

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

**ÉTUDE DESCRIPTIVE PORTANT SUR LES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET
D'INTERVENTION DE PSYCHOLOGUES QUÉBÉCOIS AUPRÈS D'ENFANTS
PRÉSENTANT LE TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION
OU LE TROUBLE DES CONDUITES**

ESSAI DOCTORAL
PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
PROFIL PROFESSIONNEL

PAR
MARIE-HÉLÈNE GIRARD

AOÛT 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral 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.07-2011). 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

Je tiens à remercier Madame Marie-Claude Guay, directrice de mon projet de recherche, pour ses conseils avisés et structurés.

Un merci tout particulier à mes proches pour leur contribution et leur soutien extraordinaires, m'ayant permis de me rendre au bout de cette aventure : mes parents, pour les relectures, Maryse, pour l'accord inter-juge et Simon, mon conjoint, pour le soutien technique dans l'élaboration du questionnaire électronique, le traitement informatisé des données et la mise en page.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Remerciements</i>	<i>ii</i>
<i>Table des matières</i>	<i>iii</i>
<i>Liste des tableaux</i>	<i>v</i>
<i>Résumé</i>	<i>viii</i>
<i>Introduction</i>	<i>9</i>
1. Contexte Théorique	10
1.1. Considérations diagnostiques	10
1.2. Descriptions cliniques des troubles	11
1.3. Prévalences	13
1.4. Troubles associés	14
1.5. Facteurs de risque	14
1.6. Trajectoires développementales	15
1.7. Bilan des pratiques de prévention et d'intervention	16
1.7.1. Préventions sélective et indiquée.....	17
1.7.2. Caractéristiques des programmes de prévention réputés validés et efficaces.....	23
1.7.3. Intervention psychosociale.....	24
1.7.4. Caractéristiques des interventions psychosociales réputées validées et efficaces.....	28
1.8. Réponse au traitement	29
1.9. Programmes de prévention ou d'intervention implantés au Québec	30
1.10. Problématique	33
1.11. Objectifs de recherche	34
2. Démarche méthodologique	36
2.1. Participants	36
2.2. Matériel	38
2.3. Déroulement	39
3. Résultats	40
3.1. Objectif 1 : Sonder la connaissance des psychologues opérant dans différents milieux de soins relativement au TOP ou au TC chez l'enfant	40
3.2. Objectif 2 : Documenter les pratiques de prévention et les méthodes d'intervention psychosociale utilisées par les psychologues des différents milieux de soins auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC	42
3.3. Objectif 3 : Décrire comment les psychologues évaluent sur le terrain l'efficacité de leurs méthodes d'intervention auprès des enfants TOP ou TC	54
4. Discussion	56

5.	<i>Références</i>	63
6.	<i>Appendice A : Questionnaire</i>	70
7.	<i>Appendice B : Courriel de sollicitation</i>	74
8.	<i>Appendice C : Informations sur le projet de recherche</i>	75

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 : Critère diagnostique «A» du TOP selon le DSM-IV-TR.....	11
Tableau 1.2 : Critère diagnostique «A» du TC selon le DSM-IV-TR.....	12
Tableau 2.1 : Régions de pratique des psychologues	36
Tableau 2.2 : Nombre d'années d'expérience à titre de psychologue	37
Tableau 2.3 : Milieux de travail des psychologues.....	37
Tableau 2.4 : Orientations théoriques des psychologues.....	38
Tableau 3.1 : Quel critère s'applique le mieux pour diagnostiquer un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) chez l'enfant (Question 5) ?.....	40
Tableau 3.2 : Quelle est la caractéristique fondamentale du trouble des conduites (TC) chez l'enfant (Question 6)?.....	40
Tableau 3.3 : Quelle affirmation décrit le mieux la prévalence du TOP et du TC (Question 7)?	40
Tableau 3.4 : Quel est le trouble le plus fréquemment associé au TOP et au TC (Question 8)?.....	41
Tableau 3.5 : Quelle affirmation décrit le mieux les facteurs de risque du TOP et du TC (Question 9) ?.....	41
Tableau 3.6 : Quel énoncé traduit le mieux la trajectoire développementale du TC (Question 10)?...41	41
Tableau 3.7 : Dans votre pratique professionnelle, faites-vous une différence entre le TOP et le TC (Question 11) ?.....	42
Tableau 3.8 : Parmi ces modalités d'intervention, identifiez celle(s) privilégiée(s) dans votre pratique auprès des enfants présentant le TOP ou le TC (Question 12).	42
Tableau 3.9 : Si vous connaissez un ou des programmes de prévention du TOP ou du TC appliqué(s) au Québec, veuillez le ou les nommer (Question 13).	42
Tableau 3.10 : Dans votre pratique auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC, votre intervention cible-t-elle (Question 14) :.....	43
Tableau 3.11 : Dans votre pratique, quelle modalité thérapeutique est utilisée pour traiter un enfant diagnostiqué TOP ou TC (Question 15)?.....	43
Tableau 3.12 : Quelles sont les mesures d'aide particulières utilisées dans votre pratique afin de favoriser l'intégration en classe des enfants qui présentent le TOP ou le TC (Question 16)?.....	44

Tableau 3.13 : Dans votre pratique auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC, vos interventions ciblent-elles les tranches d'âge suivantes (Question 21)?	45
Tableau 3.14 : Utilisation de la modalité d'intervention individuelle selon le groupe d'âge ciblé (Question 22 (partie 1)).....	45
Tableau 3.15 : Utilisation de la modalité d'intervention de groupe selon le groupe d'âge ciblé (Question 22b (partie 1)).....	45
Tableau 3.16 : Description des approches thérapeutiques en petite enfance (0-5 ans) (Question 22 (partie 2))	46
Tableau 3.17 : Description des activités thérapeutiques en petite enfance (0-5 ans) (Question 22 (partie 2))	47
Tableau 3.18 : Description des cibles d'intervention en petite enfance (0-5 ans) (Question 22 (partie 2)).....	48
Tableau 3.19 : Description des approches thérapeutiques durant l'enfance (6-11 ans) (Question 22 (partie 2))	48
Tableau 3.20 : Description des activités thérapeutiques durant l'enfance (6-11 ans) (Question 22 (partie 2))	49
Tableau 3.21 : Description des cibles d'intervention durant l'enfance (6-11 ans) (Question 22 (partie 2)).....	50
Tableau 3.22 : Description des approches thérapeutiques à l'adolescence (12-18 ans) (Question 22 (partie 2))	51
Tableau 3.23 : Description des activités thérapeutiques à l'adolescence (12-18 ans) (Question 22 (partie 2))	52
Tableau 3.24 : Description des cibles d'intervention à l'adolescence (12-18 ans) (Question 22 (partie 2)).....	53
Tableau 3.25 : L'efficacité des interventions auprès des enfants diagnostiqués TOP ou TC est mesurée dans votre milieu de travail selon quelle méthode (Question 17)?	54
Tableau 3.26 : Dans votre milieu de travail, jugez-vous qu'on vous donne le temps de prendre connaissance des pratiques réputées efficaces pour intervenir auprès des enfants présentant le TOP ou le TC (Question 18)?	54

Tableau 3.27 : Dans votre milieu de travail, jugez-vous qu'on vous donne les outils qu'il vous faut pour intervenir auprès des enfants présentant le TOP ou le TC selon les pratiques réputées efficaces (Question 19)?	55
Tableau 3.28 : Sur quel critère principal d'efficacité l'intervention auprès des enfants diagnostiqués TOP ou TC devrait-elle être fondée (Question 20)?	55

RÉSUMÉ

Il existe une abondante littérature, notamment américaine, portant sur les programmes de prévention et d'intervention du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et du trouble des conduites (TC) chez l'enfant. Par ailleurs, l'inventaire des pratiques des psychologues sur le terrain se révèle restreint de manière générale en ce qui a trait à ces problématiques, et plus particulièrement au Québec.

Le but de cette recherche vise à explorer les pratiques de prévention et d'intervention des psychologues québécois de différents milieux de soins relativement au TOP et au TC chez l'enfant. Plus spécifiquement, trois objectifs principaux sont poursuivis. Le premier consiste à sonder les connaissances des psychologues relatives à ces deux troubles. Le deuxième vise à documenter leurs façons de faire au niveau des préventions sélective et indiquée, ainsi qu'en intervention psychosociale. Le troisième désire décrire les modes d'évaluation de leurs interventions quant à leur efficacité auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC. Un objectif secondaire s'ajoute, soit celui de vérifier s'il existe des différences entre les pratiques des psychologues qui évoluent dans les régions universitaires versus les régions non universitaires.

Pour répondre à ces objectifs, un questionnaire électronique a été élaboré et adressé à 3879 psychologues québécois œuvrant auprès des enfants. Sur l'ensemble des psychologues sollicités, 101 professionnels ont répondu au questionnaire. Il ressort que les psychologues ont d'assez bonnes connaissances théoriques des deux troubles. La moitié d'entre eux connaissent au moins un programme de prévention. Au sujet des pratiques d'intervention psychosociale, l'approche cognitivo-comportementale domine, que ce soit en petite enfance, auprès d'enfants d'âge scolaire ou des adolescents. Les activités thérapeutiques privilégiées sont le coaching parental, la thérapie individuelle, la régulation des émotions et la thérapie par le jeu. Les cibles d'intervention se révèlent multisystémiques, soit en priorité les représentants de l'autorité parentale, l'enfant, ainsi que d'autres agents de socialisation comme les enseignants. En ce qui a trait à l'efficacité des interventions, la grande majorité des psychologues se base sur l'observation clinique ou l'analyse de cas. Toutefois, 62% d'entre eux estiment ne pas avoir suffisamment de temps pour prendre connaissance des pratiques réputées efficaces pour intervenir auprès des jeunes qui présentent le TOP ou le TC. Il existe peu de différences entre les réponses des psychologues des régions universitaires ou non.

À la lumière de ces résultats, il semble pertinent d'offrir de la formation permettant aux psychologues de se documenter sur le TOP et le TC ainsi que sur les pratiques validées et reconnues efficaces. Il serait également intéressant de recenser l'efficacité sur le terrain des pratiques de prévention et d'intervention déjà en usage par les psychologues québécois.

INTRODUCTION

Cette recherche s'intéresse aux problématiques du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et du trouble des conduites (TC) chez l'enfant. Selon une démarche d'exploration, la visée de ce travail est de documenter les pratiques des psychologues québécois auprès de cette clientèle, considérant que la littérature recensée fournit peu de renseignements à cet égard. En effet, les psychologues sont appelés à prévenir, dépister, traiter ces problèmes et mettre en application des programmes. Il apparaît donc pertinent d'en apprendre davantage sur leurs pratiques en milieu de travail relativement à ces deux troubles dont les répercussions s'avèrent importantes pour l'enfant et la société.

Plus précisément, trois objectifs principaux sont poursuivis. Tout d'abord, sonder la connaissance du TOP et du TC auprès de psychologues œuvrant dans différents milieux de soins. Ensuite, documenter leurs pratiques de prévention et d'intervention auprès des jeunes. Enfin, décrire comment les psychologues procèdent afin d'évaluer l'efficacité de leurs interventions auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC. Un objectif secondaire est également ciblé qui consiste à vérifier si les pratiques divergent selon que les psychologues évoluent en régions universitaires ou non universitaires.

Afin de répondre aux objectifs de cette recherche, un questionnaire électronique a été élaboré, comportant 22 questions à choix multiples ou à court développement. Par l'intermédiaire de l'Ordre des psychologues du Québec, 101 psychologues susceptibles d'intervenir auprès d'enfants présentant le TOP ou le TC ont répondu au questionnaire.

Ce travail présente d'abord le contexte théorique relatif à la problématique ainsi que les objectifs de recherche. Par la suite, les résultats sont exposés, suivis d'une discussion comprenant des suggestions pour l'avenir.

CHAPITRE I

1. CONTEXTE THÉORIQUE

1.1. Considérations diagnostiques

Les diagnostics de trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et de trouble des conduites (TC) dominant en santé mentale infantile (Frick, 1998; Kazdin, 1995). Ces troubles externalisés du comportement préoccupent compte tenu de la gravité des symptômes, des prévalences élevées et des difficultés qu'ils sont susceptibles d'entraîner à l'adolescence et à l'âge adulte, comme par exemple échecs et décrochage scolaires, rejet par les pairs, abus de substances, délinquance, sexualité précoce, compétences parentales inadéquates (Dumas, 2002; Frick, 1998; Hinshaw et Lee, 2003; Inserm, 2005).

La façon de concevoir les comportements délinquants, agressifs, oppositionnels et antisociaux ne fait pas l'unanimité en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. D'ailleurs, une diversité à la fois conceptuelle et méthodologique est observable lorsque l'on examine les études publiées, rendant difficiles l'interprétation ainsi que la comparaison des résultats. Selon Dumas (2002), deux raisons principales expliquent la présence des débats nosologiques actuels. Signalons les différentes approches théoriques : la psychologie, la psychiatrie, la psychoéducation, la sociologie, la criminologie et le service social s'intéressent au phénomène mais ne partagent pas toujours les mêmes préoccupations et les mêmes méthodes. D'autre part, les manifestations regroupées sous la rubrique des troubles du comportement ou des troubles des conduites sont parmi les plus hétérogènes, ayant parfois pour unique dénominateur commun le fait d'être désapprouvées au plan social, dimension qui s'avère sensible aux normes sociales du milieu impliqué.

Dans le cadre de cette étude, les définitions de la classification catégorielle révisée du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR) sont utilisées. Le DSM-IV-TR regroupe selon deux catégories diagnostiques distinctes le TOP et le TC.

1.2. Descriptions cliniques des troubles

Le DSM-IV-TR (2000) définit le TOP par la présence marquée et récurrente d'au moins quatre manifestations de comportements de défi, de désobéissance et de provocation envers les personnes en position d'autorité, persistant pendant au moins six mois (Critère A), énumérées dans le tableau 1.1. Pour que le diagnostic soit porté, le trouble doit entraîner une altération significative au plan clinique du fonctionnement social, scolaire ou professionnel (Critère B), les manifestations hostiles ne doivent pas survenir exclusivement au cours d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur (Critère C) et le trouble ne doit pas répondre aux critères du TC ni, si le sujet est âgé de plus de 18 ans, à ceux de la personnalité antisociale (Critère D).

Tableau 1.1 : Critère diagnostique «A» du TOP selon le DSM-IV-TR

Ensemble de comportements négativistes, hostiles, provocateurs qui persistent pendant au moins 6 mois durant lesquels au moins quatre des manifestations suivantes sont présentes :

1. Se met souvent en colère
 2. Contesté souvent ce que disent les autres
 3. S'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes
 4. Embête souvent les autres délibérément
 5. Fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite
 6. Est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres
 7. Est souvent fâché et plein de ressentiment
 8. Se montre souvent méchant ou vindicatif
-

Selon le DSM-IV-TR (2000), le TC se caractérise par la manifestation répétée et persistante de comportements agressifs où sont transgressés les droits fondamentaux d'autrui ou encore les normes sociales qui correspondent à l'âge du sujet, comme en témoignent au moins trois comportements caractéristiques au cours des douze derniers mois, dont un, au moins, au cours des six derniers mois (Critère A). Le tableau 1.2 plus bas en fait le résumé. Il y a regroupement des conduites agressives en quatre catégories : agressions envers des personnes ou des animaux, destruction de biens matériels, fraude ou vol, violations graves de règles établies. Comme pour le TOP, la perturbation du comportement doit être cliniquement

significative au plan social, scolaire ou professionnel (Critère B) et le sujet ne doit pas répondre au diagnostic de la personnalité antisociale s'il a plus de 18 ans. Deux sous-types sont différenciés en fonction de l'âge d'apparition de la problématique. Celui débutant pendant l'enfance, avant 10 ans, et celui survenant au cours de l'adolescence, après 10 ans. Trois niveaux de sévérité sont également distingués : léger, moyen et sévère.

Tableau 1.2 : Critère diagnostique «A» du TC selon le DSM-IV-TR

Agressions envers des personnes ou des animaux

1. Brutalise, menace, intimide souvent d'autres personnes
2. Commence souvent les bagarres
3. A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (ex. : bâton, brique, couteau)
4. A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
5. A fait preuve de cruauté physique envers des animaux
6. A commis un vol en affrontant la victime (ex. : agression, extorsion d'argent)
7. A contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles

Destruction de biens matériels

8. A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
9. A délibérément détruit le bien d'autrui autrement qu'en y mettant le feu

Fraude ou vol

10. A pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui
11. Ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations
12. A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (ex. : vol à l'étalage)

Violations graves des règles établies

13. Reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions des parents; comportement qui débute avant l'âge de 13 ans
 14. A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période)
 15. Fait souvent l'école buissonnière et cela a commencé avant l'âge de 13 ans
-

1.3. Prévalences

La prévalence du TOP atteint pour les deux sexes son maximum entre 8 et 10 ans (3 à 4%). Elle diminue légèrement par la suite (1 à 3%). Durant l'enfance, une prévalence plus élevée du TOP est observée chez les garçons (4 à 5%) comparativement aux filles (2 à 3%) (Inserm, 2005).

Quant à elle, la prévalence du TC se révèle plus élevée à l'adolescence (3 à 9%) qu'à l'enfance (2%). Des différences sont observées selon le sexe. Au cours de l'enfance, les taux varient de 1 à 2% chez les garçons comparativement aux filles, où ils sont de 0 à 3%. À l'adolescence, les taux s'élèvent de 5 à 9% chez les garçons tandis que chez les filles, ils se situent entre 2 et 5%. Plus précisément, la prévalence du TC augmente jusqu'à l'âge de 15 ans pour les deux sexes, puis semble se stabiliser chez les garçons (5 à 9%), alors qu'elle diminue chez les filles (Inserm, 2005).

La persistance du diagnostic TC se révèle forte dans le temps : deux tiers des enfants qui reçoivent le diagnostic l'ont toujours à l'adolescence. Pour le TC, un pronostic plus sombre est habituellement associé au sous-type précoce, qui débute avant l'âge de 10 ans (Hinshaw et coll., 2003; Inserm, 2005).

S'appuyant sur des études longitudinales, Murrihy, Kidman et Ollendick (2010) rapportent que la majorité des enfants présentant le TC ont eu un TOP diagnostiqué au préalable. Lahey et Loeber (1994) rapportent qu'au moins les trois quarts des jeunes qui reçoivent le diagnostic TC ont présenté dans le passé le TOP. Cependant, selon ces mêmes auteurs, plus de la moitié des enfants ayant un TOP diagnostiqué ne souffrent pas ultérieurement du TC. Les études montrent qu'entre 25% et 40% des jeunes qui reçoivent le diagnostic TC développent une personnalité antisociale à l'âge adulte (Hinshaw et coll., 2003; Kazdin et coll., 2008). D'ailleurs, la grande majorité des adultes qui présentent une personnalité antisociale ont des antécédents de TC. Le risque d'évolution vers la personnalité antisociale est augmenté lorsque le TC est concomitant avec la consommation de drogues à l'adolescence et à l'âge adulte (APA, 2000; Dumas, 2002; Hinshaw et coll., 2003).

1.4. Troubles associés

Le TC et le TOP se présentent rarement isolés, la comorbidité neuropsychiatrique s'avère élevée et diversifiée (Braun, 2000). L'un des troubles les plus fréquemment associés au TOP et au TC est le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (APA, 2000; Frick, 1998; Lecomte et Poissant, 2006; McMahon et Kotler, 2008). Dumas (2002) rapporte des taux de comorbidité de l'ordre de 56% à 59% durant l'enfance et de 30 à 37% à l'adolescence. L'abus précoce de drogues et le développement de toxicomanies sont aussi associés au TC et au TOP, particulièrement chez les jeunes qui manifestent plusieurs conduites agressives (Dumas, 2002). La coexistence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux est également soulignée dans la littérature (Dumas, 2002; Inserm, 2005; Kazdin et De Los Reyes, 2008). Les corrélations entre les symptômes dépressifs ou anxieux et les comportements perturbateurs, notamment agressifs, se révèlent élevées, de l'ordre de 0,70 (Cole et Carpentieri, 1990; Dumas, 2002).

1.5. Facteurs de risque

Les études de jumeaux témoignent d'une composante héréditaire du TOP et du TC chez l'enfant qui serait de l'ordre de 50% (Braun, 2000; Inserm, 2005). De nombreux facteurs de risque sont rapportés pour ces troubles dans la littérature (Hinshaw et coll., 2003; Inserm, 2005; Kazdin et coll., 2008) : les antécédents de comportements antisociaux chez les parents pendant leur jeunesse, le jeune âge de la mère à la naissance de son premier enfant, le faible niveau de scolarité de la mère, la consommation de tabac par la mère durant la grossesse, les conflits familiaux, la pauvreté et les comportements coercitifs des parents à l'égard de leur enfant.

Des facteurs biologiques rendraient plus vulnérables certains enfants au développement de ces troubles, soit un tempérament difficile, l'hyperactivité, l'impulsivité, un fort besoin d'activation, une faible inhibition comportementale, l'absence de sentiment de culpabilité, un déficit des habiletés verbales, un déficit du système d'inhibition exécutive de l'action (Dumas, 2002; Inserm, 2005).

L'exposition à certains types d'environnements familiaux, sociaux et culturels pourrait favoriser l'expression du TOP et du TC chez les enfants qui présentent une susceptibilité génétique. Les principaux facteurs de risques psychosociaux notés sont l'échec scolaire, les relations conflictuelles au sein de la famille (ex. : éclatement de la structure familiale, dysfonctionnement familial), les pratiques disciplinaires parentales abusives et inadéquates, la psychopathologie ou la toxicomanie parentale, la mauvaise qualité de la relation affective avec les parents (ex. : manque d'encouragement dans les apprentissages, manque de soutien, carence d'amour), les comportements antisociaux manifestes ou criminels des parents, la pauvreté, l'exposition directe à divers comportements agressifs et violents dans le voisinage (Braun, 2000; Dumas, 2002; Inserm, 2005; Kazdin et coll.). En contrepartie, l'attachement pourrait constituer un facteur de protection dans l'interaction biologie-environnement lorsqu'il est de nature confiante, et un facteur de risque lorsqu'il est de type insécure ou désorganisé (Inserm, 2005).

1.6. Trajectoires développementales

La nature hétérogène du TOP et du TC, leurs ramifications complexes qui se modifient tout au long du développement et la grande diversité des comorbidités neuropsychiatriques ne permettent pas d'esquisser une trajectoire développementale unique pour ces troubles (Dumas, 2002). Les termes «équifinalité» (Cicchetti et Rogosch, 1996) et «multicausalité» (Cowen, 2000) sont utilisés pour décrire ces problématiques selon une perspective psychopathologique développementale, ce qui veut dire que les mêmes comportements antisociaux et agressifs peuvent résulter d'une addition de facteurs de risques variés qui s'influencent de manière complexe (Boxer et Frick, 2008).

Les manifestations du TOP sont plutôt progressives et s'étalent sur des mois, voire des années. Elles se révèlent habituellement avant l'âge de 8 ans, l'âge médian d'apparition étant de 6 ans, d'abord en milieu familial et pouvant s'étendre à d'autres environnements avec le temps (APA, 2000; Gagnon, Boisjoli, Gendreau et Vitaro, 2006). Hinshaw et coll. (2003) suggèrent trois trajectoires développementales pour le TOP et le TC :

- à début précoce ou «early starter» alors qu'un haut niveau de comportements problématiques persiste à l'adolescence et même à l'âge adulte,
- à début précoce «desister» ou «recovery» pour laquelle les comportements problématiques se résorbent à l'adolescence,
- à bas niveau chronique où un bas niveau de comportements hostiles perdurent dans le temps.

Même si les manifestations du TC peuvent survenir dès la maternelle, les premiers symptômes significatifs apparaissent habituellement du milieu de l'enfance au milieu de l'adolescence. Les enfants qui reçoivent le diagnostic de TC à début précoce, c'est-à-dire avant l'âge de 10 ans, présenteraient généralement un niveau plus élevé d'agression physique qui se maintiendrait durant l'enfance. Ainsi, les pronostics des deux sous-types diffèrent de façon marquée, d'où l'importance de considérer le trouble selon une perspective développementale (Inserm, 2005; Kazdin et coll., 2008).

1.7. Bilan des pratiques de prévention et d'intervention

Les programmes de prévention visent à réduire l'incidence et la prévalence des pathologies au sein de la population. Il existe trois types de programmes de prévention différenciés sur la base des facteurs de risques associés aux groupes ou aux individus ciblés. La prévention universelle vise la population générale, la prévention sélective s'adresse à des groupes à risque en raison de certains facteurs psychosociaux alors que la prévention indiquée cible les individus qui présentent des facteurs de risque individuels ou qui manifestent les premiers symptômes des troubles. En plus des programmes de prévention, il existe des programmes d'intervention psychosociale qui visent à traiter les pathologies diagnostiquées (Inserm, 2005). Une ou plusieurs stratégies de prévention ou d'intervention peuvent se retrouver au sein d'un même programme. On parle alors de programme uni-modal ou multi-modal.

Voici maintenant une description des pratiques actuelles, résultat d'une synthèse de la littérature en date du 15 février 2012. Ce bilan est orienté sur les pratiques préventives

sélectives et indiquées ainsi que sur les interventions psychosociales puisque l'objet de ce travail est le traitement du TOP ou du TC.

1.7.1. Préventions sélective et indiquée

Les programmes de prévention ciblent les facteurs de risque associés au développement du TOP et du TC et cherchent à réduire les symptômes généraux tels que les comportements agressifs, délinquants, antisociaux, perturbateurs ou violents (Inserm, 2005). Webster-Stratton et Taylor (2001) distinguent quatre types de facteurs de risque auxquels s'attaque le domaine de la prévention :

- les facteurs liés à l'éducation parentale (ex. : habiletés parentales, discipline, stimulation cognitive de l'enfant, comportements durs et sévères),
- les facteurs liés à l'enfant (ex. : impulsivité, retards de langage et d'apprentissages, auto-régulation, habiletés sociales, motivation scolaire),
- les facteurs familiaux et environnementaux (ex. : conflits familiaux, événements de vie stressants, toxicomanies),
- les facteurs liés à l'école et aux pairs (ex. : pairs déviants, rejet des pairs, lien parent-école).

Les programmes de prévention peuvent être classés selon le groupe ciblé (ex. : enfants, adolescents, parents, enseignants, environnement) et distingués en fonction de la tranche d'âge concernée (ex. : petite enfance, enfance, adolescence).

- **Petite enfance**

Des études montrent une association entre les stratégies parentales inefficaces, un niveau élevé d'adversité familiale, un attachement de type insécuré ou désorganisé et le risque que l'enfant développe des problèmes de comportement comme le TOP et le TC (Greenberg, Speltz, Deklyen et Endriga, 1991; Shaw et Vondra, 1995). Par conséquent, les actions

préventives durant la petite enfance, avant 3 ans environ, se centrent surtout sur les parents. Elles prennent la forme de visites à domicile par un professionnel qui offre du soutien à la parentalité, notamment en faisant du counseling, de l'éducation à la santé, en sensibilisant les parents aux pratiques éducatives adéquates (Inserm, 2005). Ces visites préventives à domicile montrent des effets bénéfiques à long terme sur la réduction des facteurs de risque associés au TOP et au TC, des conduites agressives et des actes délinquants (US Department of Health and Human, 2001). Il semble également que les programmes qui s'échelonnent sur au moins deux ans, qui font appel à des infirmières qualifiées et qui débutent dès la période périnatale, se révèlent plus efficaces (Inserm, 2005).

Un exemple de programme de visites à domicile connu et validé est le «Elmira Home Visitation Study» (Olds et coll., 1998; Olds et coll., 1998a). Deux stratégies de prévention font partie du programme : les visites à domicile réalisées par des infirmières et la formation au rôle parental. Les thématiques abordées lors des rencontres sont les comportements de santé positifs durant la grossesse et les premières années de vie de l'enfant, les soins adaptés de l'enfant et le développement personnel de la mère (ex. : planification familiale, projet de retour aux études, possibilité de participation à des groupes de travail). Dans ce programme, en moyenne neuf visites sont réalisées pendant la grossesse et vingt-trois au cours des deux premières années de vie de l'enfant.

Ce programme a été proposé à 116 femmes de l'état de New York, âgées de moins de 19 ans, non mariées et de faible niveau socio-économique. Une évaluation de son efficacité réalisée selon un protocole de recherche expérimental quinze ans après la mise en place du programme révèle que les mères qui en ont bénéficié présentent moins de comportements antisociaux (ex. : arrestations, emprisonnements), de comportements de maltraitance ou de négligence, de consommation d'alcool ou de drogues, de recours à l'aide sociale et moins de nouvelles grossesses ou de grossesses prématurées que celles qui ont un suivi classique. Quant à eux, les enfants présentent moins de comportements antisociaux (ex. : arrestations, fugues, condamnations) et moins de consommation d'alcool et de drogues (Olds et coll., 1998a; Olds et coll. 1998b). Ce programme serait en voie d'être implanté au Canada (Inserm, 2005).

- Enfance et adolescence

La prévention du TOP et du TC chez les enfants et les adolescents comporte habituellement un volet d'intervention parentale prenant la forme d'un entraînement aux habiletés parentales. Ces formations peuvent se dérouler sous forme de rencontres individuelles ou de groupe, à la maison, à l'école ou dans un milieu de soins. Le parent est entraîné à modifier les comportements problématiques de l'enfant à la maison. Suivi par un intervenant, le parent apprend à utiliser des procédures spécifiques pour modifier ses interactions avec l'enfant, pour promouvoir chez lui des comportements prosociaux et réduire l'occurrence des comportements déviants (Kazdin, 1995). Les programmes d'entraînement parental peuvent aborder des dimensions sociales, comportementales, cognitives et émotionnelles comme la gestion de la colère de l'enfant, la discipline positive et non violente, l'éducation parentale bienveillante, le renforcement positif, la communication parent-enfant, la connaissance des étapes du développement de l'enfant (Inserm, 2005).

Les programmes d'entraînement parental partagent les caractéristiques communes suivantes (McMahon et Forehand, 2003) :

- les interventions sont conduites auprès des parents; dans ce cas, le thérapeute n'intervient que rarement auprès de l'enfant.
- le thérapeute réoriente l'attention des parents sur les comportements prosociaux de l'enfant plutôt que sur ses comportements problématiques.
- les programmes d'entraînement parental proposent habituellement un volet de formation dont les principes et les techniques sont dérivés de la théorie du conditionnement opérant et de l'apprentissage social. Par exemple, l'aptitude à nommer les comportements à modifier, la surveillance ou le «monitoring» du comportement de l'enfant, les stratégies de renforcement positif (ex. : porter attention, féliciter les comportements appropriés, les systèmes de points ou de jetons), les stratégies d'extinction (ex. : ignorer les comportements inappropriés, le retrait ou «time out», l'usage de la punition symbolique

plutôt que de la punition physique), l'habileté à énoncer clairement les consignes, l'entraînement à la résolution de problèmes.

- le thérapeute peut employer des stratégies de formation diversifiées auprès des parents comme les instructions didactiques, le modelage, les jeux de rôles, les devoirs et les exercices à mettre en pratique à la maison par les parents.

Selon McMahon et coll. (2003), les programmes d'entraînement parental les mieux documentés et appuyés empiriquement sont : «Helping the Noncompliant Child» de McMahon et coll. (2003), «Defiant Child» de Barkley» (1997), «Parent-Child Interaction Therapy» de Eyberg et Boggs (1998), «The Incredible Years : Early Childhood BASIC Parent Training Program» de Webster-Stratton (2000). Toutefois, seul le programme de Webster-Stratton semble avoir été évalué à partir d'une population clinique d'enfants.

Étudiés depuis plus de 30 ans, les programmes d'entraînement parental reçoivent un appui empirique particulièrement intéressant chez les préadolescents qui présentent des conduites problématiques (McMahon et coll., 2003). Par ailleurs, pour une efficacité à long terme, il est recommandé d'adopter une perspective d'intervention multisystémique en jumelant l'entraînement parental à des interventions qui touchent d'autres systèmes que la famille, tels que l'enfant lui-même, les pairs, le milieu scolaire et le voisinage (Domitrovich et Welsh, 2000; McMahon et coll., 2003). L'entraînement parental se retrouve tant au niveau préventif que curatif pour le TOP et le TC.

La prévention du TOP et du TC chez l'enfant et l'adolescent peut également cibler certains déficits impliqués dans le développement, le maintien et l'aggravation des conduites agressives. Ces actions préventives visent alors à développer :

- la compétence sociale de l'enfant pour l'amener à adopter des comportements davantage prosociaux, à réguler son agressivité, à résoudre des problèmes, à s'affirmer, à communiquer, à s'associer à des pairs prosociaux plutôt que déviants, à être capable de refuser, à faire face à une situation problématique et à s'y adapter ou «coping»,

- les habiletés cognitives telles que le raisonnement, l'esprit critique, les apprentissages scolaires,
- la maîtrise des émotions comme la gestion de la colère, la régulation des émotions, le contrôle de soi, la compréhension des émotions d'autrui et la confiance en soi (Domitrovich et coll., 2000; Greenberg, Domitrovich et Bumbarger, 2001; Webster-Stratton et coll., 2001).

Ces stratégies se révéleraient efficaces pour prévenir l'aggravation des conduites violentes comme celles retrouvées dans le TC (US Department of Health and Human, 2001).

Lemarquand, Tremblay et Vitaro (2001) recensent dans leur revue de littérature vingt programmes empiriquement validés pour prévenir le TC. Quant à eux, Domitrovitch et coll. (2000) répertorient treize programmes empiriquement validés visant la prévention du TOP, du TC et du TDAH. À titre d'exemples, certains programmes tirés de ces études sont ici présentés pour illustrer les composantes de prévention contenues dans les programmes de prévention du TC et du TOP.

Un premier exemple de programme intégrant un volet visant les déficits d'habiletés psychosociales est le «Montreal Prevention Program» (Tremblay, Masse, Pagani et Vitaro, 1996). Ce programme d'une durée de deux ans cible les enfants âgés de 7 à 9 ans. En plus du volet de formation parentale, il comprend une composante de prévention visant le développement des compétences sociales de l'enfant. Les parents participent à une vingtaine de sessions de groupe aux deux à trois semaines alors que les enfants assistent à 19 sessions à l'école durant deux ans. L'évaluation du programme qui se fonde sur un échantillon d'enfants à risque montre qu'à 12 ans, ceux qui ont bénéficié du programme sont moins impliqués dans des bagarres et des actes délinquants. Il faut tenir compte d'un écart type très variable avec une moyenne de 17,4 rencontres par familles. De plus, certaines d'entre elles n'ont reçu qu'une moyenne de huit visites au cours des deux années alors qu'une famille en a sollicité 46.

Un autre exemple de programme est le «Coping Power Program» de Lochman et Wells (1996) qui comprend des visites à domicile, de la formation aux parents et des interventions qui visent le développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles des enfants âgés de 9 à 14 ans. Le programme dure de 15 à 18 mois. Les parents assistent à 16 sessions de groupe, les enfants font l'objet d'une intervention à l'école une fois par semaine et quelques visites sont faites à domicile. Les principaux résultats de l'évaluation du programme appliqué auprès d'enfants à risque révèlent moins de comportements agressifs et moins d'abus de substance chez les enfants ayant bénéficié des interventions.

Certains programmes de prévention comprennent un volet d'intervention visant les enseignants. Différentes thématiques peuvent être abordées comme l'enseignement interactif, l'apprentissage coopératif, l'organisation efficace de la classe, les méthodes disciplinaires adaptées, le renforcement positif et l'habileté à résoudre les situations problématiques (Inserm, 2005). Par exemple, le programme «The Incredible Years Series» de Webster-Stratton et Reid (1999) prévoit des actions centrées sur les enseignants pour améliorer chez ces derniers les habiletés de gestion de classe; on met ainsi l'emphase sur l'enseignement proactif, les méthodes de discipline, l'établissement de relations positives, l'entraînement à la résolution de problèmes et les habiletés sociales. Parallèlement, les enseignants sont aussi invités à promouvoir l'implication parentale. Ce programme cible les enfants âgés de 2 et 10 ans. Les principaux résultats témoignent de la diminution des problèmes de comportements, de l'augmentation des comportements prosociaux, de l'amélioration des relations familiales ainsi que des liens entre l'école et la famille.

Construit à partir d'un modèle développemental du TC, le programme de prévention multimodal «Fast-Track» (Conduct Problems Prevention Research Group, 1992) propose des interventions qui impliquent les enfants, les parents, l'école et les pairs. Ce programme américain vise les enfants de 6 à 10 ans. Les composantes de prévention du programme sont le développement des compétences psychosociales, la formation des parents, les visites à domicile, le soutien à la parentalité, la formation des enseignants et l'amélioration de l'environnement scolaire. Le programme a été appliqué à 891 enfants sélectionnés en fonction de leur lieu d'habitation (ex. : sites à risque de par les niveaux de criminalité et de

pauvreté) et du niveau d'agressivité manifesté à la maternelle et pendant toute leur scolarité. Les résultats de l'évaluation effectuée selon un plan expérimental révèlent moins de comportements agressifs, oppositionnels, moins de problèmes de conduite et moins de références en éducation spécialisée chez ces enfants qui manifestaient au départ un haut niveau de comportements perturbateurs et qui ont bénéficié du programme.

1.7.2. Caractéristiques des programmes de prévention réputés validés et efficaces

Certaines caractéristiques se dégagent et semblent contribuer à rendre les actions préventives plus efficaces.

1. La prévention qui va au-delà de la simple transmission d'informations à caractère éducatif, par exemple en intégrant des méthodes interactives et expérientielles comme les jeux de rôles, les mises en situation et le travail pratique, se révèle plus efficace (Webster-Stratton et coll., 2001).
2. Il importe de tenir compte des caractéristiques de la population ciblée, de l'âge des enfants et des particularités de l'environnement pour lesquelles le programme se montre plus efficace (Inserm, 2005).
3. Les interventions doivent s'inscrire dans le temps. Webster-Stratton et coll. (2001) recommandent que les actions préventives s'échelonnent sur plusieurs années à raison d'un volume annuel supérieur à vingt heures.
4. L'efficacité des programmes de prévention qui ciblent les compétences psychosociales des jeunes semble renforcée lorsqu'ils sont combinés à des actions qui visent d'autres agents de socialisation comme les parents, les enseignants et l'environnement scolaire (Webster-Stratton et coll., 2001).
5. La qualité et la fidélité de l'implantation d'un programme de prévention sont à considérer en regard de son efficacité (US Department of Health and Human Services, 2001).

6. Selon l'Inserm (2005), les programmes de prévention les plus favorables sont ceux qui débutent dès la période préscolaire, peut-être même périnatale, sachant que de nombreux facteurs de risque périnataux ont une influence sur le niveau d'agressivité de l'enfant.

1.7.3. Intervention psychosociale

Kazdin (2000) a recensé au-delà de 550 traitements en usage pour les enfants et les adolescents qui présentent des comportements oppositionnels, agressifs et antisociaux. Ces traitements incluent la psychothérapie, la pharmacothérapie, les programmes familiaux, scolaires, communautaires, les traitements offerts dans les hôpitaux, les résidences et les services sociaux spécialisés. La majorité de ces traitements n'aurait jamais été évaluée empiriquement (Kazdin et coll., 2008).

Les interventions psychosociales apparaissent essentiellement fondées sur les théories de l'apprentissage social et du conditionnement opérant. Elles résultent en stratégies d'intervention cognitivo-comportementales qui visent à modifier le comportement antisocial et agressif de l'enfant (Inserm, 2005). Compte tenu du caractère multi-déterminé du TOP et du TC, il est recommandé d'adopter une perspective écologique d'intervention, qui tient compte de l'enfant et de son entourage comme les parents, les pairs, le cadre de vie scolaire, le voisinage et le quartier (Boxer et coll., 2008). Les objectifs généralement poursuivis par les interventions psychosociales visent à développer un soutien social pour la famille, à favoriser chez l'enfant l'association à des pairs prosociaux tout en limitant les contacts avec les pairs déviants, à augmenter les compétences parentales en favorisant la discipline et la supervision parentale, à augmenter les interactions parents-école (Inserm, 2005; McMahon et coll., 2008).

- **Exemples de programmes d'intervention psychosociale pour la famille**

Les traitements qui se révèlent plus efficaces pour réduire les comportements agressifs des enfants se fondent sur une prise en charge globale de la famille (Brestan et Eyberg, 1998). Trois programmes d'intervention familiale se trouvent mieux documentés au plan empirique et remplissent les critères d'efficacité concernant la réduction des comportements antisociaux

et agressifs reliés au TOP et au TC. Il s'agit de la «Functional Family Therapy», de la «Multisystemic Therapy» et de l'«Oregon Treatment Foster Care» (Boxer et coll., 2008; Kazdin et coll., 2008; Inserm, 2005).

Alexander et ses collaborateurs (1998) ont élaboré la «Functional Family Therapy», une thérapie pour les adolescents âgés de 11 à 18 ans qui présentent des comportements antisociaux et violents. Les bases théoriques du traitement sont systémiques, comportementales et cognitives. Dans cette perspective, les comportements problématiques sont compris comme une réponse à la dynamique familiale. L'objectif de la thérapie consiste donc à modifier les patterns interactionnels et communicatifs pour qu'ils soient mieux adaptés. Le traitement se base sur les principes de l'apprentissage social, du conditionnement opérant et porte une attention spécifique aux stimuli et réponses pouvant être utilisés pour produire un changement. Les procédures comportementales employées sont l'identification des comportements à modifier, le renforcement des nouvelles réponses mieux adaptées, l'évaluation et le «monitoring» des changements. Une composante cognitive fait également partie du traitement puisqu'une attention est portée aux émotions, attributions, attitudes, suppositions et attentes des membres de la famille, particulièrement en début de traitement.

L'entraînement parental fait partie de la thérapie, visant entre autres à modifier les interactions coercitives au sein de la famille. Le traitement est réalisé par un thérapeute clinicien. Il se déroule sur une période de trois mois pour un total d'environ douze sessions. Le programme comporte trois phases :

1. la première, dite d'engagement et de motivation, a pour objectif d'établir l'alliance thérapeutique entre l'intervenant et les membres de la famille en redéfinissant le problème selon une perspective familiale, en réduisant les blâmes et l'esprit négatif régnant dans la famille;
2. la deuxième phase vise à modifier et à restructurer les modes d'interactions entre les membres de la famille, par exemple en facilitant la communication, en développant la capacité à résoudre des problèmes et en entraînant aux habiletés parentales;

3. la troisième phase du programme consiste à étendre ou généraliser les modifications interactionnelles positives atteintes par la famille à d'autres systèmes communautaires comme l'école.

L'ensemble des données d'évaluation montre que la «Functional Family Therapy» diminue de manière significative non seulement la récurrence des comportements antisociaux mais aussi la gravité de ces derniers. Il faut souligner ici que les données d'évaluation recueillies l'ont été selon des devis de recherche expérimentaux et quasi-expérimentaux depuis plus de trente ans. Ces résultats ont été notés chez les jeunes qui présentent le TC traités à l'aide de la «Functional Family Therapy» comparativement aux sujets d'un groupe témoin non traités ou traités à l'aide d'une autre méthode (Gordon, Arbuthnot, Gustafson et McGreen, 1988; Henggeler et Sheidow, 2003). La composante d'entraînement aux habiletés parentales faisant partie de la thérapie peut être utilisée de manière isolée. Toutefois, elle semble plus efficace lorsqu'elle est utilisée à l'intérieur de la «Functional Family Therapy», surtout chez les adolescents qui présentent le TC (Inserm, 2005).

La «Multisystemic Therapy» de Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland et Cunningham (1998), est une thérapie basée sur la famille, immédiate et élargie, et sur d'autres systèmes tels que les pairs, l'école, le voisinage. La thérapie multisystémique est conçue pour les adolescents âgés de 12 à 17 ans. Elle est réalisée par une équipe de trois à quatre thérapeutes où l'intervention de crise est disponible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. La durée de la thérapie varie de trois à cinq mois pour un total d'une soixantaine d'heures d'intervention directe, en grande majorité auprès de la famille et du jeune, mais aussi auprès du réseau social.

Les stratégies d'intervention employées à l'intérieur de la thérapie s'ajustent aux besoins de chaque famille. Elles visent essentiellement à décourager l'association de l'adolescent aux pairs déviants, à renforcer la cohésion familiale, à améliorer les pratiques éducatives des parents, notamment en favorisant une discipline et une surveillance adéquates, à augmenter les compétences sociales et scolaires du jeune.

Les techniques utilisées dans le cadre du traitement sont l'entraînement parental (ex. : pratiques éducatives et disciplinaires des parents), l'amélioration de la qualité des interactions parent-adolescent, l'entraînement à la résolution de problèmes (ex. : augmenter le répertoire de réponses du jeune), la thérapie individuelle ou de couple (ex. : améliorer la communication des partenaires), les interventions scolaires (ex. : favoriser l'établissement d'une meilleure collaboration parent-enseignant, encourager l'adolescent à participer à des activités en présence de pairs prosociaux, restreindre les situations où il se trouve en présence de pairs délinquants) (Kazdin et coll., 2008).

Dans un contexte d'études contrôlées selon un devis expérimental auprès de délinquants juvéniles graves, la thérapie multisystémique semble contribuer à réduire à long terme les activités criminelles, les actes de violence, le taux d'arrestations liées à la drogue et le nombre d'incarcérations (Borduin, 1999).

Pour diverses raisons, il s'avère parfois impossible de maintenir le jeune dans son environnement habituel. Il est alors pris en charge par un centre spécialisé mais l'efficacité de ce type de programme a été peu évaluée (Inserm, 2005). Il semble d'ailleurs que cette stratégie de regroupement des adolescents délinquants peut contribuer à élargir leur répertoire de comportements agressifs et antisociaux plutôt que de le réduire. En effet, les thérapies de groupe administrées aux adolescents peuvent avoir ce type d'effet iatrogène d'entraînement à la déviance (Dishion, McCord et Poulin, 1999). De plus, les améliorations comportementales qui surviennent en contexte de placement semblent rarement se généraliser aux environnements naturels et se maintenir dans le temps (Inserm, 2005).

Ces résultats décevants ont amené Chamberlain (1996) à développer un programme de prise en charge en famille d'accueil conçu pour les adolescents qui présentent le TC, traitement qui se nomme le «Treatment Foster Care». Ce programme utilise l'entraînement parental et l'applique à la famille biologique ainsi qu'à la famille d'accueil. Les familles d'accueil reçoivent une formation d'environ vingt heures avant d'accueillir un jeune à la fois. Ces familles sont par la suite étroitement supervisées et accompagnées, par exemple par le biais d'un suivi et d'un soutien téléphonique quotidien, de counseling individualisé, d'une

participation hebdomadaire à des groupes de familles d'accueil, d'un service d'aide 24 heures sur 24. Un ensemble de méthodes d'intervention est utilisé pour amener une modification durable des comportements problématiques. La collaboration avec l'école est favorisée et les familles d'accueil participent à des thérapies avec la famille biologique, lorsque cela est possible, puisque le but du programme est de retourner le jeune dans sa famille biologique.

Les données d'efficacité recueillies jusqu'à maintenant selon des devis de recherche expérimentaux rigoureux montrent une amélioration générale du comportement, une réduction de la délinquance ainsi que de la violence. Ces résultats ont été obtenus à partir d'un échantillon de jeunes ayant un historique de délinquance chronique. Ces modifications seraient dues à l'entraînement parental, à la mise à l'écart des pairs déviants, à une plus grande supervision et implication parentales, à la mise en place de limites, d'un cadre et d'une discipline adéquate, à la relation positive et constructive développée avec un adulte (Inserm, 2005).

1.7.4. Caractéristiques des interventions psychosociales réputées validées et efficaces

L'efficacité des interventions psychosociales basées sur le système familial se révèle appuyée dans la littérature pour les enfants qui manifestent le TOP et le TC. Il apparaît pertinent de privilégier une compréhension plus globale, plus systémique de ces problématiques, et par conséquent de l'intervention. Les stratégies cognitivo-comportementales qui visent à améliorer les compétences sociales du jeune se révèlent plus efficaces lorsqu'elles sont intégrées à une thérapie familiale et plus pertinentes chez les enfants âgés d'au moins 10 ans (Bennett et Gibbons 2000; Boxer et coll., 2008; Inserm, 2005). Une méta-analyse effectuée en 2006 par Lundahl, Risser et Lovejoy met en évidence certains modérateurs qui agissent sur l'efficacité des thérapies familiales pour les enfants qui présentent un trouble du comportement sévère comme le TOP et le TC. Les modérateurs relevés sont la monoparentalité, le faible statut socio-économique et le format d'administration de la thérapie en groupe. Ces mêmes auteurs font ressortir qu'auprès des familles les plus démunies, l'entraînement parental donné en format individuel est associé à de plus grandes modifications comportementales positives chez l'enfant et le parent.

1.8. Réponse au traitement

Certaines caractéristiques présentées par les enfants ou les familles avant le traitement seraient en lien avec la persistance du TOP ou du TC après l'administration d'un programme d'intervention. Drugli, Fossum, Larsson et Morch (2010) montrent que les enfants qui manifestent avant le traitement un niveau significativement élevé de problématiques internalisées (ex. : anxiété, dépression) et comportementales (ex. : haut niveau d'agressivité de l'enfant) telles que rapportées par la mère, sont plus à risque de présenter des problèmes de conduites persistants après une année de traitement. Une seule caractéristique familiale est ressortie comme étant un prédicteur fort de TC persistant chez l'enfant : il s'agit des familles ayant eu un contact avec la protection de la jeunesse.

Pour leur part, Kolko et Pardini (2010) établissent un lien fort entre le TC diagnostiqué en pré-traitement et la persistance de symptômes TC après trois années d'intervention, ce qui met en lumière l'importance des interventions précoces pour prévenir la trajectoire développementale du TOP évoluant en TC. En effet, «être souvent méchant et vindicatif», symptôme du TOP décrit dans le DSM-IV-TR, s'est avéré être un fort prédicteur de problèmes de conduites sévères après trois années de traitement, ce qui en fait un facteur de risque important relativement à la progression du TOP vers le TC. Les symptômes du TOP associés à une humeur irritable apparaissent comme étant des caractéristiques importantes en lien avec la continuité du TOP en comorbidité avec des problèmes internalisés. Le TDAH s'est avéré lié à de futurs symptômes du TOP mais non du TC. L'échelle globale de fonctionnement, telle que mesurée à l'axe V d'un diagnostic pédopsychiatrique, ressort comme étant peu utile pour prédire les problèmes ultérieurs de conduites.

Les interventions conduites en contexte de recherche montrent habituellement une efficacité plus concluante que celles menées sur le terrain (Kolko, Dorn, Bukstein, Pardini, Hoden et Hart, 2009). Ces mêmes auteurs ont comparé l'impact d'un traitement administré en contexte clinique de recherche versus sur le terrain (ex. : résidence familiale, école) auprès d'un échantillon d'enfants présentant soit le TOP ou le TC à début précoce. Selon un protocole de recherche expérimental, il ressort que les deux conditions d'administration ont contribué à

des améliorations significatives des conduites problématiques. De plus, les familles ayant reçu les interventions sur le terrain ont démontré un meilleur taux de participation et ont davantage complété le traitement.

1.9. Programmes de prévention ou d'intervention implantés au Québec

Au plan international, notamment américain, il existe une littérature traitant de l'efficacité des programmes de prévention et d'intervention relativement aux problématiques de TOP et de TC chez l'enfant. La situation concernant les programmes francophones, notamment québécois, se révèle peu documentée (Inserm, 2005). Tel que mentionné par White et Kratochwill (2005), il n'existe pas de répertoire concernant les pratiques validées empiriquement, par exemple en psychologie scolaire.

Au Québec, le programme «Fluppy» (Poulin et coll., 2008; Capuano, F. et coll., 2010) est implanté dans différentes régions depuis les années 90. Il s'agit d'un programme de prévention multimodal visant les enfants qui manifestent un niveau élevé de comportements perturbateurs à la maison et à l'école. Les enfants sont sélectionnés à la maternelle et l'intervention s'échelonne sur deux années. Il met à contribution les principaux agents de socialisation de l'enfant, c'est-à-dire les parents, les enseignants et les pairs. Le programme comporte deux volets de prévention, l'un universel et l'autre indiqué. Le volet universel est appliqué directement en classe et vise à promouvoir les habiletés sociales, la capacité à résoudre des problèmes et le contrôle de soi. Le volet indiqué est implanté auprès des élèves qui présentent un niveau élevé de problèmes de comportement. Il comprend l'application de stratégies par l'enseignant et une intervention familiale au domicile de l'enfant.

Le programme «Fluppy» s'appuie sur un modèle théorique développemental en considérant plusieurs facteurs de risque et de protection impliqués dans l'émergence et l'aggravation des troubles de comportement chez l'enfant. Ciblent d'abord les déficits socio-cognitifs (ex. : traitement de l'information sociale, gestion des émotions, auto-contrôle, répertoire limité de solutions lorsque l'enfant est confronté à des situations interpersonnelles problématiques), le programme intègre des stratégies d'intervention relatives aux habiletés sociales, aux techniques de résolution de problèmes, de gestion de la colère et d'auto-contrôle.

Au plan familial, les pratiques disciplinaires parentales inconsistantes et inefficaces, le manque de chaleur et d'affection entre le parent et l'enfant, sont ciblés par les interventions du programme qui mettent l'accent sur l'apprentissage parental de techniques de jeu, de méthodes disciplinaires efficaces et d'utilisation de renforcements positifs. Pour contrer les échecs scolaires dès le début de la scolarisation, le programme intègre des interventions en milieu scolaire de soutien à l'apprentissage, d'éveil à la lecture et aux mathématiques. Pour les enseignants, le programme procure de la formation au sujet des habiletés de gestion de classe et de qualité du lien entretenu avec les élèves et leurs parents.

Le groupe de pairs est la dernière dimension ciblée, notamment pour ce qui est du rejet par les pairs et de la formation de liens d'amitié problématiques. Le programme prévoit donc, dès le début de la scolarisation, mettre en place des conditions pour favoriser la formation de liens d'amitié avec des pairs compétents chez les enfants qui manifestent des problèmes de comportement.

Plus spécifiquement, la dernière version du programme «Fluppy» comporte cinq volets :

1. l'apprentissage des habiletés sociales appliqué en prévention universelle. Il comprend des ateliers animés en classe par l'enseignant et un intervenant. Chaque atelier porte sur l'apprentissage d'une habileté sociale ou d'une stratégie d'auto-contrôle spécifique (ex. : prendre contact, coopérer, partager). L'enseignant utilise par la suite les situations naturelles de vie en classe pour renforcer les manifestations spontanées des habiletés apprises par les élèves.
2. le support à l'enseignant. L'enseignant est formé à enseigner aux élèves les habiletés sociales et la résolution de problèmes. Il utilise les situations naturelles de vie de classe pour créer des occasions d'apprentissage et élaborer des stratégies d'intervention pour les enfants qui présentent des difficultés à établir des interactions positives avec leurs pairs.
3. le volet familial. Un intervenant se rend au domicile des familles, entre 5 à 8 fois par année, pour des rencontres d'une durée moyenne de 90 minutes. Les parents

reçoivent de l'information sur les besoins de leur enfant et identifient les situations problématiques vécues avec l'enfant. Sous supervision, par exemple lors de situations de jeux, les parents sont encouragés à ajuster leurs pratiques éducatives de manière à établir un lien positif avec l'enfant, à renforcer ses comportements positifs et à modifier ses comportements perturbateurs.

4. celui des relations d'amitié. Son objectif est d'amener les élèves ciblés à créer des liens d'amitié durables avec des pairs socialement compétents. À la maternelle, les élèves identifiés sont jumelés toutes les deux semaines à un camarade de classe lors d'une séance de jeu dyadique de 30 minutes alors qu'en première année, les activités se déroulent en petits groupes. Un élève ciblé est alors jumelé à trois camarades jugés socialement compétents. Le déroulement de ces activités est supervisé par un intervenant.
5. le volet scolaire à deux composantes, l'une en français, l'autre en mathématiques. La composante du français est orientée vers l'apprentissage de la lecture. Le programme comprend 78 capsules d'environ 30 minutes. La composante en mathématiques s'articule autour des activités numériques, de la géométrie et de la mesure. Le programme comprend des séquences didactiques et des activités de réinvestissement typiques d'une classe de niveau préscolaire. En première année toutefois, les interventions sont réalisées par un professionnel de l'orthopédagogie et elles sont ciblées, c'est-à-dire qu'elles sont offertes aux élèves ayant manifesté des difficultés scolaires et de comportement en maternelle.

Malgré certaines variations dans la mise en application du programme «Fluppy», des effets bénéfiques ont été notés chez les enfants ayant participé au programme, et plus particulièrement chez les filles, ce que révèle l'étude effectuée par Poulin, Capuano, Vitaro, Verlaan, Brodeur et Giroux (2012), selon un devis expérimental. Après un an d'intervention, soit à la fin de la maternelle, les enfants exposés aux cinq composantes du programme ont mieux performé à certaines évaluations scolaires (ex. : noms et sons des lettres, épellation, acquis préscolaires) que les enfants du groupe témoin exposés au volet de prévention universelle uniquement. Les filles ayant bénéficié des trois volets d'intervention suivants :

prévention universelle, volets enseignant et familial ou encore du programme complet à cinq volets, présentent moins de problèmes de comportement que les filles du groupe témoin. Après deux années d'intervention, soit au terme de la première année du primaire, les filles ayant bénéficié de trois ou cinq volets du programme ont mieux performé que les filles du groupe témoin à l'examen des noms et sons de lettres ainsi qu'au test évaluant leur habileté à lire les chiffres. De manière générale, les enfants exposés à deux années d'intervention par le biais du programme à trois ou cinq volets, présentent moins de problèmes de comportement que les enfants ayant bénéficié uniquement de la prévention universelle.

En milieu scolaire, des programmes de prévention de la violence utilisant la stratégie de médiation par les pairs ont été développés et implantés. Par exemple, Beaumont et ses collaborateurs (2005) ont évalué l'efficacité de cette stratégie auprès d'élèves du primaire qui présentent des problèmes de comportement et qui font partie de classes spécialisées. Après une année d'expérimentation, des gains ont été observés chez les enfants ayant exercé le rôle de médiateur. Les gains se situent au niveau de l'estime de soi, de l'autocontrôle, des habiletés sociales et de la prévention de l'augmentation des conduites agressives chez ces derniers.

En Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) et en centres jeunesse, des programmes de prévention ou d'intervention semblent avoir été traduits et développés, mais il n'existe pas de données publiées concernant leur efficacité dans les bases de données comme PsyInfo. Notamment, il y aurait une traduction francophone du programme «Defiant Children» de Barkley réalisée par Cloutier (1999) et un guide de formation pour les parents dont les enfants défient l'autorité parentale développé par Poirier et Fex (2006).

1.10. Problématique

Les recherches publiées permettent de prendre connaissance de la grande variété des programmes existants visant à prévenir ou traiter le TOP et le TC chez les enfants ou les adolescents. Le bilan de cette littérature met en évidence que l'évaluation de l'efficacité des interventions, plus particulièrement de l'efficacité sur le terrain, se révèle encore restreinte. La revue de la littérature québécoise confirme cette lacune : les pratiques de prévention et

d'intervention du TOP et du TC chez l'enfant au Québec sont peu documentées tout comme l'évaluation de leur efficacité sur le terrain.

Compte tenu de la prévalence élevée du TOP et du TC dans la population, des répercussions graves que ces troubles sont susceptibles d'entraîner, il apparaît pertinent d'explorer les outils de prévention et d'intervention employés concrètement par les milieux de soins québécois.

1.11. Objectifs de recherche

La présente étude vise à décrire les pratiques actuelles de prévention et d'intervention utilisées par les psychologues travaillant auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC, aux trois niveaux de soins hiérarchisés des services de santé et de services sociaux du Québec. Plus précisément, les objectifs suivants sont poursuivis :

- a) Sonder la connaissance des psychologues opérant dans différents milieux de soins relativement au TOP ou au TC chez l'enfant.
- b) Documenter les pratiques de prévention sélective et indiquée, ainsi que les méthodes d'intervention psychosociale utilisées par les psychologues des différents milieux de soins auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC. Pour atteindre cet objectif, les informations recueillies portent principalement sur les thèmes suivants :
 - a. les programmes de prévention connus
 - b. les adaptations effectuées pour favoriser l'intégration des enfants en classe
 - c. les tranches d'âges visées par les interventions (ex. : petite enfance, adolescence)
 - d. les méthodes d'intervention utilisées pour traiter les enfants qui présentent le TOP ou le TC, par exemple les approches thérapeutiques, les activités thérapeutiques, les modalités d'intervention favorisées (ex. : groupe ou individuel) et les cibles d'intervention (ex. : enfant, parents, école, etc.).

- c) Décrire comment les psychologues évaluent l'efficacité de leurs stratégies de prévention et d'intervention sur le terrain auprès des enfants TOP ou TC.

- d) Un objectif secondaire consiste à vérifier si les pratiques des psychologues divergent en fonction de la région administrative d'exercice, soit universitaire ou non. Sont considérées comme étant des régions universitaires, les régions administratives du Québec ayant sur leur territoire une université offrant les cycles supérieurs en psychologie, c'est-à-dire la maîtrise ou le doctorat.

CHAPITRE II

2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

2.1. Participants

L'échantillon de convenance se compose de 101 psychologues (N = 101) exerçant la profession au Québec. Le recrutement s'est effectué par le biais de l'Ordre des psychologues du Québec : grâce à sa politique de soutien à la recherche, l'Ordre a accepté d'envoyer un courriel de sollicitation à 3879 membres ayant un statut de régulier à l'Ordre et étant susceptibles de pratiquer auprès d'enfants ou d'adolescents vivant une problématique de TOP ou de TC. Leur participation a été bénévole et volontaire. Les participants intéressés à recevoir une copie des résultats de recherche ont été invités à le laisser savoir par courriel.

Les caractéristiques des psychologues composant l'échantillon sont regroupées dans les tableaux des quatre prochaines questions.

Tableau 2.1 : Régions de pratique des psychologues

Régions universitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capitale Nationale : 10% ▪ Estrie : 4% ▪ Mauricie : 5% ▪ Montréal : 30% ▪ Saguenay-Lac-Saint-Jean : 3% <p>Sous-total : n = 52</p>
Régions non universitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chaudières-Appalaches : 5% ▪ Lanaudière : 5% ▪ Laurentides : 6% ▪ Montérégie : 16% ▪ Outaouais : 5% ▪ Autres : 12% <p>Sous-total : n = 49</p>

La catégorie «Autres», figurant parmi les régions non universitaires, contient 12 répondants en provenance des régions administratives suivantes : Bas Saint-Laurent (25%), Centre du Québec (25%), Abitibi-Témiscamingue (17%), Côte-Nord (17%), Gaspésie (8%) et Laval (8%). Ce premier tableau définit l'appartenance des psychologues aux régions universitaires ou non universitaires. Il montre deux groupes à peu près égaux en ce qui a trait au nombre de participants. Il faut également noter qu'au moment de l'étude, l'Université du Québec en Outaouais n'offrait pas encore de doctorat en psychologie, raison pour laquelle cette région administrative a été classée dans la catégorie «non universitaires».

Tableau 2.2 : Nombre d'années d'expérience à titre de psychologue

Régions universitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 à 5 ans : 19% ▪ 6 à 10 ans : 37% ▪ 11 à 15 ans : 13% ▪ 16 et plus : 31%
Régions non universitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 à 5 ans : 10% ▪ 6 à 10 ans : 22% ▪ 11 à 15 ans : 27% ▪ 16 et plus : 41%

Note : $\chi^2(3) = 5,96$, n.s.

Tableau 2.3 : Milieux de travail des psychologues

Régions universitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre jeunesse : 8% ▪ Centre hospitalier : 13% ▪ Centre de santé et de services sociaux (CSSS) : 10% ▪ Milieu scolaire : 31% ▪ Pratique privée : 25% ▪ Autres : 13%
Régions non universitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centre jeunesse : 10% ▪ Centre hospitalier : 8% ▪ Centre de santé et de services sociaux (CSSS) : 22% ▪ Milieu scolaire : 41% ▪ Pratique privée : 19% ▪ Autres : 0%

Note : afin d'effectuer le khi-carré, la catégorie «Autres» a été jumelée avec la catégorie «Centre de santé et de services sociaux (CSSS)». $\chi^2(4) = 2,06$, n.s.

Dans la catégorie «Autres» des régions universitaires, sur un total de sept, cinq répondants travaillent dans un centre de réadaptation, un dans un refuge pour femmes victimes de violence conjugale et un dernier exerce dans un organisme sans but lucratif.

Tableau 2.4 : Orientations théoriques des psychologues

Régions universitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cognitivo-comportementale : 42% ▪ Neuropsychologie : 8% ▪ Psychodynamique ou analytique : 17% ▪ Humaniste : 17% ▪ Systémique : 8% ▪ Éclectique : 8%
Régions non universitaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cognitivo-comportementale : 49% ▪ Neuropsychologie : 4% ▪ Psychodynamique ou analytique : 12% ▪ Humaniste : 16% ▪ Systémique : 12% ▪ Éclectique : 6%

Note : afin d'effectuer le calcul statistique du khi-carré, la catégorie «Neuropsychologie», qui comporte un nombre trop petit de participants, a été jumelée avec la catégorie «Éclectique». $\chi^2(3) = 0,70$, n.s.

Les trois tableaux précédents permettent de dire que sur la base des caractéristiques importantes de l'échantillon, les participants des régions universitaires ou non universitaires, ne sont pas différents.

2.2. Matériel

Aux fins de la recherche, un questionnaire a été élaboré (voir Appendice A). Il comprend 22 questions composées à partir des objectifs de recherche et du contexte théorique, principalement à choix multiples, sauf deux qui sont à court développement. Le questionnaire a fait l'objet d'un pré-test auprès de deux psychologues et de deux docimologues. Des corrections ont été faites au questionnaire à la suite du pré-test. La version finale a été présentée en ligne aux participants de l'échantillon de façon à garantir leur anonymat.

2.3. Déroulement

Le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal pour la recherche avec des êtres humains a approuvé le projet de recherche en mai 2011. La collecte de données s'est échelonnée sur trois mois, du début juin à début septembre 2011, à partir du moment où le courriel de sollicitation a été envoyé par l'Ordre des psychologues à ses membres (voir Appendice B). Dans ce courriel se trouvait un lien Internet menant à la page d'accueil du questionnaire électronique. Les informations décrivant le projet de recherche ont été fournies aux participants sur la première page du questionnaire (voir Appendice C). En cliquant sur le lien, les participants pouvaient répondre au questionnaire électronique.

CHAPITRE III

3. RÉSULTATS

La section qui suit présente les résultats selon les objectifs de recherche et sous forme de tableaux de fréquences afin d'en faciliter la lecture et la compréhension. Pour les questions à court développement (questions 16 et 22), un accord inter-juge a été effectué sur 100% des participants.

3.1. Objectif 1 : Sonder la connaissance des psychologues opérant dans différents milieux de soins relativement au TOP ou au TC chez l'enfant.

Tableau 3.1 : Quel critère s'applique le mieux pour diagnostiquer un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) chez l'enfant (Question 5) ?

	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Réponse attendue = a)	94%	50%	44%
Réponses différentes	6%	1%	5%

Note : $r(99) = 0,18$, n.s.

Tableau 3.2 : Quelle est la caractéristique fondamentale du trouble des conduites (TC) chez l'enfant (Question 6)?

	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Réponse attendue = c)	81%	44%	38%
Réponses différentes	19%	8%	11%

Note : $r(99) = 0,09$, n.s.

Tableau 3.3 : Quelle affirmation décrit le mieux la prévalence du TOP et du TC (Question 7)?

	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Réponse attendue = a)	51%	33%	19%
Réponses différentes	49%	19%	30%

Note : $r(99) = 0,25$, $p < 0,05$

Tableau 3.4 : Quel est le trouble le plus fréquemment associé au TOP et au TC (Question 8)?

	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Réponse attendue = c)	81%	48%	34%
Réponses différentes	19%	4%	15%

Note : $r(99) = 0,29, p < 0,05$

Tableau 3.5 : Quelle affirmation décrit le mieux les facteurs de risque du TOP et du TC (Question 9) ?

	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Réponse attendue = b)	41%	23%	18%
Réponses différentes	59%	29%	31%

Note : $r(99) = 0,08, n.s.$

Tableau 3.6 : Quel énoncé traduit le mieux la trajectoire développementale du TC (Question 10)?

	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Réponse attendue = a)	83%	45%	39%
Réponses différentes	17%	7%	10%

Note : $r(99) = 0,09, n.s.$

3.2. Objectif 2 : Documenter les pratiques de prévention et les méthodes d'intervention psychosociale utilisées par les psychologues des différents milieux de soins auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC.

Tableau 3.7 : Dans votre pratique professionnelle, faites-vous une différence entre le TOP et le TC (Question 11) ?

	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Oui	86%	43%	44%
Non	14%	9%	5%

Note : $r(99) = -0,10$, n.s.

Tableau 3.8 : Parmi ces modalités d'intervention, identifiez celle(s) privilégiée(s) dans votre pratique auprès des enfants présentant le TOP ou le TC (Question 12).

Modalités	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires	$r(99)$
Pharmacologique	47%	24%	23%	-0,01
Psychoéducative	98%	50%	48%	0,00
Psychosociale	93%	50%	44%	0,13
Pédagogique	58%	32%	27%	0,07

Tableau 3.9 : Si vous connaissez un ou des programmes de prévention du TOP ou du TC appliqué(s) au Québec, veuillez le ou les nommer (Question 13).

	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Proportion de répondants ayant nommé au moins un programme de prévention	50%	28%	22%
Proportion de répondants n'ayant pas nommé de programme de prévention	51%	24%	27%

Note : $r(99) = 0,09$, n.s.

Les programmes de prévention les plus souvent mentionnés sont : «Parents d'enfants défiant l'autorité parentale (PEDAP)» (38%), «Vers le Pacifique» (20%), «PACI-Raide» (10%), «Fluppy» (8%), les «Nurture Groups» ou les «classes kangourous» (6%), les centres répit

(6%), «Multi-Propulsions» (4%), «Pacte» (4%), «Prends le volant» (4%). Les autres programmes de prévention s'avèrent diversifiés et nommés par un seul répondant à la fois.

Tableau 3.10 : Dans votre pratique auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC, votre intervention cible-t-elle (Question 14) :

Cibles	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires	r (99)
Communauté	21%	13%	8%	0,11
École	89%	50%	40%	0,23*
Enfant	97%	50%	47%	0,06
Pairs	46%	24%	22%	0,01
Parents	99%	50%	49%	0,10

Note : * = $p < 0,05$

Tableau 3.11 : Dans votre pratique, quelle modalité thérapeutique est utilisée pour traiter un enfant diagnostiqué TOP ou TC (Question 15)?

Modalités thérapeutiques	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Groupe seulement	1%	0%	1%
Individuelle seulement	57%	33%	25%
Groupe et individuelle	42%	19%	23%

Note : afin d'effectuer le khi-carré, la catégorie «Groupe seulement» a été jumelée avec la catégorie «Groupe et individuelle». $\chi^2 (1) = 1,60$, n.s.

Tableau 3.12 : Quelles sont les mesures d'aide particulières utilisées dans votre pratique afin de favoriser l'intégration en classe des enfants qui présentent le TOP ou le TC (Question 16)?

Mesures d'aide	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (89)	κ
Intervention du psychologue auprès de l'enfant incluant l'évaluation	35%	21%	14%	0,08	0,88
Intervention du psychologue auprès des parents	34%	19%	15%	0,01	0,88
Rôle conseil du psychologue auprès de l'équipe-école	34%	19%	15%	0,01	**
Éducation spécialisée/Accompagnement	31%	16%	14%	0,00	0,87
Plan d'intervention	29%	14%	14%	-0,05	0,97
Intervention du psychoéducateur	24%	13%	11%	0,01	0,83
Travail multidisciplinaire (ex. : analyse de cas)	23%	14%	9%	0,09	0,94
Rôle conseil du psychologue auprès de l'enseignant	22%	11%	11%	-0,04	**
Encadrement (ex. : instaurer des limites claires)	20%	12%	8%	0,07	0,90
Soutien et adaptation des apprentissages (ex. : alléger la tâche, plan d'enseignement individualisé)	18%	9%	9%	-0,04	**
Système d'émulation	16%	13%	3%	0,23*	0,96
Intervention psychosociale (ex. : travail social, DPJ)	15%	11%	4%	0,15	1,00
Classe adaptée	12%	9%	3%	0,14	**
Cohésion des pratiques entre la famille et l'école	12%	8%	4%	0,07	0,95
Protocole de prévention et d'intervention en situation de crise ou de désorganisation	10%	7%	3%	0,09	0,89
Habilités sociales	10%	2%	8%	-0,21*	0,88
Référence au milieu médical (ex. : pédopsychiatrie, médication, médecin)	9%	5%	3%	0,05	0,81
Lien entre un adulte significatif et l'élève	8%	2%	5%	-0,15	0,81
Habilités d'auto-régulation/Gestion de la colère	7%	4%	2%	0,07	0,92

Notes : * = $p < 0,05$

** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

Parmi l'ensemble des participants, 90% affirment utiliser au moins une mesure d'aide afin de favoriser l'intégration en classe des enfants présentant le TOP ou le TC, tandis que 10% indiquent que cette dimension s'avère non applicable à leur pratique. Le tableau 3.12 présente les mesures d'aide mentionnées par plus de 5% des psychologues. Les autres mesures d'aide nommées par 4% et moins des répondants sont les suivantes : feuille de route, moyen

d'apaisement, retrait, groupe de soutien ou de thérapie, estime de soi, habiletés d'affirmation de soi, conseil de coopération, habiletés de résolution de problèmes ou de conflits, activités sportives ou récréatives, tuteur, contrat, exercices de respiration ou de relaxation, scénarios sociaux, policier-éducateur, orthophonie.

Tableau 3.13 : Dans votre pratique auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC, vos interventions ciblent-elles les tranches d'âge suivantes (Question 21)?

Tranches d'âges	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires	<i>r</i> (99)
Petite enfance (0-5 ans)	50%	27%	23%	0,05
Enfance (6-11 ans)	82%	40%	43%	-0,14
Adolescence (12-18 ans)	70%	33%	38%	-0,15

Tableau 3.14 : Utilisation de la modalité d'intervention individuelle selon le groupe d'âge ciblé (Question 22 (partie 1)).

Groupes d'âge	Intervention individuelle Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Petite enfance (0-5 ans)	78%	44%	34%
Enfance (6-11 ans)	90%	46%	45%
Adolescence (12-18 ans)	90%	41%	49%

Note : $\chi^2(2) = 1,22$, n.s.

Tableau 3.15 : Utilisation de la modalité d'intervention de groupe selon le groupe d'âge ciblé (Question 22b (partie 1)).

Groupes d'âge	Intervention de groupe Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Petite enfance (0-5 ans)	18%	8%	10%
Enfance (6-11 ans)	35%	14%	20%
Adolescence (12-18 ans)	23%	11%	11%

Note : $\chi^2(2) = 0,31$, n.s.

**Tableau 3.16 : Description des approches thérapeutiques en petite enfance (0-5 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Approches	Total	Régions Univ.	Régions N-univ.	r (48)	κ
Cognitivo-comportementale	38%	24%	14%	0,14	0,91
Thérapie par le jeu	18%	12%	6%	0,12	1,00
Systémique	14%	6%	8%	-0,09	0,86
Psychodynamique	12%	6%	6%	-0,03	1,00
Coaching parental	10%	4%	6%	-0,09	**
Thérapie familiale	10%	6%	4%	0,04	0,90
Humaniste	8%	4%	4%	-0,02	1,00
Intervention psychosociale (ex. : travail social, psychoéducation)	6%	4%	2%	0,06	1,00
Aucune en particulier ou ne sait pas (NSP)	6%	0%	6%	-0,27	**

Note : ** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

Le tableau 3.16 présente les principales approches thérapeutiques mentionnées par plus de 5% des 50 psychologues ayant précisé intervenir en petite enfance. Les autres approches thérapeutiques ayant été nommées par 4% et moins des sujets sont : observation, thérapie individuelle, discussions ou rencontres, habiletés sociales, régulation des émotions, rôle conseil auprès des intervenants, art thérapie, référence à un autre organisme (ex. : CSSS), soutien au milieu de garde ou scolaire, groupes pour enfants.

**Tableau 3.17 : Description des activités thérapeutiques en petite enfance (0-5 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Activités	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (48)	κ
Coaching parental	42%	26%	16%	0,13	0,91
Thérapie par le jeu	22%	14%	8%	0,10	0,85
Intervention individuelle auprès de l'enfant	24%	14%	10%	0,05	0,87
Régulation des émotions	18%	16%	2%	0,33*	0,94
Plan d'intervention	12%	6%	6%	-0,03	0,92
Psychoéducation	12%	4%	8%	-0,15	0,85
Travail multidisciplinaire	12%	10%	2%	0,22	**
Relation parent-enfant	10%	6%	4%	0,04	**
Évaluation	8%	6%	2%	0,12	0,88
Observation	8%	2%	6%	-0,17	1,00
Thérapie familiale	8%	4%	4%	-0,02	**
Soutien au milieu de garde/scolaire/enseignant	8%	6%	2%	0,12	1,00
Habiletés sociales	6%	4%	2%	0,06	0,85
Relaxation	6%	4%	2%	0,06	1,00
Éducation spécialisée	6%	2%	4%	-0,10	**
Art thérapie	6%	2%	4%	-0,10	1,00

Notes : * = $p < 0,05$

** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

Le tableau 3.17 présente les activités thérapeutiques principales mentionnées par plus de 5% des répondants. Celles qui ont été nommées par moins de 4% des psychologues sont : mesures disciplinaires, système d'émulation, animations (ex. : CSSS), habiletés de communication, intervention de groupe, travail social, référence médicale, développement de l'empathie, retrait/aire de repos, habiletés de résolution de problèmes, stratégies d'adaptation, défis/exercices, routines, techniques d'impact, rôle conseil général, explication du lien entre les pensées-émotions-comportements, traitement de la condition associée (ex. : anxiété).

**Tableau 3.18 : Description des cibles d'intervention en petite enfance (0-5 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Cibles	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (48)	κ
Parents/Famille d'accueil	84%	44%	40%	-0,07	0,95
Enfant	60%	36%	24%	0,15	0,93
Enseignants	22%	14%	8%	0,10	1,00
Intervenants (ex. : TES, psychoéducateur)	22%	18%	4%	0,30*	0,95
Autres (ex. : services sociaux)	8%	8%	0%	0,27	**
Famille/Fratrie	6%	6%	0%	0,23	1,00
Milieu de garde/scolaire	6%	6%	0%	0,23	**
Pairs	6%	2%	4%	-0,10	1,00
Direction d'école	4%	4%	0%	0,19	1,00

Notes : * = $p < 0,05$

** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

**Tableau 3.19 : Description des approches thérapeutiques durant l'enfance (6-11 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Approches	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (81)	κ
Cognitivo-comportementale	48%	29%	19%	0,23*	0,94
Thérapie par le jeu	18%	11%	7%	0,11	1,00
Systemique	17%	7%	10%	-0,05	0,92
Psychodynamique	14%	10%	5%	0,15	1,00
Thérapie familiale	11%	2%	8%	-0,18	1,00
Thérapie individuelle	10%	4%	6%	-0,07	0,81
Aucune en particulier ou NSP	10%	2%	7%	-0,15	1,00
Humaniste	7%	4%	4%	0,01	0,92
Coaching parental	6%	4%	2%	0,06	**
Intervention psychosociale	5%	2%	2%	0,01	1,00

Notes : * = $p < 0,05$

** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

Le tableau 3.19 présente les principales approches thérapeutiques mentionnées par plus de 5% des 83 psychologues ayant précisé intervenir en enfance. Les autres approches thérapeutiques nommées par moins de 4% des sujets sont : habiletés sociales, art thérapie, groupes pour les parents, régulation des émotions, rôle conseil auprès des intervenants, référence médicale, soutien au milieu scolaire, groupes pour enfants, discussions/rencontres, système d'émulation, atelier, programme kangourou, techniques d'impact.

**Tableau 3.20 : Description des activités thérapeutiques durant l'enfance (6-11 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Activités	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (81)	κ
Intervention individuelle auprès de l'enfant	39%	19%	19%	0,03	**
Coaching parental	36%	19%	17%	0,08	0,86
Thérapie par le jeu	28%	14%	13%	0,05	0,97
Gestion/Régulation des émotions	23%	16%	7%	0,22*	1,00
Psychoéducation	17%	5%	12%	-0,18	0,92
Habiletés sociales	13%	7%	6%	0,05	**
Soutien au milieu scolaire	12%	6%	6%	0,01	0,92
Travail multidisciplinaire	11%	6%	5%	0,05	**
Évaluation	11%	7%	4%	0,13	0,94
Plan d'intervention	8%	5%	4%	0,05	0,86
Relation parent-enfant	8%	6%	2%	0,14	0,93
Restructuration cognitive	7%	2%	5%	-0,08	0,82
Thérapie familiale	7%	2%	5%	-0,08	**
Gestion des comportements	6%	4%	2%	0,06	**
Art thérapie	6%	2%	4%	-0,04	1,00
Relaxation	6%	2%	4%	-0,04	1,00
Intervention de groupe	6%	5%	1%	0,16	**
Système d'émulation	5%	4%	1%	0,12	0,88
Observation	5%	2%	2%	0,01	1,00
Habiletés de communication	5%	4%	1%	0,12	**
Habiletés de résolution de problèmes	5%	2%	2%	0,01	**

Notes : * = $p < 0,05$

** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

Le tableau 3.20 présente les activités thérapeutiques principales mentionnées par plus de 5% des répondants. Celles qui ont été rapportées par moins de 4% des psychologues sont : éducation spécialisée, retrait/aire de repos, rôle conseil général, application d'un programme spécifique (ex. : Fluppy), référence médicale, stratégies d'adaptation, techniques d'impact, traitement de la condition associée, modeling, animations (ex. : CSSS), travail social, développement de l'empathie, journal de bord, feuille de route.

**Tableau 3.21 : Description des cibles d'intervention durant l'enfance (6-11 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Cibles	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (81)	κ
Enfant	90%	42%	48%	-0,09	0,97
Parents/Famille d'accueil	80%	40%	40%	-0,07	0,96
Enseignants	23%	11%	12%	-0,01	1,00
Intervenants (ex. : TES)	19%	12%	7%	0,14	0,93
Famille/Fratrie	11%	6%	5%	0,05	0,94
Milieu scolaire	10%	6%	4%	0,09	**
Autres (ex. : services sociaux)	7%	5%	2%	0,10	**
Pairs	6%	1%	5%	-0,14	1,00
Direction d'école	2%	1%	1%	0,01	1,00

Note : ** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

**Tableau 3.22 : Description des approches thérapeutiques à l'adolescence (12-18 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Approches	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (69)	κ
Cognitivo-comportementale	46%	23%	24%	0,04	0,95
Systemique	17%	6%	11%	-0,12	0,91
Psychodynamique	14%	10%	4%	0,19	1,00
Humaniste	11%	6%	6%	0,03	1,00
Thérapie individuelle	11%	3%	8%	-0,15	**
Aucune en particulier ou NSP	11%	6%	6%	0,03	**
Coaching parental	10%	6%	4%	0,07	**
Thérapie familiale	7%	0%	7%	-0,26*	0,90
Techniques d'impact	6%	0%	6%	-0,23	**

Notes : * = $p < 0,05$

** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

Le tableau 3.22 montre les principales approches thérapeutiques mentionnées par plus de 5% des 71 psychologues ayant mentionné intervenir auprès d'adolescents. Les autres approches thérapeutiques nommées par moins de 4% des sujets sont : intervention psychosociale, régulation des émotions, référence médicale, habiletés sociales, atelier, évaluation psycholégale, thérapie par le jeu.

**Tableau 3.23 : Description des activités thérapeutiques à l'adolescence (12-18 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Activités	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (69)	κ
Intervention individuelle auprès de l'adolescent	46%	21%	25%	-0,02	0,83
Gestion/Régulation des émotions	24%	14%	10%	0,14	0,96
Coaching parental	21%	10%	11%	0,00	**
Thérapie par le jeu	17%	8%	8%	0,03	0,91
Psychoéducation	15%	4%	11%	-0,16	0,90
Thérapie familiale	11%	4%	7%	-0,06	**
Habiletés sociales	10%	6%	4%	0,07	1,00
Soutien au milieu scolaire	10%	3%	7%	-0,12	0,92
Restructuration cognitive	10%	6%	4%	0,07	1,00
Évaluation	8%	4%	4%	0,02	**
Habiletés de communication	8%	4%	4%	0,02	1,00
Travail multidisciplinaire	7%	4%	3%	0,07	**
Relaxation	7%	3%	4%	-0,04	1,00
Habiletés de résolution de problèmes	6%	4%	1%	0,14	**
Gestion des comportements	6%	4%	1%	0,14	**
Plan d'intervention	6%	3%	3%	0,02	**

Note : ** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

Le tableau 3.23 recense les activités thérapeutiques principales mentionnées par plus de 5% des répondants. Celles qui ont été nommées par moins de 4% des psychologues qui travaillent auprès d'adolescents sont : relation parent-enfant, référence médicale, système d'émulation, observation, rôle conseil général, traitement de la condition associée, activités sportives, éducation spécialisée, développement de l'empathie, retrait/aire de repos, collaboration avec le système judiciaire, art thérapie, techniques d'impact, modeling, information sur les impacts de la consommation, démarche d'orientation, intervention de groupe, travail social, gestion du stress, estime de soi, groupe de prévention de la violence.

**Tableau 3.24 : Description des cibles d'intervention à l'adolescence (12-18 ans)
(Question 22 (partie 2))**

Cibles	Total	Régions univ.	Régions n-univ.	r (69)	κ
Adolescent	96%	44%	52%	0,09	1,00
Parents/Famille d'accueil	65%	35%	30%	0,21	1,00
Intervenants (ex. : TES)	15%	10%	6%	0,15	0,91
Enseignants	14%	8%	6%	0,11	1,00
Famille/Fratrie	10%	6%	4%	0,23	0,93
Milieu scolaire	10%	6%	3%	0,12	**
Autres (ex. : services sociaux)	7%	4%	3%	0,07	**
Pairs	3%	3%	0%	0,18	1,00
Direction d'école	1%	1%	0%	0,13	1,00
Adulte significatif	1%	1%	0%	0,13	**

Notes : ** = Le kappa étant trop faible, cette catégorie a fait l'objet d'une rencontre pour arriver à un accord inter-juge.

3.3. Objectif 3 : Décrire comment les psychologues évaluent sur le terrain l'efficacité de leurs méthodes d'intervention auprès des enfants TOP ou TC.

Tableau 3.25 : L'efficacité des interventions auprès des enfants diagnostiqués TOP ou TC est mesurée dans votre milieu de travail selon quelle méthode (Question 17)?

Méthodes	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires	<i>r</i> (99)
Observation clinique	73%	39%	35%	0,04
Étude de cas	55%	29%	26%	0,03
Autres méthodes	24%	12%	12%	-0,02
Questionnaire de satisfaction	13%	4%	9%	-0,16
Étude d'efficacité avec groupe de comparaison	5%	4%	1%	0,13

Parmi les psychologues ayant mentionné utiliser une autre méthode pour évaluer l'efficacité de leurs interventions, 33% ont recours à des évaluations subséquentes (ex. : questionnaires, inventaires, tests psychométriques, évaluation psychiatrique), 29% font un bilan auprès des personnes impliquées (ex. : jeune, parent, éducateur, enseignant), 29% suivent l'efficacité des interventions par le biais d'un plan d'intervention et 8% procèdent à l'aide d'une méthodologie pré/post tests.

Tableau 3.26 : Dans votre milieu de travail, jugez-vous qu'on vous donne le temps de prendre connaissance des pratiques réputées efficaces pour intervenir auprès des enfants présentant le TOP ou le TC (Question 18)?

Temps	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires
Oui	38%	16%	22%
Non	62%	36%	27%

Note : $r(99) = -0,15$, n.s.

Tableau 3.27 : Dans votre milieu de travail, jugez-vous qu'on vous donne les outils qu'il vous faut pour intervenir auprès des enfants présentant le TOP ou le TC selon les pratiques réputées efficaces (Question 19)?

Outils	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires	<i>r</i> (99)
Formation	50%	23%	27%	-0,11
Accès à des ressources multidisciplinaires	65%	31%	35%	-0,12
Ressources matérielles	40%	17%	23%	-0,15

Tableau 3.28 : Sur quel critère principal d'efficacité l'intervention auprès des enfants diagnostiqués TOP ou TC devrait-elle être fondée (Question 20)?

Critères	Total	Régions universitaires	Régions non-universitaires	<i>r</i> (99)
Programme multimodal	52%	27%	26%	0,05
Programme centré sur les habiletés de régulation	44%	24%	20%	0,11
Durée de l'intervention	2%	0%	2%	-0,14
Âge des sujets	2%	1%	1%	0,00

CHAPITRE IV

4. DISCUSSION

Cette recherche se fonde sur la participation volontaire de 101 psychologues québécois sur un total de 3879 psychologues sollicités. Sur la base des caractéristiques importantes de l'échantillon (nombre d'années de pratique, milieux de travail, orientations théoriques), les deux groupes de psychologues, soit ceux pratiquant en régions universitaires ou non universitaires, ne sont pas différents au plan statistique. Près d'un psychologue sur deux définit sa pratique comme étant principalement d'orientation théorique cognitivo-comportementale. Ce facteur pourrait avoir teinté les données récoltées. Par exemple, nous ne pouvons écarter la possibilité qu'une majorité de psychologues qui partagent la même approche théorique ait davantage recours aux mêmes types de stratégies d'intervention.

Le premier objectif de l'étude consistait à sonder la connaissance des psychologues québécois opérant dans différents milieux de soins relativement au TOP ou au TC chez l'enfant. Il ressort que l'ensemble des psychologues, qu'ils pratiquent en régions universitaires ou non, montre une assez bonne connaissance théorique des deux troubles. De petites différences sont observées, les psychologues évoluant en régions universitaires ayant eu davantage tendance à choisir la réponse attendue en ce qui a trait à la prévalence et au trouble le plus fréquemment associé au TOP et TC. Relativement aux facteurs de risque du TOP et du TC, 41% des psychologues ont sélectionné la réponse b) qui était attendue : *le caractère héréditaire des problématiques, des antécédents de comportements antisociaux retrouvés chez les parents durant leur jeunesse accompagnés de pratiques parentales coercitives*. Après révision des choix de réponses, il s'avère que la réponse d) était aussi possible : *le tempérament difficile et impulsif de l'enfant causé par une relation affective de mauvaise qualité avec les parents*. En regroupant ces deux choix de réponses, le pourcentage de psychologues ayant sélectionné les réponses appropriées s'élève à 80%, sans différence significative entre les psychologues des régions universitaires ou non universitaires. En somme, les psychologues sont bien informés des facteurs de risque du TOP et du TC.

Le deuxième objectif de recherche visait à documenter les pratiques de prévention et d'intervention des psychologues québécois auprès d'enfants présentant le TOP ou le TC. Les psychologues font majoritairement (86%) une différence dans leur pratique entre le TOP et le TC, tel que le suggère, par exemple, la classification catégorielle du DSM-IV-TR. Ils privilégient fortement les dimensions psychoéducative et psychosociale dans leurs interventions plutôt que les aspects pharmacologiques ou pédagogiques.

Concernant le niveau préventif, 50% des psychologues ont exprimé connaître au moins un programme de prévention. Parmi ceux-ci, les plus souvent mentionnées sont : «Parents d'enfants défiant l'autorité parentale (PEDAP)» (38%), «Vers le Pacifique» (20%), «PACI-Raid» (10%) et «Fluppy» (8%). Le peu de données trouvées dans la littérature ne permet pas de dire si ces programmes francophones sont les plus efficaces.

Pour ce qui est des pratiques d'intervention psychosociale en général, les psychologues mentionnent cibler en priorité les parents (99%), l'enfant (97%) et l'école (89%), ce qui correspond à la recommandation trouvée dans la littérature de privilégier une intervention multisystémique dans le traitement du TOP et du TC. Une différence est ici notée : les psychologues des régions universitaires ont davantage tendance à inclure l'école dans leurs interventions que les psychologues qui pratiquent en régions non universitaires. Dans le traitement du TOP ou du TC, l'ensemble des psychologues privilégie l'intervention individuelle (57%) ou la combinaison de l'intervention individuelle et de groupe (42%). L'intervention de groupe seulement est quasi nulle, comme nous pouvions nous y attendre en nous fondant sur les données de la littérature concernant l'entraînement à la déviance (Dishion, McCord et Poulin, 1999).

Parmi l'ensemble des répondants, 90% des psychologues préconisent au moins une mesure d'aide particulière afin de favoriser l'intégration en classe des enfants qui présentent le TOP ou le TC. Ils visent intervenir surtout auprès de l'enfant, des parents ou de l'équipe-école par le biais des mesures d'aide suivantes : éducation spécialisée/accompagnement (31%), plan d'intervention (29%), intervention du psychoéducateur (24%), travail en équipe multidisciplinaire (23%), rôle conseil du psychologue auprès de l'enseignant (22%),

encadrement (20%), soutien/adaptation des apprentissages (18%), système d'émulation (16%), intervention psychosociale (ex. : travail social) (15%), classe adaptée (12%), cohésion des pratiques entre les milieux familial et scolaire (12%), protocole de prévention et d'intervention en situation de crise ou de désorganisation (10%), habiletés sociales (10%). De légères différences ressortent, les psychologues des régions universitaires ont davantage tendance à privilégier un système d'émulation tandis que les psychologues des régions non universitaires visent davantage le développement des habiletés sociales.

Les psychologues rapportent intervenir davantage auprès des enfants (82%) et des adolescents (70%) qu'en petite enfance (50%). Ceci s'avère cohérent avec les trajectoires développementales du TOP et du TC établies dans les écrits malgré qu'une recommandation ait été trouvée à l'effet que l'intervention précoce serait à privilégier.

En petite enfance (0-5 ans), les approches thérapeutiques privilégiées par l'ensemble des répondants sont les suivantes : cognitivo-comportementale (38%), thérapie par le jeu (18%), systémique (14%), psychodynamique (12%), coaching parental (10%) et la thérapie familiale (10%). Au sujet des activités thérapeutiques utilisées en petite enfance, le coaching parental domine (42%), ce qui correspond à la littérature, suivi de l'intervention individuelle auprès de l'enfant (24%), par exemple par le biais de la thérapie par le jeu (22%), de la régulation des émotions (18%), du recours à un plan d'intervention (12%), de l'intervention d'un psychoéducateur (12%), du travail multidisciplinaire (12%) et d'une attention portée sur la relation entre les parents et l'enfant (10%). Les psychologues des régions universitaires ont davantage tendance à viser la régulation des émotions. Les principales cibles d'intervention sont les parents ou la famille d'accueil (84%), l'enfant (60%), l'enseignant (22%) et les autres intervenants (22%), par exemple le technicien en éducation spécialisée. D'ailleurs, les psychologues des régions universitaires ont davantage tendance à cibler les autres intervenants que leurs homologues des régions non universitaires.

En enfance (6-11 ans), les approches thérapeutiques privilégiées sont : cognitivo-comportementale (48%), thérapie par le jeu (18%), systémique (17%), psychodynamique (14%), thérapie familiale (11%) et la thérapie individuelle (10%). 10% des psychologues

disent ne pas utiliser d'approche thérapeutique particulière. Une plus grande proportion de psychologues des régions universitaires mentionnent utiliser l'approche cognitivo-comportementale dans le traitement du TOP et du TC en enfance, bien que cette approche soit celle privilégiée par les deux groupes de psychologues. Les activités thérapeutiques qui dominent sont : l'intervention individuelle auprès de l'enfant (39%), le coaching parental (36%), la thérapie par le jeu (28%), la régulation des émotions (23%), l'intervention du psychoéducateur (17%), les habiletés sociales (13%), le soutien au milieu scolaire (12%), le travail multidisciplinaire (11%) et l'évaluation (11%). Une plus grande proportion de psychologues œuvrant en régions universitaires privilégie de façon significative une intervention relative à la régulation des émotions. Les cibles d'intervention principales sont l'enfant (90%), les parents ou la famille d'accueil (80%), l'enseignant (23%), les autres intervenants (19%), la famille ou la fratrie (11%) et le milieu scolaire (10%).

Enfin, à l'adolescence (12-18 ans), les approches thérapeutiques privilégiées sont : cognitivo-comportementale (46%), systémique (17%), psychodynamique (14%), humaniste (11%), thérapie individuelle (11%), le coaching parental (10%) tandis que 11% des psychologues rapportent ne pas avoir recours à une approche en particulier. Les psychologues des régions non universitaires ont mentionné avoir recours davantage à la thérapie familiale à l'adolescence en tant qu'approche thérapeutique que les psychologues des régions universitaires. Les principales activités thérapeutiques privilégiées sont l'intervention individuelle auprès de l'adolescent (46%), la régulation des émotions (24%), le coaching parental (21%), la thérapie par le jeu (17%), l'intervention d'un psychoéducateur (15%), la thérapie familiale (11%), les habiletés sociales (10%), le soutien au milieu scolaire (10%) et la restructuration cognitive (10%). Les cibles d'intervention privilégiées sont l'adolescent (96%), les parents ou la famille d'accueil (65%), les autres intervenants (15%), l'enseignant (14%), la famille ou la fratrie (10%) et le milieu scolaire (10%), sans différence significative entre les psychologues des régions universitaires ou non universitaires.

Ainsi, quant aux pratiques d'intervention psychosociale des psychologues, que ce soit en petite enfance, en enfance ou à l'adolescence, il ressort que l'approche cognitivo-comportementale domine, ce qui est conséquent avec les fondements théoriques de plusieurs

programmes élaborés pour intervenir auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC. Pour les activités thérapeutiques, l'inclusion des parents dans le traitement apparaît à la base des interventions d'une majorité des psychologues, auquel se greffent surtout la thérapie individuelle, la régulation des émotions et la thérapie par le jeu, ce qui rejoint l'aspect expérientiel et interactif recommandé dans la littérature au niveau de l'intervention (Webster-Stratton et coll., 2001). Au plan des cibles d'intervention, le représentant de l'autorité parentale occupe une place de choix mais également d'autres agents de socialisation, ce qui rejoint la recommandation d'une intervention dans une perspective écologique ou multisystémique (Bennett et Gibbons, 2000; Boxer et coll., 2008; Inserm, 2005; Webster-Stratton et coll., 2001). Nous observons donc que les interventions psychosociales des psychologues rejoignent plusieurs caractéristiques recommandées dans la littérature en ce qui concerne celles réputées efficaces pour le TOP et le TC. De plus, ces dernières varient peu selon que les psychologues interviennent en petite enfance, à l'enfance ou à l'adolescence.

Le troisième objectif de recherche visait à décrire comment les psychologues évaluent l'efficacité de leurs interventions sur le terrain auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC. L'ensemble des psychologues rapportent mesurer l'efficacité de leurs interventions majoritairement par le biais de l'observation clinique (73%) ou de l'étude de cas (54%). Soixante-deux pour cent des répondants estiment ne pas avoir suffisamment de temps dans leur milieu de travail pour prendre connaissance des pratiques réputées efficaces pour intervenir auprès des jeunes qui présentent le TOP ou le TC. Ce résultat peut être biaisé par la proportion de psychologues behavioristes ayant répondu au questionnaire, considérant qu'ils sont plus susceptibles de s'intéresser à la recherche et aux données probantes. En milieu de travail, 65% d'entre eux évaluent avoir accès à des ressources multidisciplinaires suffisantes, 50% à de la formation adéquate et 40% à des ressources matérielles qui répondent à leurs besoins. Selon l'ensemble des psychologues, l'efficacité des interventions auprès des enfants diagnostiqués TOP ou TC devrait se fonder davantage sur un programme multimodal (52%) ou encore sur un programme qui se centre sur les habiletés de régulation (42%). L'état actuel des recherches ne nous permet pas d'hierarchiser ces critères d'efficacité par rapport à l'âge des sujets ou encore à la durée de l'intervention. Il pourrait donc s'avérer intéressant d'orienter des recherches en ce sens dans le futur.

L'objectif secondaire visait à explorer si les pratiques des psychologues varient selon leur région de pratique, soit universitaire ou non universitaire. Bien que des différences mineures aient été trouvées, il ressort que les pratiques des psychologues sont globalement similaires, quelle que soit la région de provenance, dans le traitement du TOP et du TC chez l'enfant.

Cette recherche exploratoire comporte certaines lacunes. Tout d'abord, les résultats se fondent sur un échantillon de convenance, qui est le reflet des pratiques de 101 psychologues sur 3879 sollicités. Ce biais a déjà été discuté. Après coup, nous estimons qu'il aurait été pertinent de documenter les titres de programmes connus et utilisés par les psychologues dans le traitement du TOP et du TC, en plus de ceux utilisés pour prévenir ces deux troubles. Enfin, le questionnaire peut être bonifié par des questions portant sur la durée des interventions et le nombre de rencontres, afin de faire le parallèle avec d'autres caractéristiques des pratiques réputées efficaces trouvées dans la littérature.

Suite aux résultats de cette étude, nous émettons des suggestions pour la continuité de la recherche sur les pratiques de prévention et d'intervention des psychologues auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC. Compte tenu du manque de temps exprimé par une majorité de professionnels dans leur milieu de travail pour prendre connaissance des pratiques efficaces, il semble pertinent d'offrir de courtes formations portant sur la synthèse des connaissances sur le TOP et le TC ainsi que sur le thème des pratiques validées et efficaces. Il serait aussi intéressant que des groupes de recherche évaluent l'efficacité des programmes d'intervention qui sont utilisés concrètement dans les milieux de soins puisqu'il n'existe pratiquement aucune donnée à ce sujet au Québec. Cependant, cet exercice représente un défi de taille compte tenu des nombreuses variables inhérentes à la pratique en milieu de soins telles que le roulement important de personnel, la surcharge de travail des intervenants, la difficulté d'appliquer les programmes très structurés compte tenu des contraintes du milieu de travail et ce, contrairement aux recherches menées dans le cadre universitaire (Pauzé et Touchette, 2010; Moisan, Poulin, Capuano et Vitaro, 2012). Mener des recherches-action permettrait de vérifier si les pratiques probantes se révèlent efficaces et adaptées aux besoins des milieux cliniques. Ces dernières pourraient mener à une meilleure

compréhension des ingrédients actifs des pratiques réputées efficaces, permettant ainsi plus de flexibilité dans l'application des programmes. Éventuellement, une base de données répertoriant les meilleures pratiques pourrait être mise sur pied afin de faciliter l'accès à l'information aux psychologues. En fonction des résultats, une meilleure diffusion d'un programme d'intervention validé empiriquement et répondant aux besoins des milieux pourrait être offert aux praticiens. Si on se fie à la littérature, la prévention demeure toutefois un pôle à privilégier, notamment en petite enfance, afin d'agir en amont, en outillant les parents et les familles qui présentent des facteurs de risque en lien avec le développement du TOP et du TC chez les enfants.

5. RÉFÉRENCES

- Alexander, J., C. Barton, D. Gordon, J. Grotper, K. Hansson, R. Harrison, S. Mears, S. Mihalic, B. Parsons, C. Pugh, S. Schulman, H. Waldron et T. Sexton (1998). *Functional Family Therapy: Blueprints for Violence Prevention, Book Three*. Blueprints for Violence Prevention Series. Boulder, CO : Center for the Study and Prevention of Violence.
- American Psychiatric Association – DSM-IV-TR (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.), Texte révisé. Washington DC: Masson.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 264 p.
- Beaud, J-P. (2009). «L'échantillonnage». In *Recherche sociale - de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 251-283. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Beaumont, C., E. Royer, R. Bertrand et F. Bowen (2005). Les effets d'un programme adapté de médiation par les pairs auprès d'élèves en trouble de comportement. *Revue canadienne des sciences du comportement*. Vol 37(3), p. 198-210.
- Bennett, D. S. et T. A. Gibbons (2000). Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior : A meta-analysis. *Child and Family Behavior Therapy*. Vol 22(1), p. 1-15.
- Blais, A. et C. Durand (2009). «Le sondage». In *Recherche sociale - de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 445-487. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourduin, C. M. (1999). Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol 38(3), p. 242-249.
- Boxer, P. et P. J. Frick (2008). «Treating Conduct Problems, Aggression, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents : An Integrated View». In *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents – Bridging Science and Practice*, sous la dir. de R. G. Steele, T. D. Elkin et M. C. Roberts, p. 241-259. New York : Springer.
- Braun, C. M. J. (2000). *Neuropsychologie du développement*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences.

- Brestan, E. V. et S. M. Eyberg (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents : 29 years, 82 studies and 5 272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology. Special Issue : Empirically supported psychosocial interventions for children*. Vol 27(2), p. 180-189.
- Campbell, S. B. (1995). Behavior problems in preschool children : A review of recent research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, Vol 36(1), p. 113-149.
- Capuano, F., F. Poulin, F. Vitaro, P. Verlaan, I. Vinet (2010). Le programme de prévention Fluppy : Historique, contenu et diffusion au Québec. *Revue de psychoéducation*. Vol. 39(1), p. 1-26.
- Chamberlain, P. (1996). «Intensified foster care : Multi-level treatment for adolescents with conduct disorders in out-of-home care. In *Psychological Treatments for Child and Adolescent disorders : Empirically based strategies for clinical practice*. Washington : American Psychological Association, p. 475-496.
- Christensen, H. B. (1986), traduit de l'anglais par F. Gagné et R. Proulx. *La statistique : démarche pédagogique programmée*. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Cicchetti, D. et F. A. Rogosch (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, Vol 8(4), p. 597-600.
- Cloutier, G. (1999). *Programme de formation pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale : Guide du parent*. Adaptation francophone de «Defiant Children» (1997) de R. A. Barkley. New York : Guilford Publications Inc.
- Cole, D. A. et S. Carpentieri (1990). Social status and the comorbidity of child depression and conduct disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 58(6), p. 748-757.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1992). A developmental and clinical model for the prevention of conduct disorders : the FAST Track program. *Developmental Psychopathology*, Vol 4, p. 509-527.
- Cowen, E. L. (2000). Now that we all know primary prevention in mental health is great, what is it? *Journal of Community Psychology*, Vol 28 (1), p. 5-16.
- Dishion, T. J., J. McCord et F. Poulin (1999). When interventions harm : Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*. Vol 54(9), p. 755-764.
- Domitrovich, C. E. et J. A. Welsh (2000). «Developmental models for interventions to prevent conduct problems». In *Shocking violence : Youth perpetrators and victims – A multidisciplinary perspective*, sous la dir. de R. S. Moser et C. E. Frantz, p. 125-153. Springfield IL : Thomas Publisher.

- Dretzke, B. et I. Goulet (2005). *Statistiques avec Microsoft Excel* (2^e éd.). Québec : Les éditions Reynald Goulet Inc.
- Drugli, M. B., S. Fossum, B. Larsson, W-T. Morch (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Vol 19, p. 559-565.
- Dumas, J. E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2^e éd.). Bruxelles : Éditions De Boeck Université.
- Eyberg, S. M. et S. R. Boggs (1998). «Parent-child interaction therapy : A psychosocial intervention for the treatment of young conduct-disordered children». In *Handbook of parent training : Parents as co-therapists for children's behavior problem* (2nd ed.), sous la dir. de J. M. Briesmeister, C. E. Schaefer, p. 61-97, NJ : John Wiley & Sons Inc.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York : Plenum Press.
- Gagnon, C., R. Boisjoli, P. L. Gendreau et F. Vitaro (2006). «Le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites». In *Les troubles du comportement à l'école – Prévention, évaluation et intervention*, sous la dir. de L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris, p. 17-38. Montréal : Gaétan Morin Éditeur, Chenelière Éducation.
- Gauthier, B. (2009). «La structure de la preuve». In *Recherche sociale - de la problématique à la collecte des données*, sous la dir. de B. Gauthier, p. 169-198. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gordon, D. A., J. Arbutnot, K. E. Gustafson et P. McGreen (1988). Home-based behavioral-systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *American Journal of Family Therapy*, Vol 16(3), p. 243-255.
- Greenberg, M. T., C. Domitrovich et B. Bumbarger (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children : current state of the field. *Prevention and Treatment*. Vol 4(1), p. 1-58.
- Greenberg, M. T., M. L. Speltz, M. Deklyen, M. C. Endriga (1991). Attachment security in preschoolers with and without externalizing behavior problems : A replication. *Development and Psychopathology. Special Issue: Attachment and developmental psychopathology*. Vol 3(4), p. 413-430.
- Henggeler, S. W. et A. J. Sheidow (2003). Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol 29(4), p. 505-522.

- Henggeler, S. W., S. K. Schoenwald, C. M. Borduin, M. D. Rowland et P. B. Cunningham (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York : Guilford Press.
- Hinshaw, S. P. et S. S. Lee (2003). «Conduct and Oppositional defiant disorders». In *Child psychopathology* (2nd ed.), sous la dir. de E. J. Mash et R. A. Barkley, p. 144-198. New York : The Guildford Press.
- Inserm (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Éditions Inserm, 428 p.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorder in childhood and adolescence* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA : Sage, 177 p.
- Kazdin, A. E. (2000). *Psychotherapy for children and adolescents : directions for research ad practice*. New York : Oxford Unviersity Press, 304 p.
- Kazdin, A. E. et De Los Reyes, A. (2008). «Conduct Disorder». In *The practice of child therapy* (4th ed.), sous la dir. de R. J Morris et T. R. Kratochwill, p. 207-247. New York : Taylor & Francis Group, LLC.
- Kolko, D., L. D. Dorn, O. G. Bukstein, D. Pardini, E. A. Holden, J. Hart (2009). Community vs. Clinic-Based Modular Treatment of Children with Early-Onset ODD or CD: A Clinical Trial with 3-Year Follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol 37, p. 591-609.
- Lahey, B. B. et R. Loeber (1994). «Framework for a developmental model of oppositional defiant disorder and conduct disorder». In *Disruptive behavior disorders in childhood*, sous la dir. H. C. Quay et D. K. Routh, p. 139-180. New York : Plenum Press.
- Lecompte, S. et H. Poissant (2006). «Facteurs de risque du TDAH». In *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité - Soigner, éduquer, surtout valoriser*, sous la dir. de N. Chevalier, M-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant, p. 17-36. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lemarquand, D., R. E. Tremblay et F. Vitaro (2001). «The prevention of conduct disorder : a review of successful and unsuccessful experiments». In *Conduct disorders in childhood and adolescence – Cambridge child and adolescent psychiatry*, sous la dir. de J. Hill et B. Maughan. New York : Cambridge University Press.
- Lochman, J. E., et K. C. Wells (1996). «A social-cognitive intervention with aggressive children : Prevention effects and contextual implementation issues». In *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*, sous la dir. de R. D. Peters, R. J. McMahon, p. 111-143. Thousand Oaks, CA : Sage Publications Inc.

- Lundahl, B., H. J. Risser et M. C. Lovejoy (2006). A meta-analysis of parent training : moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*. Vol 26(1), p. 86-104.
- McMahon, R. J. et R. L. Forehand (2003). *Helping the Noncompliant Child – Family-Based Treatment for Oppositional Behavior* (2nd ed). New York : The Guilford Press, 313 p.
- McMahon, R. J. et Kotler, J. S. (2008). «Evidence-Based Therapies for Oppositional Behavior in Young Children». In *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents – Bridging Science and Practice*, sous la dir. de R. G. Steele, T. D. Elkin et M. C. Roberts, p. 221-240. New York : Springer.
- Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (2008). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Québec : La direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 16 p.
- Moisan, A., F. Poulin, F. Capuano et F. Vitaro (2012). Impact de deux interventions visant à améliorer la compétence sociale chez des enfants agressifs à la maternelle. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*. Advance online publication. doi : 10.1037/a0030179.
- Murrihy, R. C., Kidman, A. D. et Ollendick, T. H. (2010). *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth*. New York : Springer, 544 p.
- Olds, D., C. R. Henderson, R. Cole, J. Eckenrode, H. Kitzman, D. Luckey, L. Pettitt, K. Sidora, P. Morris, J. Powers (1998a). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior : 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. Vol 280(14), p. 1238-1244.
- Olds, D., L. M., Pettitt, J. Robinson, C. Henderson, J. Eckenrode, H. Kitzman, B. Cole et J. Powers (1998b). Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation. *Journal of Community Psychology. Special Issue : Home visitation II*. Vol 26(1), p. 65-83.
- Pauzé, R. et L. Touchette (2010). «L'implantation de programmes d'intervention probants dans les milieux de pratique : un défi réaliste?». In *Aide aux jeunes en difficulté du comportement, regards sur nos pratiques*, sous la dir. de M. Déry, A.S. Denault et J. P. Lemelin. Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfant, Université de Sherbrooke.
- Poirier, J. et C. Fex (2006). *Programme de formation pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale*. CLSC de Saint-Jérôme.
- Poulin, F., F. Capuano, F. Vitaro, P. Verlaan, M. Brodeur, J. Giroux et C. Gagnon (2008). *Le programme de prévention Fluppy : Modèle théorique sous-jacent et implantation du devis d'évaluation en milieu de pratique* (manuscrit soumis pour publication).

Poulin, F., F. Capuano, F. Vitaro, P. Verlaan, M. Brodeur et J. Giroux. *Large-scale Dissemination of an Evidence-based Prevention Program for At-risk Kindergartners : Lessons Learned from an Effectiveness Trial of the Fluppy Program* (manuscrit soumis pour publication).

Shaw, D. S. et J. I. Vondra (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems : A longitudinal study of low-income families. *Journal of abnormal Child Psychology*. Vol 23(3), p. 335-357.

- Tremblay, R. E., L. C. Masse, L. Pagani et F. Vitaro (1996). «From childhood physical aggression to adolescent maladjustment : The Montreal prevention experiment». In *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*, sous la dir. de R. D. Peters, R. J. McMahon, p. 268-298. Thousand Oaks, CA : Sage Publications Inc.
- US Department of Health and Human Services (2001). *Youth violence : a report of the Surgeon General*.
- Webster-Stratton, C. (2000). *The Incredible Years training series bulletin*. Washington DC : US Department of Justice, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Webster-Stratton, C. et M. J. Reid (1999). «The Incredible Years Parents, Teachers and Child Training Series : A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*, sous la dir. de A. Kazdin et J. Weisz. New York : Guilford Press.
- Webster-Stratton, C. et T. Taylor (2001). Nipping early risk factors in the bud : Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0 to 8 years). *Prevention Science*. Vol 2(3), p. 165-192.
- White, J. L. et Kratochwill (2005). Practice Guidelines in school psychology : Issues and directions for evidence-based interventions in practice and training. *Journal of School Psychology*. Vol 43, p. 99-115.

6. APPENDICE A : QUESTIONNAIRE



Question #1

Quelle est la région principale de votre pratique?

- a) Montréal
- b) Laurentides
- c) Autre:

Question #2

Dans quelle catégorie se situe votre nombre d'années de pratique à titre de psychologue?

- a) 0 à 5 ans
- b) 6 à 10 ans
- c) 11 à 15 ans
- d) 16 et plus

Question #3

Dans quel milieu se situe votre champ d'activité principal?

- a) Dans un centre jeunesse
- b) Dans un centre hospitalier
- c) Dans un centre de santé et de services sociaux (CSSS)
- d) Dans le milieu scolaire
- e) Dans une pratique privée
- f) Autre:

Question #4

Dans votre pratique professionnelle, quelle est votre approche principale?

- a) Cognitive-comportementale
- b) Neuropsychologique
- c) Psychanalytique
- d) Humaniste
- e) Autre:

Question #5

Quel critère s'applique le mieux pour diagnostiquer un trouble oppositionnel avec provocation (TOP) chez l'enfant?

- a) Celui des comportements d'opposition qui entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'enfant
- b) Celui des comportements d'opposition qui entraînent des mesures disciplinaires
- c) Celui des manifestations hostiles qui peuvent survenir lors d'un trouble anxieux
- d) Celui de l'hérédité des parents qui ont présenté des troubles de comportement pendant l'enfance

Question #6

Quelle est la caractéristique fondamentale du trouble des conduites (TC) chez l'enfant?

- a) Une attitude de froideur lorsque l'enfant est confronté
- b) Des comportements d'évitement de l'enfant face à l'autorité
- c) Des conduites agressives violent les droits d'autrui
- d) Des manifestations de désorganisation

Question #7

Quelle affirmation décrit le mieux la prévalence du TOP et du TC?

- a) La prévalence du TC se révèle plus élevée à l'adolescence qu'à l'enfance
- b) La prévalence du TOP se révèle plus élevée à l'adolescence qu'à l'enfance
- c) La prévalence du TC se révèle plus élevée à l'enfance qu'à l'adolescence
- d) La prévalence du TOP se révèle également élevée à l'enfance qu'à l'adolescence

Question #8

Quel est le trouble le plus fréquemment associé au TOP et au TC?

- a) Le trouble anxieux
- b) Le trouble d'apprentissage
- c) Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
- d) Le trouble de l'humeur

Question #9

Quelle affirmation décrit le mieux les facteurs de risque du TOP et du TC?

- a) Le dysfonctionnement familial alors que l'enfant a nécessairement été exposé à des comportements agressifs et violents
- b) Le caractère héréditaire des problématiques, des antécédents de comportements antisociaux retrouvés chez les parents durant leur jeunesse accompagnés de pratiques parentales coercitives
- c) Les troubles de langage notés durant la petite enfance
- d) Le tempérament difficile et impulsif de l'enfant causé par une relation affective de mauvaise qualité avec ses parents

Question #10

Quel énoncé traduit le mieux la trajectoire développementale du TC?

- a) Les enfants qui présentent plusieurs symptômes du TC risquent fort de développer des difficultés sérieuses d'adaptation
- b) Les manifestations du TC apparaissent habituellement durant la petite enfance, l'âge médian d'apparition étant de 3 ans
- c) Le pronostic des enfants diagnostiqués TC après l'âge de 10 ans s'avère généralement plus sévère
- d) Le TC à début précoce disparaît habituellement à l'adolescence

Question #11

Dans votre pratique professionnelle, faites-vous une différence entre le TOP et le TC?

- Oui
- Non

Question #12

Parmi ces modalités d'intervention, identifiez celle(s) privilégiée(s) dans votre pratique auprès des enfants présentant le TOP ou le TC?

- a) Pharmacologique Oui Non
- b) Psychoéducative Oui Non
- c) Psychosociale Oui Non
- d) Pédagogique Oui Non

Question #13

Si vous connaissez un ou des programmes de prévention du TOP ou du TC appliqué(s) au Québec, veuillez le ou les nommer?

Question #14

Dans votre pratique auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC, votre intervention cible-t-elle?

- a) La communauté Oui Non
 b) L'école Oui Non
 c) L'enfant Oui Non
 d) Les pairs Oui Non
 e) Les parents Oui Non

Question #15

Dans votre pratique, quelle méthode thérapeutique est utilisée pour traiter un enfant diagnostiqué TOP ou TC?

- a) Thérapie de groupe seulement
 b) Thérapie individuelle seulement
 c) Thérapies de groupe et individuelle

Question #16

Quelles sont les mesures d'aide particulières utilisées dans votre pratique afin de favoriser l'intégration en classe des enfants qui présentent le TOP ou le TC?

Question #17

Si l'efficacité des interventions auprès des enfants diagnostiqués TOP ou TC est mesurée dans votre milieu de travail, quelle est la méthode utilisée?

- a) Étude de cas Oui Non
 b) Étude d'efficacité avec groupe de comparaison Oui Non
 c) Observation clinique Oui Non
 d) Questionnaire de satisfaction Oui Non
 e) Autre méthode utilisée

Question #18

Dans votre milieu de travail, jugez-vous qu'on vous donne le temps de prendre connaissance des pratiques réputées efficaces pour intervenir auprès des enfants présentant le TOP ou le TC?

- Oui
 Non

Question #19

Dans votre milieu de travail, jugez-vous qu'on vous donne les outils qu'il vous faut pour intervenir auprès des enfants présentant le TOP ou le TC selon les pratiques réputées efficaces?

- a) Formation Oui Non
 b) Accès à des ressources multidisciplinaires Oui Non
 c) Ressources matérielles Oui Non

Question #20

Sur quel critère principal d'efficacité l'intervention auprès des enfants diagnostiqués TOP ou TC devrait-elle être fondée?

- a) Durée de l'intervention
 b) Programme multimodal
 c) Âge des sujets
 d) Programme centré sur les habiletés de régulation

Question #21

Dans votre pratique auprès des enfants qui présentent le TOP ou le TC, vos interventions ciblent-elles les tranches d'âge suivantes?

- a) La petite enfance (0 - 5 ans) Oui Non
 b) L'enfance (6 - 11 ans) Oui Non
 c) L'adolescence (12 - 18 ans) Oui Non

Question #22

Compléter le tableau suivant en vous référant à la question précédente (#21). Vous complétez chaque groupe d'âge en fonction de votre ou de vos réponse(s) affirmative(s)

Groupe d'âge	Thérapie individuelle	Thérapie de groupe	Nom de la ou des thérapie(s) utilisée(s)	Activité(s) thérapeutique(s)	Personne(s) visée(s)
Petite enfance (0-5 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfance (6-11 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Adolescence (12-18 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Soumettre le sondage

7. APPENDICE B : COURRIEL DE SOLLICITATION

Objet : *Recherche sur les pratiques des psychologues québécois auprès des jeunes présentant une problématique comportementale*

Bonjour,

Dans le cadre de sa politique de soutien à la recherche, l'Ordre des psychologues vous invite à prendre connaissance du projet de recherche de madame Marie-Hélène Girard, candidate au doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Cette recherche, supervisée par Dr Marie-Claude Guay, psychologue et professeur à l'UQÀM, vise à documenter les pratiques des psychologues québécois auprès des jeunes présentant une problématique comportementale. Madame Girard a ainsi besoin de votre gracieuse participation et elle vous invite à prendre connaissance des détails du projet et à compléter le questionnaire en ligne, en cliquant sur le lien qui suit vous menant sur le site web : <http://www.er.uqam.ca/nobel/d206765/>. Vous pouvez communiquer avec madame Girard en lui adressant un courriel à l'adresse suivante : girard.marie-helene@courrier.uqam.ca.

Nous vous remercions, en son nom, pour votre participation volontaire.

Pierre Desjardins, psychologue
Directeur de la qualité et du développement de la pratique
Ordre des psychologues du Québec

8. APPENDICE C : INFORMATIONS SUR LE PROJET DE RECHERCHE



TITRE DE LA RECHERCHE

Étude descriptive des pratiques de prévention et d'intervention des psychologues des services de santé et des services sociaux du Québec auprès des enfants qui présentent le trouble oppositionnel avec provocation ou le trouble des conduites.

RESPONSABLES DU PROJET

Marie-Hélène Girard, candidate au doctorat, girard.marie-helene@courrier.uqam.ca
Marie-Claude Guay, professeur, guay.marie-claude@uqam.ca, 514-987-3000, poste 4471

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM)
8888, succ. Centre-Ville, Montréal, H3C 3P8

BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Dans le cadre d'une recherche doctorale en psychologie, vous êtes invité(e) à décrire et à documenter les pratiques de prévention et d'intervention utilisées par les psychologues du Québec auprès d'enfants qui présentent le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou le trouble des conduites (TC).

BÉNÉFICE

Votre participation contribuera à l'avancement de la recherche par une meilleure connaissance des pratiques psychologiques auprès de ces enfants.

PROCÉDURE

Votre participation consiste à répondre à un questionnaire axé sur les problématiques du TOP et du TC chez l'enfant, sur vos pratiques de prévention et d'intervention ainsi que sur l'évaluation de l'efficacité de ces dernières. La durée estimée de votre participation est d'environ 20 minutes et vous ne pourrez soumettre les résultats qu'une seule fois.

CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les informations recueillies dans le questionnaire sont confidentielles; seules les responsables du projet y auront accès. Le questionnaire se complète en ligne afin de garantir l'anonymat des répondants. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée. Toutes les données récoltées seront conservées au laboratoire du professeur responsable à l'UQAM. Elles seront détruites cinq ans après la dernière publication.

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est volontaire, ce qui signifie que vous acceptez de participer au projet sans pression extérieure. L'équipe du projet pourra utiliser les données recueillies à des fins d'article, conférence ou toute autre communication scientifique. En tout temps, vous pouvez décider de mettre fin à votre participation, sans pénalité d'aucune forme.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Le Comité d'éthique départemental pour la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a évalué et approuvé cette étude. Pour toute question additionnelle sur le projet, sur vos droits en tant que participant, sur les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique, pour formuler un commentaire ou une plainte, vous pouvez contacter la responsable du projet, Marie-Claude Guay, au numéro 514-987-3000, poste 4471.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de cette étude et notre équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez recevoir un résumé écrit des résultats de cette recherche, nous vous invitons à envoyer un courriel ayant pour objet «Résultats de l'étude» à l'adresse suivante: girard.marie-helene@courrier.uqam.ca.