leclerc et al., 2018; Rivard et al., 2011; Ung, Selles,

Small, & Storch, 2014). Ainsi, l'intervention précoce est recommandée face aux difficultés affectives et comportementales que ces enfants puissent vivre afin de les outiller et d'optimiser leur adaptation ainsi que leur intégration sociale (Le Protecteur du Citoyen, 2012). Pour ce faire, la reconnaissance clinique des difficultés concomitantes au TSA est essentielle considérant l'importance de répondre à l'entièreté des besoins de ces jeunes. À l'aide d'un échantillon de 28 études scientifiques publiées entre les années 2000 et 2013, la présente recension a contribué à exposer l'ampleur des troubles psychologiques associés au TSA chez les jeunes âgés de 3 à 20 ans et a permis de cibler les problématiques auxquelles cette population est le plus à risque.

2.6 Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revised (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-Based Psychological Treatments : An Update and a Way Forward. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 1-27.
- Bellini, S. (2004). Social Skills Deficits and Anxiety in High-Functioning Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 19*(2), 78-86.
- Bradley, E. A., Summers, J. A., Wood, H. L., & Bryson, S. E. (2004). Comparing Rates of Psychiatric and Behavior Disorders in Adolescents and Young Adults with Severe Intellectual Disability with and without Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*(2), 151-161.
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2018). *Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition*. https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J. J., Rohde, L. A., & Frick, P. J. (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(7), 695-704.
- Canitano, R., & Vivanti, G. (2007). Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders. *Autism, 11*(1), 19-28.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubkeday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 817-833.

- Compton, S. N., Nelson, A. H., & March, J. S. (2000). Social Phobia and Separation Anxiety Symptoms in Community and Clinical Samples of Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1040-1046.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Craske, M. G. & Simos, G. (2013). Panic Disorder and Agoraphobia. Dans G. Simos & S. G. Hofmann (dir.), *CBT for Anxiety Disorders : A Practitioner Book* (1re éd., pp. 3-24). Wiley-Blackwell.
- Dickerson Mayes, S., Calhoun, S. L., Murray, M. J., & Zahid, J. (2011). Variables Associated with Anxiety and Depression in Children with Autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23(4), 325-327.
- Eisen, A. R., & Schaefer, C. E. (2007). *Separation anxiety in children and adolescents: An individualized approach to assessment and treatment*. Guilford Press.
- Farrugia, S., & Hudson, J. (2006). Anxiety in Adolescents With Asperger Syndrome: Negative Thoughts, Behavioral Problems, and Life Interference. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(1), 25-35.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203-1211.
- Ghaziuddin, M. (2002). Asperger Syndrome: Associated Psychiatric and Medical Conditions. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(3), 138-144.
- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T., & Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(6), 761-769.
- Goldstein, S., & Schweback, A. (2004). The Comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results of a Retrospective Chart Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(3), 329-339.

- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*, 29(1), 351-361.
- Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and Psychiatric Functioning in Adolescents with Asperger Syndrome Compared with Conduct Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 279-293.
- Gurney, J. G., McPheeters, M. L., & Davis, M. M. (2006). Parental Report of Health Conditions and Health Care Use Among Children With and Without Autism: National Survey of Children's Health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 825-830.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_InterventionsReadap_TraitementPharmaco_EnfantsAut.pdf
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., ... Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(11), 1361-1370.
- Kaat, A. J., & Lecavalier, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1579-1594.
- Kanne, S. M., Abbacchi, A. M., & Constantino, J. N. (2009). Multi-informant Ratings of Psychiatric Symptom Severity in Children with Autism Spectrum Disorders: The Importance of Environmental Context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(6), 856-864.
- Kessler, R., Petukhova, M., Sampson, N., Zaslavski, A., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.

- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The Prevalence of Anxiety and Mood Problems among Children with Autism and Asperger Syndrome. *Autism*, 4(2), 117-132.
- Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M. L., Ebeling, H., ... Moilanen, I. (2008). Social Anxiety in High-Functioning Children and Adolescents with Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1697-1709.
- Langlois, K. A., Samokhvalov, A. V., Rehm, J., Spence, S. T., & Goyer, C. (2012). *Descriptions des états de santé au Canada : Maladies mentales*. Statistiques Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-619-m/82-619-m2012004-fra.pdf?st=XuUJ-7yE>
- Le Protecteur du Citoyen. (2012). *Les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : De l'engagement gouvernemental à la réalité*. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2012-05-23_rapport_ted_2.pdf
- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J. O. H. N., & 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.
- Leclerc, J. B., Pabst, A., Valois, P., Bombardier, M., Berthiaume, C., & 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.
- Lee, D., & Ousley, O. Y. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in a Clinic Sample of Children and Adolescents with Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(6), 737-746.
- Levy, A., & Perry, A. (2011). Outcomes in adolescents and adults with autism: A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1271-1282.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Balcalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... Lainhart, J. (2006). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism:

Interview Development and Rates of Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 849-861.

Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautlin, R. L., & Lutzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883-900.

Lopata, C., & Thomeer, M. L. (2014). Autism and Anxiety in School. Dans T. E. Davis III, S. W. White, & T. H. Ollendick (dir.). *Handbook of Autism and Anxiety* (pp. 201-214). Springer.

Mack, H., Fullana, M. A., Russel, A. J., Mataix-Cols, D., Nakatani, E., & Heyman, I., (2010). Obsessions and compulsions in children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a case-control study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1082-1088.

Mannion, A., Leader, G., & Healy, O. (2013). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 35-42.

Masi, A., DeMayo, M. M., Glozier, N., & Guastella, A. J. (2017). An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. *Neuroscience Bulletin*, 33(2), 183-193.

Matson, J. L., & Horovitz, M. (2010). Stability of Autism Spectrum Disorders Symptoms over Time. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 331-342.

Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., ...Moilanen, I. (2010). Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/High-Functioning Autism: A Community- and Clinic-based Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1080-1093.

Mazefsky, C. A., Kao, J., & Oswald, D. P. (2011). Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 164-174.

- Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry, 11*(16), 1-13.
- McGovern, C. W., & Sigman, M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 46*(4), 401-408.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Treatments: A Review of Current Efforts. *American Psychologist, 65*(2), 73-84.
- McPartland, J. C., & Dawson, G. (2014). DSM-5 Criteria for ASD: Research Review and Commentary. Dans T. E. Davis III, S. W. White, & T. H. Ollendick (dir.). *Handbook of Autism and Anxiety* (pp. 231-246). Springer.
- Melfsen, S., Walitza, S., & Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*(2), 111-117.
- Merikangas, K. R., Jian-Ping, H., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Lihong, C., ... Swendsen, J. (2011). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy Children Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(1), 7-20.
- Mukaddes, N. M., & Fateh, R. (2010). High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry, 11*(2), 486-492.
- Mukaddes, N. M., Hergüner, S., & Tanidir, C. (2010). Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: Similarities and differences. *The World Journal of Biological Psychiatry, 11*(8), 964-971.
- Nader, A. M., Courchesne, V., Dawson, M., & Soulières, I. (2016). Does WISC-IV Underestimate the Intelligence of Autistic Children? *Journal of Autism and Developmental Disorders, 46*(5), 1582-1589.

- Nobile, M., Cataldo, G. M., Marino, C., & Molteni, M. (2003). Diagnosis and Treatment of Dysthymia in Children and Adolescents. *Therapy in Practice, 17*(13), 927-946.
- Ollendick, T. H., King, N., J., & Muris, P. (2002). Fears and Phobias in Children: Phenomenology, Epidemiology, and Aetiology. *Child and Adolescent Mental Health, 7*(3), 98-106.
- Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lachar D., Lane, D. M., Reddoch, S. L., Mansour, R., & Cleveland, L. A. (2006). A comparison of behavioral and emotional functioning in children and adolescents with Autistic Disorder and PDD-NOS. *Child Neuropsychology, 12*(4-5), 321-333.
- Pfeiffer, B., Kinnealey, M., Reed, C., & Herzberg, G. (2005). Sensory Modulation and Affective Disorders in Children and Adolescents with Asperger's Disorder. *The American Journal of Occupational Therapy, 59*(3), 335-345.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942-948.
- Reaven, J. A. (2009). Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorders and Co-occurring Anxiety Symptoms: Implications for Assessment and Treatment. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14*(3), 192-199.
- Rivard, M., Paquet, A., & Mainville, J. (2011). Thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 21*(3), 97-102.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry, 15*(1), 53-63.
- Schall, C. M., & McDonough, J. T. (2010). Autism spectrum disorders in adolescence and early adulthood: Characteristics and issues. *Journal of Vocational Rehabilitation, 32*(2), 81-88.
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 10*(4), 234-247.

- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & 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 and Adolescent Psychiatry*, *47*(8), 921–929.
- Sinzig, J., Walter, D., & Doepfner, M. (2009). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Symptom or Syndrome? *Journal of Attention Disorders*, *13*(2), 117–126.
- Steele, R. G., Elkin, D. T., & Roberts, M. C. (2008). *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents: Bridging Science and Practice* (1re éd., Vol. XXXIII). Springer.
- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., ... Vitiello, B. (2007). Parent-Rated Anxiety Symptoms in Children with Pervasive Developmental Disorders: Frequency and Association with Core Autism Symptoms and Cognitive Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(1), 117–128.
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *5*(28), 1–13.
- Taylor, J. M., Volker, M. A., Rispoli, K. M., Rodgers, J. D., Thomeer, M. L., Lopata, C., ... Smerbeck, A. (2018). Depression, Anxiety, and Hyperactivity in Youth with HFASD: A Replication and Extension of Symptom Level Differences in Self-Report Versus Parent Report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–15.
- Thede, L. L., & Coolidge, F. L. (2007). Psychological and Neurobehavioral Comparisons of Children with Asperger's Disorder Versus High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *37*(5), 847–854.
- Ung, D., Selles, R., Small, B. J., & Storch, E. A. (2014). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, *46*(4), 533–547.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & de Bruin, E. I. (2013). Psychiatric Comorbidity in Children with Autism Spectrum Disorders: A Comparison with Children with

ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 368–376.

van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302–317.

White, S. W., & Roberson-Nay, R. (2009). Anxiety, Social Deficits, and Loneliness in Youth with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1006–1013.

Witwer, A. N., & Lecavalier, L. (2010). Validity of Comorbid Psychiatric Disorders in Youngsters with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 367–380.

CHAPITRE III

ARTICLE II : LE PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES ADOLESCENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET LA RECONNAISSANCE DE LEURS BESOINS

Catherine Taïeb-Lachance et Nathalie Poirier

Université du Québec à Montréal

(Cet article est soumis à la revue *Science et Comportement*)

RÉSUMÉ

La littérature scientifique expose une prévalence élevée de problèmes en santé mentale chez les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Afin d'optimiser leur adaptation et leur intégration sociale, l'intervention précoce face aux symptômes psychologiques que peuvent vivre ces jeunes est préconisée (Le Protecteur du Citoyen, 2012). La présente étude explore le profil psychologique de vingt adolescents présentant un TSA. Plus spécifiquement, elle vise à identifier la présence de difficultés affectives et comportementales chez ces adolescents à l'aide d'une fiche de renseignements personnels et de deux questionnaires, soit le *Behavior Assessment System for Children (BASC-2)* et le *Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)*, qui sont remplis par leur parent. Leur profil intellectuel et attentionnel est aussi déterminé à l'aide de l'*Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants – Cinquième édition (WISC-V)* et du *Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch)*. De plus, cette recherche évalue la reconnaissance des besoins psychologiques de ces adolescents par l'identification des services d'évaluation et d'intervention qui leur sont octroyés. Selon les données de cette étude, l'accès à l'intervention semble lésé par un manque de reconnaissance des difficultés que vivent ces jeunes et par des lacunes dans l'offre des services thérapeutiques.

Mots clés : trouble du spectre de l'autisme, adolescence, troubles psychologiques, intervention

ABSTRACT

The scientific literature exposes a high prevalence of mental health issues in youth with an autism spectrum disorder (ASD). In order to optimize their adaptation and social integration, early intervention for psychological symptoms is recommended (Le Protecteur du Citoyen, 2012). The present study explores the psychological profile of twenty adolescents with an ASD in Quebec. Through parental report measures, this research aims to identify the presence of affective and behavioural problems in ASD adolescents using a descriptive form and two questionnaires, namely the *Behavior Assessment System for Children* (BASC-2) and the *Yale Global Tic Severity Scale* (YGTSS). Their intellectual and attentional profiles were also determined using the *Wechsler Intelligence Scale for Children –Fifth Edition* (WISC-V) and the *Test of Everyday Attention for Children* (TEA-Ch). Moreover, this study evaluates the recognition of ASD youth's psychological needs by reporting the assessment and intervention services that are offered to them. Results of this research indicate that a lack of recognition regarding the psychological difficulties that adolescents with ASD face and systemic issues in the provision of treatment are key factors hindering access to intervention for ASD youth.

Keywords : autism spectrum disorder, adolescence, psychological disorders, intervention

3.1 Introduction

3.1.1 Trouble du spectre de l'autisme

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par une atteinte sur le plan de la communication sociale et par la manifestation de comportements, d'activités ou d'intérêts stéréotypés, restreints et répétitifs (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ces symptômes doivent survenir au cours de la petite enfance et une altération du fonctionnement des activités du quotidien doit également être présente. Trois degrés de sévérité sont associés au trouble selon le niveau de soutien requis. L'enfant peut présenter une atteinte légère nécessitant un appui (niveau 1); une atteinte modérée requérant un appui important (niveau 2); ou une atteinte sévère nécessitant un appui très important (niveau 3). Les données épidémiologiques révèlent qu'environ 1% de la population mondiale a un diagnostic de TSA (APA, 2013). En 2016-2017, 21 810 jeunes de la population québécoise âgée entre 1 et 17 ans présentaient un TSA. La prévalence du TSA se situe ainsi à 1,5% au Québec, avec une prévalence deux fois plus élevée dans les régions avoisinant Montréal que les régions périphériques. Le TSA est d'ailleurs le handicap le plus répandu dans les milieux scolaires du Québec (Noiseux, 2019).

3.1.2 Émission du diagnostic de TSA

Au Québec, ce sont les médecins et les psychologues habilités à effectuer une évaluation diagnostique qui peuvent conclure à la présence du TSA (Collège des médecins du Québec [CMQ] & Ordre des psychologues du Québec [OPQ], 2012; Jancarik, 2010). L'évaluation précoce, soit celle effectuée entre l'âge de 18 et 24 mois (Chawarska, Klin, Paul, & Volkmar, 2007; CMQ & OPQ, 2012; De Giacomo & Fombonne, 1998), est préconisée puisqu'elle permet l'accès à divers services

gouvernementaux, tel que l'intervention précoce, les subventions pour l'intégration en service de garde et le soutien financier sous forme d'allocations ou de déductions fiscales (Poirier & Goupil, 2008). Ainsi, l'amélioration de la trajectoire développementale de l'enfant ayant un TSA dépend grandement de la rapidité d'accès à l'évaluation (CMQ & OPQ, 2012; Dawson, 2008; Granpeesheh, Dixon, Tarbox, Kaplan, & Wilke, 2009; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2014; Jancarik, 2010; Zachor, Ben-Itzhak, & Rabinovich, 2007).

3.1.3 Services thérapeutiques associés au TSA

Pour les enfants ayant un TSA âgés de deux à six ans, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise l'implantation de programmes d'intervention ciblant la stimulation, l'intégration et la participation sociale de ceux-ci via les programmes en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) des centres intégrés de services en santé et services sociaux (CISSS). De plus, le MSSS spécifie la nécessité que ces jeunes soient desservis dans leur milieu naturel, soit à domicile ou en service de garde. À ces fins, l'intervention, basée sur une approche cognitivo-comportementale et implantée sous forme de programmes appliqués dans les divers milieux de vie de l'enfant, est employée au Québec auprès d'enfants d'âge préscolaire ayant un TSA (MSSS, 2003, 2012). À l'âge scolaire, l'émetteur principal des services spécialisés est le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)⁴. En fait, une allocation de fonds basée sur le prorata du nombre d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) est acheminée par le MEES aux écoles via les commissions scolaires (Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport [MELS], 2007). Ainsi, les professionnels scolaires, tels que les

⁴ Depuis 2016, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) détient la nouvelle appellation Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (MEES). Bien que la nouvelle appellation soit favorisée, l'utilisation de l'appellation antérieure sera employée dans le référencement de documents publiés avant 2016.

psychologues, les orthophonistes, les orthopédagogues et les psychoéducateurs, ont pour rôle de cibler les besoins des EHDAA et d'assurer l'application des services éducatifs spécialisés (Béland & Goupil, 2005; MELS, 2007). Au-delà des services professionnels prodigués par le réseau de l'éducation, des services analogues sont offerts dans la communauté par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Une collaboration étroite entre ces deux réseaux vise à combler l'entièreté des besoins des jeunes et à promouvoir leur épanouissement par un partage des responsabilités dans l'offre des services spécialisés (Comité consultatif des services aux élèves à besoins particuliers [CCSEHDAA], 2018; MSSS, 2012).

3.1.4 Évolution du profil psychologique des jeunes présentant un TSA

Lors de la petite enfance, les symptômes caractéristiques du TSA, tel que le contact visuel fuyant, le manque de réciprocité dans les interactions sociales, l'utilisation peu fonctionnelle des jouets ou les rigidités dans le style de jeu, peuvent nuire à l'adaptation et à l'intégration sociale du jeune présentant un TSA (APA, 2013; Lussier, Chevrier, & Gascon, 2017; Schall & McDonough, 2010; Seltzer, Shattuck, Abbeduto, & Greenberg, 2004). Cependant, grâce à l'intervention et au développement de stratégies compensatrices, ces symptômes peuvent s'atténuer et devenir moins apparents avec l'âge. En fait, certains jeunes ayant un TSA montrent des améliorations constantes depuis l'enfance et compensent plus efficacement leurs difficultés. Par conséquent, la trajectoire développementale de l'enfant présentant un TSA peut être marquée par une amélioration de la communication et des capacités interactionnelles ainsi que par une diminution des comportements, d'activités ou d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés (Schall & McDonough, 2010; Seltzer et al., 2004).

Bien que des améliorations menant à une normalisation du fonctionnement global puissent survenir, le profil des personnes ayant un TSA se distingue entre autre par l'émergence accrue de particularités liées à la santé mentale en comparaison avec leurs pairs du même âge (Gurney et al., 2006; Joshi et al., 2010). En fait, 58 % à 97 % des

enfants ayant un TSA présentent au moins un trouble psychologique en plus de leur diagnostic de TSA (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013). De plus, 75 % de ceux-ci requièrent des services thérapeutiques pour pallier à des difficultés développementales, affectives ou comportementales, et cette prévalence surpasse considérablement celle de la population générale, qui se situe plutôt à 7 % (Gurney et al., 2006). Parmi les troubles concomitants rapportés dans la littérature scientifique, il est commun que ces jeunes présentent des troubles neurodéveloppementaux, dont le handicap intellectuel, le trouble de la communication, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble spécifique des apprentissages, le trouble développemental de la coordination (TDC) et le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) (APA, 2013). Le trouble anxieux, le trouble obsessionnel compulsif (TOC), le trouble de l'humeur et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) sont également fréquents chez la population présentant un TSA (APA, 2013; Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Poirier, Abouzeid, Taieb-Lachance, & Smith, 2017; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013).

Par conséquent, la présence de troubles psychologiques concomitants au TSA est un enjeu important affectant les capacités d'adaptation ainsi que le fonctionnement global de l'enfant et nécessitant l'allocation de services thérapeutiques diversifiés (Gurney et al., 2006). Pourtant, sur les 150,000 personnes ayant un TSA et/ou un handicap intellectuel au Québec, seulement 80,000 d'entre elles reçoivent des services par le réseau public. Ceci implique que 46 % n'ont aucun soutien malgré la présence d'un diagnostic de nature neurodéveloppementale (McKinsey & Compagnie, 2014). Similairement, selon les données rapportées par Noiseux (2019) en 2016-2017, 45 % des québécois ayant un TSA et âgés de 1 à 24 ans ne reçoivent aucun service en santé mentale via le réseau public. De plus, Noiseux (2019) soulève que ceux-ci utilisent

proportionnellement moins de services psychologiques en vieillissant. En effet, 44 % des adolescents âgés de 10 à 17 ans et 61 % des adultes de 18 à 24 ans n'ont reçu aucun service en santé mentale pour l'année 2016-2017, tandis que cette proportion est de 36 % chez les enfants de 1 à 9 ans (Noiseux, 2019). L'adaptation et l'intégration sociale dépendent grandement de l'accès à l'intervention. Toutefois, les données récentes suggèrent la présence de lacunes importantes sur le plan de la reconnaissance des difficultés psychologiques que peuvent vivre les personnes présentant un TSA ainsi que sur la mise en place des interventions nécessaires pour répondre à l'entièreté de leurs besoins (Noiseux, 2019).

3.2 Objectif de l'étude

L'objectif principal de la présente étude, qui s'inscrit dans une recherche plus vaste, est d'explorer la présence de difficultés affectives et comportementales chez vingt adolescents ayant un TSA. De plus, elle évalue la reconnaissance de leurs besoins psychologiques par l'identification des services d'évaluation et d'intervention qui leur sont octroyés.

3.3 Méthode

3.3.1 Participants

Vingt adolescents ayant un diagnostic de TSA ainsi que leurs mères ont été sollicités. L'échantillon d'adolescents comprenait une fille et 19 garçons. Au moment de l'étude, les adolescents avaient entre 12 et 17 ans, avec un âge moyen de 14,7 ans. Tous résidaient dans la région montréalaise.

3.3.2 Instruments

Une fiche de renseignements personnels élaborée par la première auteure de cet article et deux questionnaires psychologiques standardisés ont été remplis par les parents. De plus, deux batteries de tests évaluant le fonctionnement intellectuel et attentionnel ont été administrées aux adolescents afin de .

3.3.2.1 Fiche de renseignements personnels

La fiche de renseignements personnels comprend des questions visant à connaître : le processus d'évaluation entrepris par les parents dans l'obtention du diagnostic du TSA; la présence de diagnostics ou de problématiques autres que le TSA; et les services thérapeutiques dispensés aux jeunes de l'étude. Cette fiche a été évaluée par trois psychologues experts en autisme et en santé mentale travaillant auprès d'enfants et adolescents.

3.3.2.2 Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants – Cinquième édition (WISC-V)

Le WISC-V est une batterie de tests permettant de mesurer le quotient intellectuel d'enfants âgés de 6 ans à 16 ans et 11 mois. Cette échelle comprend plusieurs sous-tests évaluant les diverses sphères de fonctionnement intellectuel par cinq indices, duquel découle le quotient intellectuel global (EGQI). Ces cinq indices incluent l'indice de compréhension verbale (ICV), de raisonnement visuospatial (IVS), de raisonnement perceptif (IRP), de mémoire de travail (IMT) et de vitesse de traitement (IVT). L'administration de 10 sous-tests est nécessaire afin de déterminer la performance aux cinq indices, dont sept sous-tests sont requis pour obtenir l'EGQI. La durée d'administration est d'environ 60 minutes. Les coefficients de fidélités moyens pour les sous-tests principaux du WISC-V sont de bons à excellents et varient entre 0,80 et 0,94 (Wechsler, 2016). Les habiletés intellectuelles des adolescents ont été évaluées à l'aide de la version francophone canadienne du WISC-V.

3.3.2.3 Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch)

Le TEA-Ch est une batterie d'évaluation des diverses modalités attentionnelles pour les enfants de 6 à 15 ans et 11 mois. Par l'entremise de 9 sous-tests ayant un temps d'administration total d'environ 60 minutes, cette batterie permet de mesurer les capacités d'attention sélective (Recherche dans le ciel et Carte géographique), soutenue (Coups de fusil et Transmission de codes) et divisée (Faire deux choses à la fois et Écouter deux choses à la fois) ainsi que la flexibilité (Mondes contraires et Les petits hommes verts) et les capacités d'inhibition associées à l'impulsivité (Marche-arrête). Cette batterie montre une bonne fidélité test-retest. De plus, les divers sous-tests évaluent différents aspects de l'attention de façon isolée, ce qui assure une bonne validité du construit (Manly et al., 2001). Les habiletés attentionnelles des adolescents ont été déterminées à l'aide des normes australiennes du TEA-Ch.

3.3.2.4 Behavior Assessment System for Children (BASC-2)

Le BASC-2 est un inventaire basé sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Quatrième édition – Révisé (DSM-IV-TR) qui mesure les comportements et la personnalité et qui sert à identifier la présence de symptômes psychologiques. L'inventaire pour les répondants parents (*Parent Rating Scale ou PRS*) a été administré (Reynolds & Kamphaus, 2009). Le PRS emploie une échelle de Likert de 4 points et se remplit en 10 à 20 minutes. Les symptômes ciblés par l'utilisation de ce questionnaire sont l'anxiété, la dépression, l'inattention, l'hyperactivité, l'agressivité ainsi que les difficultés émotives et comportementales. Le BASC-2 présente de bonnes qualités psychométriques. Ce questionnaire a une bonne cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach supérieur à .80. Les corrélations pour la fidélité test-retest sont supérieures à 0,70 et la fidélité inter-évaluateurs demeure puissante (supérieur à 0,53). Cet inventaire assure une bonne validité de construit ($r = 0,70$ à $0,80$ entre les sous-échelles portant sur un contexte similaire). La validité convergente ($r =$

0,70 à 0,80) et divergente est également vérifiée et attestée (Community-University Partnership for the Study of Children Youth and Families, 2011; Reynolds, 2009).

3.3.2.5 Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)

Le YGTSS est un inventaire, destiné à toute personne âgée de 6 ans et plus, servant à dépister la présence de tics moteurs et vocaux (Leckman et al., 1989; Storch et al., 2005). Ce questionnaire permet de guider les répondants par l'énumération de tics moteurs et vocaux communs. Comparativement au rappel libre, où les parents nommeraient des tics selon leurs souvenirs et ainsi sans structure pour les guider dans leur rappel, ils sont plutôt appelés à cocher les tics qu'ils observent. Ceci permet un dépistage plus optimal de l'entière des tics que peuvent présenter les adolescents. Le temps d'administration du questionnaire est de 15 à 30 minutes. Le YGTSS présente une excellente cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach se trouvant entre 0,92 et 0,94. Ce questionnaire fait également preuve d'une stabilité temporelle avec des corrélations se rapprochant de la valeur de 1 entre les scores du test et retest. Le YGTSS fait preuve d'une excellente validité convergente et divergente (Storch et al., 2005).

3.3.3 Procédures

3.3.3.1 Sélection des participants

Suite à l'approbation du comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), les participants ont été sollicités par le biais de contacts ressources en TSA ainsi que par l'affichage d'une annonce sur le site internet de la Fédération Québécoise de l'Autisme (FQA) et sur les réseaux sociaux. L'expérimentatrice a aussi obtenu un accord de collaboration avec la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île. L'annonce a ainsi été diffusée dans les écoles secondaires de cette commission scolaire. Tout adolescent âgé entre 13 et 16 ans présentant un TSA et vivant dans la région montréalaise a été invité à participer à

l'étude. En vertu de difficultés liées au recrutement, une plus grande flexibilité dans les âges de participation a dû être apportée. L'étude a ainsi inclus des adolescents âgés de 12 à 17 ans.

3.3.3.2 Expérimentation

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste. L'administration des outils standardisés a ainsi été réalisée en trois séances. Lors d'une première séance, l'expérimentatrice a rencontré le parent et l'adolescent dans un local de l'UQAM pour leur présenter les procédures expérimentales et faire signer les formulaires de consentement. Ensuite, le parent a rempli la fiche de renseignements personnels et les inventaires psychologiques (BASC-2 et YGTSS) dans une pièce isolée, alors que l'expérimentatrice est restée avec l'adolescent. La deuxième et troisième séance consistait en l'administration du WISC-V et du TEA-Ch. Bien que le parent ait accompagné son enfant à ces séances, seule l'implication de l'adolescent a été demandée. Les deux batteries de tests ont été administrées dans une pièce isolée avec l'adolescent et l'expérimentatrice. Le parent a attendu son enfant dans une autre pièce isolée. Tout traitement pharmacologique typiquement prescrit aux adolescents, tel que des psychostimulants et des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), a été maintenu au cours de l'expérimentation. Le Tableau 3.1 résume les procédures expérimentales.

Tableau 3.1 Procédures expérimentales

Répondant	Séance 1	Séance 2	Séance 3
Parent	Fiche signalétique BASC-2 YGTSS		
Adolescent		WISC-V	TEA-Ch

3.3.4 Analyse des données

Les scores bruts des deux batteries (WISC-V et TEA-Ch) et des deux questionnaires (BASC-2 et YGTSS) ont été comptabilisés. L'entièreté des données nécessaires aux analyses a été recueillie, à l'exception d'un désistement face à la complétion de la batterie intellectuelle (WISC-V) chez un participant de l'étude. Les scores bruts ont été convertis en scores d'équivalence, puis comparés aux normes appropriées. Pour les jeunes ayant un âge supérieur aux normes disponibles (17 ans pour le WISC-V; 16 à 17 ans pour le TEA-Ch), les âges normés les plus élevés ont été employés (normes de 16 ans 11 mois pour le WISC-V; normes de 15 ans 11 mois pour le TEA-Ch). Les comparaisons à la courbe normale ont permis d'identifier les forces et les faiblesses des adolescents. Ensuite, les informations issues de la fiche de renseignements personnels ainsi que les résultats des tests et des questionnaires standardisés ont permis la codification des données sur Excel dans le but d'effectuer des analyses descriptives et de fréquences.

3.4 Résultats

3.4.1 Description des participants

3.4.1.1 Fonctionnement intellectuel

Le fonctionnement intellectuel des adolescents a été obtenu à l'aide des 10 sous-tests principaux du WISC-V. Ces scores reflètent les performances de 19 des 20 participants⁵. Les scores d'équivalence obtenus à l'ICV pour chacun des participants

⁵ Le désistement face à la complétion exclusive de la batterie WISC-V a été accordé à un participant, malgré un intérêt à poursuivre sa participation à l'étude globale. En effet, en raison de l'obtention d'une évaluation intellectuelle en milieu hospitalier qui allait avoir lieu dans les semaines suivant l'expérimentation, le WISC-V n'a pas été administré à cette participante pour éviter un biais de pratique.

varient entre 73 et 133, avec une moyenne de 100,68. Sur le plan des capacités non-verbales, les scores de l'IVS sont entre de 72 à 126 et ceux de l'IRF sont de 74 à 131. Une moyenne de 98,52 et de 101,57 est obtenue respectivement pour l'IVS et l'IRF. Les participants présentent des scores entre 67 et 127 à l'IMT, avec une moyenne de 89,47. À l'IVT, les scores varient entre 60 et 125, avec une moyenne de 81,73. Globalement, les scores d'équivalence de l'EGQI sont entre 75 et 139. En fait, 8 jeunes ont un EGQI au niveau de la moyenne, 4 présentent un score dans la moyenne faible et 1 obtient un score dans la moyenne élevée. Par ailleurs, 5 participants ont un EGQI limite, alors qu'un jeune présente un score d'intelligence très supérieur à la norme. La moyenne du quotient intellectuel des 19 participants est 95,68. Le Tableau 3.2 présente les résultats aux échelles du WISC-V.

Tableau 3.2 Fonctionnement intellectuel des adolescents ayant un TSA au WISC-V

Échelles du WISC-V	Moyennes des scores d'équivalence	Étendues des scores d'équivalence
ICV	100,68	73-133
IVS	98,52	72-126
IRF	101,57	74-131
IMT	89,47	67-127
IVT	81,73	60-125
EGQI	95,68	75-139

3.4.1.2 Fonctionnement attentionnel

Le fonctionnement attentionnel des vingt adolescents a été évalué à l'aide des 10 sous-tests du TEA-Ch. Les scores d'équivalence obtenus aux épreuves d'attention sélective (Recherche dans le ciel et Carte géographique) pour chacun des participants varient entre 1 et 15, avec une moyenne de 8,1. Les épreuves d'attention soutenue (Coup de fusil et Transmission de code) atteignent des scores entre 1 et 14, avec une moyenne

de 7,3. Les participants présentent des scores entre 1 et 13 sur le plan de l'attention divisée (Faire deux choses à la fois et Écouter deux choses à la fois), avec une moyenne de 6,7. Concernant la flexibilité (Mondes contraires à l'endroit, Mondes contraires à l'envers et Petits hommes verts), la moyenne des scores d'équivalence est de 8,0 avec une étendue de 1-17. L'épreuve d'inhibition/impulsivité rejoint un score moyen de 12,1 avec une étendue de 1-16. Les capacités attentionnelles globales de ces jeunes reflétées par la moyenne des scores aux 10 épreuves se trouvent dans la moyenne avec un score de 8,0 et une étendue de 1-17. Le Tableau 3.3 résume les résultats obtenus au TEA-Ch.

Tableau 3.3 Fonctionnement attentionnel des adolescents ayant un TSA au TEA-Ch

Fonctions	Moyennes des scores d'équivalence	Étendues des scores d'équivalence
Attention sélective	8,1	1-15
Recherche dans le ciel	8,6	2-13
Carte géographique	7,7	1-15
Attention soutenue	7,3	1-14
Coups de fusil	7,6	1-12
Transmission de codes	7,0	1-14
Attention divisée	6,7	1-13
Faire deux choses à la fois	5,5	1-10
Écouter deux choses à la fois	7,9	1-13
Flexibilité	8,0	1-17
Mondes contraires à l'endroit	7,6	1-15
Mondes contraires à l'envers	8,2	1-17
Petits hommes verts	8,1	1-15
Inhibition/Impulsivité	12,1	1-16
Marche-arrête	12,1	1-16
Capacités attentionnelles globales	8,0	1-17

3.4.2 Services d'évaluation

3.4.2.1 Émission du diagnostic de TSA

Les adolescents ont obtenu leur diagnostic de TSA entre l'âge d'un an et 17 ans par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire ($n=5$) ou par un professionnel, tel qu'un psychiatre ($n=10$) et un psychologue ($n=5$). En effet, quatre parents rapportent avoir reçu le diagnostic précocement, avant l'âge de deux ans. Huit autres jeunes auraient été diagnostiqués au préscolaire, entre l'âge de 3 et 5 ans. Cinq parents mentionnent l'avoir reçu plus tardivement, lors de l'école primaire, entre les âges de 6 et 11 ans. De plus, le diagnostic de TSA aurait été octroyé qu'au secondaire, soit entre l'âge de 12 et 17 ans, pour trois des participants. Le Tableau 3.4 présente le moment et l'âge de l'émission du diagnostic de TSA des adolescents de cette étude.

Tableau 3.4 Moment et l'âge de l'émission du diagnostic de TSA

Moment de l'émission du diagnostic	Âge du diagnostic	<i>n</i>	%
Précoce	1 à 2 ans	4	20
Préscolaire	3 à 5 ans	8	40
Primaire	6 à 11 ans	5	25
Secondaire	12 à 17 ans	3	15

3.4.2.2 Troubles concomitants diagnostiqués

La presque totalité des adolescents présente des diagnostics concomitants au TSA ($n=17$). En fait, 10 des jeunes ont un seul trouble concomitant, alors que les sept autres adolescents possèdent entre deux et quatre diagnostics en plus du TSA. Une moyenne de 1,8 trouble concomitant est ainsi identifiée par adolescent. Le Tableau 3.5 expose le nombre de diagnostics concomitants que possèdent les adolescents ayant un TSA.

Tableau 3.5 Nombre de diagnostics concomitants que possèdent les adolescents ayant un TSA

Nombre de diagnostics concomitants au TSA	<i>n</i>	%
1	10	50
2	3	15
3	2	10
4	2	10
Total	17	85

Parmi les troubles associés diagnostiqués, plus de la moitié des jeunes ($n=12$) avaient un TDAH, le tiers de ceux-ci ($n=6$) présentait un trouble des apprentissages et un peu moins du quart de ces jeunes ($n=4$) avaient un trouble développemental de la coordination. Trois adolescents possédaient un trouble de la communication. Deux adolescents présentaient un trouble anxieux, un jeune avait un TOC et un autre présentait un trouble réactionnel de l'attachement. De plus, le SGT était diagnostiqué chez un adolescent. Le Tableau 3.6 énumère les diagnostics concomitants que possèdent les adolescents de cette étude.

Tableau 3.6 Diagnostics concomitants que possèdent les adolescents ayant un TSA

Diagnostics concomitants au TSA	<i>n</i>	%
TDAH	12	60
Trouble des apprentissages	6	30
Trouble développemental de la coordination	4	20
Trouble de la communication	3	15
Trouble anxieux	2	10
TOC	1	5
SGT	1	5
Trouble réactionnel de l'attachement	1	5

3.4.3 Services thérapeutiques

Tous sauf quatre parents ($n=16$) rapportent l'obtention d'au moins une forme de service thérapeutique pour leur adolescent, qu'elle soit sous forme d'un traitement pharmacologique ou d'un service d'intervention spécialisé.

3.4.3.1 Traitements pharmacologiques

La majorité des adolescents ($n=15$) reçoivent entre un et trois traitements pharmacologiques. En fait, la quasi-moitié de ceux-ci ($n=9$) utilisent une seule médication tandis que presque le quart ($n=4$) en prend deux. Par ailleurs, deux participants reçoivent une combinaison de trois traitements pharmacologiques. Une moyenne de 1,5 médicament est prescrite à ces jeunes. Le Tableau 3.7 révèle le nombre de traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents de cette étude.

Tableau 3.7 Nombre de traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents ayant un TSA

Nombre de traitements pharmacologiques	<i>n</i>	%
1	9	45
2	4	20
3	2	10
Total	15	75

Parmi les adolescents bénéficiant de traitements pharmacologiques ($n=15$), tous sauf un jeune ($n=14$) possèdent une médication psychostimulante ($n=13$) ou non-psychostimulante ($n=1$) pour le TDAH. En fait, un total de douze adolescents de cette étude détient un diagnostic officiel de TDAH. Tous ont été traités à l'aide d'une médication et deux participants n'ayant pas un diagnostic formel le sont également. De plus, le quart des jeunes de cette étude ($n=5$) reçoivent des ISRS pour apaiser la présence de symptômes affectifs, soit anxieux ou dépressifs. Seul un participant possède une médication (Clonidine) pour réduire la manifestation de tics. Le Tableau

3.8 indique la problématique ciblée par les traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents.

Tableau 3.8 Types de traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents ayant un TSA

Problématique ciblée par la médication	<i>n</i>	%
TDAH	14	70
Symptômes affectifs	5	25
Tics	1	5

3.4.3.2 Services d'intervention spécialisés

Outre les services thérapeutiques de nature pharmacologique, environ le même nombre de jeunes ($n=13$) reçoivent entre un et quatre services d'intervention spécialisés. En fait, presque le quart ($n=4$) bénéficient d'au moins un service alors que plus du tiers ($n=7$) font des suivis réguliers pour deux types de services. Deux participants obtiennent indépendamment trois ($n=1$) et quatre ($n=1$) services. Une moyenne de 1,9 service d'intervention spécialisée est offerte à ces jeunes. Le Tableau 3.9 indique le nombre de services d'intervention offerts aux adolescents de cette étude.

Tableau 3.9 Nombre de services d'intervention spécialisés offerts aux adolescents ayant un TSA

Nombre de services	<i>n</i>	%
1	4	20
2	7	35
3	1	5
4	1	5
Total	13	65

Plus du tiers des jeunes de cette étude ($n=7$) consultent en psychologie afin de pallier des symptômes anxieux ($n=3$) ou des comportementaux perturbateurs ($n=2$) ainsi que pour obtenir un appui et des conseils ($n=1$) ainsi qu'un soutien face aux apprentissages

($n=1$). De plus, un soutien en psychoéducation ciblé sur l'intégration sociale et la réduction de comportements agressifs est accordé à deux adolescents. Environ le tiers font recours à de l'orthopédagogie ($n=6$) ainsi qu'à l'éducation spécialisée ($n=6$) en raison de difficultés sur le plan des apprentissages et de l'intégration sociale. Des séances d'orthophonie ($n=1$) et de tutorat ($n=1$) sont également offertes pour pallier les difficultés dans les apprentissages chez deux jeunes.

En ce qui a trait à la provenance des services d'intervention spécialisés, la moitié des adolescents ($n=10$) profitent de services publics, soit de services provenant du RSSS ou du réseau de l'éducation. Parmi les services offerts par le réseau public, les parents nomment un suivi en psychologie ($n=1$), en psychoéducation ($n=1$), en orthopédagogie ($n=6$) et en éducation spécialisée ($n=5$). Par ailleurs, huit jeunes ont recours à des services complémentaires en milieu privé, dont trois obtiennent des services exclusivement par ce moyen. Similairement au réseau public, ces services incluent la psychologie ($n=6$), la psychoéducation ($n=1$), l'éducation spécialisée ($n=1$), mais également l'orthophonie ($n=1$) et le tutorat ($n=1$). Le Tableau 3.10 énumère les types de services d'intervention offerts aux adolescents ayant un TSA selon leur milieu de provenance et selon la problématique ciblée.

Tableau 3.10 Types de services d'intervention offerts aux adolescents ayant un TSA et problématiques ciblées

Type de service et problématiques ciblées	Service public		Service privé		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Psychologie</i>	1	5	6	30	7	35
Anxiété	1	5	2	10	3	15
Comportements perturbateurs	0	0	2	10	2	10
Apprentissages	0	0	1	5	1	5
Appui et conseils	0	0	1	5	1	5
<i>Psychoéducation</i>	1	5	1	5	2	10
Agressivité	1	5	0	0	1	5
Intégration sociale	0	0	1	5	1	5
<i>Orthopédagogie</i>	6	30	0	0	6	30
Apprentissages	5	25	0	0	5	25
Intégration sociale	1	5	0	0	1	5
<i>Éducation spécialisée</i>	5	25	1	5	6	30
Intégration sociale	5	25	1	5	6	30
<i>Orthophonie</i>	0	0	1	5	1	5
Apprentissages	0	0	1	5	1	5
<i>Tutorat</i>	0	0	1	5	1	5
Apprentissages	0	0	1	5	1	5

3.4.4 Symptômes psychologiques rapportés par les parents

3.4.4.1 Analyse de la fiche de renseignements personnels

Sous la forme de réponses ouvertes tirées de la fiche de renseignements personnels, les parents ont été invités à décrire des problématiques non diagnostiquées qui sont observées chez leurs adolescents. Outre les diagnostics qui leur sont déjà octroyés, la majorité des parents ($n=15$) rapportent la présence de symptômes psychologiques chez leurs jeunes, malgré que ceux-ci ne soient pas validés par une évaluation formelle. En fait, la majorité des adolescents ($n=14$) présenteraient des symptômes anxieux importants. Les parents décrivent l'anxiété comme des inquiétudes envahissantes que leurs adolescents régulent difficilement. Ils peuvent ressentir une perte de contrôle sur

leur environnement et montrer une difficulté à réfléchir de façon rationnelle. Le manque d'initiative et le besoin continu de réassurance par autrui sont aussi des caractéristiques relevées par les parents face à l'anxiété que vivent leurs jeunes. Le tiers des parents ($n=6$) observent des tics moteurs et vocaux chez leurs adolescents. De plus, des comportements agressifs seraient observables chez certains ($n=3$). Les parents concernés expliquent que leurs adolescents peuvent déclencher des crises de colère explosives, vandaliser (p.ex., lancer et briser des objets) ainsi que se blesser soi-même et blesser autrui (p.ex., se cogner la tête volontairement contre une structure, donner des coups de coude à un proche). Par ailleurs, des symptômes dépressifs sont rapportés ($n=2$) et caractérisés par de l'autodénigrement, des variations de l'humeur et des verbalisations suicidaires. Certains parents ($n=2$) observent une détresse chez leurs jeunes face à la régulation des comportements liés à leurs émotions, menant à des crises émotives ou des comportements perturbateurs. De l'inattention ($n=1$) et de l'hyperactivité/impulsivité ($n=1$) sont indépendamment identifiées chez deux jeunes de l'étude n'ayant pas déjà un diagnostic de TDAH. Le Tableau 3.11 énumère les symptômes psychologiques observés chez les adolescents et rapportés par les parents dans la fiche de renseignements personnels.

Tableau 3.11 Symptômes psychologiques rapportés par les parents dans la fiche de renseignements personnels

Symptômes psychologiques	<i>n</i>	%
Anxiété	14	70
Tics	6	30
Agressivité	3	15
Dépression	2	10
Difficultés de régulation comportementale	2	10
Inattention	1	5
Hyperactivité/impulsivité	1	5

3.4.4.2 Analyse du BASC-2

Les parents ont rempli le BASC-2 afin de documenter la présence de symptômes psychologiques chez leurs jeunes. Tous sauf trois parents ($n=17$) identifient des symptômes cliniquement significatifs (Score $T > 64$) chez leurs jeunes. Plusieurs parents ($n=12$) observent une difficulté chez leurs adolescents à réguler leurs comportements liés à leurs émotions, menant à des fluctuations de l'humeur. Une difficulté liée au contrôle de la colère a aussi été révélée chez 12 de ces jeunes. Ceux-ci seraient facilement irritables et manqueraient d'autocontrôle émotif lorsque confrontés à de l'adversité. Des symptômes anxieux ($n=11$) et dépressifs ($n=9$) affecteraient environ la moitié de ces adolescents et seraient respectivement qualifiés par des inquiétudes et des peurs récurrentes ainsi que par des affects tristes et pessimistes. Similairement, de l'hyperactivité ($n=11$) et de l'inattention ($n=10$) sont identifiées par environ la moitié des parents. Quelques parents ($n=4$) rapportent la présence de symptômes agressifs chez leurs jeunes, caractérisés par l'argumentation, la désobéissance et la menace envers autrui. Par ailleurs, deux parents rapportent la présence de comportements perturbateurs liée à la violation de règles, dont la tricherie, le mensonge et le vol. Le Tableau 3.12 présente certains symptômes psychologiques rapportés par les parents au BASC-2 atteignant un seuil clinique significatif (Score $T > 64$).

Tableau 3.12 Symptômes psychologiques rapportés par les parents au questionnaire BASC-2

<i>Score T</i>	<i>64-69</i>	<i>70-80</i>	<i>Total</i>	
Symptômes psychologiques	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	%
Difficultés de régulation comportementale	3	9	12	60
Difficultés liées au contrôle de la colère	5	7	12	60
Anxiété	2	9	11	55
Hyperactivité	4	7	11	55
Inattention	6	4	10	50
Dépression	3	6	9	45
Agressivité	3	1	4	20
Problèmes des conduites	0	2	2	10

3.4.4.3 Analyse du YGTSS

Les parents ont été invités à rapporter la présence de tics chez leurs adolescents à l'aide du questionnaire YGTSS. Tous sauf trois parents ($n=17$) relèvent des tics chez leurs adolescents. Parmi les tics moteurs rapportés, presque la moitié des jeunes ($n=8$) feraient des mouvements des mains et le tiers ferait des mouvements de la bouche ($n=6$). À une plus basse fréquence, des mouvements des bras ($n=3$) ainsi que des jambes, des pieds ou des orteils ($n=3$) sont relevés. Certains jeunes feraient des grimaces faciales exagérées ou inadéquates au contexte social ($n=3$) et d'autres se pencheraient ou s'étireraient à une fréquence démesurée ($n=3$). Le mouvement des yeux ($n=2$) et du nez ($n=2$), le secouement de la tête ($n=2$) et le haussement des épaules ($n=2$) sont également des tics observés chez ces adolescents. Les parents rapportent aussi le clignement des yeux ($n=1$), le serrement des dents ($n=1$) et le grattement de la tête ($n=1$). De plus, un parent rapporte la compulsion de son jeune à sentir ses doigts ($n=1$). Le Tableau 3.13 énumère les tics moteurs rapportés par les parents au questionnaire YGTSS.

Tableau 3.13 Tics moteurs rapportés par les parents au questionnaire YGTSS

Tics moteurs	<i>n</i>	%
Mouvement des mains	8	40
Mouvement de la bouche	6	30
Mouvement des bras	3	15
Mouvement des jambes, pieds ou orteils	3	15
Grimaces faciales	3	15
Se pencher ou s'étirer	3	15
Mouvement des yeux	2	10
Mouvement du nez	2	10
Secouement de la tête	2	10
Haussement des épaules	2	10
Clignement des yeux	1	5
Serrement des dents	1	5
Grattement de la tête	1	5
Sentir les doigts	1	5

Sur le plan des tics vocaux, le reniflement ($n=4$), l'écholalie ($n=4$), la toux ($n=3$) et l'éclaircissement de la gorge ($n=3$) sont observés. Quelques adolescents présenteraient un discours désinhibé, caractérisé par un langage vulgaire ($n=3$). L'émission de sons d'animaux ($n=3$), tels que le jappement ou le grognement d'un chien, ainsi que l'imitation de voix de personnages de films ($n=3$) sont relevés. Les bruits de bouche ($n=2$) et le bâillement compulsif ($n=1$) sont présents chez certains jeunes. Le Tableau 3.14 expose les tics vocaux rapportés par les parents au questionnaire YGTSS.

Tableau 3.14 Tics vocaux rapportés par les parents au questionnaire YGTSS

Tics vocaux	<i>n</i>	%
Reniflement	4	20
Écholalie	4	20
Toux	3	15
Éclaircissement de la gorge	3	15
Discours désinhibé	3	15
Émissions de sons d'animaux	3	15
Imitation de voix de personnages	3	15
Bruits de bouches	2	10
Bâillement	1	5

3.5 Discussion

La présente étude explore la présence de symptômes affectifs et comportementaux chez vingt adolescents ayant un TSA et évalue la reconnaissance de leurs besoins psychologiques par l'identification des services d'évaluation et d'intervention qui leur sont octroyés.

3.5.1 Profil descriptif des adolescents ayant un TSA

3.5.1.1 Fonctionnement intellectuel

Sur le plan intellectuel, la majorité des jeunes présentent des EGQI dans ou avoisinant la moyenne (moyenne faible à moyenne élevée), le tiers des participants ont un EGQI

limite et un jeune présente un score d'intelligence très supérieur à la norme. Une hétérogénéité est ainsi révélée au niveau du profil intellectuel des adolescents de cette étude. De tels résultats exposent la grande variabilité intellectuelle qu'existe chez les enfants présentant un TSA (Fountain, Winter, & Bearman, 2012; Masi et al., 2017). Sur le plan de la recherche, les enfants présentant un TSA tendent à sous-rapporter leurs symptômes psychologiques (Cartwright-Hatton et al., 2006; Mazefsky et al., 2011; Taylor et al., 2018). Aussi, moins de symptômes sont rapportés par ces enfants plus leur EGQI est faible (Witwer & Lecavalier, 2010). Considérant ces facteurs et l'hétérogénéité du profil intellectuel des adolescents de la présente étude, le dépistage de symptômes psychologiques par le biais des parents est appuyé afin de mieux cibler les difficultés que vivent ces jeunes.

3.5.1.2 Émission du diagnostic de TSA

Face à la reconnaissance du diagnostic initial du TSA, seulement 20 % des participants ont reçu leur diagnostic dans les délais recommandés, soit avant l'âge de 2 ans, pour bénéficier à l'intervention précoce. Alors que 80 % ont obtenu leur diagnostic plus tardivement, presque la moitié des jeunes de cette étude (40 %) ont été diagnostiqués au cours de leur parcours primaire ou secondaire. En effet, le diagnostic précoce du TSA représente un enjeu important dans le RSSS où le délai moyen entre la première consultation des parents et l'obtention du diagnostic est de 2,9 ans, situant l'âge moyen de l'enfant au moment du diagnostic à 5,8 ans (Poirier & Goupil, 2008). L'ampleur des demandes d'évaluation et le manque de ressources entravent l'accès ponctuel à l'évaluation (Fombonne, Zakarian, Bennett, Meng, & McLean-Heywood, 2006; Lazoff, Zhong, Piperni, & Fombonne, 2010; MSSS, 2012; Saracino, Noseworthy, Steiman, Reisinger, & Fombonne, 2010). Ainsi, plusieurs enfants au Québec reçoivent leur diagnostic de TSA à l'âge scolaire (McKinsey & Compagnie, 2014; Poirier & Goupil, 2008). Le manque d'efficacité dans l'établissement de diagnostics précoces retarde l'éligibilité aux services d'intervention précoce. Les services offerts aux personnes en

attente d'un diagnostic étant peu développés dans l'ensemble du Québec et l'accès à l'intervention n'étant approuvé qu'à l'émission officielle du diagnostic (MSSS, 2012).

3.5.1.3 Troubles concomitants diagnostiqués

La présence d'une problématique concomitante au TSA a été reconnue par l'attribution d'un diagnostic chez 85 % des adolescents. En fait, 50 % de la totalité des jeunes possèdent un tel diagnostic, tandis que 35 % en ont plus qu'un, soit entre deux et quatre troubles associés diagnostiqués, avec une moyenne de 1,8 trouble concomitant chez ces jeunes. Parmi ces troubles, 60 % des adolescents ont un TDAH, 30 % présentent un trouble des apprentissages et 20 % ont un trouble développemental de la coordination. Un trouble de la communication est diagnostiqué chez 15 % des jeunes de l'étude et 10 % des adolescents ont un trouble anxieux reconnu. Le TOC, le SGT et le trouble réactionnel de l'attachement atteignent chacun 5 % des participants. La présence élevée de troubles concomitants parmi cet échantillon de jeunes rejoint les données de la littérature scientifique affirmant qu'entre 58 % et 97 % des enfants ayant un TSA présentent au moins un trouble psychologique en plus de leur diagnostic de TSA (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013).

3.5.1.4 Services thérapeutiques reçus

Une étude nationale américaine menée par Gurney et ses collaborateurs (2006) rapporte que 75 % des jeunes ayant un TSA requièrent des services thérapeutiques pour pallier à des difficultés développementales, affectives ou comportementales. Similairement, 80 % des adolescents de la présente étude ont recours à des services thérapeutiques pour pallier les difficultés concomitantes au TSA, qu'elle soit de nature pharmacologique ou sous forme de service d'intervention spécialisée. Sur le plan de la pharmacothérapie, Gurney et ses collaborateurs (2006) précisent que 55 % des jeunes

ayant un TSA bénéficient d'un traitement pharmacologique. Selon des données de l'an 2010 provenant du régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ), 32 % des enfants présentant un TSA ont bénéficié d'au moins un traitement pharmacologique. Parmi eux, une moyenne de 1,5 médicament leur a été prescrite (INESSS, 2014). Dans la présente étude, cette prévalence se situe à 75 % avec une moyenne d'usage identique, soit de 1,5 médicament par adolescents. En effet, ces jeunes peuvent avoir jusqu'à trois différentes sortes de médicaments à la fois. L'utilisation de traitements pharmacologiques variés chez la population d'enfants présentant un TSA semble être une pratique thérapeutique courante. Par ailleurs, 65 % des jeunes obtiennent entre un et quatre types de services d'intervention pour pallier à une variété de difficultés, ce qui représente une moyenne de 1,9 service d'intervention par adolescent qui en bénéficie. Il est possible de constater le besoin important de services diversifiés, tel que la psychologie, la psychoéducation, l'orthopédagogie, l'éducation spécialisée, l'orthophonie et le tutorat, pour ces jeunes qui requièrent un soutien autant sur le plan affectif et comportemental que sur le plan académique (Gurney et al., 2006).

3.5.2 Profil affectif des adolescents ayant un TSA

3.5.2.1 Anxiété et dépression

Seulement 15 % des adolescents de cette étude présentent un trouble affectif reconnu, soit un trouble anxieux ou un TOC diagnostiqué. Pourtant, la problématique la plus fréquemment nommée par les parents dans la fiche de renseignements personnels est l'anxiété, affectant 70 % des adolescents, et atteignant un seuil clinique significatif au BASC-2 chez 55 % de ceux-ci. De telles données corroborent celles de la littérature scientifique, car le trouble anxieux représenterait la problématique la plus fréquente chez les enfants ayant un TSA d'âge scolaire (Ghaziuddin, 2002). La prévalence de ces troubles chez cette population se situant généralement entre 42 % et 54 % (Bradley et al., 2004; Gjevick et al., 2011; Kuusikko et al., 2008; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Pearson et al., 2006; Simonoff et al., 2008; Sukhodolsky et al., 2007) et

pouvant affecter jusqu'à 78 % de ceux-ci (Mukaddes et al., 2010). Outre la présence de symptômes anxieux, plusieurs adolescents présentent des difficultés sur le plan de l'humeur. Alors que 10 % des parents relèvent des symptômes dépressifs perturbant le fonctionnement de leurs jeunes dans la fiche de renseignements personnels, des symptômes significatifs de dépression au BASC-2 sont rapportés chez 45 % des participants. Ce taux dépasse celle de la littérature scientifique, laquelle identifie des prévalences de troubles dépressifs variant entre 10 % et 37 % chez les jeunes présentant un TSA (Gjevik et al., 2011; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; van Steensel et al., 2013). En fait, une incongruence existe entre la reconnaissance diagnostique de problématiques affectives chez les participants et les taux élevés de symptômes anxieux et dépressifs rapportés par les parents ainsi que par la littérature scientifique. Bien que, d'une part, cette divergence puisse refléter un biais perceptuel des parents face à l'ampleur des difficultés affectives que vivent leurs adolescents (Cartwright-Hatton et al., 2006; Taylor et al., 2018), d'autre part, celle-ci peut refléter des lacunes systémiques quant à l'identification de problématiques affectives chez les jeunes présentant un TSA (Le Protecteur du Citoyen, 2012). Les données de cette étude révèlent que le nombre de jeunes ayant recours à des services thérapeutiques pour pallier des difficultés affectives dépasse la reconnaissance diagnostique associée à celles-ci. En effet, 25 % des adolescents profitent d'un traitement pharmacologique pour apaiser la présence de symptômes anxieux ou dépressifs. De plus, un suivi en psychologie visant une problématique affective, soit la gestion de l'anxiété, est assuré chez 15 % des jeunes. Parmi eux, un jeune bénéficie d'un suivi public via le réseau de l'éducation ou le RSSS alors que les deux autres adolescents profitent de services psychologiques en milieu privé. Considérant la proportion importante de jeunes atteignant des symptômes affectifs significatifs au BASC-2 et considérant la pertinence jugée d'un traitement pharmacologique ou d'un suivi psychologique pour certains malgré l'absence d'un diagnostic, des questions se posent concernant l'efficacité du réseau de l'éducation et du RSSS dans l'identification

et l'intervention de problématiques affectives (Le Protecteur du Citoyen, 2012; Noiseux, 2019).

3.5.3 Profil comportemental des adolescents ayant un TSA

3.5.3.1 Inattention et hyperactivité/impulsivité

Les résultats au BASC-2 révèlent que 50 % des adolescents de cette étude présentent des symptômes significatifs d'inattention et que 55 % manifestent de l'hyperactivité/impulsivité. À cet effet, 60 % des jeunes disposent d'un diagnostic de TDAH. Chez les enfants et les adolescents ayant un TSA, le taux de prévalence du TDAH varie entre 17 % et 83 % (Gjevik et al., 2011; Gurney et al., 2006; Joshi et al., 2010; Kim et al., 2000; Lee & Ousley, 2006; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; Sinzig et al., 2009; van Steensel et al., 2013). En fait, selon plusieurs études scientifiques, le TDAH atteindrait la moitié et même jusqu'à la majorité de cette population (Gurney et al., 2006; Joshi et al., 2010; Lee & Ousley, 2006; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Sinzig et al., 2009), ce qui est réaffirmé par les données de la présente étude. Contrairement aux troubles affectifs, le dépistage et la reconnaissance diagnostique du TDAH semblent représentatifs du taux de prévalence observé chez la population ayant un TSA ainsi que de l'ampleur des symptômes rapportés par les parents. Par ailleurs, la prise en charge pour le traitement du TDAH sur le plan pharmacologique est facilement accessible, et ce, particulièrement au Québec où 6,4 % des enfants possèdent une médication pour le TDAH alors cette prévalence atteint que 2,4 % dans le reste du Canada. Plus spécifiquement, chez la population adolescente âgée entre 13 et 17 ans, la prévalence de l'usage de ces médicaments se situe à 14,5 % au Québec alors qu'elle est à 4,3 % dans le reste du Canada (INESSS, 2017). De plus, la médication spécifique au traitement du TDAH est celle la plus souvent prescrite aux enfants présentant un TSA (INESSS, 2014). En effet, parmi les jeunes de la présente étude ayant un diagnostic de

TDAH (60 %), tous possèdent un traitement pharmacologique pour réduire les symptômes de ce trouble. De plus, selon les données tirées de la fiche de renseignements personnels, deux adolescents (10 %) présenteraient des symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité importants et bénéficieraient d'une médication pour le TDAH sans reconnaissance formelle de ce trouble. Aussi, lorsqu'évaluées à l'aide d'une batterie de test standardisé (TEA-Ch), les capacités attentionnelles globales des adolescents rejoignent la moyenne. Considérant que 70 % des adolescents possèdent une médication psychostimulante ou non-psychostimulante pour pallier les symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité, il est possible de croire qu'il existe une adhérence et une efficacité face aux traitements pharmacologiques permettant de minimiser l'impact des symptômes du TDAH de ces jeunes. Nonobstant, cette étude met en évidence l'absence de services d'intervention spécialisés spécifiques au TDAH, et ce, malgré l'importance documentée d'une approche d'intervention multimodale basée sur la combinaison d'un traitement pharmacologique et d'une approche cognitive et comportementale, dont la thérapie d'approche cognitive-comportementale (TCC), la guidance parentale et l'entraînement des compétences sociales (Canadian ADHD Resource Alliance [CADDRA], 2018). En effet, l'attribution de services d'intervention complémentaires à la médication ne semble pas être une pratique commune dans le RSSS et le réseau de l'éducation. Pourtant, celle-ci est fortement recommandée et bénéfique au pronostic du TDAH (CADDRA, 2018).

3.5.3.2 Agressivité et comportements perturbateurs

Aucune reconnaissance diagnostique n'est établie face à l'agressivité et aux comportements perturbateurs que présentent certains jeunes de la présente étude. Cependant, des difficultés significatives au BASC-2 quant à la régulation comportementale et au contrôle de la colère sont relevées chez la majorité des jeunes (60 %). De plus, des symptômes significatifs typiquement liés aux troubles disruptifs,

du contrôle des impulsions et des conduites, dont le trouble d'opposition avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (APA, 2013), sont présents chez 30 % de ceux-ci. Ces données concordent avec celles de la littérature scientifique qui indique que près de 60 % des enfants ayant un TSA présenteraient des problèmes sur le plan du comportement et de la conduite (Gurney et al., 2006) et que 30 % de cette population aurait un trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites (Simonoff et al., 2008). Plus spécifiquement, 15 % des parents nomment l'agressivité comme étant une problématique importante chez leur adolescent et les données du BASC-2 permettent de constater que cette problématique atteint un niveau de sévérité significatif chez 20 % de ceux-ci. Les comportements agressifs que décrivent les parents comprennent les crises de colère, l'argumentation, la désobéissance et la menace envers autrui, soit des symptômes caractéristiques du TOP (APA, 2013), qui serait prévalent chez 16 % à 32 % des enfants ayant un TSA (Green et al., 2000; Mattila et al., 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; Sinzig et al., 2009; van Steensel et al., 2013). Par ailleurs, des comportements perturbateurs fortement associés au trouble des conduites (APA, 2013), affectant 0 % à 5 % des enfants ayant un TSA (Gjevick et al., 2011; Kim et al., 2000; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013), sont identifiés par 10 % des parents au BASC-2, bien qu'elles ne soient pas parmi les problématiques exposées dans la fiche de renseignements personnels. Ces comportements constituent la destruction de bien et la violation de règlements, dont la tricherie, le mensonge et le vol. Les présentes données exposent la difficulté importante que peuvent vivre les parents d'adolescents ayant un TSA et mettent en doute l'absence de reconnaissance clinique des problèmes comportementaux que décrivent les parents. Il existe un besoin d'outiller ces jeunes et leurs familles dans la gestion de comportements perturbateurs (Le Protecteur du Citoyen, 2012). Cependant, aucun jeune ne présente un diagnostic et seul un jeune bénéficie d'un service d'intervention spécialisé par le RSSS ou le réseau de l'éducation, soit un suivi en psychoéducation, pour réduire la présence de ces symptômes. Pour

deux adolescents, la nécessité d'intervention a mené les parents à assurer un suivi psychologique en milieu privé.

3.5.3.3 Tics

La présence de tics représente la plus importante problématique non diagnostiquée chez les adolescents de cette étude et est rapportée par 30 % des parents dans la fiche de renseignements personnels. Cependant, lorsque les parents sont guidés par le questionnaire YGTSS, la prévalence des tics documentés augmente à 85 %. Ainsi, la quasi-totalité des adolescents présenterait des tics. Globalement, les troubles de tics sont rares et atteignent que 0,3 % de la population générale (APA, 2013). Au Québec, cette prévalence se situe similairement à 0,5 % (CHU Sainte-Justine, 2010). Chez les enfants ayant un TSA, une prévalence variant entre 11 % et 41 % est observée (Gjevik et al., 2011; Joshi et al., 2010; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010). La présente étude confirme la présence accrue de tics chez les jeunes ayant un TSA en comparaison avec la population générale, atteignant même une prévalence plus élevée que celles identifiées chez les enfants ayant un TSA. Bien que la manifestation de tics soit documentée chez 85 % des adolescents de cette étude, un seul jeune présente un diagnostic de Syndrome de Gille de la Tourette. De plus, seul ce jeune reçoit un service thérapeutique, soit une médication, visant à diminuer la manifestation des tics. Aucun parent ne nomme l'attribution d'un service d'intervention spécialisé permettant d'améliorer le pronostic de leur jeune face aux tics. D'une part, il est inquiétant que la reconnaissance clinique des tics ne soit établie chez qu'un seul jeune alors que la presque totalité des adolescents présente des tics observables. D'autre part, lorsque le besoin d'intervention face aux tics a été constaté chez un participant, le choix thérapeutique a été exclusivement de nature pharmacologique. À cet effet, la pharmacothérapie serait une pratique courante dans l'intervention face aux tics (Leclerc et al., 2018; Woods, Conelea, & Himle, 2010). Pourtant, la médication n'est recommandée que pour le traitement de tics

causant des blessures, une détresse significative, des difficultés sociales persistantes ou une altération importante du fonctionnement global en vertu du risque d'effets secondaires considérables (Woods et al., 2010). Ainsi, la technique de renversement des habitudes est une TCC de premier choix dans le traitement des tics (Leclerc et al., 2018). Cette thérapie qui se base sur un entraînement par phases (prise de conscience, relaxation musculaire progressive, apprentissage d'une réponse comportementale antagoniste, gestion de contingences et généralisation des acquis) serait fortement recommandée, mais peu employée au sein du RSSS et du réseau de l'éducation (Leclerc et al., 2018).

3.5.4 Reconnaissance des besoins des adolescents ayant un TSA

La littérature scientifique confirme la prévalence élevée de problèmes en santé mentale chez les jeunes présentant un TSA (Gjevik et al., 2011; Leyfer et al., 2006; Mannion et al., 2013; Mattila et al., 2010; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013) et encourage l'intervention précoce face aux difficultés affectives et comportementales que ceux-ci peuvent vivre afin de les outiller et d'optimiser leur adaptation ainsi que leur intégration sociale (Bernstein, Bernat, Victor, & Layne, 2008; Durham, 2007; Le Protecteur du Citoyen, 2012; Rivard et al., 2011). Au Québec, l'absence de stratégies pour dépister précocement ces signes de difficulté ainsi que la variabilité dans l'offre des services de suivi en santé mentale représente un obstacle important face à l'accès à l'évaluation et à l'intervention (Le Protecteur du Citoyen, 2012; Noiseux, 2019). En effet, une proportion considérable des parents de cette étude relève la présence de difficultés affectives et comportementales chez leurs jeunes atteignant un niveau de sévérité pouvant mériter l'accès à des services thérapeutiques. Malgré cette réalité et à l'exception du dépistage des symptômes liés au TDAH, la reconnaissance clinique de ces difficultés par l'attribution d'un diagnostic n'est vraie que chez une faible minorité de ces adolescents. L'accès à l'intervention étant typiquement approuvé qu'à la pose officielle d'un diagnostic, le manque

d'efficience dans le dépistage et l'évaluation retarde l'éligibilité à des services pouvant influencer la trajectoire développementale de ces jeunes (MSSS, 2012).

Par ailleurs, des lacunes existent face à l'attribution des services thérapeutiques. Tel que reflété par les données de cette étude, les services en santé mentale au Québec se limitent souvent à la consultation médicale et à la prescription de traitements pharmacologiques, et ce, malgré les bénéfices reconnus des services d'intervention psychologique (Le Protecteur du Citoyen, 2012; Leclerc et al., 2018). En fait, une revue systématique de la littérature scientifique révèle qu'il existe peu de preuves empiriques pour supporter l'utilisation d'interventions médicales pour alléger les symptômes diagnostiques et concomitants au TSA (Masi et al., 2017). Les données scientifiques indiquent une réduction significative du nombre et de la sévérité des symptômes anxieux et dépressifs, des comportements problématiques et des crises de colère ainsi qu'une amélioration des habiletés sociales chez les jeunes ayant un TSA qui bénéficient d'un suivi psychologique basé sur la TCC (CADDRA, 2018; INESSS, 2014; Leclerc et al., 2018; McGillivray & Evert, 2014; Rivard, Paquet, & Mainville, 2011; Ung, Selles, Small, & Storch, 2014). Des résultats semblables sont également obtenus lorsque les interventions sont effectuées par les parents d'enfants présentant un TSA ayant suivi une formation sur la TCC (INESSS, 2014). En principe, les services d'intervention psychologiques, tels que la TCC, seraient disponibles à la population, ont une efficacité démontrée par rapport ou en complément à la pharmacothérapie et sont largement recommandés pour le traitement de nombreuses difficultés affectives et comportementales et peuvent même permettre d'outiller les parents dans la gestion des symptômes de leurs jeunes (INESSS, 2014; Leclerc et al., 2018). Pourtant, un seul adolescent bénéficie d'un suivi psychologique par le RSSS ou le réseau de l'éducation, alors que 75 % des jeunes de l'étude possèdent un traitement pharmacologique. Cette incohérence entre les preuves empiriques et la pratique clinique implique l'existence d'obstacles importants entravant la propagation de pratiques thérapeutiques recommandées. Parmi ces obstacles, le manque d'information à la population, le

manque de formation des professionnels et la réticence à adopter des pratiques basées sur des preuves qui nécessiterait une modification des pratiques courantes sont souvent relevés (Barlow et al., 2013; Lilienfeld et al., 2013; McHugh & Barlow, 2010).

Enfin, cette étude permet de constater la carence de services d'intervention spécialisés au sein du RSSS et du réseau de l'éducation visant à réduire la présence de symptômes affectifs et comportementaux. En fait, l'orthopédagogie et l'éducation spécialisée représentent les services principalement offerts par ces réseaux, où 30 % des adolescents sont appuyés sur le plan de leurs apprentissages et où 25 % bénéficient d'une aide pour améliorer leur intégration sociale. Les services permettant de cibler les symptômes affectifs et comportementaux, soit la psychologie et la psychoéducation, sont conjointement offerts qu'à deux jeunes de la présente étude par le réseau public. Ainsi, l'offre de services pour pallier des difficultés d'ordre affectif et comportemental est nettement inférieure aux besoins exposés par ces jeunes et mène 40 % de ceux-ci à obtenir des services en milieu privé. Cette réalité est appuyée par les statistiques de Noiseux (2019) qui confirme que 44 % de la population québécoise âgée de 10 à 17 ans ne bénéficient d'aucun service en santé mentale. En somme, des enjeux importants sont objectivés dans l'offre des services publics au Québec, où la reconnaissance de l'étendue des problématiques que présentent les adolescents ayant un TSA est lacunaire et où la difficulté d'accès à des services thérapeutiques diversifiés en santé mentale entraîne leurs parents à assumer l'attribution de tels services à leurs jeunes par l'entremise du réseau privé.

Cette étude est exploratoire et comporte ainsi un nombre limité de participants. Bien que les résultats ne peuvent être généralisables, ceux-ci contribuent à exposer le vécu psychologique d'adolescents présentant un TSA ainsi que leur expérience quant à l'accès aux services en santé mentale au Québec. Des divergences perceptuelles existent entre l'enfant, son parent et son enseignant ou son intervenant lorsque ceux-ci rapportent la présence et la sévérité de symptômes chez un même jeune. Notamment,

les enfants ayant un TSA tendent à sous-rapporter la présence et la sévérité de symptômes cliniques (Cartwright-Hatton et al., 2006; Mazefsky et al., 2011; Taylor et al., 2018). Ainsi, similairement à plusieurs autres études scientifiques (Bradley et al., 2004; Gurney et al., 2006; Lee & Ousley, 2006; Mannion et al., 2013; Pearson et al., 2006; Pfeiffer et al., 2005; Sinzig et al., 2009; Sukhodolsky et al., 2007; Thede & Coolidge, 2007), les données de la présente étude face au dépistage de symptômes cliniques reposent exclusivement sur la perception des parents de ces jeunes. Certaines études ont corroboré la perception parentale avec celle des adolescents ou des intervenants de l'enfant dans un tel dépistage (Bellini, 2004; Goldstein & Schwebach, 2004; Kanne et al., 2009; Kuusikko et al., 2008; White & Roberson-Nay, 2009), ce qui n'a pas été le cas pour la présente étude. Il importe ainsi de considérer l'écart pouvant être observé entre la perception du parent et celle du jeune ou des intervenants œuvrant auprès du jeune. De futures recherches comprenant un échantillon de participants plus large et recueillant des informations de nombreuses sources, telles que le jeune lui-même, son parent et son enseignant ou son intervenant, ainsi que l'utilisation de divers outils d'évaluation, dont des questionnaires, des tests standardisés, des entrevues et des observations directes, seraient à envisager. Ceci permettrait une meilleure identification et une meilleure généralisation des symptômes psychologiques chez les adolescents ayant un TSA (Cartwright-Hatton et al., 2006; Mazefsky et al., 2011; Mazzone et al., 2012; Rivard et al., 2011).

3.6 Conclusion

En lien avec la littérature scientifique (Gjevik et al., 2011; Gurney et al., 2006; Simonoff et al., 2008), la présente étude démontre que les adolescents ayant un TSA présentent un nombre important de symptômes cliniques pouvant découler d'une variété de troubles concomitants. Bien qu'une facilité d'accès est établit quant à la pharmacothérapie (INESSS, 2014, 2017; Leclerc et al., 2018; Woods et al., 2010), les TCC méritent de faire partie des services thérapeutiques typiquement offerts à la

population de jeunes présentant un TSA, particulièrement pour ceux ayant un niveau de sévérité léger (CADDRA, 2018; INESSS, 2014; Leclerc et al., 2018; McGillivray & Evert, 2014; Rivard et al., 2011; Ung et al., 2014). En effet, lorsque les capacités du jeune le permettent, la réduction de symptômes psychologiques devrait comprendre la mise en place de stratégies cognitives et comportementales aidant les adolescents, ainsi que leurs parents, à développer un certain niveau d'autonomie et de maîtrise sur la gestion des symptômes (Bernstein et al., 2008). Par ailleurs, comparativement à la pharmacothérapie dont l'effet thérapeutique est maintenu que pendant la durée d'action de la médication, les TCC ont un effet durable grâce à l'acquisition de techniques permettant d'outiller le jeune à long terme (Durham, 2007; Katzman, 2009). En vertu de l'efficacité des TCC et de leur potentiel de durabilité dans la réduction de symptômes psychologiques, une surveillance et un dépistage systématique auprès de cette population sont recommandés afin d'assurer une reconnaissance de leurs besoins et d'intervenir précocement (Bernstein et al., 2008; Durham, 2007; Le Protecteur du Citoyen, 2012; Rivard et al., 2011).

3.7 Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-Based Psychological Treatments : An Update and a Way Forward. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 1–27.
- Béland, K., & Goupil, G. (2005). Pratiques et Perceptions des Psychologues Scolaires Face à l'Évaluation des Élèves en Difficulté d'Apprentissage au Québec. *Canadian Journal of School Psychology, 20*(1/2), 44–61.
- Bellini, S. (2004). Social Skill Deficits and Anxiety in High-Functioning Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 19*(2), 78–86.
- Bernstein, G. A., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Layne, A. E. (2008). School-Based Interventions for Anxious Children: 3-, 6-, and 12-Month Follow-ups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(9), 1039–1047.
- Bradley, E. A., Summers, J. A., Wood, H. L., & Bryson, S. E. (2004). Comparing Rates of Psychiatric and Behavior Disorders in Adolescents and Young Adults with Severe Intellectual Disability with and without Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*(2), 151–161.
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2018). *Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition*. https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 817–833.
- Chawarska, K., Klin, A., Paul, R., & Volkmar, F. (2007). Autism spectrum disorder in the second year : stability and change in syndrome expression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(2), 128–138.

- CHU Sainte-Justine. (2010). *Syndrome Gilles de la Tourette: Dépliant destiné aux parents pour mieux comprendre et vivre avec un enfant atteint du syndrome*. https://www.chusj.org/getmedia/2685f563-32d3-426b-bce9-a781619bdb10/depliant_F-861_syndrome-Gilles-de-la-Tourette-mieux-comprendre_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
- Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec. (2012). *Les troubles du spectre de l'autisme: Lignes directrices*. <https://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/Lignes-autisme-2012.pdf>
- Comité consultatif des services aux élèves à besoins particuliers. (2018). *Guide pratique pour les parents d'élèves à besoins particuliers de la CSDM*. https://csdm.ca/wp-content/blogs.dir/6/files/GUIDE_CCSEHDAA_WEB.pdf
- Community-University Partnership for the Study of Children Youth and Families. (2011). *Review of the Behavior Assessment System for Children - Second Edition (BASC-2)*. <https://www.ualberta.ca/community-university-partnership/media-library/community-university-partnership/resources/tools---assessment/basc-2jan-2012.pdf>
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 20(3), 775–803.
- De Giacomo, A., & Fombonne, E. (1998). Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3), 131–136.
- Durham, R. C. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183–187.
- Fombonne, E., Zakarian, R., Bennett, A., Meng, L., & McLean-Heywood, D. (2006). Pervasive Developmental Disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and Links with Immunizations. *Pediatrics*, 118(1), e139–e150.
- Fountain, C., Winter, A. S., & Bearman, P. S. (2012). Six Developmental Trajectories Characterize Children With Autism. *Pediatrics*, 129(5), e1112–e1120.
- Ghaziuddin, M. (2002). Asperger Syndrome: Associated Psychiatric and Medical Conditions. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(3), 138–

144.

- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T., & Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(6), 761–769.
- Goldstein, S., & Schwebach, A. (2004). The Comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results of a Retrospective Chart Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(3), 329–339.
- Granpeesheh, D., Dixon, D. R., Tarbox, J., Kaplan, A. M., & Wilke, A. E. (2009). The effects of age and treatment intensity on behavioral intervention outcomes for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 1014–1022.
- Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and Psychiatric Functioning in Adolescents with Asperger Syndrome Compared with Conduct Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 279–293.
- Gurney, J. G., McPheeters, M. L., & Davis, M. M. (2006). Parental Report of Health Conditions and Health Care Use Among Children With and Without Autism: National Survey of Children's Health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 825–830.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_InterventionsReadap_TraitementPharmaco_EnfantsAut.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *État des pratiques : Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_TDAH_IMS.pdf

- Jancarik, A.-S. (2010). *Recherche documentaire sur les taux de prévalence et le processus d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (TSA)*. https://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Recherche/2010-10_Pre%CC%81valence%20et%20e%CC%81valuations%20TSA.pdf
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., ... Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(11), 1361–1370.
- Kanne, S. M., Abbacchi, A. M., & Constantino, J. N. (2009). Multi-informant Ratings of Psychiatric Symptom Severity in Children with Autism Spectrum Disorders: The Importance of Environmental Context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(6), 856–864.
- Katzman, M. A. (2009). Current Considerations in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *CNS Drugs*, 23(2), 103–120.
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The Prevalence of Anxiety and Mood Problems among Children with Autism and Asperger Syndrome. *Autism*, 4(2), 117–132.
- Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M. L., Ebeling, H., ... Moilanen, I. (2008). Social Anxiety in High-Functioning Children and Adolescents with Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1697–1709.
- Lazoff, T., Zhong, L., Piperni, T., & Fombonne, E. (2010). Prevalence of Pervasive Developmental Disorders among Children at the English Montreal School Board. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(11), 715–720.
- Le Protecteur du Citoyen. (2012). *Les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : De l'engagement gouvernemental à la réalité*. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2012-05-23_rapport_ted_2.pdf

- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J., & 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.
- Leclerc, J. B., Pabst, A., Valois, P., Bombardier, M., Berthiaume, C., & 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.
- Lee, D. O., & Ousley, O. Y. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in a Clinic Sample of Children and Adolescents with Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 16*(6), 737–746.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... Lainhart, J. E. (2006). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 36*(7), 849–861.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 883–900.
- Lussier, F., Chevrier, E., & Gascon, L. (2017). *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent : Troubles développementaux et de l'apprentissage* (3e éd.). Dunod.
- Manly, T., Anderson, V., Nimmo-Smith, I., Turner, A., Watson, P., & Robertson, I. H. (2001). The Differential Assessment of Children's Attention: The Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch), Normative Sample and ADHD Performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42*(8), 1065–1081.
- Mannion, A., Leader, G., & Healy, O. (2013). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(1), 35–42.
- Masi, A., DeMayo, M. M., Glozier, N., & Guastella, A. J. (2017). An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. *Neuroscience Bulletin, 33*(2), 183–193.

- Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., ... Moilanen, I. (2010). Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/High-Functioning Autism: A Community- and Clinic-based Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1080–1093.
- Mazefsky, C. A., Kao, J., & Oswald, D. P. (2011). Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 164–174.
- Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, 11(16), 1–13.
- McGillivray, J. A., & Evert, H. T. (2014). Group Cognitive Behavioural Therapy Program Shows Potential in Reducing Symptoms of Depression and Stress Among Young People with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2041–2051.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Treatments: A Review of Current Efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73–84.
- McKinsey & Compagnie. (2014). *Une stratégie ambitieuse pour aider les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience intellectuelle*. <https://www.miriamfoundation.ca/DATA/TEXTEDOC/141020-LATEST-PDF-McKinsey-rollout-FRENCH-Final.pdf>
- Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA)*. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/19-7065.pdf
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Un geste porteur d'avenir: Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-820-01.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches: Bilan 2008-2011 et perspectives*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-724-01F.pdf>
- Mukaddes, N. M., & Fateh, R. (2010). High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *11*(2), 486–492.
- Mukaddes, N. M., Hergüner, S., & Tanidir, C. (2010). Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: Similarities and differences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *11*(8), 964–971.
- Noiseux, M. (2019). *Trouble du spectre de l'autisme et autres handicaps : Portfolio thématique*. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, équipe Surveillance. <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portfolio.fr.html>
- Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lachar, D., Lane, D. M., Reddoch, S. L., Mansour, R., & Cleveland, L. A. (2006). A comparison of behavioral and emotional functioning in children and adolescents with Autistic Disorder and PDD-NOS. *Child Neuropsychology*, *12*(4–5), 321–333.
- Pfeiffer, B., Kinnealey, M., Reed, C., & Herzberg, G. (2005). Sensory Modulation and Affective Disorders in Children and Adolescents with Asperger's Disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*, *59*(3), 335–345.
- Poirier, A., & Goupil, G. (2008). Processus diagnostique des personnes présentant un trouble envahissant du développement au Québec: expérience des parents. *Journal on Developmental Disabilities*, *14*(3), 19–28.
- Poirier, N., Abouzeid, N., Taieb-Lachance, C., & Smith, E. L. (2017). Le programme de formation et les stratégies éducatives déclarées offerts aux adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme qui fréquentent une classe spécialisée. *Canadian Journal of Education*, *40*(4), 457–485.
- Reynolds, C. R. (2009). Behavior Assessment System for Children. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1–2.

- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2009). *Behavior assessment system for children* (2e éd.). Pearson Assessments.
- Rivard, M., Paquet, A., & Mainville, J. (2011). Thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(3), 97–102.
- Saracino, J., Noseworthy, J., Steiman, M., Reisinger, L., & Fombonne, E. (2010). Diagnostic and Assessment Issues in Autism Surveillance and Prevalence. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 317–330.
- Schall, C. M., & McDonough, J. T. (2010). Autism spectrum disorders in adolescence and early adulthood: Characteristics and issues. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(2), 81–88.
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(4), 234–247.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & 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 and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.
- Sinzig, J., Walter, D., & Doepfner, M. (2009). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Symptom or Syndrome? *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 117–126.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Sajid, M., Allen, P., Roberti, J. W., & Goodman, W. K. (2005). Reliability and Validity of the Yale Global Tic Severity Scale. *Psychological Assessment*, 17(4), 486–491.
- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., ... Vitiello, B. (2007). Parent-Rated Anxiety Symptoms in Children with Pervasive Developmental Disorders: Frequency and Association with Core Autism Symptoms and Cognitive Functioning. *Journal of Abnormal Child*

Psychology, 36(1), 117–128.

- Taylor, J. M., Volker, M. A., Rispoli, K. M., Rodgers, J. D., Thomeer, M. L., Lopata, C., ... Smerbeck, A. (2018). Depression, Anxiety, and Hyperactivity in Youth with HFASD: A Replication and Extension of Symptom Level Differences in Self-Report Versus Parent Report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–15.
- Thede, L. L., & Coolidge, F. L. (2007). Psychological and Neurobehavioral Comparisons of Children with Asperger's Disorder Versus High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 847–854.
- Ung, D., Selles, R., Small, B. J., & Storch, E. A. (2014). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(4), 533–547.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & de Bruin, E. I. (2013). Psychiatric Comorbidity in Children with Autism Spectrum Disorders: A Comparison with Children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 368–376.
- Wechsler, D. (2016). *WISC-V: Manuel technique et d'interprétation*. Pearson.
- White, S. W., & Roberson-Nay, R. (2009). Anxiety, Social Deficits, and Loneliness in Youth with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1006–1013.
- Witwer, A. N., & Lecavalier, L. (2010). Validity of Comorbid Psychiatric Disorders in Youngsters with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 367–380.
- Woods, D. W., Conelea, C. A., & Himle, M. B. (2010). Behavior Therapy for Tourette's Disorder: Utilization in a Community Sample and an Emerging Area of Practice for Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 518–525.
- Zachor, D. A., Ben-Itzhak, E., & Rabinovich, A. (2007). Change in autism core symptoms with intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(4), 304–317.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

4.1 Synthèse des principaux résultats de la thèse

Cette thèse, qui s'inscrit dans un projet de recherche plus vaste, contribue à identifier les troubles psychologiques concomitants au TSA chez l'enfant ainsi que les prévalences qui y sont associées. De plus, cet ouvrage explore la présence de difficultés affectives et comportementales chez des adolescents ayant un TSA et permet la reconnaissance de leurs besoins psychologiques par l'identification des services d'évaluation et d'intervention qui leur sont octroyés.

4.1.1 Recension de la littérature scientifique portant sur la prévalence des troubles psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme à l'enfance

Par l'entremise d'une recension systématique de la littérature scientifique, cette thèse met en évidence la présence importante de troubles affectifs et comportementaux chez les jeunes ayant un TSA. En fait, les résultats de la recension confirment des prévalences élevées du trouble anxieux, du TDAH et du TOP, atteignant la moitié et même jusqu'à la majorité de la population d'enfants et d'adolescents présentant un TSA (Joshi et al., 2010; Lee & Ousley, 2006; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Witwer & Lecavalier, 2010). À une prévalence moins élevée, les troubles de tics ont également été identifiés chez cette population, pouvant affecter près de la moitié des enfants et des adolescents ayant un TSA (Joshi et al., 2010). Bien que la

prévalence du trouble dépressif et du trouble des conduites ait été explorée, la recension conclut que ces problématiques sont moins fréquemment associées au TSA (Gjevik et al., 2011; Kim et al., 2000; Mattila et al., 2010; Mazefsky et al., 2011; Mukaddes & Fateh, 2010; Mukaddes et al., 2010; Simonoff et al., 2008; van Steensel et al., 2013).

4.1.2 Étude scientifique portant sur le profil psychologique des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme et la reconnaissance de leurs besoins

Par la réalisation d'une étude consistant en l'administration d'une fiche de renseignements personnels et de tests et de questionnaires psychologiques standardisés, cette thèse identifie la présence importante de difficultés affectives et comportementales chez vingt adolescents ayant un TSA. En fait, la présence de tics est rapportée chez la majorité des adolescents. De plus, des symptômes significatifs d'anxiété, de dépression ainsi que d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité sont relevés chez environ la moitié de ceux-ci. L'agressivité et la présence de comportements perturbateurs associés au TOP et au trouble des conduites sont également identifiés chez le tiers des jeunes de l'étude. Parmi les diagnostics que possèdent les adolescents, 60 % ont un TDAH, 10 % présentent un trouble anxieux, 5 % ont un TOC et 5 % présentent un SGT. Sur le plan des services thérapeutiques offerts pour apaiser la présence de symptômes anxieux ou dépressifs, 25 % des adolescents profitent d'une pharmacothérapie et 15 % ont un suivi en psychologie, malgré le fait que seul un de ces jeunes bénéficie d'un tel service par le réseau public. Concernant le TDAH, 70 % des adolescents possèdent un traitement pharmacologique, mais l'absence de services d'intervention spécialisés spécifiques au TDAH, telle que la TCC, est relevée. Aussi, aucun jeune ne présente un diagnostic lié à l'agressivité ou aux comportements perturbateurs identifiés et seul un adolescent bénéficie d'un service thérapeutique par le système public, soit un suivi en psychoéducation, pour réduire la présence de ces symptômes. Pour deux adolescents, la nécessité d'intervention a mené les parents à assurer un suivi psychologique en milieu privé. Finalement, bien que la

présence de tics soit une problématique répandue chez ces jeunes, un seul participant profite d'un service thérapeutique, soit une médication en l'absence d'une intervention cognitivo-comportementale, et ce, malgré que cette dernière soit le traitement de premier choix dans l'intervention des tics (Leclerc et al., 2018).

Ces données exposent une incongruence entre le niveau de difficultés rapportées et la reconnaissance de celles-ci par la pose de diagnostics et par l'offre de services thérapeutiques. À l'exception du TDAH, où le dépistage clinique des symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité ainsi que l'administration d'une médication spécifique au TDAH sont des pratiques courantes, la reconnaissance clinique des autres problématiques affectives et comportementales semble lacunaire. En effet, seule une minorité des adolescents dispose d'un diagnostic pour expliquer leurs difficultés. De plus, rares sont ceux qui bénéficient d'un service thérapeutique, et ce, malgré la présence de symptômes cliniques significatifs. Cette étude révèle également que, parmi les adolescents qui reçoivent un traitement, celui-ci représente souvent une forme de traitement pharmacologique. Les services d'intervention spécialisés permettant de cibler les symptômes affectifs et comportementaux, soit la psychologie et la psychoéducation, sont conjointement offerts qu'à 10 % des jeunes de la présente étude par le réseau public, alors que 75 % des adolescents possèdent un traitement pharmacologique. Ainsi, l'offre de services d'intervention pour pallier les difficultés d'ordre affectif et comportemental, dont l'accès à la TCC, est nettement inférieure aux besoins exposés par ces jeunes et mène 40 % de ceux-ci à obtenir des services en milieu privé. En somme, une surveillance et un dépistage systématique auprès de cette population sont recommandés afin d'assurer la reconnaissance des besoins de ces jeunes et de leur fournir l'intervention dont ils ont besoin. De plus, une amélioration dans l'attribution et dans la disponibilité des services thérapeutiques est nécessaire dans l'optique de réduire les incohérences entre les preuves empiriques et la pratique clinique. En effet, un recours trop habituel à la consultation médicale et à la prescription de traitements pharmacologiques limite l'exploration et la mise en place de services

d'intervention psychologique, dont la TCC, et ce, malgré les bénéfices reconnus d'une telle thérapie.

4.2 Constats concernant la reconnaissance clinique de difficultés psychologiques chez les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme

En 2012, un guide a été publié par le CMQ et l'OPQ dans lequel des lignes directrices ont été émises concernant le processus d'évaluation clinique du TSA. Ce guide précise l'importance de la surveillance du développement lors de la petite enfance et propose la mise en place de démarches systématiques permettant aux médecins et aux psychologues d'uniformiser leur pratique dans l'évaluation clinique menant au diagnostic du TSA (CMQ & OPQ, 2012). Lors de la petite enfance, les symptômes diagnostiques du TSA sont envahissants et peuvent significativement nuire à son adaptation fonctionnelle et sociale (Schall & McDonough, 2010; Seltzer et al., 2004). L'amélioration de la trajectoire développementale de l'enfant ayant un TSA dépend grandement de la rapidité d'accès à l'évaluation précoce (CMQ & OPQ, 2012; Dawson, 2008; Granpeesheh, Dixon, Tarbox, Kaplan, & Wilke, 2009; INESSS, 2014; Jancarik, 2010; Zachor, Ben-itzhak, & Rabinovich, 2007), soit celle effectuée entre l'âge de 18 et 24 mois (Chawarska, Klin, Paul, & Volkmar, 2007; CMQ & OPQ, 2012; De Giacomo & Fombonne, 1998), puisqu'elle permet l'accès à divers services publics, tel que l'intervention précoce, les subventions pour l'intégration en service de garde et le soutien financier sous forme d'allocations ou de déductions fiscales (Poirier & Goupil, 2008). Les lignes directrices qu'offrent le CMQ et l'OPQ contribuent à uniformiser le processus de dépistage du TSA chez les enfants en bas âge et ainsi à optimiser l'identification précoce de leurs besoins (CMQ & OPQ, 2012).

Grâce à l'intervention précoce, la majorité des jeunes ayant un TSA montrent des améliorations constantes depuis l'enfance et compensent plus efficacement leurs difficultés avec l'âge (Schall & McDonough, 2010; Seltzer et al., 2004). Par conséquent,

malgré des fragilités résiduelles provenant du trouble, la trajectoire développementale de l'enfant ayant un TSA est souvent marquée par une amélioration de la communication et des capacités interactionnelles ainsi que par une diminution des comportements, d'activités ou d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés (Matson & Horovitz, 2010; McGovern & Sigman, 2005; Schall & McDonough, 2010; Seltzer et al., 2004). Bien que des améliorations menant à un meilleur fonctionnement global puissent survenir, l'évolution du profil psychologique des jeunes ayant un TSA se caractérise par l'apparition de symptômes affectifs ou comportementaux nécessitant des interventions qui se distinguent de celles typiquement offertes pour le TSA (Bradley et al., 2004; Gurney et al., 2006; Levy & Perry, 2011). Par ailleurs, le DSM-5 valide la reconnaissance de troubles psychologiques concomitants au TSA et ainsi méritant un diagnostic distinct de celui-ci (APA, 2013; Lopata & Thomeer, 2014; McPartland & Dawson, 2014). Pourtant, aucun cadre référentiel n'existe face à l'évaluation ultérieure de cette population afin d'optimiser le suivi des difficultés psychologiques que peuvent vivre les jeunes présentant un TSA. En fait, une absence de stratégie au Québec pour dépister précocement ces signes de difficulté chez les enfants du primaire est relevée. Ceci entrave l'accès à des services d'intervention pouvant favoriser le fonctionnement optimal des jeunes et accroît le risque quant au développement de troubles affectifs et comportementaux à l'adolescence (Le Protecteur du Citoyen, 2012). Dans le but d'améliorer l'identification précoce de problématiques psychologiques, l'implantation d'une procédure de surveillance au sein du RSSS ou du réseau scolaire mérite d'être considérée.

4.3 Constats concernant le type de services thérapeutiques typiquement offerts aux jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme

Peu de preuves empiriques existent pour supporter l'utilisation d'interventions médicales dans l'allègement des symptômes diagnostiques et concomitants au TSA (Masi et al., 2017). Bien que la pharmacothérapie soit efficace dans la réduction de

symptômes affectifs et comportementaux, celle-ci pose un risque de santé supérieur à la psychothérapie, tel que des risques d'effets secondaires, de dépendance physique et de sevrage (Durham, 2007; Gould, Otto, Pollack, & Yap, 1997; Mitte, 2005; Woods et al., 2010). Pourtant, les services en santé mentale au Québec se limitent souvent à la consultation médicale et à la prescription de traitements pharmacologiques, et ce, malgré les bénéfices reconnus des services d'intervention psychologique (Le Protecteur du Citoyen, 2012; Leclerc et al., 2018). En effet, la TCC est un traitement efficace pour la réduction de symptômes anxieux et dépressifs et des comportements problématiques, qui peut d'ailleurs être aisément adaptée pour répondre aux besoins des enfants et des adolescents ayant un TSA (CADDRA, 2018; Hofmann & Smits, 2008; INESSS, 2014; Jordan, Reid, Mariaskin, Augusto, & Sulkowski, 2012; Leclerc et al., 2018; McGillivray & Evert, 2014; O'Leary, Barrett, & Fjermestad, 2009; Rivard et al., 2011; Storch et al., 2013; Ung et al., 2014). Des résultats semblables sont également obtenus lorsque les interventions sont effectuées par les parents d'enfants présentant un TSA ayant suivi une formation sur la TCC (Barrett, Farrell, Dadds, & Boulter, 2005; Barrett, Healy-Farrell, & March, 2004; INESSS, 2014; Jordan et al., 2012; O'Leary et al., 2009). De plus, contrairement aux traitements pharmacologiques, la TCC s'avère efficace pour la gestion à long terme des symptômes affectifs et comportementaux. Plusieurs études scientifiques ont constaté une durabilité des gains de la TCC pendant les 6 à 36 mois qui ont suivi le traitement (Barrett et al., 2005; Barrett, Duffy, Dadds, Gravatt, & Rapee, 2001; Bernstein et al., 2008; Durham, 2007; Shalev et al., 2009). Cette durabilité a également été démontrée plusieurs années post-traitement, avec une rétention des gains acquis dans les 3 à 7 ans suivant l'intervention (Barrett et al., 2001; King et al., 2001; O'Leary, Barrett, & Fjermestad, 2009). La TCC a ainsi le bénéfice d'accroître l'autonomie de l'enfant et d'outiller le parent, ce qui diminue le risque de rechute (Bernstein et al., 2008; Durham, 2007). En vertu de l'importance d'appliquer des pratiques thérapeutiques basées sur des preuves empiriques (Barlow et al., 2013; Lilienfeld et al., 2013; McHugh & Barlow, 2010), une

amélioration quant à la sélection et à la disponibilité de ce type de traitement dans le RSSS et le réseau de l'éducation est fortement recommandée.

4.4 Constats concernant l'offre de services spécialisés chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire ayant un trouble du spectre de l'autisme

Au préscolaire, l'émetteur principal des services spécialisés est le MSSS via le RSSS (MSSS, 2003, 2012). À l'âge scolaire, les EHDAА bénéficient de services par le MEES via le réseau de l'éducation. Bien qu'une complémentarité des services existe via le RSSS, les enfants du primaire et du secondaire dépendent principalement des services que peuvent offrir leur école (CCSEHDAА, 2018; MELS, 2007). Avec la collaboration du personnel enseignant, un processus d'évaluation des besoins de l'élève en difficulté est effectué par un professionnel scolaire (p.ex., psychologues, orthophonistes et psychoéducateurs), ce qui mène à l'implantation de mesures nécessaires aux progrès de celui-ci. Ainsi, l'offre de services spécialisés est typiquement accessible qu'après l'identification des besoins de l'enfant par un professionnel scolaire (MELS, 2007). Bien que l'offre de services en santé mentale suite à l'identification clinique de difficultés psychologiques est une procédure pertinente et essentielle, celle-ci semble insuffisante en vertu de l'ampleur des demandes d'évaluation psychologique (Béland & Goupil, 2005; FQATED, 2009; Fombonne et al., 2006; Lazoff et al., 2010; McKinsey & Compagnie, 2014; MSSS, 2012; Saracino et al., 2010). En fait, une pénurie de professionnels en milieu scolaire limite l'accès aux services spécialisés (FQATED, 2009). Au Québec, il existe en moyenne qu'un seul professionnel pour quinze élèves HDAA (McKinsey & Compagnie, 2014). De ce fait, afin de répondre à la demande importante de consultations, les professionnels doivent souvent restreindre leurs activités à l'évaluation (FQATED, 2009). Par exemple, parmi les psychologues scolaires œuvrant auprès des élèves HDAA, l'évaluation constitue 72 % de leurs activités professionnelles (Béland & Goupil, 2005). Ceci implique qu'une difficulté d'accès à l'évaluation existe au sein du réseau scolaire et que, suite à l'identification

des besoins de l'élève, les professionnels ne sont pas en mesure d'assurer un suivi individualisé des interventions recommandées à l'élève (FQATED, 2009).

4.5 En route vers les solutions : Construire sur les bases existantes

La présente thèse expose plusieurs enjeux liés à l'offre de services d'évaluation et d'intervention par le réseau public. La section qui suit présente les avantages du programme d'intervention actuel et propose des pistes de solutions pouvant être construites sur les bases existantes du programme.

4.5.1 Avantages associés à l'intervention en milieu scolaire

L'intervention ciblée auprès d'enfants et d'adolescents présentant des symptômes affectifs et comportementaux observables assure l'extinction ou la réduction de difficultés existantes pouvant perturber le fonctionnement global de ceux-ci. Pour ces raisons, des services d'intervention individualisés sont, en théorie, disponibles dans les écoles primaires et secondaires (MELS, 2007; MSSS, 2003). Comparativement aux services d'intervention communautaires (p.ex., en CRDITSA et en CLSC), une amélioration de la participation et un meilleur maintien du service thérapeutique sont constatés lorsque les traitements en santé mentale sont offerts en milieu scolaire (Mychailyszyn, Brodman, Read, & Kendall, 2012; Storch & Crisp, 2004). D'une part, l'intervention dans les écoles offre un cadre écologique permettant de réduire le stigma associé aux traitements en santé mentale. D'autre part, la présence quotidienne de l'élève en milieu scolaire limite l'émergence d'obstacles pouvant typiquement survenir en milieu communautaire, dont des difficultés d'accès à l'enfant en vertu d'un manque de disponibilité des parents (Mychailyszyn et al., 2012; Storch & Crisp, 2004).

L'intervention auprès des jeunes en difficulté implique également d'agir précocement afin de minimiser l'émergence de vulnérabilités psychologiques et ainsi prévenir le développement de problématiques affectives et comportementales chez ces jeunes (Le

Protecteur du Citoyen, 2012). En fait, la présence quotidienne de l'élève dans un même milieu parmi les mêmes intervenants (p.ex., enseignants, éducateurs spécialisés, psychoéducateurs, psychologues) pouvant recueillir un éventail d'informations pertinentes sur le jeune rend l'école l'endroit le plus propice pour surveiller et dépister des signes précoces de difficultés (Ginsburg, Becker, Kingery, & Nichols, 2008; Mcloone, Hudson, & Rapee, 2016; Mychailyszyn et al., 2012; Storch & Crisp, 2004).

4.5.2 Remaniement du programme d'intervention scolaire actuel

Afin d'améliorer la reconnaissance clinique de difficultés psychologiques et la réponse ponctuelle aux besoins d'intervention, le développement d'un programme d'intervention universel au sein du réseau scolaire mérite d'être considéré (Barrett, Farrell, Ollendick, & Dadds, 2006; Christner et al., 2007; Mychailyszyn, Brodman, Read, & Kendall, 2012). L'application d'un tel programme, soit un programme d'intervention préventif sollicitant la participation de l'ensemble des élèves d'une école et visant le développement de certaines compétences de base pouvant produire un effet protecteur sur la santé mentale des jeunes est une avenue fructueuse pour le RSSS et le réseau de l'éducation où un manque d'efficience dans l'offre des services d'évaluation et d'intervention est observé (Béland & Goupil, 2005; FQATED, 2009; Fombonne et al., 2006; Lazoff et al., 2010; McKinsey & Compagnie, 2014; MSSS, 2012; Saracino et al., 2010). Parmi les compétences de base pouvant protéger la condition psychologique des élèves, la littérature scientifique révèle que le développement d'habiletés associées à la résolution de problèmes et à la compétence émotionnelle affecte positivement le comportement de l'élève et promeut sa réussite scolaire (Christner et al., 2007; Kelly, Longbottom, Potts, & Williamson, 2004). Ainsi, plusieurs programmes universels visent l'enrichissement des habiletés sociales et des capacités organisationnelles ainsi que l'enseignement de stratégies pour la prise de décision responsable (Christner et al., 2007; Collaborative for Academic Social and Emotional Learning [CASEL], 2003).

Par ailleurs, la réalisation d'un programme universel dépend grandement de la participation des intervenants scolaires, notamment le personnel enseignant et les professionnels scolaires. Par conséquent, il importe de considérer le développement de techniques universelles qui sont convergentes avec les stratégies d'intervention déjà appliquées par ces intervenants (Christner et al., 2007). Outre l'efficacité prouvée des programmes d'intervention d'approche cognitivo-comportementale, plusieurs études scientifiques promeuvent la compatibilité de ceux-ci en lien avec les services éducatifs déjà implantés dans les écoles (Bernstein et al., 2008; Bernstein, Layne, Egan, & Tennison, 2005; Calear & Christensen, 2010; Christner, Mennuti, & Stewart-Allen, 2004; Christner et al., 2007; Clarke, Hill, & Charman, 2017; King & Glascoe, 2003; Luxford, Hadwin, & Kovshoff, 2017; Manassis et al., 2010; McGillivray & Evert, 2014; Miller et al., 2011; Mychailyszyn et al., 2012; Neil & Christensen, 2009; Ruffolo & Fischer, 2009). Dans la situation actuelle où des insuffisances importantes existent quant à la disponibilité des services éducatifs spécialisés (Béland & Goupil, 2005; FQATED, 2009; Fombonne et al., 2006; Lazoff et al., 2010; McKinsey & Compagnie, 2014; MSSS, 2012; Saracino et al., 2010), l'implémentation d'un tel programme d'intervention universel d'approche cognitive-comportementale pourrait engendrer une amélioration du fonctionnement des élèves sur une échelle globale et diminuer la demande de services d'intervention individuels (Christner et al., 2007).

4.5.3 Précédents documentés concernant la mise en place d'un soutien universel

Au Québec, l'offre d'un soutien universel, soit l'implantation de mesures de soutien à l'ensemble des élèves du réseau scolaire, n'est pas un concept inexploité. En 2012, le MEES a diffusé un *Guide pour soutenir une transition scolaire de qualité vers le secondaire* avec un but de fournir aux acteurs du réseau scolaire et du RSSS des renseignements sur les enjeux liés à la transition scolaire du primaire vers le secondaire et permettre à ces acteurs d'analyser, de bonifier et de mettre en place des pratiques répondant aux besoins des élèves (MELS, 2012). En effet, la transition du primaire vers

le secondaire est une période ardue pour l'adolescent qui doit s'adapter à de nouvelles réalités individuelles, sociales et scolaires. La transition scolaire peut s'accompagner d'isolement et d'une rupture de liens sociaux, de l'émergence d'attitudes négatives envers l'école, le personnel et la matière scolaire, d'une augmentation de l'anxiété de performance et d'une diminution du rendement scolaire (MELS, 2012). Afin d'optimiser le bien-être des élèves, le MEES a souhaité diminuer la détresse pouvant survenir durant cette période de transition et assurer la satisfaction des besoins des élèves par l'implantation de mesures de soutien. En effet, le MEES stipule que le soutien prodigué à l'élève lors de la transition, favorisant la reconnaissance de ses forces et faiblesses et l'établissement de relations interpersonnelles, est primordial au développement d'un sentiment de confiance et de sécurité dans le nouveau milieu de vie (MELS, 2012). Bien qu'un tel guide ait pu servir à orienter les intervenants du réseau scolaire et du RSSS, un manque de spécificité face aux procédures concrètes à entreprendre brime l'efficacité envisagée lors de la création de ce guide. En effet, une étude québécoise ayant obtenu la perspective de quinze parents d'adolescents ayant un TSA fréquentant une classe spéciale de niveau secondaire en école ordinaire conclut que l'implication des intervenants du réseau scolaire est lacunaire (Taieb-Lachance, Poirier, & Abouzeid, accepté). Plusieurs parents stipulent une absence totale d'engagement du personnel scolaire et se disent insatisfaits de l'encadrement offert. Ils relèvent notamment des manquements sur le plan de la formation du personnel scolaire, de l'individualisation des services et de la collaboration de ce personnel avec les parents (Taieb-Lachance et al., accepté). Bien que le MEES ait suggéré aux écoles d'implanter des stratégies pour combler les besoins individuels, sociaux et scolaires des élèves ainsi que de collaborer avec la famille et le RSSS dans le but d'optimiser le soutien de ceux-ci durant cette période difficile, les données de cette étude montrent une difficulté face à l'application de telles recommandations. Malgré l'existence d'initiatives du MEES dans l'établissement d'interventions d'approche universelle au sein du réseau de l'éducation, un manque de cohésion est constaté entre les pratiques suggérées aux écoles par le MEES et celles réellement adoptées par les écoles, ce qui

peut s'expliquer en partie par l'absence de spécificités face aux procédures efficaces à implémenter. Les écoles québécoises bénéficieraient ainsi d'un remaniement de leur programme scolaire par lequel des procédures concrètes sont élaborées par le MEES et appliquées dans l'ensemble du réseau scolaire via l'établissement un programme d'intervention universel.

4.5.4 Sommaire des pistes de solutions proposées

En somme, l'ampleur importante des demandes d'évaluation et d'intervention au sein du RSSS et du réseau de l'éducation ainsi que le manque de professionnels pour répondre à ces demandes contribuent aux inefficiences observées dans l'accessibilité des services spécialisés (Béland & Goupil, 2005; Bélanger & Héroux de Sève, 2009; FQATED, 2009; Fombonne et al., 2006; Lazoff et al., 2010; McKinsey & Compagnie, 2014; MSSS, 2012; Poirier & Goupil, 2008; Saracino et al., 2010). Pour améliorer l'accessibilité des services spécialisés au long-terme, un programme d'intervention universelle d'approche cognitivo-comportemental est recommandé. Par l'enseignement de stratégies d'intervention de base à l'ensemble des élèves d'une école, une réduction des demandes de services d'intervention individuels peut avoir lieu, ce qui peut libérer une part de la charge des professionnels et leur permettre d'assurer des services auprès des élèves nécessitant un soutien plus substantiel. De plus, l'emplacement d'un programme universel peut améliorer la surveillance des signes de difficultés de l'élève parmi les divers intervenants scolaires (p.ex., enseignants, éducatrices spécialisées, psychoéducatrice, psychologues), ce qui peut promouvoir une meilleure précocité dans l'identification et l'intervention de problématiques affectives et comportementales (Barrett et al., 2006; Christner et al., 2007; Le Protecteur du Citoyen, 2012; Mychailyszyn et al., 2012).

4.6 Limites de la recherche et pistes futures

Le travail produit dans le cadre de cette thèse comporte certaines limites qui méritent d'être précisées afin d'assurer une interprétation nuancée des résultats et inspirer des pistes pour des futures recherches. L'étude entreprise est exploratoire et a servi à corroborer la présence importante de problématiques psychologiques concomitantes au TSA ainsi qu'à déterminer la pertinence d'investiguer davantage la reconnaissance des besoins d'évaluation et d'intervention auprès d'adolescents ayant un TSA.

En vertu de la nature exploratoire de la recherche, l'étude comporte un nombre limité de participants, ce qui peut réduire la généralisabilité des résultats. Aussi, les participants qui ont contribué à la réalisation de cette étude proviennent d'un échantillon de convenance. En effet, l'échantillon est composé de familles volontaires et motivées ayant un certain confort socioéconomique leur permettant de dévouer plusieurs heures à des activités de recherche. De ce fait, plusieurs familles ont pu se procurer des services spécialisés en milieu privé. Il importe de considérer qu'un échantillon plus représentatif de la population québécoise présenterait un niveau socioéconomique moins élevé. Les familles d'un tel échantillon seraient moins fortunées et dépendraient exclusivement des services du RSSS et du réseau de l'éducation. En vertu des difficultés importantes d'accès aux services d'évaluation et d'intervention de ces réseaux publics (Le Protecteur du Citoyen, 2012, 2015; McKinsey & Compagnie, 2014; Noiseux, 2019), il est soupçonné que la reconnaissance diagnostique des difficultés psychologiques seraient davantage lacunaire et que les problématiques seraient plus importantes, autant en nombre qu'en sévérité. Ainsi, grâce à leur avantage socioéconomique, les participants de la présente étude ont pu compenser les difficultés d'accès aux services spécialisés par la consultation en milieu privé, ce qui ne serait pas une option aussi répandue ou même réaliste auprès de la population générale. Par ailleurs, 75 % des jeunes de l'étude possédaient un traitement pharmacologique, pour le TDAH, pour une difficulté

affective (anxiété ou dépression) ou pour réduire la manifestation de tics. D'une part, le maintien de tels traitements diminue la présence observable de difficultés psychologiques et ainsi influence le dépistage visé par cette étude. D'autre part, la prise d'une médication peut engendrer des effets secondaires pouvant affecter la représentativité de l'état inhérent des participants. Par exemple, 70 % des adolescents avaient une médication spécifique au TDAH et parmi eux 65 % prenaient un psychostimulant. La prise d'un psychostimulant a pu optimiser l'attention des participants et ainsi améliorer leurs performances aux épreuves d'attention, dont la batterie TEA-Ch. Les effets secondaires à la médication psychostimulante peuvent également avoir eu une influence sur les résultats. La médication a pu provoquer des changements de l'état affectif ou comportemental de l'adolescent. En fait, une augmentation de la colère, de la manifestation de tics ainsi que de symptômes anxieux et dépressifs peut avoir eu lieu (CADDRA, 2018). La présente étude ne peut distinguer les symptômes inhérents à l'adolescent et ceux causés par la médication. Afin de pallier aux limites relevées, l'élaboration d'une étude scientifique subséquente comprenant une taille plus substantielle de participants serait à envisager. De plus, une attention particulière au niveau socioéconomique des participants et à la prise de traitements pharmacologiques serait nécessaire. Des regroupements de participants divisés selon leur niveau socioéconomique ainsi que selon la prise ou l'absence de médication pourraient être établis. De plus, un modèle de régression serait avantageux afin de modérer l'effet de ces variables sur la présence et la sévérité des symptômes affectifs et comportementaux parmi les participants.

Par ailleurs, les données de la présente étude face au dépistage de symptômes cliniques reposent exclusivement sur la perception des parents d'adolescents ayant un TSA. Malgré qu'une telle méthode ait été adoptée par plusieurs autres auteurs de la littérature scientifique (Bradley et al., 2004; Gurney et al., 2006; Lee & Ousley, 2006; Mannion et al., 2013; Pearson et al., 2006; Pfeiffer et al., 2005; Sinzig et al., 2009; Sukhodolsky et al., 2007; Thede & Coolidge, 2007), l'absence de triangulation des résultats avec

ceux de l'adolescent ou d'un intervenant, comme le font certains auteurs (Bellini, 2004; Goldstein & Schwebach, 2004; Kanne et al., 2009; Kuusikko et al., 2008; White & Roberson-Nay, 2009), procure une interprétation unilatérale de l'état des adolescents, et ce, dans un contexte où la présence de divergences perceptuelles entre l'enfant, son parent et son enseignant ou son intervenant est rapportée dans la littérature scientifique (Cartwright-Hatton et al., 2006; Taylor et al., 2018). Néanmoins, les enfants ayant un TSA tendent à sous-rapporter la présence et la sévérité de symptômes cliniques (Cartwright-Hatton et al., 2006; Mazefsky et al., 2011; Taylor et al., 2018), ce qui justifie la méthode de la présente étude. De futures études de plus grandes ampleurs pourraient s'outiller des données de ce projet de recherche en interprétant les résultats des parents, mais aussi ceux des adolescents et de leurs enseignants, aux divers inventaires psychologiques et en triangulant ces données. Des analyses plus poussées pourront ainsi recueillir des informations de nombreuses sources et contribuer aux preuves empiriques concernant les divergences perceptuelles de ces acteurs. L'utilisation de divers outils d'évaluation, dont des questionnaires, des tests standardisés, des entrevues et des observations directes, serait également à envisager afin d'obtenir une meilleure identification et une meilleure généralisation des symptômes psychologiques chez les adolescents ayant un TSA (Cartwright-Hatton et al., 2006; Mazefsky et al., 2011; Mazzone et al., 2012; Rivard et al., 2011).

APPENDICE A

CERTIFICAT D'ACCOMPLISSEMENT TCPS 2 : CORE

PANEL ON
RESEARCH ETHICS

TCPS 2: CORE

Navigating the ethics of human research



Certificate of Completion

This document certifies that

Catherine Taieb-Lachance

*has completed the Tri-Council Policy Statement:
Ethical Conduct for Research Involving Humans
Course on Research Ethics (TCPS 2: CORE)*

Date of Issue: 27 April, 2012

APPENDICE B

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la politique de l'UQAM sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (politique no 54).

Titre du projet: LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES ASSOCIÉS AU
TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME CHEZ
L'ADOLESCENT

Nom de l'étudiant: Catherine TAIEB-LACHANCE

Programme d'études: Doctorat en psychologie

Direction de recherche: Nathalie POIRIER

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au Comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

APPENDICE C

LETTRE D'ACCEPTATION DE LA PARTICIPATION DE LA COMMISSION
SCOLAIRE DE LA POINTE-DE-L'ÎLE DANS LE RECRUTEMENT DE
PARTICIPANTS



SERVICES CORPORATIFS, COMMUNICATIONS ET SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Le 13 octobre 2016

Madame Catherine Taieb-Lachance, B.A.
Doctorante en psychologie/neuropsychologie
Université du Québec à Montréal (UQAM)

Envoi électronique

Objet: Acceptation - Projet de recherche: « *Les troubles psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme chez l'adolescent* »
N/D. : 1.4-6

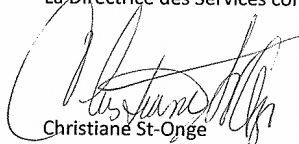
Madame,

Nous avons bien reçu votre demande de participation au projet de recherche mentionné en rubrique.

Après étude de votre proposition, la Commission scolaire est favorable à participer à cette recherche. Veuillez prendre note que madame Nathalie Laramée, directrice adjointe de réseau, sera votre interlocutrice dans ce projet de recherche.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous manifestez envers la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île.

La Directrice des Services corporatifs, communications et Secrétariat général



Christiane St-Onge
CSO/ea

c. c. Madame Nathalie Laramée, directrice adjointe de réseau

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONFIDENTIALITÉ POUR LES ASSISTANTES DE
RECHERCHE



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Formulaire de respect de la confidentialité

En tant qu'assistant(e) de recherche, je m'engage à respecter la confidentialité des données recueillies du présent projet intégré, intitulé *Les troubles psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme chez l'adolescent et Les troubles d'apprentissage et les difficultés scolaires chez les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme*. Ceci implique que je prenne la responsabilité pour toute information concernée ou divulguée par les participants de cette étude en : (1) utilisant le code numérique attribué à chacun des participants dans le but de séparer leurs identités de leurs données; (2) s'assurant que toute documentation soit bien protégée sous clé, pour les documents en papier, et sous mot de passe, pour les documents électroniques; et (3) évitant la divulgation d'information liée à l'étude auprès de personnes n'étant pas impliquées dans l'étude. Pour tout doute ou incompréhension par rapport à mon mandat de confidentialité, je contacterais Catherine Taïeb-Lachance (XXXXXX@gmail.com) ou XXXXX (XXXXXX@hotmail.ca) avant d'agir.

Nom de l'assistant(e) de recherche

Date (JJ/MM/AA)

Signature de l'assistant(e) de recherche

Nom de l'expérimentatrice

Date (JJ/MM/AA)

Signature de l'expérimentatrice

APPENDICE E

FICHE DE SOLICITATION

Étude sur les troubles d'apprentissage et les troubles psychologiques chez les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme

L'objectif de la recherche : Cette étude vise à explorer les troubles d'apprentissage et les symptômes psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez l'adolescent.

Participation : L'adolescent ayant un TSA ainsi que son parent et son enseignant prendront part à cette étude.

- **Parent et enseignant :** La participation du parent et de l'enseignant consiste à remplir divers inventaires psychologiques.
- **Adolescents :** La participation de votre adolescent consiste à prendre part à 4 séances d'évaluation psychologique, cognitive et scolaire, chaque séance s'étalant sur 2 heures.

Critères d'inclusion à l'étude :

1. L'adolescent ayant un TSA est âgé entre 13 et 16 ans
2. Celui-ci ne présente pas de déficience intellectuelle associée à son TSA
3. L'enseignant de l'adolescent accepte de participer à l'étude
4. Vivre dans la région du grand Montréal

Informations supplémentaires :

Veillez communiquer avec l'équipe de recherche au adolescence.TSA@gmail.com



APPENDICE F

LETTRE DE SOLICITATION



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Bonjour,

Je vous invite à prendre connaissance d'un projet de recherche par Catherine Taïeb-Lachance et XXXXX, étudiantes au doctorat en psychologie à l'UQAM, dirigé par Dre Nathalie Poirier. Ce projet cherche à évaluer la présence de troubles psychologiques et de troubles d'apprentissages chez des adolescents de 13 à 16 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Une telle étude permettra de mieux connaître le profil psychologique et cognitif des adolescents ayant un TSA. De plus, celle-ci pose les premiers jalons afin de permettre la création d'interventions plus spécifiques pour une telle population.

Cette étude suscite l'implication :

- **de l'adolescent ...**
qui participera à 4 séances d'évaluation clinique (maximum 2 heures/séance)
- **de son parent ...**
qui remplira 6 questionnaires concernant l'adolescent (maximum de 2 heures)
- **de son enseignant ...**
qui remplira 8 questionnaires concernant l'adolescent (maximum de 2 heures)

À des fins de compensation :

- L'adolescent et le parent recevront un résumé des résultats, soit un rapport d'évaluation, détaillant le profil psychologique et cognitif de l'adolescent. Des recommandations spécifiques au profil de l'adolescent y seront incluses.
- L'enseignant recevra une compensation monétaire de 50\$.

Si vous êtes intéressés à participer à ce projet, veuillez S.V.P. contacter les expérimentatrices à adolescence.TSA@gmail.com.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments distingués,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lachance'. The signature is written in a cursive style with a large, stylized initial 'L'.

Catherine Taïeb-Lachance, B.A.
Doctorante en psychologie/neuropsychologie (Ph.D/Psy.D.)
Université du Québec à Montréal (UQAM)

APPENDICE G

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (ADOLESCENT)



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Formulaire de consentement pour le participant adolescent

Titre de l'étude en cours

Les troubles psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme chez l'adolescent

Les troubles d'apprentissage et les difficultés scolaires chez les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme

Chercheuse responsable du projet

Catherine Taïeb-Lachance, B.A.

Programme d'étude : Doctorante en psychologie/neuropsychologie

Tél. : (XXX) XXX-XXXX

XXXXX, B.Sc.

Programme d'étude : Doctorante en psychologie/neuropsychologie

Tél. : (XXX) XXX-XXXX

Adresse courriel : adolescence.TSA@gmail.com

Direction de recherche

Dre Nathalie Poirier

Titre : Psychologue, directrice de recherche et professeure

Département : Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) Faculté : Faculté des Sciences Humaines

Adresse courriel : XXXXX

Tél. : (XXX)-XXX-XXXX poste XXXX

But général du projet

Tu es invité à prendre part à un projet visant à explorer les symptômes psychologiques, les troubles d'apprentissage et les difficultés scolaires associés au trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez l'adolescent. Ce projet pose les premiers jalons afin de permettre la création d'interventions que nous pourrions suggérer à tes parents ou à tes enseignants. De plus, il permet de formuler des recommandations pour faciliter tes apprentissages.

Tâches qui vous seront demandées

Tu es invité à prendre part à 4 séances d'évaluation psychologique (2h/séance maximum) qui mesureront tes habiletés intellectuelles, cognitives, attentionnelles et scolaires et qui feront un dépistage de divers symptômes psychologiques. Ces entretiens se dérouleront dans un local de l'Université du Québec à Montréal et peuvent être enregistrés.

Moyens de diffusion

Les résultats de cette recherche seront publiés dans une thèse de doctorat et dans des articles scientifiques qui seront soumis à une revue savante. Si tu le souhaites, les résultats de la présente recherche te seront communiqués lorsqu'ils seront disponibles.

Avantages et risques

Ta participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des troubles associés au TSA chez des adolescents québécois, comme toi. Il n'y a pas de risque important associé à ta participation à cette étude. Cependant, le dépistage et le dévoilement de symptômes psychologiques, de troubles d'apprentissage ou de difficultés scolaires peuvent engendrer un inconfort et/ou des questionnements. Afin de pallier ce risque, une liste de références pour des ressources et des services psychologiques communautaires te sera remise. Il est de la responsabilité de la chercheuse de suspendre ou de mettre fin à l'entrevue si cette personne estime que votre bien-être est menacé.

Anonymat et confidentialité

Les renseignements recueillis lors de l'étude sont confidentiels. Toute information portant sur l'étude sera protégée sous clé, pour les documents en papier, et sous mot de passe, pour les documents électroniques. Seules la personne responsable du projet, sa direction de recherche et les personnes ayant un accès privilégié (p.ex., assistant de recherche) auront accès à ceux-ci. De plus, un code numérique sera attribué à chacun des participants afin de séparer leur identité de leurs données. Seuls ces codes seront employés pour l'identification des inventaires et lors de l'entrée et l'analyse des données. L'identité réelle des participants, en combinaison avec leur code numérique, se trouvera seulement sur le formulaire de consentement et sur la fiche de renseignements personnels, qui seront gardés à l'intérieur d'un classeur dans un bureau, tous deux fermés à clé.

Participation volontaire

Ta participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que tu acceptes de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Tu demeures libre de suspendre ou de retirer ta participation à tout moment de l'étude (avant, durant et après). Dans ce cas, les renseignements te concernant seront détruits. Ton accord à participer implique également que tu acceptes que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (incluant la publication d'articles, d'un mémoire, d'un essai ou d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de t'identifier ne soit divulguée publiquement, à moins d'un consentement explicite de ta part.

Compensation

À titre de remerciement, un certificat de participation te sera remis. Une lettre de remerciement et un résumé des résultats, basé sur les tests employés et révisés par un clinicien expérimenté, seront remis à tes parents.

Questions sur le projet et sur tes droits

Tu peux contacter la personne responsable du projet pour des questions additionnelles sur le projet. Tu peux également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule ta participation et de tes droits en tant que personne participant à la recherche.

Remerciements

Ta collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à t'en remercier.

Signature du participant

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Je souhaite être informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :
oui non

Nom, en lettres moulées

Téléphone

Adresse courriel

Signature de la participante, du participant

Date

Signature de la personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

APPENDICE H

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (PARENT)



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Formulaire de consentement pour le participant parent

Titre de l'étude en cours

Les troubles psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme chez l'adolescent

Les troubles d'apprentissage et les difficultés scolaires chez les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme

Chercheuse responsable du projet

Catherine Taïeb-Lachance, B.A.

Programme d'étude : Doctorante en psychologie/neuropsychologie

Tél. : (XXX) XXX-XXXX

XXXXX, B.Sc.

Programme d'étude : Doctorante en psychologie/neuropsychologie

Tél. : (XXX) XXX-XXXX

Adresse courriel : adolescence.TSA@gmail.com

Direction de recherche

Dre Nathalie Poirier

Titre : Psychologue, directrice de recherche et professeure

Département : Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

Faculté : Faculté des Sciences Humaines

Adresse courriel : XXXXX

Tél. : (XXX)-XXX-XXXX poste XXXX

But général du projet

Vous êtes invité à prendre part à un projet visant à explorer les symptômes psychologiques, les troubles d'apprentissage et les difficultés scolaires associés au trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez l'adolescent. Ce projet pose les premiers jalons afin de permettre la création d'interventions plus spécifiques chez les adolescents ayant un TSA. De plus, il permet de formuler des recommandations dans le but de faciliter leurs apprentissages.

Tâches qui vous seront demandées

Votre participation consiste à remplir une fiche de renseignements personnels ainsi que sept inventaires psychologiques. Ces inventaires nous permettront de connaître le niveau de sévérité du TSA de votre adolescent et d'examiner la présence, la sévérité et les conséquences de symptômes associés aux troubles anxieux, aux troubles du comportement, aux troubles de l'humeur, aux troubles de tics, aux troubles psychotiques, aux troubles d'abus de substance, aux troubles de fonctions exécutives et aux difficultés d'adaptation. Cette tâche prendra environ 2 heures de votre temps.

Avec votre permission et l'accord de votre enfant, il/elle sera invité(e) à prendre part à 4 séances d'évaluation psychologique (2h/séance maximum) qui mesurera ses habiletés intellectuelles, cognitives, attentionnelles et scolaires et qui fera un dépistage de divers symptômes psychologiques. Ces entretiens se dérouleront dans un local de l'Université du Québec à Montréal et peuvent être enregistrés.

Moyens de diffusion

Les résultats de cette recherche seront publiés dans une thèse de doctorat et dans des articles scientifiques qui seront soumis à une revue savante. Si vous le souhaitez, les résultats de la présente recherche vous seront communiqués lorsqu'ils seront disponibles.

Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des troubles associés au TSA chez l'adolescent québécois. Il n'y a pas de risque important associé à votre participation à cette étude. Sachez cependant que le dépistage et le dévoilement de symptômes psychologiques, de troubles d'apprentissage

ou de difficultés scolaires peuvent engendrer un inconfort et/ou des questionnements. Afin de pallier ce risque, une liste de références pour des ressources et des services psychologiques communautaires vous sera remise.

Anonymat et confidentialité

Les renseignements recueillis lors de l'étude sont confidentiels. Toute information portant sur l'étude sera protégée sous clé, pour les documents en papier, et sous mot de passe, pour les documents électroniques. Seules la personne responsable du projet, sa direction de recherche et les personnes ayant un accès privilégié (p.ex., assistant de recherche) auront accès à ceux-ci. De plus, un code numérique sera attribué à chacun des participants afin de séparer leur identité de leurs données. Seuls ces codes seront employés pour l'identification des inventaires et lors de l'entrée et l'analyse des données. L'identité réelle des participants, en combinaison avec leur code numérique, se trouvera seulement sur le formulaire de consentement et sur la fiche de renseignements personnels, qui seront gardés à l'intérieur d'un classeur dans un bureau, tous deux fermés à clé.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Vous demeurez libre de suspendre ou de retirer votre participation à tout moment de l'étude (avant, durant et après). Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (incluant la publication d'articles, d'un mémoire, d'un essai ou d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement, à moins d'un consentement explicite de votre part.

Compensation

À titre de remerciement, une lettre de remerciement et un résumé des résultats, basé sur les tests employés et révisés par un clinicien expérimenté, vous seront remis.

Questions sur le projet et sur vos droits

Vous pouvez contacter les personnes responsables du projet pour toute question portant sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans

lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Remerciements

Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Signature du participant

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Je souhaite être informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :
oui non

Nom, en lettres moulées

Téléphone

Adresse courriel

Signature de la participante, du participant

Date

Signature de la personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

APPENDICE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (ENSEIGNANT)



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Formulaire de
consentement pour le

participant enseignant

Titre de l'étude en cours

Les troubles psychologiques associés au trouble du spectre de l'autisme chez l'adolescent

Les troubles d'apprentissage et les difficultés scolaires chez les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme

Chercheuse responsable du projet

Catherine Taïeb-Lachance, B.A.

Programme d'étude : Doctorante en psychologie/neuropsychologie

Tél. : (XXX) XXX-XXXX

XXXXX, B.Sc.

Programme d'étude : Doctorante en psychologie/neuropsychologie

Tél. : (XXX) XXX-XXXX

Adresse courriel : adolescence.TSA@gmail.com

Direction de recherche

Dre Nathalie Poirier

Titre : Psychologue, directrice de recherche et professeure

Département : Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

Faculté : Faculté des Sciences Humaines

Adresse courriel : XXXXX

Tél. : (XXX)-XXX-XXXX poste XXXX

But général du projet

Vous êtes invité à prendre part à un projet visant à explorer les symptômes psychologiques, les troubles d'apprentissage et les difficultés scolaires associés au trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez l'adolescent. Ce projet pose les premiers jalons afin de permettre la création d'interventions plus spécifiques chez les adolescents ayant un TSA. De plus, il permet de formuler des recommandations dans le but de faciliter leurs apprentissages.

Tâches qui vous seront demandées

Votre participation consiste à remplir une fiche de renseignements personnels ainsi que sept inventaires psychologiques. Ces inventaires nous permettront de connaître le niveau de sévérité du TSA de votre étudiant sous évaluation et d'examiner la présence, la sévérité et les conséquences de symptômes associés aux troubles anxieux, aux troubles du comportement, aux troubles de l'humeur, aux troubles de tics, aux troubles psychotiques, aux troubles d'abus de substance, aux troubles de fonctions exécutives et aux difficultés d'adaptation. Cette tâche prendra environ 2 heures de votre temps.

Une rencontre avec une expérimentatrice (ou assistante de recherche) sera fixé durant laquelle elle vous remettra les inventaires à remplir ainsi qu'une enveloppe préaffranchie. Suite à la complétion de ces questionnaires, vous aurez à compiler ces documents et à les poster à l'aide de l'enveloppe préaffranchie qui vous sera remis.

Moyens de diffusion

Les résultats de cette recherche seront publiés dans une thèse de doctorat et dans des articles scientifiques qui seront soumis à une revue savante. Si vous le souhaitez, les résultats de la présente recherche vous seront communiqués lorsqu'ils seront disponibles.

Avantages et risques

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension des troubles psychologiques associés au TSA chez l'adolescent québécois. Il n'y a pas de risque important associé à votre participation à cette étude.

Anonymat et confidentialité

Les renseignements recueillis lors de l'étude sont confidentiels. Toute information portant sur l'étude sera protégée sous clé, pour les documents en papier, et sous mot de passe, pour les documents électroniques. Seules la personne responsable du projet, sa direction de recherche et les personnes ayant un accès privilégié (p.ex., assistant de recherche) auront accès à ceux-ci. De plus, un code numérique sera attribué à chacun des participants afin de séparer leur identité de leurs données. Seuls ces codes seront employés pour l'identification des inventaires et lors de l'entrée et l'analyse des données. L'identité réelle des participants, en combinaison avec leur code numérique, se trouvera seulement sur le formulaire de consentement et sur la fiche de renseignements personnels, qui seront gardés à l'intérieur d'un classeur dans un bureau, tous deux fermés à clé.

Participation volontaire

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Vous demeurez libre de suspendre ou de retirer votre participation à tout moment de l'étude (avant, durant et après). Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser aux fins de la présente recherche (incluant la publication d'articles, d'un mémoire, d'un essai ou d'une thèse, la présentation des résultats lors de conférences ou de communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement, à moins d'un consentement explicite de votre part.

Compensation

Une compensation monétaire vous sera offerte pour votre participation.

Questions sur le projet et sur vos droits

Vous pouvez contacter la personne responsable du projet pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la direction de recherche des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que personne participant à la recherche.

Remerciements

Votre collaboration est importante pour la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Signature du participant

Je reconnais avoir lu le présent formulaire et consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que la personne responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer la personne responsable du projet.

Je souhaite être informé des résultats de la recherche lorsqu'ils seront disponibles :
oui non

Nom, en lettres moulées

Téléphone

Adresse courriel

Signature de la participante, du participant

Date

Signature de la personne responsable du projet

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les risques du projet à la personne participante et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la personne responsable

Date

APPENDICE J

FICHE SIGNALIÉTIQUE (PARENT)



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Fiche de renseignements personnels – version parent

À l'usage de l'expérimentatrice

Code numérique :

Date de l'expérimentation (JJ/MM/AAAA) :

Nom de l'expérimentatrice :

Lieu de la rencontre :

L'adolescent

Nom de l'adolescent : _____

Sexe de l'adolescent : M F

Âge de l'adolescent : _____

Date de naissance de l'adolescent : _____

Langue maternelle : _____

Le parent

Nom du parent : _____

Sexe du parent : M F

Adresse à domicile : _____

Tél. du parent : _____

Courriel du parent : _____

Préférence pour communication subséquente : Téléphone Courriel

L'enseignant(e)

Nom de l'enseignant(e): _____

Tél. de l'enseignant(e): _____

Courriel de l'enseignant(e): _____

Préférence pour communication subséquente : Téléphone Courriel

Diagnostics

Diagnostic d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) : Oui Non

Si oui, à quel âge ce diagnostic a-t-il été posé? _____

Si oui, quel type de professionnel a posé ce diagnostic? _____

Si oui, quel est le lieu où ce diagnostic a été posé? _____

Diagnostic(s) autre(s) que le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) : Oui Non

Si oui, répondez au tableau ci-dessous.

Quel est ce diagnostic? (ex : trouble anxieux, trouble de l'humeur, TDA/H, dyslexie, trouble d'apprentissage, etc.)	À quel âge ce diagnostic a- t-il été posé?	Quel est le professionnel qui a posé ce diagnostic? (ex : Marie Tremblay, psychologue)	Quel est le lieu où ce diagnostic a été posé? (ex : milieu hospitalier, CRDI, clinique privée)
1.			
2.			
3.			
4.			

Présente-t-il/elle des troubles potentiels non diagnostiqués ou des difficultés observables (ex : traits anxieux ou dépressifs, agitation, agressivité, tics, etc.)? Oui Non

Si oui, décrivez ceux-ci :

Votre adolescent présente-t-il/elle un trouble du sommeil (c.-à-d. prendre plus de 30 minutes pour s'endormir alors qu'il se couche; se réveiller plusieurs fois par nuit; se réveiller plusieurs nuits par semaine; avoir des difficultés à se réveiller le matin)? Oui Non

Votre adolescent présente-t-il/elle une difficulté d'apprentissage? Oui Non

Présente-t-il/elle une difficulté spécifiquement en :

Lecture Oui Non

Compréhension de texte Oui Non

Langage verbal Oui Non

Écriture Oui Non

Calcul Oui Non

Résolution de problème Oui Non

Autres : _____

Information scolaire

Commission scolaire fréquentée : _____

Nom de l'école fréquentée : _____

Année scolaire : _____

Niveau scolaire : _____

Type de classe fréquentée au primaire :

Classe ordinaire

Classe spéciale homogène (classe d'élèves ayant un seul type de difficulté)

Classe spéciale hétérogène (classe d'élèves ayant plusieurs difficultés)

Autre : _____

Type de classe fréquentée au secondaire :

Classe ordinaire

Classe spéciale homogène (classe d'élèves ayant un seul type de difficulté)

Classe spéciale hétérogène (classe d'élèves ayant plusieurs difficultés)

Autre : _____

Quelles sont les forces scolaires de votre adolescent (ex : minutieux, bonne mémoire, présentation orale) ?

Quelles sont les faiblesses scolaires de votre adolescent (ex : distrait, difficulté à mémoriser, présentation orale) ?

Services thérapeutiques

L'adolescent(e) bénéficie-t-il/elle d'un ou des traitement(s) pharmacologique(s)?

Oui Non

Si oui, répondez au tableau ci-dessous.

Quelle est cette médication?	Quelle est la raison de ce traitement?	Depuis quand bénéficie-t-il(elle) de ce traitement?
1.		
2.		
3.		
4.		

Votre adolescent(e) bénéficie-t-il/elle d'un ou des services? Oui Non

Si oui, répondez au tableau ci-dessous.

Quel est ce service? (ex : psychologie, orthophonie, ergothérapie, orthopédagogie, etc.)	Quelle est la raison de ce service?	Reçoit-il(elle) ce service en milieu scolaire (Oui ou Non)	Reçoit-il(elle) ce service en milieu public ou privé? (Public ou Privé)	Combien d'heures par semaine bénéficie-t-il(elle) de ce service?	Depuis quand bénéficie-t-il(elle) de ce service?
1.					

2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

APPENDICE K

FICHE SIGNALIÉTIQUE (ENSEIGNANT)



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Fiche de renseignements personnels – version enseignant

Codification : # _____

Lieu de rencontre : ____ UQAM

Nom de l'intervieweur : _____

Date _____

L'enseignant

Sexe de l'enseignant : ____ M ____ F

Âge: ____ ans

Scolarité : (dernier niveau complété)

Universitaire (BAC) ____ Universitaire (DESS) ____ Universitaire (Maîtrise) ____

Nombre d'année d'expérience auprès du TSA _____

L'adolescent

Codification adolescent : _____

Selon vous, l'adolescent présente-t-il des difficultés d'apprentissage ?

Si oui, les quelles et pourquoi?

Reçoit-il des services à l'école? Oui ____ Non ____ Je ne sais pas ____

Si oui, lesquelles et pourquoi?

Titre du professionnel	Est-ce l'adolescent bénéficie actuellement de ce soutien	Privé ou public?	Si oui, combien d'heures par semaine?
Psychologue	.		..
Ergothérapeute	.		..
Orthophoniste	.		..
Orthopédagogue			
Travailleur social			
Aide aux devoirs (précisez la matière scolaire)			
Autre(s) (précisez) :			

Quelles sont les forces scolaires de l'adolescent ?

Quelles sont les faiblesses scolaires de l'adolescent?

Selon vous, l'adolescent présente-t-il des troubles d'apprentissage ou toutes autres diagnostics pouvant influencer ses apprentissages?

Si oui, lesquelles? (DI, TDAH, Dyslexie...)

APPENDICE L

LETTRE DE REMERCIEMENT



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

MERCI 😊

Cher participant(e),

Ce fut un grand plaisir de faire votre connaissance. Nous aimerions vous remercier de votre participation et collaboration lors de l'étude en cours. Vous avez encouragé l'investigation d'un contexte peu étudié, soit l'évaluation des troubles psychologiques, des troubles d'apprentissage et des difficultés scolaires chez les adolescents présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Sachez que votre contribution aidera à l'avancement des connaissances liées au TSA. Nous vous remercions sincèrement pour le temps, l'effort et la confiance que vous nous avez accordée.

Veuillez agréer l'expression de nos sentiments distingués,

Catherine Taïeb-Lachance, B.A.

Doctorante en psychologie

APPENDICE M

LISTE DES RESSOURCES COMMUNAUTAIRES



Laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

Université du Québec à Montréal (UQAM)

Liste des ressources communautaires

<p>Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de Montréal</p> <p>(CRDITED de Montréal)</p>	<p>http://internet.crditedmtl.ca/</p> <p>75 rue de Port-Royal Est, bureau 600, Montréal (Québec), H3T 3T1</p> <p>514-387-1234</p>
<p>Autisme Montréal</p>	<p>http://autisme-montreal.com/</p> <p>4450 rue Saint-Hubert, Local 320, Montréal (Québec), H2J 2R4</p> <p>(514) 524-6114</p>
<p>Fédération québécoise de l'autisme (FQA)</p>	<p>http://www.autisme.qc.ca/</p> <p>7675 Boulevard St-Laurent #200, Montréal (Québec), H2R 1K6</p> <p>514 270-7386</p>

<p>Association de parents de l'enfance en difficulté (APED)</p>	<p>http://www.aped.org/Autisme.html 360 rue Cherbourg, Longueuil (Québec), J4J 4Z3 (450) 679-9310</p>
<p>Solidarité de parents de personnes handicapées (SPPH)</p>	<p>http://www.spph.net/fr/accueil/ 5095 9^{ème} Avenue, bureau 101, Montréal (Québec) H1Y 2J1 514-254-6067</p>

APPENDICE N

GABARIT DU RÉSUMÉ DES RÉSULTATS REMIS AUX PARENTS

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS

Nom :	Âge (dn) : ans ()
Nom du parent :	Diagnostics : TSA
Nom du répondant scolaire :	Médication :
Période de participation :	Type de classe :
Date du rapport :	Année scolaire :

CONTEXTE

XXXXX, son parent et son enseignante ont participé à une étude approuvée par le comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) qui évalue les symptômes psychologiques, le fonctionnement intellectuel et attentionnel/exécutif ainsi que les forces et les faiblesses scolaires chez l'adolescent ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Ce rapport résume les résultats obtenus suite à l'administration de divers outils et inventaires psychométriques.

ÉVALUATION PSYCHOMÉTRIQUE

OUTILS ADMINISTRÉS

- Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants (WISC-V^{CDN-F}) : sous-tests principaux

- Test d'évaluation de l'attention chez l'enfant (TEA-Ch) : passation complète
- Test de rendement individuel de Wechsler (WIAT-II^{CDN-F}) : passation complète
- Bilan neuropsychologique de l'enfant (NEPSY-II) : copie de figures et théorie de l'esprit
- Échelle non verbale d'intelligence de Wechsler (WNV^{CDN-F}) : arrangement d'image

INVENTAIRES ADMINISTRÉS

- Adaptive Behavior Assessment System-II (ABAS-II)
- Autism Spectrum Rating Scale (ASRS), traduction libre
- Système d'évaluation du comportement de l'enfant (BASC-2^{CDN-F})
- Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC-2), traduction libre
- Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS), version française 1992
- Million Adolescent Clinical Inventory (MACI), traduction libre

INTERPRÉTATION DES ÉPREUVES ADMINISTRÉES

ÉCHELLE D'INTELLIGENCE DE WECHSLER POUR ENFANTS (WISC-V)

INDICE	INTERPRÉTATION DE LA PERFORMANCE
Compréhension verbale	
Visuospatial	
Raisonnement fluide	
Mémoire de travail	
Vitesse de traitement	

Les résultats de l'échelle d'intelligence précisent les forces et faiblesses de l'adolescent.

L'indice de compréhension mesure les habiletés verbales. Ainsi, XXXXX démontre de bonnes habiletés à conceptualiser ainsi qu'à élaborer ses pensées. De plus, il présente une aisance à identifier le lien conceptuel qui existe entre deux mots.

L'indice visuospatial mesure la perception visuelle et la compréhension des relations spatiales entre divers concepts. XXXXX présente de la difficulté aux tâches qui nécessitent une construction visuelle, des aptitudes de raisonnement visuoperceptif et visuospatial.

XXXXX performe dans la moyenne aux épreuves de l'indice du raisonnement fluide, pour laquelle il fait preuve d'un bon raisonnement inductif à partir de l'information visuelle abstraite.

XXXXX démontre de bonnes habiletés sur le plan de la mémoire de travail. Il parvient à mémoriser de l'information verbale, à manipuler mentalement cette information et à produire une réponse de manière efficace.

Une faiblesse personnelle sur le plan de la vitesse de traitement de l'information est notée. En fait, il parvient difficilement à traiter efficacement de l'information simple afin de générer une réponse rapidement.

FONCTIONNEMENT ATTENTIONNEL ET EXÉCUTIF (TEA-CH)

ÉPREUVE	INTERPRÉTATION DE LA PERFORMANCE
ATTENTION SÉLECTIVE	
Recherche dans le ciel - tâche visuelle	
Carte géographique – tâche visuelle	
Coups de fusil - tâche auditive	
ATTENTION DIVISÉE	

Faire deux choses à la fois (tâche audiovisuelle)	
Écouter deux choses à la fois (tâche auditive)	
ATTENTION SOUTENUE	
Transmission de code (tâche auditive)	
FONCTIONS EXÉCUTIVES	
<i>Flexibilité mentale</i> Petits hommes verts (temps)	
<i>Contrôle inhibitionnel</i> Marche-Arrête	

FONCTIONNEMENT SCOLAIRE (WIAT-II)

ÉPREUVE	NIVEAU SCOLAIRE
LECTURE	
Lecture de mots	
Compréhension de lecture	
Décodage de pseudo-mots	
MATHÉMATIQUE	

Opérations numériques	
Raisonnement mathématique	
LANGAGE ÉCRIT	
Orthographe	
Expression écrite	
LANGAGE ORAL	
Compréhension orale	
Expression orale	

AUTRES FONCTIONS COGNITIVES (NEPSY-II ET WNV)

ÉPREUVE	INTERPRÉTATION DE LA PERFORMANCE
MOTRICITÉ	
Copie de figure	
COHÉRENCE CENTRALE	
Arrangement d'image	
THÉORIE DE L'ESPRIT	
Théorie de l'esprit	

INTERPRÉTATION DES INVENTAIRES ADMINISTRÉS

ADAPTIVE BEHAVIOR ASSESSMENT SYSTEM-II (ABAS-II)

COMPOSANTE	INTERPRÉTATION DE LA PERFORMANCE	
	PARENTS	RÉPONDANT SCOLAIRE
Conceptuelle		
Sociale		
Pratique		
Globale		

AUTISM SPECTRUM RATING SCALE (ASRS)

Des scores élevés aux échelles de cet inventaire (*moyennement élevé, très élevé, extrêmement élevé*) indiquent la présence de symptômes associés au TSA.

ÉCHELLES	RÉPONDANTS		
	ADOLESCENT	PARENT	RÉPONDANT SCOLAIRE
Ensemble des caractéristiques du TSA			
Difficultés de communication sociale			

Comportements atypiques			
Difficultés d'autorégulation			
Ensemble des symptômes diagnostiques du DSM-5			
Difficulté de socialisation avec ses pairs			
Difficulté de socialisation avec les adultes			
Difficulté de réciprocité sociale/émotionnelle			
Langage atypique			
Stéréotypies			
Rigidité comportementale			
Sensibilité sensorielle			
Difficultés d'attention			

SYSTÈME D'ÉVALUATION DU COMPORTEMENT DE L'ENFANT (BASC-2)

	RÉPONDANTS
--	-------------------

ÉCHELLES	ADOLESCENT	PARENT	RÉPONDANT SCOLAIRE
Symptômes émotionnels			
Problèmes externalisés			
Hyperactivité			
Agressivité			
Difficulté comportementale			
Problèmes internalisés			
Anxiété			
Dépression			
Somatisation			
Atypie			
Sensation d'avoir peu de contrôle sur sa vie			
Stress social			
Sentiment d'insuffisance			
Inattention/Hyperactivité			
Difficultés attentionnelles			

Hyperactivité			
Problèmes scolaires			
Difficultés attentionnelles			
Difficultés d'apprentissage			
Attitude négative envers l'école			
Attitude négative envers l'enseignant			
Comportements dangereux			
Symptômes comportementaux			
Atypie			
Retrait			
Difficultés attentionnelles			
Comportements adaptatifs			
Adaptabilité			
Habiletés sociales			

Leadership			
Compétences liées aux activités de la vie quotidienne			
Compétences liées aux études			
Communication fonctionnelle			
Adaptation personnelle			
Relation positive avec ses parents			
Relations interpersonnelles positives			
Estime de soi positive			
Autonomie			
Autres échelles			
Contrôle de la colère			
Actes d'intimidation			
Difficultés sociales et communicationnelles			
Difficulté à contrôler ses émotions			
Difficultés à contrôler son humeur et ses comportements			

Émotions négatives			
Résilience – capacité à surmonter le stress et l'adversité			
Anxiété liée aux examens			
Manie			
Identité personnelle positive			

MULTIDIMENSIONAL ANXIETY SCALE FOR CHILDREN (MASC-2)

ÉCHELLES	RÉPONDANTS		
	ADOLESCENT	PARENT	RÉPONDANT SCOLAIRE
Anxiété globale			
Anxiété de séparation et phobies			
Anxiété généralisée			
Obsessions et compulsions			
Anxiété sociale			

Inquiétudes liées à l'humiliation et le rejet			
Inquiétudes de performance			
Symptômes physiologiques			
Panique			
Tension / agitation			
Évitement du mal			

YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE (YGTSS)

Le tableau ci-dessous détaille les tics moteurs et vocaux rapportés par l'adolescent, son parent et son intervenante scolaire.

	RÉPONDANTS		
	ADOLESCENT	PARENT	RÉPONDANT SCOLAIRE
TICS			

MOTEURS			
NOMBRE			
FRÉQUENCE			
INTENSITÉ			
COMPLEXITÉ			
INTERFÉRENCE			
DÉTÉRIORATION			

TICS VOCAUX			
NOMBRE			
FRÉQUENCE			
INTENSITÉ			
COMPLEXITÉ			
INTERFÉRENCE			

DÉTÉRIORATION			

MILLION ADOLESCENT CLINICAL INVENTORY (MACI)

ÉCHELLES	RÉPONDANTS		
	ADOLESCENT	PARENT	RÉPONDANT SCOLAIRE
Introverti			
Inhibé			
Dolent			
Soumis/dépendant			
Dramatisant			
Narcissique			
Antisocial			
Sadique			

Obsessif-compulsif			
Oppositionnel			
Défaitiste			
Tendance limite			
Problème d'identité			
Auto-dépréciation			
Désapprobation de l'image corporelle			
Malaise lié à la sexualité			
Insécurité avec les pairs			
Insensibilité sociale			
Difficulté familiale			
Antécédent d'abus			

Problème alimentaire			
Propension à l'abus de substances			
Prédisposition à la délinquance			
Impulsivité			
Anxiété			
Affect dépressif			
Tendance suicidaire			

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le tableau suivant fait l'inventaire des difficultés et des symptômes significatifs soulevés lors de l'évaluation et détaille des recommandations en lien avec ceux-ci.

DIFFICULTÉS / SYMPTÔMES	STRATÉGIES SUGGÉRÉES
<i>Symptômes anxieux</i>	<p>Les parents peuvent se sensibiliser au vécu d'adolescents éprouvant de l'anxiété et apprendre ce qu'ils peuvent faire pour aider leurs enfants à l'aide des livres suivants :</p> <p><i>Le blogue d'Alex : surmonter l'anxiété à l'adolescence</i></p>

	<i>Guide de survie pour surmonter les peurs et les inquiétudes</i>
<i>Symptômes dépressifs</i>	XXXXX est encouragé à développer plus de liens avec ses pairs et ses proches et briser l'isolement. Ses parents peuvent se sensibiliser à son vécu et s'outiller à l'aide du livre <i>Éli : comprendre la dépression à l'adolescence</i> .
<i>Difficultés comportementales</i>	Les parents peuvent apprendre à mieux gérer la dynamique familiale à l'aide de stratégies communicationnelles et comportementales. Il est recommandé de lire : <i>Tout savoir pour composer avec les turbulences à l'adolescence</i> <i>L'opposition : ces enfants qui vous font voir de toutes les couleurs</i> <i>Les enfants volcans</i>
<i>Difficultés d'adaptation</i>	Apprendre à mieux réagir au stress et aux situations difficiles à l'aide d'outils, tel que le livre <i>Cartons des stratégies d'adaptation</i> .
<i>Tics</i>	Les parents peuvent se sensibiliser aux tics que présente leur adolescent et s'outiller à l'aide du livre : <i>Les tics : s'en libérer... et toc!</i>

Dans l'éventualité que ces difficultés et symptômes persistent et affectent le fonctionnement de l'adolescent, une consultation professionnelle à cet effet serait recommandée.

Le livre *Autisme et adolescence* écrit par Nathalie Poirier & Catherine Kozminski publié aux Presses de l'Université Laval pourrait vous intéresser.

Il nous fera plaisir de répondre à toute question au cours du mois suivant la réception de ce rapport.

Catherine Taïeb-Lachance, B.A.
Doctorante en psychologie/neuropsychologie (Ph.D/Psy.D.)
Université du Québec à Montréal (UQAM)

XXXXX, B.Sc.
Doctorante en psychologie/neuropsychologie (Ph.D/Psy.D.)
Université du Québec à Montréal (UQAM)

Nathalie Poirier, Ph.D.
Psychologue, professeure et chercheuse
Directrice du laboratoire de recherche sur les familles d'enfants présentant un TSA

APPENDICE O

DONNÉES INTERPRÉTÉES

Résultats à L'ASRS en scores T : Répondants adolescents

Participants	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20
Score brut total	32	36	34	31	40	26	15	36	25	33	30	32	27	43	29	35	35	33	22	36
Score T total : norme parent	71	75	73	70	78	65	54	75	64	72	69	71	66	80	68	74	74	72	61	75
Score T total : norme enseignant	68	71	70	68	75	65	59	71	64	69	67	68	65	78	67	70	70	69	63	71

Résultats à L'ASRS en scores T : Répondants parents

Participants	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
Difficultés de communication sociale (SC)	66	41	52	64	54	65	69	65	62	61	55	67	64	54	72	56	76	61	81	59
Comportements atypiques (UB)	68	65	53	63	58	57	54	73	51	60	69	76	66	65	76	67	67	68	61	61
Difficultés d'auto-régulation (SR)	69	55	51	59	56	55	56	58	46	57	65	76	58	61	67	67	60	65	57	68
SC+UB+SR	72	54	52	65	56	61	61	69	53	61	66	77	65	62	76	62	72	68	70	65
Échelle DSM-5	69	58	53	66	56	61	64	76	56	62	68	76	66	62	83	65	75	68	73	62
Difficultés de socialisation avec les pairs	74	46	57	63	58	76	73	76	58	59	61	79	63	61	71	63	77	69	81	71
Difficultés de socialisation avec les adultes	59	69	52	59	63	55	54	69	55	65	63	71	65	63	74	65	67	59	67	63
Difficultés de réciprocité sociale/émotionnelle	71	50	51	64	59	63	72	64	62	62	57	73	69	58	74	58	75	66	79	64
Langage atypique	67	53	44	53	39	55	39	73	53	58	69	76	70	65	72	67	58	65	65	63
Stéréotypie	68	61	55	68	57	57	65	65	57	59	66	63	65	55	66	61	66	76	61	57
Rigidité comportementale	71	69	47	64	61	64	51	72	49	59	71	76	64	68	72	72	71	71	52	61
Sensibilité sensorielle	63	67	63	57	57	45	39	77	45	61	69	74	59	65	84	57	69	63	59	51
Difficulté d'attention	66	47	59	58	52	56	55	57	39	54	60	76	58	57	63	50	56	60	52	67

Résultats à L'ASRS en scores T : Répondants enseignants

Participants	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20
Difficultés de communication sociale (SC)	53	55	58	62	65	56	76	68	59	60	57	69	53	63	59	52	54	72	61	
Comportements atypiques (UB)	65	67	67	59	66	64	68	58	58	66	52	61	69	71	72	43	68	68	63	
Difficultés d'auto-régulation (SR)	54	54	55	54	55	66	60	52	43	62	59	48	62	65	64	37	59	65	66	
SC+UB+SR	59	60	62	60	64	64	71	61	55	64	58	61	63	69	67	43	62	71	65	
Échelle DSM-5	53	60	62	56	65	59	74	61	57	64	52	65	65	71	70	46	61	72	60	
Difficultés de socialisation avec les pairs	54	54	62	63	68	63	81	67	59	71	62	73	59	67	68	51	64	77	61	
Difficultés de socialisation avec les adultes	60	50	60	56	60	69	70	58	48	58	33	62	62	62	65	41	50	65	67	
Difficultés de réciprocité sociale/émotionnelle	51	59	55	62	67	58	70	68	59	61	52	65	55	69	64	49	54	70	66	
Langage atypique	55	61	55	46	61	52	76	46	64	76	39	52	64	75	78	39	61	68	59	
Stéréotypie	57	67	76	59	59	63	68	45	52	52	42	65	67	65	63	45	57	67	42	
Rigidité comportementale	64	67	66	60	65	61	60	60	48	62	55	61	75	74	72	46	75	67	64	
Sensibilité sensorielle	52	65	65	43	67	65	72	65	65	52	65	43	71	72	71	43	67	72	67	
Difficulté d'attention	54	56	51	51	48	66	62	51	47	56	66	49	58	65	55	37	53	60	63	

Résultats au BASC-2 en scores T : Répondants adolescents

Participant	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20
Attitude négative envers l'école	80	35	43	52	40	35	78	50	37	45	35	50	68	63	65	68	40	50	37	65
Attitude négative envers l'enseignant	72	41	39	43	50	41	74	36	38	46	50	45	55	62	39	55	48	67	39	52
Comportements dangereux	56	53	39	48	44	49	47	45	30	53	63	52	42	37	41	28	44	40	26	54
Problèmes scolaires	76	41	38	47	43	39	72	42	31	47	49	49	57	55	48	50	42	53	29	59
Atypies	73	42	48	54	56	53	45	73	48	50	76	59	76	90	45	73	45	93	57	50
Locus de contrôle : sentiment d'avoir peu de contrôle sur sa vie	67	39	44	42	51	41	39	62	36	39	53	54	57	60	60	48	41	78	42	44
Stress social	49	45	49	51	51	36	45	56	37	43	60	39	47	53	58	51	38	75	66	51
Anxiété	48	54	50	45	64	42	37	65	33	46	61	45	69	65	54	70	40	75	48	39
Dépression	45	43	48	55	51	43	41	45	40	43	49	46	57	55	53	41	40	72	43	45

Sentiment d'insuffisance	56	58	54	48	58	44	54	69	36	44	51	46	58	72	56	70	37	75	42	50
Somatisation	69	40	40	43	50	47	40	62	40	44	79	52	66	63	59	47	47	63	49	40
Problèmes internalisés	61	45	47	48	56	42	41	65	36	42	65	48	65	70	56	59	38	84	49	44
Symptômes émotionnels	52	53	53	48	58	43	53	58	35	46	55	43	58	58	59	64	36	75	54	46
Difficultés attentionnelles	61	52	60	58	63	50	50	65	41	54	70	65	52	45	69	52	50	66	67	47
Hyperactivité	63	42	57	70	54	51	33	65	36	39	66	36	54	66	52	36	51	54	76	52
Inattention/Hyperactivité	64	47	60	66	60	51	40	67	37	46	71	51	53	56	62	43	51	62	74	49
Relation positive avec ses parents	40	45	46	44	50	55	60	65	63	51	48	52	55	51	38	51	67	40	46	52
Relations interpersonnelles positives	62	55	48	39	45	49	45	45	56	59	49	42	59	52	28	49	55	32	20	48
Estime de soi positive	40	52	55	57	40	57	40	52	59	52	50	61	50	60	50	35	60	45	45	50

Autonomie	50	35	32	50	47	38	24	48	58	44	47	48	44	50	30	33	61	38	37	53
Adaptation personnelle	47	46	44	47	44	50	39	53	62	52	48	51	53	54	32	39	65	34	33	51
Anxiété liée aux examens	57	48	45	48	51	39	42	64	32	36	51	45	63	69	59	72	51	60	34	53
Contrôle de la colère	53	46	44	53	61	38	40	56	37	42	69	46	51	63	51	48	40	69	51	53
Manie	71	43	50	62	64	46	41	58	35	48	64	48	59	57	50	57	53	71	43	52
Identité personnelle positive	50	50	41	50	41	50	42	51	59	51	45	54	54	51	46	39	60	28	37	50

Résultats au BASC-2 en scores T : Répondants parents

Participant	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
Hyperactivité	86	67	52	66	67	47	60	38	50	57	86	58	63	70	75	73	70	73	55	65
Agressivité	58	53	49	58	50	45	50	40	45	45	83	49	48	61	65	66	61	61	51	65
Difficultés comportementales	48	44	57	41	53	44	57	41	39	57	75	41	53	51	71	59	48	57	39	60
Problèmes externalisés	66	55	53	55	57	45	56	39	44	53	85	49	55	62	72	68	61	65	48	65
Anxiété	66	74	89	49	56	72	54	53	47	60	52	79	74	78	76	89	48	60	64	70
Dépression	76	65	75	58	60	52	76	45	54	45	54	71	58	67	88	85	54	58	65	63
Somatisation	44	57	41	38	65	52	86	57	41	44	47	66	55	68	60	41	39	60	38	60

Problèmes internalisés	65	69	73	48	63	80	77	52	47	50	51	77	65	75	80	76	46	61	57	68
Atypies	94	63	57	64	66	52	59	44	70	73	83	60	83	56	86	70	66	80	70	64
Retrait	89	44	81	76	63	80	83	84	60	75	63	78	80	69	68	66	86	80	86	65
Difficultés attentionnelles	72	47	60	63	56	53	67	53	53	58	64	71	67	64	73	56	72	64	58	66
Symptômes comportementaux	88	59	66	68	64	56	71	51	57	62	79	69	72	69	83	75	74	75	68	69
Adaptabilité	12	54	46	37	52	47	33	39	53	40	47	35	40	26	18	19	22	33	37	42
Habilités sociales	39	58	37	41	39	41	27	43	45	33	39	58	39	37	31	41	23	39	23	27
Leadership	32	49	39	43	46	32	39	41	41	35	47	43	25	35	32	37	32	32	31	39
Compétences liées aux activités de la vie quotidienne	40	48	31	43	48	35	45	47	45	45	22	47	38	38	20	35	30	33	40	36
Communication fonctionnelle	25	38	48	46	48	29	41	43	50	41	32	35	32	41	35	43	22	34	40	29

Comportements adaptatifs	26	49	39	41	46	34	35	41	46	37	35	42	32	33	23	32	21	31	31	32
Difficultés liées au contrôle de la colère	74	68	62	56	59	56	65	43	59	50	74	64	74	74	75	77	68	68	51	72
Actes d'intimidation	53	50	48	59	53	47	60	39	42	47	79	51	56	56	62	66	60	60	54	62
Difficultés sociales et communicationnelles	84	47	60	67	60	66	76	65	60	64	68	62	76	70	82	66	84	74	76	76
Difficulté à contrôler ses émotions	79	63	69	61	55	43	63	41	53	51	59	65	59	79	84	84	67	55	57	65
Difficultés à contrôler son humeur et ses comportements (Difficultés exécutives)	89	59	64	62	61	53	67	39	50	59	79	76	67	73	84	79	73	75	60	70
Émotions négatives	89	59	72	54	52	55	55	39	50	52	59	72	67	86	87	82	78	67	54	69
Capacité à surmonter le stress et l'adversité (Résilience)	10	62	34	36	44	36	30	36	42	38	46	32	26	30	19	22	24	22	25	30

Résultats au BASC-2 en scores T : Répondants enseignants

Participant	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20
Hyperactivité		49	52	58	49	57	60	47	44	51	83	44	55	70	62	79	42	51	68	66
Agressivité		49	46	52	49	62	65	48	46	54	75	46	54	70	61	78	46	67	63	74
Difficultés comportementales		43	49	49	43	53	51	43	43	48	81	43	43	53	56	61	43	51	58	71
Problèmes externalisés		47	49	53	47	58	59	46	44	51	82	44	51	65	60	74	43	57	64	71
Anxiété		84	63	59	62	78	75	66	63	52	62	42	78	84	69	55	42	84	80	56
Dépression		54	51	62	60	65	91	53	56	48	74	48	48	74	73	80	42	60	64	62
Somatisation		48	47	43	43	56	56	59	47	43	60	47	52	96	68	48	43	84	47	72
Problèmes internalisés		64	54	56	56	69	78	61	56	47	68	45	61	90	74	63	41	80	67	66

Difficultés attentionnelles	47	51	62	49	42	65	64	52	45	59	72	56	54	66	59	47	54	74	68
Difficultés d'apprentissage	61	45	48	51	53	81	57	55	66	71	90	58	71	76	56	56	71	48	62
Problèmes scolaires	54	48	55	50	47	75	61	54	56	66	83	58	64	73	58	52	64	62	66
Atypies	70	51	68	63	55	55	79	54	55	67	44	63	63	82	74	44	48	82	68
Retrait	52	58	66	64	64	75	75	89	58	69	61	86	58	75	72	41	66	94	72
Symptômes comportementaux	54	52	64	57	60	73	63	58	52	77	53	63	69	74	80	42	60	80	72
Adaptabilité	50	39	41	37	46	33	43	47	58	58	60	56	33	29	33	60	41	33	41
Habiletés sociales	48	34	49	55	43	47	38	42	40	43	53	45	54	42	45	50	43	36	34
Leadership	39	41	52	54	44	42	31	49	49	49	34	34	46	34	44	51	42	39	44
Compétences liées aux études	49	49	50	49	55	35	46	60	52	43	36	55	46	36	40	61	46	54	40
Communication fonctionnelle	29	46	51	40	36	43	29	46	45	40	38	43	43	29	38	54	52	42	46

Comportements adaptatifs	42	41	48	47	44	39	36	49	59	46	43	43	44	32	39	56	44	40	40
Contrôle de la colère	43	55	50	54	62	70	58	48	43	59	55	56	70	79	62	48	67	69	65
Actes d'intimidation	49	50	54	46	55	58	45	43	55	90	43	49	69	65	78	46	55	65	72
Difficultés sociales et communicationnelles	61	62	63	57	60	64	73	69	52	64	56	66	57	73	66	45	64	77	72
Difficulté à contrôler ses émotions	65	53	63	62	65	73	63	50	43	54	43	54	80	76	92	50	54	79	60
Difficultés à contrôler son humeur et ses comportements (Difficultés exécutives)	56	56	61	56	65	59	49	51	50	74	54	59	77	78	83	44	68	75	68
Émotions négatives	54	57	57	68	73	64	49	62	40	40	49	54	87	79	82	40	78	70	62
Capacité à surmonter le stress et l'adversité (Résilience)	40	42	40	45	42	28	39	40	51	45	52	42	33	30	26	56	42	32	42

Résultats au MACI en scores T : Répondants adolescents

Participants	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20
Introversif/Schizoïde	69	41	69	79	31	60	56	74		39	68	59	55	59	74	50	48	102	85	51
Inhibé/Schizotypique	70	65	89	113	86	48	66	66		52	78	52	79	33	71	74	69	108	77	25
Dolent/Dépressif	21	39	64	45	44	14	33	48		5	42	39	64	33	14	41	17	89	37	20
Soumis/Dépendant	62	60	74	57	73	68	51	71		51	20	77	73	59	5	67	86	73	49	36
Dramatisant/Histrionique	40	65	40	26	45	62	41	47		56	38	51	48	66	46	48	72	25	37	72
Égoïsme/Narcissique	39	61	33	33	49	61	27	52		68	51	52	51	56	42	36	70	26	56	58
Indiscipliné/Antisocial	57	34	57	42	48	58	64	57		55	75	28	59	81	72	54	41	41	49	88
Utilisation de la force/Sadique	19	14	19	13	32	30	44	32		52	93	10	32	44	60	32	17	28	70	72
Conformité/Obsessif-compulsif	48	67	49	53	58	62	48	49		58	26	55	56	49	57	48	92	52	53	43
Oppositionnel	55	30	51	24	46	33	62	62		29	66	60	64	51	54	69	42	70	62	67

Auto-dégradant/Défaitiste	73	42	63	28	75	18	42	42	6	60	18	41	24	13	56	23	75	43	24
Tendances limites/Bordeline	15	23	47	37	31	31	43	43	22	52	7	49	50	33	62	30	71	22	47
Diffusion/Problème d'identité	8	30	51	18	30	18	20	52	32	64	19	63	71	49	31	15	82	81	77
Dévalorisation de soi/Auto-dépréciation	56	41	45	33	67	16	57	46	20	50	28	61	40	29	71	24	74	48	40
Désapprobation de son image corporelle	96	20	7	35	66	18	62	27	13	21	23	40	6	12	63	14	49	25	31
Malaise lié à la sexualité/Traumatisme sexuel	69	67	71	74	52	68	57	73	77	82	83	68	39	68	52	74	58	57	59
Insécurité avec les pairs	50	53	56	106	51	48	24	65	41	97	34	74	48	83	65	37	84	101	46
Insensibilité sociale	42	42	46	38	34	62	49	52	61	64	52	55	56	79	36	51	40	80	90
Discorde/difficultés familiales	67	61	58	36	75	47	48	75	54	30	35	57	56	35	49	44	56	41	94
Antécédants d'abus	39	17	27	11	20	6	10	27	25	59	15	50	10	46	33	9	49	17	31
Problèmes alimentaires	50	28	4	14	48	12	24	13	23	70	26	47	12	5	34	9	51	10	23

Propension à l'abus de substances	28	20	23	15	28	23	30	28	44	72	8	24	23	23	24	11	42	23	79
Prédisposition à la délinquance	50	42	65	45	34	54	50	59	59	81	50	44	68	70	34	9	52	59	104
Impulsivité	28	48	55	69	66	72	55	69	58	55	27	60	65	72	66	24	34	38	79
Anxiété	50	70	100	20	62	57	49	80	58	71	80	83	63	52	58	80	78	66	43
Dépression	80	84	63	90	79	13	57	48	45	15	44	80	34	39	78	54	82	55	42
Tendances suicidaires	17	14	11	45	13	5	28	12	15		12	24	5	13	34	11	37	11	21

Résultats au MACI en scores T : Répondants parents

Participants	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
Introversif/Schizoïde	103	35	79	102	50	71	101	88	77	59	47	76	77	67	74	49	109	102	82	75
Inhibé/Schizotypique	112	64	101	117	75	55	118	66	47	58	61	125	106	38	78	78	97	84	82	52
Dolent/Dépressif	63	45	88	69	30	17	103	15	31	7	27	80	43	5	70	18	45	45	30	33
Soumis/Dépendant	57	104	74	80	75	87	46	80	65	70	50	92	88	57	50	61	68	66	54	58
Dramatisant/Histrionique	24	56	27	18	54	72	14	63	59	63	54	26	40	56	39	47	44	49	28	51
Égoïsme/Narcissique	22	44	33	22	45	64	18	57	47	58	58	26	31	49	25	32	49	39	39	40
Indiscipliné/Antisocial	42	42	36	36	48	41	61	32	33	48	85	6	11	29	76	50	48	63	36	20
Utilisation de la force/Sadique	47	22	1	19	17	21	53	15	18	25	89	10	4	55	73	34	49	21	21	97
Conformité/Obsessif-compulsif	45	65	55	49	65	71	45	82	63	65	45	56	78	52	37	52	58	48	54	46
Oppositionnel	74	32	34	51	49	18	68	19	36	22	74	51	24	16	73	29	32	62	52	67

Auto-dégradant/Défaitiste	91	54	57	67	57	36	81	17	20	29	37	87	54	62	53	29	36	64	23	23
Tendances limites/Bordeline	73	59	47	47	27	30	97	21	37	20	62	73	59	46	69	61	52	62	22	43
Diffusion/Problème d'identité	60	25	51	52	34	22	76	29	39	29	76	40	66	21	64	37	67	53	46	75
Dévalorisation de soi/Auto-dépréciation	79	49	49	78	54	29	82	10	14	21	58	85	60	7	47	55	34	40	50	51
Désapprobation de son image corporelle	67	36	7	57	53	77	67	15	4	11	52	70	15	66	12	43	19	53	38	14
Malaise lié à la sexualité/Traumatisme sexuel	58	60	65	102	49	117	54	78	66	66	47	83	55	29	54	47	117	60	61	49
Insécurité avec les pairs	75	46	86	104	78	38	99	75	46	49	54	91	81	54	78	70	80	77	99	85
Insensibilité sociale	51	47	32	22	45	29	48	44	49	59	100	8	30	57	65	37	87	50	56	72
Discorde/difficultés familiales	74	80	40	20	61	43	36	12	27	39	76	30	11	7	80	39	38	69	21	64
Antécédants d'abus	19	50	15	13	36	66	11	19	4	15	28	50	6	7	53	3	7	13	6	18
Problèmes alimentaires	28	32	2	28	32	48	26	8	3	13	56	70	18	8	7	28	9	41	19	18

Propension à l'abus de substances	28	17	6	15	13	21	34	2	4	23	44	6	2	15	44	20	28	19	11	36
Prédisposition à la délinquance	43	34	36	16	36	43	45	47	50	59	75	11	23	52	50	34	47	41	34	47
Impulsivité	31	60	24	55	36	24	62	10	34	31	85	31	12	55	75	63	57	51	24	51
Anxiété	110	101	110	65	73	66	46	78	59	60	54	109	112	93	48	79	101	102	62	61
Dépression	85	78	63	83	75	56	90	26	32	30	71	95	79	48	83	75	53	51	48	86
Tendances suicidaires	17	22	8	18	21	18	66	6	9	16	24	19	10	6	33	10	9	13	7	19

Résultats au MACI en scores T : Répondants enseignants

Participants	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20
Introversif/Schizoïde		74	69	69	73	68	79	104	82	71	74	72	85	62	83	50	65	86	95	70
Inhibé/Schizotypique		84	73	85	85	49	128	74	99	36	87	53	105	83	71	81	78	112	116	89
Dolent/Dépressif		54	45	20	39	18	107	33	20	11	56	20	45	38	11	20	26	63	100	73
Soumis/Dépendant		82	66	66	71	70	71	75	57	66	37	73	89	78	51	63	97	85	51	39
Dramatisant/Histrionique		37	48	27	25	66	22	40	26	52	48	74	19	44	50	45	69	28	13	39
Égoïsme/Narcissique		20	40	32	31	69	11	37	43	45	61	75	28	35	42	44	60	39	30	32
Indiscipliné/Antisocial		25	20	9	56	38	25	9	18	38	89	39	25	28	63	50	32	28	55	78
Utilisation de la force/Sadique		22	19	5	35	23	19	5	27	31	80	29	11	24	61	35	32	16	66	81
Conformité/Obsessif-compulsif		56	58	58	59	73	37	58	72	58	28	79	70	58	52	50	95	59	23	20
Oppositionnel		26	16	11	39	42	71	24	24	36	49	33	27	19	30	26	31	51	62	74

Auto-dégradant/Défaitiste	53	28	48	72	16	92	20	31	8	26	20	55	48	28	25	37	63	81	73
Tendances limites/Bordeline	62	48	29	50	27	104	18	22	31	48	26	36	61	28	48	39	40	97	82
Diffusion/Problème d'identité	76	64	25	37	29	78	52	44	54	53	18	57	50	40	21	32	49	69	80
Dévalorisation de soi/Auto-dépréciation	84	29	39	56	30	93	25	50	16	53	15	49	36	13	33	15	62	77	76
Désapprobation de son image corporelle	59	6	36	56	31	65	28	34	6	21	12	37	10	3	30	30	41	16	19
Malaise lié à la sexualité/Traumatisme sexuel	75	70	85	47	80	54	95	74	61	32	89	99	57	64	59	80	116	51	37
Insécurité avec les pairs	72	74	107	85	61	83	77	106	48	78	40	84	73	79	83	54	113	105	72
Insensibilité sociale	52	56	23	47	73	9	43	56	68	90	53	40	33	72	50	42	48	49	55
Discorde/difficultés familiales	61	16	19	33	46	39	18	7	34	83	35	4	21	72	58	22	15	77	78
Antécédants d'abus	45	6	16	37	19	29	12	10	18	21	16	52	14	22	18	13	61	52	31
Problèmes alimentaires	38	5	21	47	25	29	13	15	12	24	14	21	11	2	16	14	22	11	8

Propension à l'abus de substances	15	11	8	23	6	6	4	8	21	63	2	11	11	28	26	2	13	40	57
Prédisposition à la délinquance	34	52	23	34	54	2	36	32	45	78	43	32	38	67	44	38	41	29	68
Impulsivité	51	31	38	56	31	24	3	24	31	85	27	9	21	72	69	6	27	85	75
Anxiété	99	97	73	67	80	94	115	77	63	42	74	110	113	64	56	84	102	107	48
Dépression	98	65	73	80	51	104	41	66	38	77	40	75	61	43	72	50	65	87	78
Tendances suicidaires	33	5	5	38	22	67	13	14	5	7	14	11	11	7	5	2	16	33	22

Résultats au MASC-2 en scores T : Répondants adolescents

Participants	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20
Total des scores du MASC-2	64	54	67	52	66	57	40	69	40	61	69	63	76	76	57	62	52	78	59	52
Anxiété de séparation et phobies	69	60	59	55	54	72	40	77	40	47	65	67	71	74	56	82	57	69	67	45
Index TAG	50	74	53	53	67	62	44	60	40	57	69	60	79	71	55	52	47	80	62	55
Total des scores de l'anxiété sociale	56	53	69	51	66	45	45	58	40	51	59	45	61	62	66	53	53	67	51	52
Inquiétudes liées à l'humiliation et le rejet	62	55	73	51	73	41	49	54	40	46	61	46	61	54	62	67	49	67	56	51
Inquiétudes de performance	45	51	63	49	55	53	41	61	40	57	55	45	58	69	67	40	58	61	41	53
Obsessions et compulsions	71	51	73	46	64	55	41	62	44	66	77	68	84	71	57	51	49	70	50	57
Total des scores des symptômes physiologiques	63	51	54	61	65	44	46	66	40	64	60	56	71	71	50	65	51	74	69	54
Panique	59	44	46	57	61	40	51	59	40	59	67	62	73	59	50	64	52	76	73	51
Tension/Agitation	66	60	66	66	67	50	40	73	40	69	50	47	67	85	50	64	50	69	62	58
Évitement du mal (harm avoidance)	43	45	49	41	49	56	40	52	47	52	54	60	47	58	48	42	51	58	43	43

Résultats au MASC-2 en scores T : Répondants parents

Participants	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
Total des scores du MASC-2	69	69	64	57	58	50	52	55	49	52	60	90	81	72	54	66	61	70	54	67
Anxiété de séparation et phobies	62	74	43	50	65	53	43	57	55	48	77	87	53	65	60	80	62	77	45	60
Index TAG	51	79	69	57	57	48	60	51	43	43	54	90	72	78	66	66	60	57	51	78
Total des scores de l'anxiété sociale	44	69	77	70	57	55	49	60	51	51	53	77	84	51	59	71	51	47	55	75
Inquiétudes liées à l'humiliation et le rejet	40	82	72	63	61	49	58	58	52	52	52	75	79	49	70	73	40	46	58	75
Inquiétudes de performance	61	46	76	72	51	61	40	61	50	50	55	72	84	54	42	63	71	50	50	69
Obsessions et compulsions	90	54	59	42	51	59	52	52	42	70	54	90	78	63	42	48	54	73	49	45
Total des scores des symptômes physiologiques	67	55	57	59	62	43	71	50	47	50	62	74	82	74	64	65	82	74	69	69
Panique	69	63	48	43	57	43	73	43	43	43	50	73	76	52	56	44	76	69	69	56
Tension/Agitation	61	47	65	73	64	44	65	57	53	57	70	69	81	90	69	81	81	73	65	78
Évitement du mal (harm avoidance)	51	55	49	42	43	42	40	42	49	44	45	63	53	63	40	42	47	44	40	44

Résultats au MASC-2 en scores T : Répondants enseignants

Participants	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20
Total des scores du MASC-2	67	65	49	73	67	53	59	64	51	64	41	80	66	67	54	62	82	80	68	
Anxiété de séparation et phobies	65	43	40	65	60	43	67	67	48	74	74	59	54	55	85	62	72	82	48	
Index TAG	82	63	43	69	72	60	51	54	40	60	46	72	78	68	45	57	83	63	66	
Total des scores de l'anxiété sociale	59	64	55	71	64	70	47	57	45	61	40	75	57	63	40	63	47	57	64	
Inquiétudes liées à l'humiliation et le rejet	55	60	55	67	63	75	40	52	40	64	40	64	55	64	43	67	43	49	63	
Inquiétudes de performance	63	65	54	71	61	57	69	61	57	55	40	84	57	60	40	55	54	65	61	
Obsessions et compulsions	54	73	52	60	59	42	56	59	70	63	42	51	42	66	54	57	84	90	80	
Total des scores des symptômes physiologiques	89	57	62	82	64	59	52	59	55	68	50	90	81	69	58	72	86	78	71	
Panique	70	56	48	63	60	56	48	56	48	57	43	90	60	60	44	70	81	60	77	
Tension/Agitation	90	57	73	90	65	61	57	61	61	75	57	90	90	74	70	70	82	90	61	
Évitement du mal (harm avoidance)	45	56	42	49	51	40	49	54	40	42	40	55	51	47	42	43	63	48	44	

Résultats au YGTSS : Répondants adolescents

	Nombre de participants (n)	
	Présentement	Période la plus sévère
<i>Tics moteurs simples</i>		
Clignement des yeux	2	5
Mouvement des yeux	3	3
Mouvement du nez	1	0
Mouvement de la bouche	6	7
Grimace faciale	3	2
Mouvement de la tête	2	1
Haussement d'épaule	2	2
Mouvement des bras	0	1
Mouvement des mains	3	7
Tensions abdominales	0	0
Mouvement des jambes, pieds ou orteils	9	6
Balancement	1	0
Élargir le ventre	1	1
Vérification compulsive de l'heure	1	1
Froncer les sourcils	1	1
Tirer des mèches de cheveux	1	0
Jouer avec les ongles	1	0

Gratter la tête	1	1
Regarder derrière soi	1	1
<i>Tics moteurs complexes</i>		
Mouvement des yeux	1	0
Mouvement de la bouche	1	2
Expressions faciales	3	2
Gestes de la tête	2	2
Mouvement des épaules	0	0
Mouvement des bras	0	0
Mouvements des mains	4	4
Tics d'écriture	7	3
Posture dystonique	0	0
Se pencher ou s'étirer	2	3
Faire des rotations	1	2
Mouvement des jambes, des pieds ou des orteils	3	3
Blocage (commence mouvement et interrompt soudainement)	0	0
Comportement compulsif (toucher, taper, égaliser)	11	6
Copropraxie	1	1
Comportements auto-destructeurs	2	4
Paroxysmes des tics	0	0
Comportements désinhibés	1	0

Gratter la peau	1	1
Grincer les dents	1	1
Craquer les bras ou les doigts	2	2
Posture hypotonique	1	1
Imitation des tics d'autrui	1	0
Trichotillomanie	1	1
Gratter crâne	1	0
Frotter menton	1	0
Inspecter la peau des mains	2	1
<i>Tics phoniques simples</i>		
Toux	2	3
Éclaircissement de la gorge	5	6
Renflement	4	3
Sons d'oiseaux ou d'animaux	1	2
Grands soupirs	1	1
Fou-rire incontrôlable	1	2
Avaler fortement	1	1
Imitation de voix	1	0
Répétition de phrases de films	0	1
Discours théâtral et voix bizarres	1	0

Tics phoniques complexes

Répétition de syllabes	0	1
Répétition de mots	1	4
Coprolalie	2	0
Écholalie	1	1
Palilalie	1	2
Blocage (discours interrompu soudainement)	1	1
Discours atypique	3	2
Discours désinhibé	2	1

Résultats au YGTSS : Répondants parents

	Nombre de participants (n)	
	<i>Présentement</i>	<i>Période la plus sévère</i>
<i>Tic moteur simple</i>		
Clignement des yeux	1	3
Mouvement des yeux	2	5
Mouvement du nez	2	3
Mouvement de la bouche	6	9
Grimace faciale	2	8
Mouvement de la tête	2	4
Haussement d'épaule	2	3
Mouvement des bras	3	7
Mouvement des mains	8	11
Tensions abdominales	0	0
Mouvement des jambes, pieds ou orteils	3	3
Serrer les dents	1	1
Sentir les doigts	1	0
Manger compulsivement	1	0
Se gratter la tête	1	1

Balancement	1	1
Courir de courtes distances subitement	1	0
<i>Tics moteurs complexes</i>		
Mouvement des yeux	1	3
Mouvement de la bouche	1	2
Expressions faciales	3	5
Gestes de la tête	0	1
Mouvement des épaules	2	2
Mouvement des bras	2	3
Mouvements des mains	3	8
Tics d'écriture	2	2
Posture dystonique	2	2
Se pencher ou s'étirer	3	3
Faire des rotations	1	2
Mouvement des jambes, des pieds ou des orteils	1	1
Blocage (commence mouvement et interrompe soudainement)	0	0
Comportement compulsif (toucher, taper, égaliser)	2	2
Copropraxie	0	0

Comportements auto-destructeurs	2	3
Paroxysmes des tics	0	0
Comportements désinhibés	2	0
Se déshabiller	2	1
Se gratter la tête	1	1
<i>Tics vocaux simples</i>		
Toux	3	7
Éclaircissement de la gorge	3	9
Reniflement	4	5
Bruits de bouche	1	4
Sons ou grognement d'animaux	2	0
Voix ou Imitation de personnages de films	2	0
Répétition de phrases de films	1	1
Discours théâtral et voix bizarres	1	0
<i>Tics vocaux complexes</i>		
Répétition de syllabes	0	1
Répétition de mots	1	5
Coprolalie	2	2
Écholalie	4	8

Palilalie	0	2
Blocage (discours interrompu soudainement)	1	1
Discours atypique	1	3
Discours désinhibé	3	1

Résultats au YGTSS : Répondants enseignants

	Nombre de participants (n)	
	<i>Présentement</i>	<i>Période la plus sévère</i>
<i>Tic moteur simple</i>		
Clignement des yeux	2	2
Mouvement des yeux	2	1
Mouvement du nez	1	1
Mouvement de la bouche	1	2
Grimace faciale	7	8
Mouvement de la tête	2	2
Haussement d'épaules	2	2
Mouvement des bras	2	2
Mouvement des mains	4	4
Tensions abdominales	0	1
Mouvement des jambes, pieds ou orteils	0	1
Tire sur ses vêtements	1	2
<i>Tics moteurs complexes</i>		
Mouvement des yeux	0	0
Mouvement de la bouche	1	0

Expressions faciales	2	1
Gestes de la tête	0	0
Mouvement des épaules	0	0
Mouvement des bras	1	0
Mouvements des mains	1	0
Tics d'écriture	1	1
Posture dystonique	0	0
Se pencher ou s'étirer	1	1
Faire des rotations	0	0
Mouvement des jambes, des pieds ou des orteils	0	0
Blocage (commence mouvement et interrompt soudainement)	0	0
Comportement compulsif (toucher, taper, égaliser)	1	1
Copropraxie	0	0
Comportements auto-destructeurs	2	3
Paroxysmes des tics	0	0
Comportements désinhibés	2	1
Manipule ses oreilles	1	0
Manipule de petits objets entre ses doigts	1	0

Fermer les yeux pendant plusieurs minutes	1	1
---	---	---

Tics vocaux simples

Toux	3	3
------	---	---

Éclaircissement de la gorge	3	3
-----------------------------	---	---

Reniflement	2	2
-------------	---	---

Sons ou grognement d'animaux	1	2
------------------------------	---	---

Voix bizarres	1	0
---------------	---	---

Rire compulsif	1	1
----------------	---	---

Tics vocaux complexes

Répétition de syllabes	0	0
------------------------	---	---

Répétition de mots	1	1
--------------------	---	---

Coprolalie	1	3
------------	---	---

Écholalie	3	4
-----------	---	---

Palilalie	0	0
-----------	---	---

Blocage (discours interrompu soudainement)	0	0
--	---	---

Discours atypique	1	1
-------------------	---	---

Discours désinhibé	1	0
--------------------	---	---

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revised (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-Based Psychological Treatments : An Update and a Way Forward. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 1–27.
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(10), 1005–1014.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(1), 46–62.
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., Gravatt, M., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-Behavioral Treatment of Anxiety Disorders in Children : Long-Term (6 Year) Follow-Up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(1), 135–141.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-Term Outcomes of an Australian Universal Prevention Trial of Anxiety and Depression Symptoms in Children and Youth: An Evaluation of the Friends Program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(3), 356–368.
- Béland, K., & Goupil, G. (2005). Pratiques et Perceptions des Psychologues Scolaires Face à l'Évaluation des Élèves en Difficulté d'Apprentissage au Québec. *Canadian Journal of School Psychology, 20*(1/2), 44–61.

- Bélangier, J., & Héroux de Sève, J. (2009). *Troubles envahissants du développement (TED) Services dans le milieu de vie : Suivi de gestion*.
- Bellini, S. (2004). Social Skill Deficits and Anxiety in High-Functioning Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, 19*(2), 78–86.
- Bernstein, G. A., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Layne, A. E. (2008). School-Based Interventions for Anxious Children: 3-, 6-, and 12-Month Follow-ups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(9), 1039–1047.
- Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A., & Tennison, D. M. (2005). School-Based Interventions for Anxious Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(11), 1118–1127.
- Bradley, E. A., Summers, J. A., Wood, H. L., & Bryson, S. E. (2004). Comparing Rates of Psychiatric and Behavior Disorders in Adolescents and Young Adults with Severe Intellectual Disability with and without Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*(2), 151–161.
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescence, 33*(3), 429–438.
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2018). *Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition*. https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/CADDRA-Guidelines-4th-Edition_-Feb2018.pdf
- Canino, G., Polanczyk, G., Bauermeister, J. J., Rohde, L. A., & Frick, P. J. (2010). Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(7), 695–704.
- Canitano, R., & Vivanti, G. (2007). Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders. *Autism, 11*(1), 19–28.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 817–833.

- Chawarska, K., Klin, A., Paul, R., & Volkmar, F. (2007). Autism spectrum disorder in the second year : stability and change in syndrome expression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 128–138.
- Christner, R. W., Forrest, E., Morley, J., & Weinstein, E. (2007). Taking cognitive-behavior therapy to school: A school-based mental health approach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(3), 175–183.
- Christner, R. W., Mennuti, R., & Stewart-Allen, J. (2004). School-based cognitive-behavior therapy (CBT). *Pennsylvania Psychologist Quarterly*, 64(8), 22–23.
- CHU Sainte-Justine. (2010). *Syndrome Gilles de la Tourette: Dépliant destiné aux parents pour mieux comprendre et vivre avec un enfant atteint du syndrome*. https://www.chusj.org/getmedia/2685f563-32d3-426b-bce9-a781619bdb10/depliant_F-861_syndrome-Gilles-de-la-Tourette-mieux-comprendre_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
- Clarke, C., Hill, V., & Charman, T. (2017). School based cognitive behavioural therapy targeting anxiety in children with autistic spectrum disorder: a quasi-experimental randomised controlled trial incorporating a mixed methods approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(12), 3883–3895.
- Collaborative for Academic Social and Emotional Learning [CASEL]. (2003). *Creating connections for student success: Annual report*.
- Collège des médecins du Québec & Ordre des psychologues du Québec. (2012). *Les troubles du spectre de l'autisme: Lignes directrices*. <https://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/Lignes-autisme-2012.pdf>
- Comité consultatif des services aux élèves à besoins particuliers. (2018). *Guide pratique pour les parents d'élèves à besoins particuliers de la CSDM*. https://csdm.ca/wp-content/blogs.dir/6/files/GUIDE_CCSEHDAA_WEB.pdf
- Community-University Partnership for the Study of Children Youth and Families. (2011). *Review of the Behavior Assessment System for Children - Second Edition (BASC-2)*. <https://www.ualberta.ca/community-university-partnership/media-library/community-university-partnership/resources/tools---assessment/basc-2jan-2012.pdf>

- Compton, S. N., Nelson, A. H., & March, J. S. (2000). Social Phobia and Separation Anxiety Symptoms in Community and Clinical Samples of Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1040–1046.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837–844.
- Craske, M. G. & Simos, G. (2013). Panic Disorder and Agoraphobia. Dans G. Simos & S. G. Hofmann (dir.), *CBT for Anxiety Disorders : A Practitioner Book* (1re éd., pp. 3-24). Wiley-Blackwell.
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 20(3), 775–803.
- De Giacomo, A., & Fombonne, E. (1998). Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3), 131–136.
- Deschatelets, J. (2016). Accueillir un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme en contexte d'intervention comportementale intensive en centre de la petite enfance. *Journal on Developmental Disabilities*, 22(1), 68–88.
- Dickerson Mayes, S., Calhoun, S. L., Murray, M. J., & Zahid, J. (2011). Variables Associated with Anxiety and Depression in Children with Autism. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 23(4), 325–337.
- Dionne, C., Joly, J., Paquet, A., Rousseau, M., & Rivard, M. (2012). *L'intervention comportementale intensive (ICI) au Québec : Portrait de son implantation et mesure de ses effets chez l'enfant ayant un trouble envahissant du développement, sa famille et ses milieux*. http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/PC_DionneC_rapport-annexes_ICI_.pdf/debf9727-4b63-4532-aca4-dfbec54c27b5
- Durham, R. C. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183–187.
- Eisen, A. R., & Schaefer, C. E. (2007). *Separation anxiety in children and adolescents:*

An individualized approach to assessment and treatment. Guilford Press.

Farrugia, S., & Hudson, J. (2006). Anxiety in Adolescents With Asperger Syndrome: Negative Thoughts, Behavioral Problems, and Life Interference. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(1), 25–35.

Fédération Québécoise de l'Autisme et des autres Troubles Envahissants du Développement. (2009). *La situation des élèves TED au Québec.* <https://www.autisme.qc.ca/assets/files/06-documentation/02-publication-thematique/Education/2009situation-TSA-FQATED.pdf>

Fombonne, E., Zakarian, R., Bennett, A., Meng, L., & McLean-Heywood, D. (2006). Pervasive Developmental Disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and Links with Immunizations. *Pediatrics*, 118(1), e139–e150.

Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(10), 1203–1211.

Fountain, C., Winter, A. S., & Bearman, P. S. (2012). Six Developmental Trajectories Characterize Children With Autism. *Pediatrics*, 129(5), e1112–e1120.

Ghaziuddin, M. (2002). Asperger Syndrome: Associated Psychiatric and Medical Conditions. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(3), 138–144.

Ginsburg, G. S., Becker, K. D., Kingery, J. N., & Nichols, T. (2008). Transporting CBT for Childhood Anxiety Disorders into Inner-City School-Based Mental Health Clinics. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 148–158.

Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T., & Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(6), 761–769.

Goldstein, S., & Naglieri, J. A. (2012). *Autism Spectrum Rating Scales (ASRS™)*. Multi-Health Systems.

Goldstein, S., & Schwebach, A. (2004). The Comorbidity of Pervasive Developmental

Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results of a Retrospective Chart Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(3), 329–339.

Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*, 29(1), 351–361.

Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28(2), 285–305.

Granpeesheh, D., Dixon, D. R., Tarbox, J., Kaplan, A. M., & Wilke, A. E. (2009). The effects of age and treatment intensity on behavioral intervention outcomes for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 1014–1022.

Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., & Cox, A. (2000). Social and Psychiatric Functioning in Adolescents with Asperger Syndrome Compared with Conduct Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 279–293.

Gurney, J. G., McPheeters, M. L., & Davis, M. M. (2006). Parental Report of Health Conditions and Health Care Use Among Children With and Without Autism: National Survey of Children's Health. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 825–830.

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621–632.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_InterventionsReadap_TraitementPharmaco_EnfantsAut.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *État des pratiques : Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins*.

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Portrait_TDAH_IMS.pdf

Jancarik, A.-S. (2010). *Recherche documentaire sur les taux de prévalence et le processus d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (TSA)*. https://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Recherche/2010-10_Pre%CC%81valence%20et%20e%CC%81valuations%20TSA.pdf

Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, *120*(5), 1183–1215.

Jordan, C., Reid, A. M., Mariaskin, A., Augusto, B., & Sulkowski, M. L. (2012). First-line treatment for pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *42*(4), 243–248.

Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., ... Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *40*(11), 1361–1370.

Kaat, A. J., & Lecavalier, L. (2013). Disruptive behavior disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders: A review of the prevalence, presentation, and treatment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *7*(12), 1579–1594.

Kanne, S. M., Abbacchi, A. M., & Constantino, J. N. (2009). Multi-informant Ratings of Psychiatric Symptom Severity in Children with Autism Spectrum Disorders: The Importance of Environmental Context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *39*(6), 856–864.

Katzman, M. A. (2009). Current Considerations in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *CNS Drugs*, *23*(2), 103–120.

Kelly, B., Longbottom, J., Potts, F., & Williamson, J. (2004). Applying Emotional Intelligence: Exploring the Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum. *Educational Psychology in Practice*, *20*(3), 221–240.

Kessler, R., Petukhova, M., Sampson, N., Zaslavsky, A., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and

mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184.

Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., & Wilson, F. J. (2000). The Prevalence of Anxiety and Mood Problems among Children with Autism and Asperger Syndrome. *Autism*, 4(2), 117–132.

King, N., Tonge, B. J., Heyne, D., Turner, S., Young, D., Rollings, S., ... Ollendick, T. H. (2001). Cognitive-Behavioural Treatment of School-Refusing Children: Maintenance of improvement at 3- to 5-year follow-up. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 85–89.

King, T. M., & Glascoe, F. P. (2003). Developmental surveillance of infants and young children in pediatric primary care. *Current Opinion in Pediatrics*, 15(6), 624–629.

Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M. L., Ebeling, H., ... Moilanen, I. (2008). Social Anxiety in High-Functioning Children and Adolescents with Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1697–1709.

Langlois, K. A., Samokhvalov, A. V., Rehm, J., Spence, S. T., & Goyer, C. (2012). *Descriptions des états de santé au Canada : Maladies mentales*. Statistiques Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-619-m/82-619-m2012004-fra.pdf?st=XuUJ-7yE>

Lazoff, T., Zhong, L., Piperni, T., & Fombonne, E. (2010). Prevalence of Pervasive Developmental Disorders among Children at the English Montreal School Board. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(11), 715–720.

Le Protecteur du Citoyen. (2012). *Les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : De l'engagement gouvernemental à la réalité*. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2012-05-23_rapport_ted_2.pdf

Le Protecteur du Citoyen. (2015). *Rapport du Protecteur du citoyen sur l'accès, la continuité et la complémentarité des services pour les jeunes (0-18 ans) présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme*. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/communiqués/2015-03->

[24_autisme-deficience-intellectuelle.pdf](#)

- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J., & 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.
- Leclerc, J. B., Pabst, A., Valois, P., Bombardier, M., Berthiaume, C., & 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.
- Lee, D. O., & Ousley, O. Y. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in a Clinic Sample of Children and Adolescents with Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(6), 737–746.
- Levy, A., & Perry, A. (2011). Outcomes in adolescents and adults with autism: A review of the literature. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(4), 1271–1282.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... Lainhart, J. E. (2006). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 849–861.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Lutzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883–900.
- Lopata, C., & Thomeer, M. L. (2014). Autism and Anxiety in School. Dans T. E. Davis III, S. W. White, & T. H. Ollendick (dir.). *Handbook of Autism and Anxiety* (pp. 201-214). Springer.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule: ADOS-2*. Western Psychological Services.
- Lussier, F., Chevrier, E., & Gascon, L. (2017). *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent : Troubles développementaux et de l'apprentissage* (3e éd.). Dunod.

- Luxford, S., Hadwin, J. A., & Kovshoff, H. (2017). Evaluating the Effectiveness of a School-Based Cognitive Behavioural Therapy Intervention for Anxiety in Adolescents Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(12), 3896–3908.
- Mack, H., Fullana, M. A., Russell, A. J., Mataix-Cols, D., Nakatani, E., & Heyman, I. (2010). Obsessions and compulsions in children with Asperger's syndrome or high-functioning autism: a case-control study. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(12), 1082–1088.
- Manassis, K., Wilansky-Traynor, P., Farzan, N., Kleiman, V., Parker, K., & Sanford, M. (2010). The Feelings Club: Randomized Controlled Evaluation of School-Based CBT for Anxious or Depressive Symptoms. *Depression and Anxiety*, 27(10), 945–952.
- Manly, T., Anderson, V., Nimmo-Smith, I., Turner, A., Watson, P., & Robertson, I. H. (2001). The Differential Assessment of Children's Attention: The Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch), Normative Sample and ADHD Performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(8), 1065–1081.
- Mannion, A., Leader, G., & Healy, O. (2013). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(1), 35–42.
- March, J. S. (2013). *Manual for the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC 2)*. Multi-Health Systems.
- Masi, A., DeMayo, M. M., Glozier, N., & Guastella, A. J. (2017). An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. *Neuroscience Bulletin*, 33(2), 183–193.
- Matson, J. L., & Horovitz, M. (2010). Stability of Autism Spectrum Disorders Symptoms over Time. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 331–342.
- Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., ... Moilanen, I. (2010). Comorbid Psychiatric Disorders Associated with Asperger Syndrome/High-Functioning Autism: A Community- and Clinic-based

Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1080–1093.

Mazefsky, C. A., Kao, J., & Oswald, D. P. (2011). Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 164–174.

Mazzone, L., Ruta, L., & Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, 11(16), 1–13.

McGillivray, J. A., & Evert, H. T. (2014). Group Cognitive Behavioural Therapy Program Shows Potential in Reducing Symptoms of Depression and Stress Among Young People with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2041–2051.

McGovern, C. W., & Sigman, M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 46(4), 401–408.

McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Treatments: A Review of Current Efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73–84.

McKinsey & Compagnie. (2014). *Une stratégie ambitieuse pour aider les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience intellectuelle*. <https://www.miriamfoundation.ca/DATA/TEXTEDOC/141020-LATEST-PDF-McKinsey-rollout-FRENCH-Final.pdf>

Mcloone, J., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2016). Treating Anxiety Disorders in a School Setting. *Education and Treatment of Children*, 29(2), 219–242.

McPartland, J. C., & Dawson, G. (2014). DSM-5 Criteria for ASD: Research Review and Commentary. Dans T. E. Davis III, S. W. White, & T. H. Ollendick (dir.). *Handbook of Autism and Anxiety* (pp. 231-246). Springer.

Melfsen, S., Walitza, S., & Warnke, A. (2006). The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(2), 111–117.

- Mercier, C., Boyer, G., & Langlois, V. (2010). *Suivi opérationnel du programme d'intervention comportementale intensive (ICI), à l'intention des enfants ayant un trouble envahissant du développement (TED) 2005- 2006-2007.*
- Merikangas, K. R., Jian-ping, H., Burstein, M., Swanson, S., Avenevoli, S., Lihong, C., ... Swendsen, J. (2011). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in US Adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy Children Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980–989.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(1), 7–20.
- Miller, L. D., Laye-Gindhu, A., Bennett, J. L., Liu, Y., Gold, S., March, J. S., ... Waechter, V. E. (2011). An Effectiveness Study of a Culturally Enriched School-Based CBT Anxiety Prevention Program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(4), 618–629.
- Millon, T. (1993). *Millon Adolescent Clinical Inventory Manual*. National Computer Systems.
- Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA)*. http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/dpse/adaptation_serv_compl/19-7065.pdf
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches: Bilan 2008-2011 et perspectives*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-724-01F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Un geste porteur d'avenir: Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-820-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Des services aux personnes*

présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches: Bilan 2008-2011 et perspectives.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-724-01F.pdf>

- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, *131*(5), 785–795.
- Mukaddes, N. M., & Fateh, R. (2010). High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *11*(2), 486–492.
- Mukaddes, N. M., Hergüner, S., & Tanidir, C. (2010). Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: Similarities and differences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *11*(8), 964–971.
- Mychailyszyn, M. P., Brodman, D. M., Read, K. L., & Kendall, P. C. (2012). Cognitive-Behavioral School-Based Interventions for Anxious and Depressed Youth: A Meta-Analysis of Outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *19*(2), 129–153.
- Nader, A. M., Courchesne, V., Dawson, M., & Soulières, I. (2016). Does WISC-IV Underestimate the Intelligence of Autistic Children? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(5), 1582–1589.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, *29*(3), 208–215.
- Nobile, M., Cataldo, G. M., Marino, C., & Molteni, M. (2003). Diagnosis and Treatment of Dysthymia in Children and Adolescents. *Therapy in Practice*, *17*(13), 927–946.
- Noiseux, M. (2019). *Trouble du spectre de l'autisme et autres handicaps : Portfolio thématique. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, équipe Surveillance.*
<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portfolio.fr.html>

- O’Leary, E. M. M. H., Barrett, P., & Fjermestad, K. W. (2009). Cognitive-behavioral family treatment for childhood obsessive-compulsive disorder: A 7-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(7), 973–978.
- Ollendick, T. H., King, N. J., & Muris, P. (2002). Fears and Phobias in Children: Phenomenology, Epidemiology, and Aetiology. *Child and Adolescent Mental Health, 7*(3), 98–106.
- Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lachar, D., Lane, D. M., Reddoch, S. L., Mansour, R., & Cleveland, L. A. (2006). A comparison of behavioral and emotional functioning in children and adolescents with Autistic Disorder and PDD-NOS. *Child Neuropsychology, 12*(4–5), 321–333.
- Pfeiffer, B., Kinnealey, M., Reed, C., & Herzberg, G. (2005). Sensory Modulation and Affective Disorders in Children and Adolescents with Asperger’s Disorder. *The American Journal of Occupational Therapy, 59*(3), 335–345.
- Poirier, A., & Goupil, G. (2008). Processus diagnostique des personnes présentant un trouble envahissant du développement au Québec: expérience des parents. *Journal on Developmental Disabilities, 14*(3), 19–28.
- Poirier, N., Abouzeid, N., Taieb-Lachance, C., & Smith, E. L. (2017). Le programme de formation et les stratégies éducatives déclarées offerts aux adolescents ayant un trouble du spectre de l’autisme qui fréquentent une classe spécialisée. *Canadian Journal of Education, 40*(4), 457–485.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 942–948.
- Reaven, J. A. (2009). Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorders and Co-occurring Anxiety Symptoms: Implications for Assessment and Treatment. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14*(3), 192–199.
- Reynolds, C. R. (2009). Behavior Assessment System for Children. *The Corsini Encyclopedia of Psychology, 1–2*.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2009). *Behavior assessment system for children* (2nd editio). Pearson Assessments.

- Rivard, M., Paquet, A., & Mainville, J. (2011). Thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(3), 97–102.
- Rogé, B. (2012). Les interventions cognitivo-comportementales auprès des enfants et des adolescents atteints de troubles du spectre de l'autisme. Dans L. Turgeon & S. Parent (dir.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents: Troubles de comportement* (pp. 113–144). Presse de l'Université du Québec.
- Ruffolo, M. C., & Fischer, D. (2009). Using an evidence-based CBT group intervention model for adolescents with depressive symptoms: Lessons learned from a school-based adaptation. *Child and Family Social Work*, 14(2), 189–197.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63.
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2008). *Autism Diagnostic Interview-Revised manual*. Western Psychological Services.
- Saracino, J., Noseworthy, J., Steiman, M., Reisinger, L., & Fombonne, E. (2010). Diagnostic and Assessment Issues in Autism Surveillance and Prevalence. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 317–330.
- Schall, C. M., & McDonough, J. T. (2010). Autism spectrum disorders in adolescence and early adulthood: Characteristics and issues. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(2), 81–88.
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L., & Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(4), 234–247.
- Shalev, I., Sulkowski, M. L., Geffken, G. R., Ricketts, E. J., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2009). Long-term durability of cognitive behavioral therapy gains for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(7), 766–767.

- Simek, A. N., & Wahlberg, A. C. (2010). Test review: Autism Spectrum Rating Scales. *Journal of Psychoeducational Assessment, 29*(2), 191–195.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & 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 and Adolescent Psychiatry, 47*(8), 921–929.
- Sinzig, J., Walter, D., & Doepfner, M. (2009). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder: Symptom or Syndrome? *Journal of Attention Disorders, 13*(2), 117–126.
- Steele, R. G., Elkin, D. T., & Roberts, M. C. (2008). *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents: Bridging Science and Practice* (1re éd., Vol. XXXIII). Springer.
- Storch, E. A., Arnold, E. B., Lewin, A. B., Nadeau, J. M., Jones, A. M., De Nadai, A. S., ... Murphy, T. K. (2013). The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*(2), 132–142.e2.
- Storch, E. A., & Crisp, H. L. (2004). Taking it to the schools—transporting empirically supported treatments for childhood psychopathology to the school setting. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7*(4), 191–193.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Sajid, M., Allen, P., Roberti, J. W., & Goodman, W. K. (2005). Reliability and Validity of the Yale Global Tic Severity Scale. *Psychological Assessment, 17*(4), 486–491.
- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., ... Vitiello, B. (2007). Parent-Rated Anxiety Symptoms in Children with Pervasive Developmental Disorders: Frequency and Association with Core Autism Symptoms and Cognitive Functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*(1), 117–128.
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5*(28), 1–13.

- Taieb-Lachance, C., Poirier, N., & Abouzeid, N. (accepté). La perception des parents d'adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme concernant la transition vers la classe spéciale en école ordinaire de niveau secondaire. *Revue Des Sciences de l'éducation de McGill*.
- Taylor, J. M., Volker, M. A., Rispoli, K. M., Rodgers, J. D., Thomeer, M. L., Lopata, C., ... Smerbeck, A. (2018). Depression, Anxiety, and Hyperactivity in Youth with HFASD: A Replication and Extension of Symptom Level Differences in Self-Report Versus Parent Report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–15.
- Thede, L. L., & Coolidge, F. L. (2007). Psychological and Neurobehavioral Comparisons of Children with Asperger's Disorder Versus High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 847–854.
- Ung, D., Selles, R., Small, B. J., & Storch, E. A. (2014). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(4), 533–547.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & de Bruin, E. I. (2013). Psychiatric Comorbidity in Children with Autism Spectrum Disorders: A Comparison with Children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 368–376.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302–317.
- Wechsler, D. (2016). *WISC-V: Manuel technique et d'interprétation*. Pearson.
- White, S. W., & Roberson-Nay, R. (2009). Anxiety, Social Deficits, and Loneliness in Youth with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1006–1013.
- Witwer, A. N., & Lecavalier, L. (2010). Validity of Comorbid Psychiatric Disorders in Youngsters with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 367–380.
- Woods, D. W., Conelea, C. A., & Himle, M. B. (2010). Behavior Therapy for

Tourette's Disorder: Utilization in a Community Sample and an Emerging Area of Practice for Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 518–525.

Zachor, D. A., Ben-Itzhak, E., & Rabinovich, A. (2007). Change in autism core symptoms with intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(4), 304–317.