



Pédopsychiatrie de l'HGJ

Programme de soins de transition

Famille Rose et David Bloomfield





REMERCIEMENTS

L'Hôpital de jour de pédopsychiatrie de l'HGJ souhaite exprimer sa reconnaissance pour le soutien généreux et suivi de la David Bloomfield Family Foundation, en l'honneur de laquelle le Programme de soins de transition est dorénavant nommé.

Bell Canada, reconnaissant l'importance de l'intervention en santé mentale, a généreusement fourni le financement pour le Programme de soins de transition, de même que pour l'élaboration du présent manuel. Nous aimerais aussi souligner le soutien généreux de la Sam Solomon Foundation pour le programme pilote initial.

Les créateurs du programme sont la Dre Phyllis Zelkowitz, directrice de recherche, Département de psychiatrie de l'HGJ; la Dre Jaswant Guzder, ancienne directrice, Division de pédopsychiatrie de l'HGJ; et Rosemary Short, ancienne infirmière-chef, Division de pédopsychiatrie de l'HGJ. Le présent manuel reflète l'apport de ces créateurs du programme conjugué à celui des membres de l'équipe de soins de transition de l'HGJ : Jane Bourke, coordinatrice; Anne Smart, éducatrice; et Karen Sochaczewski, éducatrice. Amy Langstaff a révisé le manuel, et Myriam Ekhauzer en a réalisé l'infographie.

ILLUSTRATIONS : Joyeusement fournies par les enfants de la division de pédopsychiatrie de l'Hôpital général juif.



Table des matières

A. APERÇU

À propos du Programme de soins de transition	6
Comment le Programme de soins de transition aide les enfants ayant des troubles mentaux	7
Comment les personnes qui travaillent avec les enfants peuvent bénéficier d'une familiarisation avec le Programme de soins de transition	8

B. LES DÉFIS AUXQUELS S'ADRESSE LE PROGRAMME DE SOINS DE TRANSITION

Défis qui se posent aux enfants	9
Défis qui se posent aux familles	10
Défis qui se posent aux enseignants et aux écoles	10
Défis qui se posent aux services sociaux	11
En bref : comment le Programme de soins de transition répond à ces défis	11

C. FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME DE SOINS DE TRANSITION:

Mettre l'accent sur l'enfant: maintenir les progrès acquis lors du traitement	12
Le programme de soins de transition est une passerelle après le traitement	14
Outils et pratiques	18



D. STRATÉGIES ET ASTUCES POUR ADAPTER LE PROGRAMME DE SOINS DE TRANSITION À D'AUTRES CONTEXTES

Note aux enseignants	22
Pratiques utiles et directives générales	22
Visites à l'école par un(e) éducateur(trice), un(e) travailleur(euse) social(e) ou un autre professionnel	25
Comment coordonner et mener une visite à l'école	26
Stratégies pour gérer le comportement des enfants	28
Conseils additionnels pour la gestion des classes	33
Stratégies pour soutenir les parents	34
Stratégies pour gérer les résultats scolaires	39
Stratégies pour aider les enfants à interagir avec les autres	40
Quand contacter les services de protection de la jeunesse	43
Chronologie typique du Programme de soins de transition	45
GUIDE DES ANNEXES	47
Annexe A Formulaire de renseignements	A-1
Annexe B Liste de troubles mentaux	B-1
Annexe C Exemples de contrats de comportement	C-1
Annexe D Guide de ressources en ligne	D-1
Annexe E Cas d'étude détaillé	E-1
Annexe F Références	F-1

A. APERÇU

À propos du Programme de soins de transition

Depuis 2002, le Programme de soins de transition apporte du soutien aux enfants de quatre à douze ans qui ont reçu leur congé des programmes de pédopsychiatrie de jour ou de soir de l'Hôpital général juif (HGJ) de Montréal. Le Programme de soins de transition a été conçu et mis au point par des membres du personnel de l'HGJ provenant de divers domaines professionnels, y compris la psychiatrie, le travail social et l'éducation. Ce programme se fonde sur les connaissances cliniques ainsi que sur de nombreuses années d'expérience à aider les enfants à se réintégrer dans leur milieu scolaire régulier après avoir suivi des traitements psychiatriques à l'hôpital. Nous croyons que le Programme de soins de transition a permis à de nombreux enfants à continuer de progresser après leur départ de l'Hôpital de jour et à se réintégrer pleinement dans leur milieu scolaire régulier.

Dans ce document, nous avons cherché à résumer les observations et les connaissances acquises sur le programme dans un format utile pour les professionnels des domaines associés à la santé mentale pédiatrique (enseignants, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, personnel de CLSC et autres). Notre objectif est d'offrir un manuel pragmatique qui

sera utile à ceux qui travaillent avec les enfants et aux familles qui, après leur expérience dans l'Hôpital de jour ou des établissements comparables, se réadaptent à la vie de l'enfant dans son milieu scolaire régulier.

Le programme d'Hôpital de jour de pédopsychiatrie

Les enfants âgés de 4 à 12 ans sont dirigés vers l'Hôpital de jour de l'HGJ lorsqu'ils présentent des problèmes tels que le trouble oppositionnel avec provocation, trouble de conduite, comportement agressif, tendances suicidaires, trouble déficitaire de l'attention, mutisme sélectif, refus d'aller à l'école et trouble de stress post-traumatique. Les enfants sont référés par des écoles, des organismes de services sociaux et des parents.

L'Hôpital de jour offre un programme de traitement multimodal d'une durée pouvant atteindre une année scolaire complète aux enfants présentant des problèmes tellement graves qu'ils ne peuvent pas fréquenter leur milieu scolaire régulier. Le programme comprend:

- 3 à 4 jours par semaine de classes d'éducation de l'enfance en difficulté pour des groupes de 7 élèves;
- des séances individualisées de thérapie par le jeu, une formation en aptitudes sociales, des services d'ergothérapie, et de l'art-thérapie;
- des séances hebdomadaires de thérapie familiale;
- une évaluation psychologique du fonctionnement cognitif et émotionnel; et
- des consultations entre le personnel de l'hôpital et le réseau de soutien de chaque enfant, dont l'établissement scolaire, les organismes de services sociaux et le personnel de CLSC.

Dans la plupart des cas, les enfants admis à l'Hôpital de jour peuvent éventuellement réintégrer leur milieu scolaire régulier, ou une nouvelle école qui répond à leurs besoins particuliers.

Comment le Programme de soins de transition aide les enfants ayant des troubles mentaux

Les enfants sont admis à l'Hôpital de jour de la Division de pédopsychiatrie de l'HGJ lorsque leurs familles et leurs écoles sont d'accord qu'elles ne peuvent plus gérer le comportement de l'enfant seules. Grâce aux soins spécialisés et à l'attention soutenue offerts par l'Hôpital de jour, ces enfants réalisent souvent des progrès considérables en comportement et en bien-être global. Évidemment, c'est dans l'intérêt commun des enfants, de leur familles et de leur écoles de maintenir ces progrès après avoir quitté l'Hôpital de jour.

Malheureusement, le stress de la réintégration à l'école peut amener les enfants à régresser. Le Programme de soins de transition a été conçu pour apporter un soutien aux familles et aider les enfants qui ont des troubles mentaux à réintégrer leur écoles régulières en conservant les habitudes et les compétences acquises pendant leur traitement à l'Hôpital de jour. Plus précisément, le programme vise à:

- **maintenir** le comportement et les résultats scolaires;
- **favoriser** les comportements prosociaux et l'apprentissage fonctionnel;
- **prévenir** la récidive des comportements agressifs ou problématiques;
- **assurer** l'observance thérapeutique; et
- **bâtir** et consolider des réseaux de soutien communautaire pour ces familles.



À l'origine, le Programme de soins de transition devait être un programme d'intervention de six mois où un(e) travailleur(euse) social(e) et un(e) psychoéducateur(trice), avec l'appui du personnel de pédopsychiatrie de l'HGJ, travaillerait avec les enfants, les familles et les écoles pour aider les finissants du programme d'Hôpital de jour à se réintégrer dans leurs écoles et leurs communautés. Depuis son établissement il y a plusieurs années, le Programme de soins de transition a aidé de nombreux enfants et familles à maintenir les progrès qu'ils ont réalisés et à se réadapter au milieu scolaire.

Aujourd'hui, l'HGJ vise à rendre les avantages du Programme de soins de transition plus accessibles en partageant les connaissances au sujet du programme avec d'autres établissements: écoles, CSSS et organismes de services sociaux. L'équipe de soins de transition affiliée à l'Hôpital de jour de l'HGJ n'a pas les ressources nécessaires pour appuyer chaque enfant pouvant bénéficier du Programme de soins de transition. Avec ce manuel, nous voulons partager nos connaissances et pratiques avec les enfants, les familles, les enseignants et les établissements offrant des services aux enfants avec des troubles mentaux, mais qui n'ont pas de lien direct avec l'HGJ.



Comment les personnes qui travaillent avec les enfants (enseignants, travailleurs sociaux, personnel de CLSC et autres) peuvent bénéficier d'une familiarisation avec le Programme de soins de transition

En plus d'aider les enfants directement inscrits au programme et leurs familles, le Programme de soins de transition peut s'avérer une ressource précieuse pour les enseignants, les écoles et les organismes de soins de santé et de services sociaux. Le Programme de soins de transition:

- **facilite** la communication entre les familles et les établissements (surtout scolaires);
- **permet** une réaction rapide aux signes de régression, abordant les problèmes mineurs à l'école avant qu'ils ne prennent de l'ampleur; et
- **aide** les adultes présents dans la vie d'un enfant à développer des réactions concertées face à ses problèmes de comportement, améliorant ainsi l'efficacité de chaque intervention.

Ces activités participent à tempérer le stress d'un enfant qui retourne à l'école et, par conséquent, ont tendance à réduire le temps et les ressources que les enseignants et les écoles doivent lui consacrer. Cette approche permet d'empêcher que les problèmes émergents ne dégénèrent en crise et évite ainsi aux familles de devoir faire appel aux services d'urgence.

La mise en œuvre d'un Programme de soins de transition exige un investissement de temps et d'énergie. Selon notre expérience, cet investissement produit des avantages nets pour les enseignants, les écoles et les organismes de services sociaux, car il permet de prévenir les crises qui risquent d'entraîner des problèmes de gestion demandant encore plus de temps.



PREUVES D'AVANTAGES À LONG TERME

Les enfants qui participent à des programmes comme celui de l'Hôpital de jour de pédopsychiatrie éprouvent non seulement des difficultés marquées lors de leur admission (difficultés qui se répercutent sur leur famille, leur école et leur communauté), mais ils courrent également un risque élevé de développer des troubles mentaux graves plus tard dans la vie. Une intervention efficace et précoce peut non seulement améliorer la qualité de vie à long terme des enfants, mais peut également produire des avantages socioéconomiques considérables pour la société.

Tolan & Dodge, 2009

B. Les défis auxquels s'adresse le Programme de soins de transition

Le Programme de soins de transition a pour but de maintenir les progrès réalisés par les enfants à l'Hôpital de jour de pédopsychiatrie de l HGJ en fournissant du soutien aux enfants, aux familles, et aux écoles alors qu'ils négocient le retour en milieu scolaire.

Progrès réalisés à l'Hôpital de jour de pédopsychiatrie de l HGJ

Les enfants qui font appel au programme de l'Hôpital de jour présentent des problèmes tellement graves qu'ils sont incapables de fonctionner dans leurs milieux scolaires réguliers. Avec la répétition et le renforcement positif à l'Hôpital de jour, les enfants et leurs familles ont tendance à acquérir des connaissances considérables pour gérer le comportement de l'enfant. En plus de recevoir un traitement psychiatrique à l'Hôpital de jour, les enfants apprennent dans un environnement caractérisé par des classes de petite taille, une attention individuelle, la cohérence, la stabilité et un personnel hautement qualifié en matière de santé mentale. Ce contexte d'apprentissage renforce les progrès réalisés dans le cadre du traitement à l'Hôpital de jour.

Le défi du retour à l'école

La perturbation de la routine et le stress de la réintégration de leur école régulière peuvent provoquer une régression, même chez les enfants qui réalisent des progrès énormes à l'Hôpital de jour. La transition est souvent stressante pour les familles et peut imposer des demandes additionnelles aux organismes de services sociaux et à l'école de l'enfant.

Défis qui se posent aux enfants

Modification de la routine

Le contexte hospitalier est hautement structuré et les enfants y reçoivent un soutien intensif de la part de spécialistes en santé mentale et d'autres travailleurs sociaux. La réintégration dans le milieu scolaire régulier de l'enfant représente non seulement un changement d'endroit et de routine, mais également un niveau de soutien moins intensif: moins d'attention individuelle, moins de personnes à qui parler des problèmes et, souvent, le retour à une école où l'enfant est connu pour ses problèmes. Les routines peuvent également changer à la maison, étant donné que les familles ont moins de contact avec le personnel de l'hôpital.

Classes plus grandes et attentes différentes

En quittant l'Hôpital de jour, les enfants passent d'un environnement où ils reçoivent une attention très individuelle dans une classe ayant un maximum de sept élèves, à une classe standardisée avec beaucoup plus d'élèves et moins de capacité pour du soutien individuel. Une salle de classe typique présente aussi des caractéristiques – comme le bruit, beaucoup de stimulation visuelle et des changements fréquents (par exemple, le réaménagement des pupitres pour le travail d'équipe) – qui conviennent à de nombreux enfants, mais qui peuvent perturber ceux qui souffrent de troubles mentaux.

La stigmatisation de l'absence

Les enfants qui retournent à l'école après avoir participé au programme de l'Hôpital de jour s'inquiètent souvent de l'accueil que leur réservera leur ancien milieu scolaire. Comment l'école a-t-elle expliqué leur absence aux autres enfants ? Qu'est-ce que les autres enfants savent au sujet des raisons de leur absence ? S'ils avaient des camarades avant leur admission à l'Hôpital de jour, est-ce que ces amitiés persisteront ? S'ils étaient déjà isolés, seront-ils davantage ostracisés ?



Défis qui se posent aux familles

Fin des relations avec le personnel de l'Hôpital de jour

Les enfants et les familles qui participent au programme de l'Hôpital de jour se sentent bien soutenus et développent souvent des sentiments de confiance marqués envers le personnel de l'hôpital. Le transfert de l'alliance thérapeutique à des partenaires communautaires et scolaires est essentiel à la réussite du programme de l'Hôpital de jour, qui maintient l'enfant dans son milieu scolaire régulier pour favoriser ce lien tout au long du traitement. Bien que le congé de l'Hôpital de jour représente une étape importante, il peut s'accompagner de peur et d'anxiété, car il menace de mettre fin à ces relations importantes. Le Programme de soins de transition atténue les effets de cette transition en veillant à la continuité des soins et en fournissant des références selon les besoins.

Retour à des relations parfois tendues entre la famille et l'école

Souvent, la relation entre la famille de l'enfant et son école était tendue avant l'entrée au programme d'Hôpital de jour. Les communications peuvent se dégrader lorsque la santé mentale d'un enfant se détériore et que l'école et d'autres ressources luttent pour gérer son comportement. En terminant le programme de l'Hôpital de jour, les familles peuvent être rassurées quant à l'état de leur enfant, mais nerveuses à la perspective de reprendre des contacts qui s'étaient interrompus sur une note négative plusieurs mois auparavant.

Stress d'assumer plus de responsabilités pour le comportement et le bien-être de l'enfant

Lorsque les enfants sont à l'Hôpital de jour, leurs parents savent qu'ils sont sous la supervision de spécialistes qui comprennent leurs problèmes et peuvent aider à les gérer. Par contre, le personnel d'établissements scolaires a plus d'enfants et moins de temps pour gérer les problèmes mentaux graves d'un seul élève. Les parents subissent donc le stress de se demander combien de fois ils devront quitter le travail pour aller chercher un enfant dont le comportement est problématique, combien d'appels ils recevront du directeur d'école et combien de fois leur enfant rentrera de l'école angoissé à cause de difficultés avec ses camarades ou le personnel de l'école. Les parents d'enfants qui souffrent de troubles mentaux ont parfois leurs propres problèmes de santé mentale, et le stress de cette transition peut donc être très éprouvant.

Défis qui se posent aux enseignants et aux écoles

Les établissements scolaires ont des ressources limitées et des centaines d'enfants à gérer; un seul enfant ayant des problèmes de comportement graves peut présenter un défi énorme. Les classes ont généralement entre 25 et 30 élèves avec des besoins d'apprentissage variés. Un enfant sortant du programme d'Hôpital de jour peut avoir des besoins difficiles à combler dans une grande classe. De plus, les écoles ne disposent peut-être pas des ressources nécessaires pour donner suite aux recommandations de l'Hôpital de jour. Lors du retour de l'enfant à l'école, son enseignant(e) peut craindre, avec raison, que celui-ci répète le comportement perturbateur, voire dangereux, du passé.



Défis qui se posent aux services sociaux

Si un enfant régresse sans soutien, il(elle) risque de se retrouver à nouveau sous la tutelle de services de santé mentale. En l'absence du soutien d'une équipe de soins de transition, deux situations peuvent survenir si un enfant régresse après avoir terminé son traitement à l'Hôpital de jour. Dans un premier temps, les parents peuvent tenter de refaire appel à l'Hôpital de jour. Le personnel de l'hôpital pourra faire de son mieux pour assumer ces responsabilités additionnelles en plus de son volume de travail existant, mais ceci est une solution imparfaite. Dans un deuxième temps, les parents devront peut-être se rendre au service d'urgence d'un hôpital ou communiquer avec le réseau de CSSS. Dans la plupart des cas, les hôpitaux et les services sociaux ne sont pas au courant du cas de

l'enfant et ne peuvent donc pas offrir une continuité des soins. Dans les deux cas, les délais pour recevoir de l'aide peuvent être considérables et risquent d'exacerber les problèmes de santé mentale des parents comme des enfants. Le Programme de soins de transition peut réduire les risques pour les enfants et les familles et les diriger vers d'autres services. Il est important de noter que d'après la Commission de la santé mentale du Canada, 70 pourcent des jeunes adultes signalent que leurs symptômes remontent à l'enfance, et que les enfants ayant des problèmes de santé mentale sont plus susceptibles de devenir des adolescents et des adultes avec des problèmes de santé mentale.

EN BREF: comment le Programme de soins de transition répond à ces défis

Le Programme de soins de transition a été conçu pour répondre à chacun de ces défis :

- **en suivant** les progrès de l'enfant à l'école;
- **en soutenant** les parents et les aidants avec des stratégies d'intervention;
- **en aidant** les familles à renforcer de façon constante les compétences acquises au programme d'Hôpital de jour;
- **en facilitant** la communication entre les familles et les écoles;
- **en aidant** les écoles à comprendre les besoins des enfants ayant des troubles mentaux;
- **en aidant** les écoles à développer et accommoder de façon pratique les enfants avec des troubles mentaux.

C. Fonctionnement du Programme de soins de transitions : Outils, équipe et approche

Mettre l'accent sur l'enfant : maintenir les progrès acquis lors du traitement

Le Programme de soins de transition soutient les enfants pendant leur retour à l'école après leur congé du programme d'Hôpital de jour de l'HGJ. Ce programme leur fournit une continuité des soins qui accroît le transfert des compétences acquises à l'Hôpital de jour au contexte familial et scolaire. En soutenant les réussites des

enfants, le programme allège le fardeau des écoles et des services sociaux; réduit le stress en étant le porte-parole de la famille; permet le transfert des connaissances et la résolution des problèmes; et prévient les rechutes et les réadmissions à des services psychiatriques spécialisés.

Cette section décrit les principes et les mécanismes sur lesquels l'équipe de soins de transition de l'HGJ fonctionne, ainsi que le rôle de chaque membre de l'équipe pour aider les enfants à se réadapter au milieu scolaire. La 1re section décrit certaines des caractéristiques et pratiques importantes de l'équipe de soins de transition. La 2e section décrit les activités concrètes du programme et comment elles contribuent à la réussite des enfants.

Dans la dernière section de ce document, nous vous proposons des idées pour adapter les diverses approches présentées en fonction des ressources professionnelles disponibles.

Membres de l'équipe de soins de transition de l'HGJ et leurs rôles

Éducateur(trice) :

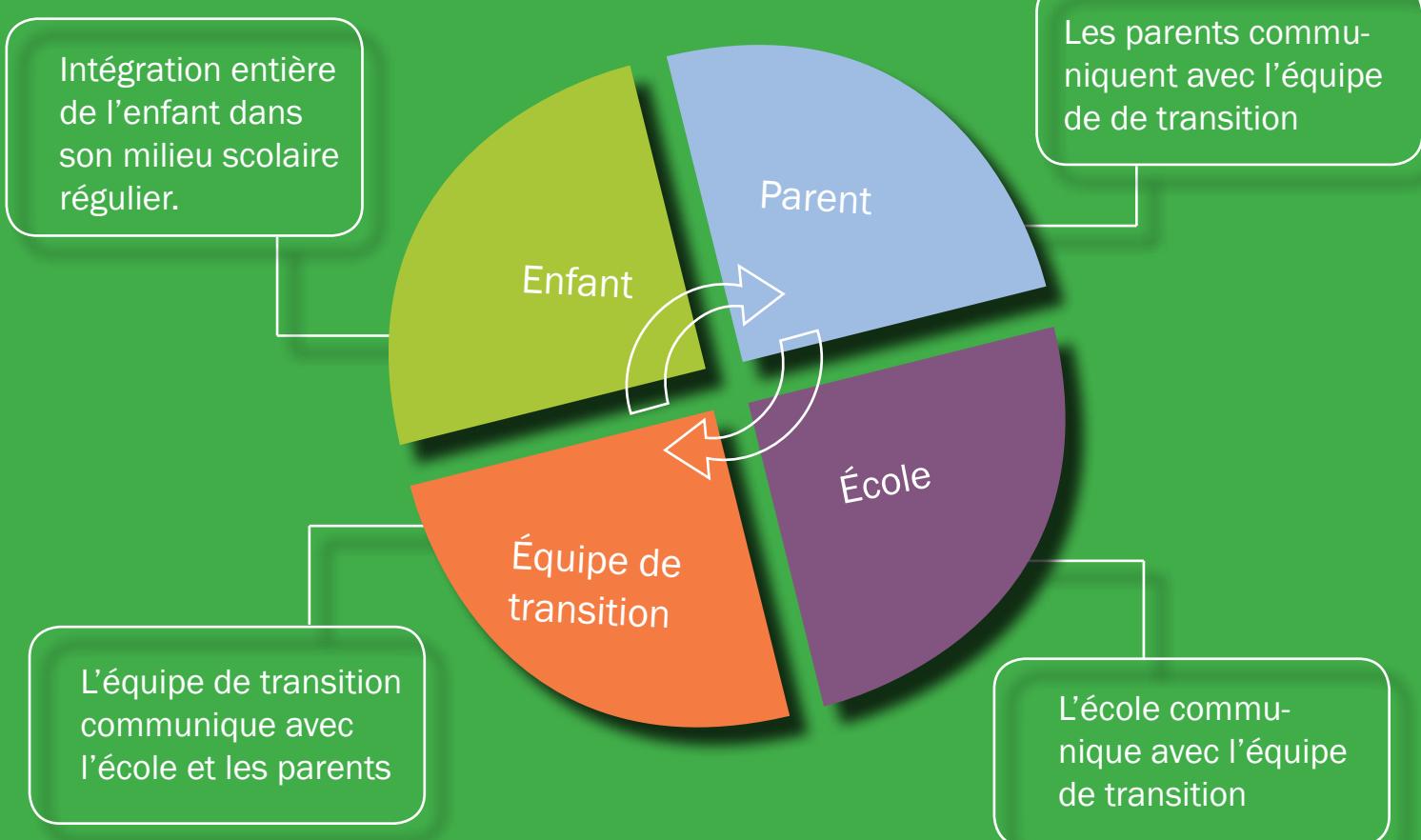
- Observent les enfants qui ont reçu leur congé de l'Hôpital de jour à l'école pendant les classes, la récréation, le dîner ou la garderie. (Fréquence déterminée en collaboration avec l'école.)
- Communiquent et assurent la liaison avec le personnel de l'école (direction, personnel enseignant, personnel de ressource, superviseurs(es) de garderie), dans un rôle de consultant.
- Offrent du soutien émotionnel au personnel de l'école.
- Tiennent le (la) travailleur(euse) social(e) au courant des progrès scolaires de l'enfant après les séances d'observation.
- Planifient des réunions avec le personnel de l'école et les parents, au besoin.
- Se réunissent chaque mois avec l'équipe pour parler des progrès de l'enfant.
- Consultent le personnel de l'Hôpital de jour de l'HGJ, au besoin.

Travailleur(euse) social(e) :

- Initient un contact téléphonique de façon hebdomadaire avec les principaux intervenants de l'enfant
- Évaluent le comportement de l'enfant à l'école, à la maison et dans la communauté, en veillant aux signes de régression.
- Offrent un soutien émotionnel aux intervenants, identifient les problèmes et les solutions possibles.
- Aident les parents à devenir porte-paroles pour leurs propres enfants en continu
- Fournissent des commentaires aux intervenants selon les observations des éducateurs de l'équipe.
- Parlent chaque semaine aux éducateurs de l'équipe pour obtenir des mises à jour sur le comportement de l'enfant.
- Coordonnent des réunions mensuelles avec l'équipe.
- Consultent le personnel de l'Hôpital de jour de l'HGJ, au besoin.



APPROCHE



SOUTIEN À L'ÉCOLE

- Visites à l'école
- Consultations avec le personnel de l'école
- Facilitation de la communication maison-école

SOUTIEN AUX PARENTS

- Contact téléphonique régulier
- Liaison vers les services communautaires
- Facilitation de la relation parents-école

Équipe de transition



LIAISON AVEC LE PERSONNEL DE PÉDOPSYCHIATRIE

- Continuité des soins après le départ de l'enfant
- Consultation en rapport avec les médicaments et le traitement suivi



Le Programme de soins de transition est une passerelle après le traitement hospitalier qui accentue l'accessibilité, la réactivité et l'intervention précoce.

Pour les familles d'enfants qui réintègrent leur milieu scolaire régulier, l'accès rapide à un réseau de soutien est essentiel lorsque des problèmes surviennent. Ainsi, le Programme de soins de transition de l'HGJ s'est donné comme priorité de mettre au moins un membre de son équipe à la disposition des familles et du personnel des écoles cinq jours par semaine. En offrant un suivi de six mois aux parents et aux écoles, l'équipe de transition favorise la consolidation et l'évaluation des besoins à long terme. Le nombre de cas pris en charge par les membres de l'équipe de soins de transition de l'HGJ est petit par défaut, leur permettant de réagir rapidement vis-à-vis des parents et des écoles et, ainsi d'intervenir rapidement lorsque des difficultés surviennent. Comme les services communautaires peuvent avoir de longues listes d'attente, cette intervention sert de passerelle en attendant l'identification des besoins en ressources communautaires.

Le Programme de soins de transition accentue la communication entre la maison et l'école.

Les écoles et les parents partagent la responsabilité de l'apprentissage des enfants. Lorsque les enfants éprouvent des problèmes de santé mentale graves, non seulement l'apprentissage devient généralement plus difficile, mais le partenariat entre la maison et l'école risque de devenir tendu. Selon notre expérience avec le Programme de soins de transition, nous avons constaté que la facilitation de bonnes communications entre la maison et l'école peut rapporter d'énormes avantages. Une collaboration solide entre les écoles et les familles :

- **renforce** les aptitudes et compétences de l'enfant;
- **réduit** le stress des familles et des enseignants en facilitant la résolution des problèmes;
- **diminue** le potentiel de conflits et de malentendus entre la maison et l'école;
- **peut aider** à réduire la stigmatisation et les

attentes négatives de la relation maison-école présentes avant l'entrée de l'enfant à l'Hôpital de jour. Les parents et les enseignants auraient pu avoir eu des expériences négatives dans le passé. Des communications facilitées par l'équipe de soins de transition peuvent favoriser une relation positive et de confiance, et assurer le partage de l'information concernant les besoins particuliers de l'enfant, comme la mise en place de plans d'enseignement individuels (PEI);

- **permet** à la maison et à l'école de fournir un soutien tout en responsabilisant l'enfant, lorsque les circonstances le justifient. Parents et enseignants peuvent s'informer mutuellement des moments difficiles dans la semaine de l'enfant pour donner lieu à des soins appropriés et des moments où, par exemple, un enfant tente d'éviter la responsabilité de ses devoirs. Cette situation peut exiger des modifications du suivi, du renforcement positif et de l'adaptation des attentes;
- **permet** le suivi des progrès de l'enfant et la détection plus rapide des signes de régression;
- **crée** un réseau de soutien positif et coopératif qui sert de modèle à l'enfant et qui lui procure des avantages directs.

La communication efficace ne vise pas seulement à encourager la participation des familles, mais plutôt à inciter la maison et l'école à unir leurs forces pour favoriser l'apprentissage et la croissance de l'enfant. (Voir « Livret de communication » sous Outils et pratiques, **page 23**).

Aide les enseignants et d'autres membres du personnel de l'école à comprendre les problèmes de santé mentale de l'enfant et les besoins qui en découlent

Les enseignants souhaitent que les enfants réussissent et s'épanouissent à l'école. Lorsqu'il s'agit d'enfants atteints de troubles psychiatriques graves, les enseignants se heurtent parfois à des obstacles dans leurs efforts pour favoriser la réussite scolaire de ces élèves:

- **lorsqu'ils** n'ont pas de connaissances spécialisées en santé mentale;
- **lorsque** le manque de temps et de ressources permet difficilement de répondre aux besoins particuliers des enfants; et/ou
- **lorsque** les enseignants ont le sentiment d'être seuls face aux problèmes très graves d'un enfant (que la famille ou les consultants en question – administration de l'école, hôpital de jour, services sociaux – sont insuffisamment impliqués).

De plus, l'équipe de soins de transition de l'HGJ atténue les tensions. Par exemple, si un enfant affiche un très mauvais comportement, l'enseignant peut sentir qu'on le blâme ou que ses compétences sont mises en doute. Le Programme de soins de transition de l'HGJ offre au personnel enseignant le soutien de travailleurs(euses) sociaux et de psychoéducateurs(trices) qui possèdent des connaissances approfondies, se spécialisent dans les problèmes pédopsychiatriques et peuvent contacter directement le personnel psychiatrique de l'HGJ. Les membres de cette équipe peuvent aussi:

- **aider** les enseignants à comprendre l'état de santé des enfants et les causes profondes de leur comportement;
- **aider** les enseignants à adopter des mesures d'accompagnement pragmatiques; et
- **favoriser** la communication et l'engagement entre les personnes qui sont présentes dans la vie de l'enfant.



ILLUSTRATION DE CAS

La mère monoparentale d'une fille adoptée souffrant d'un trouble réactionnel de l'attachement a appelé l'équipe de soins de transition de l'HGJ pour exprimer ses craintes que sa fille ne soit pas réadmise à l'école après une suspension. Notre équipe a convoqué la mère et le personnel de l'école à une réunion, puis a appris que la maison et l'école travaillaient l'un contre l'autre de façon réactive, ce qui exacerbait le comportement négatif de l'enfant. Nos efforts ont aidé le personnel de l'école à comprendre les gestes de l'enfant et de sa mère et a atténué leurs craintes concernant leur capacité à gérer le comportement de l'enfant dans un cadre scolaire régulier. L'équipe a fourni au personnel de l'école le soutien et les stratégies nécessaires pour contenir le comportement perturbateur et aider la mère à comprendre les difficultés de l'école à s'occuper du comportement d'évitement agressif de sa fille. Grâce au soutien apporté par des appels téléphoniques de suivi hebdomadaires, le comportement réactif, surprotecteur, et condescendant de la mère et sa relation avec l'école se sont améliorés.



ILLUSTRATION DE CAS

Un finissant du programme d'Hôpital de jour atteint de TDAH laissait toujours ses livres à l'école, ce qui l'empêchait de terminer ses devoirs et lui faisait prendre du retard dans ses notes. Le manque d'organisation est un problème courant chez les enfants atteints d'un TDAH. Dans ce cas, après avoir tenté toute la journée de rester concentré à l'école, l'enfant avait de la difficulté à accomplir sa dernière tâche, soit celle d'organiser ses devoirs. L'équipe de soins de transition a suggéré aux parents et à l'école de donner à l'enfant moins de classeurs – deux plutôt que cinq – et de remplacer son sac très profond par un sac muni de séparateurs pour favoriser la visibilité et l'organisation. Le garçon a été chargé de regarder son agenda à la fin de la journée et de ramasser les documents nécessaires. Un suivi étroit et le renforcement des parents, ainsi que certains rajustements d'ordre pratique (les classeurs et le sac), ont aidé ce garçon à développer de bonnes habitudes pour ses devoirs.



« [La travailleuse sociale et l'éducateur de l'équipe de soins de transition] ont réussi à expliquer aux parents ce que l'on avait organisé pour les élèves et ce qui devait être fait à la maison pour augmenter les chances d'une réintroduction avec succès. C'était une période stressante pour la maison et l'école, alors les contributions et le soutien de l'équipe de soins de transition ont été inestimables. Nous avons tous travaillé ensemble : les parents, l'enfant, les éducateurs, et l'équipe de soins de transition. »

- Éducatrice



Favorise la réussite des enfants en encourageant la constance et la structure pendant la transition

Les progrès que les enfants réalisent dans le cadre du programme de l'Hôpital de jour peuvent être attribués en partie à la structure et à la constance du contexte hospitalier, et au fait que l'Hôpital de jour est géré par un personnel compétent qui dispose du temps et des ressources nécessaires pour consacrer une attention considérable à chaque enfant et famille. Les enfants s'exercent constamment à afficher des comportements désirables et ils obtiennent un renforcement positif dans un cadre prévisible et sécuritaire. Au moment où les enfants quittent cet environnement structuré et se réintègrent dans leur milieu scolaire régulier, l'équipe de soins de transition aide les parents et le personnel enseignant à maintenir cette constance dans une certaine mesure.

Soutient la réussite de l'enfant en apportant un soutien aux parents et aux intervenants

Être le parent d'un enfant qui souffre d'un problème psychiatrique grave représente un défi de taille. À ce défi s'ajoutent souvent les propres troubles mentaux et physiques du parent lui-même. De plus, de nombreux parents dont les enfants fréquentent l'Hôpital de jour gagnent un revenu peu élevé et, par conséquent, n'ont pas les moyens de payer des services privés. Ils doivent donc attendre que des places se libèrent dans les programmes publics. Un des éléments clés du Programme de soins de transition consiste en un soutien offert aux parents et aux aidants. De fréquentes conversations avec les parents (soit par réunions périodiques ou par réponse à leurs appels) aident ces derniers à exprimer leurs sentiments et leur situation. Les parents par alliance, les parents divorcés qui partagent la garde des enfants, les compagnes ou compagnons qui cohabitent avec les parents, les grands-parents qui vivent dans le foyer de l'enfant et d'autres personnes peuvent tous prendre part au Programme de soins de transition s'ils participaient également au traitement ou s'ils sont responsables de l'enfant.

Des contacts téléphoniques réguliers et des visites à domicile occasionnelles par une personne qui connaît bien les antécédents et l'état de santé de l'enfant peuvent être d'importantes sources de soutien et de réassurance pour les parents, surtout ceux qui craignent d'être jugés ou blâmés par le personnel de l'école ou autres membres de l'institution. Cela peut, en retour, aider les parents à gérer leur propre niveau de stress et à se comporter d'une façon plus tempérée et soutenue auprès de leurs enfants.



« [La travailleuse sociale de l'équipe de soins de transition] a navigué le système scolaire pour nous, a consulté l'équipe en pédopsychiatrie de l'HGJ pour des suggestions, nous a aidé à mettre en place les mesures de discipline appropriées, a écouté nos colères et nos angoisses, nous a offert une présence, une perspective, et une validation rassurante quand nous étions dans les pires moments. ...Au paroxysme de la crise, quand [notre fils] a été suspendu trois fois, je ne suis pas sûre si les choses auraient pu aussi bien tourner [sans le soutien de l'équipe en soin de transition] »

– Parent d'un participant au Programme de soins de transition

Outils et pratiques

Les activités concrètes de l'équipe de soins de transition comprennent:



Contacts téléphoniques réguliers avec les parents et réponse aux appels de ces derniers

Dans le cadre du Programme de soins de transition de l'HGJ, un(une) travailleur(euse) social(e) maintient des contacts téléphoniques réguliers avec les parents pendant une période de six mois ou jusqu'à ce que ces contacts ne soient plus nécessaires. L'objectif consiste à offrir un soutien et des conseils réguliers aux parents qui tentent de s'occuper de leurs enfants et de préserver les gains réalisés dans le cadre du programme d'Hôpital de jour. Ces appels sont effectués au moins une fois par semaine, mais leur fréquence varie: certains parents apprécient ces vérifications régulières, alors que d'autres préfèrent des contacts moins fréquents, les percevant comme un signe que leur enfant s'est amélioré et qu'il n'a plus besoin du programme d'Hôpital de jour. Les appels peuvent consister à:

- **transmettre** l'information découlant de l'observation de l'enfant à l'école;
- **cerner** les problèmes comportementaux, les déclencheurs et les solutions possibles;
- **fournir** des renseignements concernant les services;
- **discuter** de stratégies parentales;
- **procurer** un soutien émotionnel au parent; et
- **procéder** à des jeux de rôle et à la répétition des habiletés pour gérer le comportement de l'enfant.



En plus d'appeler les parents, les membres de l'équipe de soins de transition s'assurent de retourner rapidement les appels de ces derniers (voir le premier élément de la section « Approche »).



Visites à domicile avec les enfants et les familles

Les membres de l'équipe de soins de transition observent parfois la famille à domicile et travaillent avec les parents pour favoriser:

- **la résolution** des problèmes;
- **les communications** claires;
- **une hiérarchie** intergénérationnelle bien définie entre les parents et les enfants;
- **un cadre** structuré à la maison au moyen de règles modérément flexibles
- **des relations** chaleureuses et de soutien qui minimisent les conflits
- **la coopération** entre les adultes concernant la gestion du comportement de l'enfant.

Pendant les visites à domicile et les appels téléphoniques, le/la travailleur(euse) social(e) tente de déterminer si les parents appliquent les conséquences, complimentent le bon comportement plutôt que de l'ignorer, utilisent une approche faisant autorité (et non autoritaire) et gèrent les problèmes de comportement qui ont initialement mené l'enfant vers le programme.

« Nous nous sommes jamais sentis seuls. Il y avait toujours quelqu'un à qui parler. Les références et les recommandations étaient illimitées, ce qui tient à cœur à une famille avec des difficultés à comprendre un enfant avec un diagnostic comme mon fils. »

—Parent d'un participant au Programme de soin de transition



Observation à l'école (anonyme dans la mesure du possible)

En vertu du Programme de soins de transition de l'HGJ, l'équipe s'arrange pour qu'un éducateur observe l'enfant de façon anonyme à l'école – autant dans la classe que pendant des périodes non structurées comme la récréation et le dîner. Dans la mesure du possible, l'éducateur observe l'enfant de façon anonyme; il n'est pas présenté comme quelqu'un qui a des liens avec l'enfant. Dans certains cas, l'anonymat n'est pas possible. Or, même si l'enfant connaît la personne qui l'observe, celui-ci le fait de façon passive. L'enfant a la possibilité de fixer les modalités de toute interaction directe. Les observations à l'école permettent à l'équipe de soins de transition de:

- **suivre** les progrès de l'enfant
- **fournir** des conseils précis et des renseignements aux enseignants en fonction du comportement observé; et
- **faire rapport** aux parents de la réaction de leur enfant au contexte scolaire.



Observation directe

En plus de permettre à l'équipe de soins de transition d'observer l'enfant, les visites à l'école aident à observer le climat scolaire et à préconiser l'adoption de mesures susceptibles de favoriser la réussite à l'école (comme le jumelage et la mobilisation des ressources). Les écoles ne sont pas toujours en mesure de donner suite aux recommandations de l'équipe de soins de transition. (Dans un cas particulier, l'équipe de traitement avait recommandé qu'un élève de 1re année puisse sauter sur un gros ballon d'exercice pendant les classes pour atténuer ses sensibilités sensorielles. L'école estimait que cela dérangerait les autres élèves et que ceux-ci voudraient peut-être se joindre à l'activité. Notre psychoéducatrice a donc suggéré que l'enfant puisse se lever de temps à autre pour marcher dans la classe ou qu'on le fasse sortir de la classe occasionnellement pour désamorcer la tension. Ce compromis s'est avéré acceptable.)



Favoriser les communications directes entre l'école et la maison

Lorsque des enfants éprouvent des troubles mentaux graves, il n'est pas rare que la méfiance et les attitudes défensives accumulent dans la relation entre les parents et l'école. Les enfants réalisent beaucoup plus de progrès lorsque leur famille et leur école sont en mesure de collaborer pour leur fournir structure et constance. C'est pourquoi le Programme de soins de transition accorde beaucoup d'importance à l'amélioration des communications et de la collaboration entre la maison et l'école. L'équipe de soins de transition s'y prend de diverses façons. Elle convoque les parents et le personnel de l'école à des réunions (voir la [page 21](#)), elle intervient pour clarifier le point de vue de chaque partie lorsque des conflits surgissent et elle encourage l'utilisation d'un « livret de communications » (voir la [page 23](#)).



ILLUSTRATION DE CAS

Un garçon de 5 ans atteint de TDAH et de TOP a retrouvé son comportement agressif et provocateur peu de temps après avoir reçu son congé du programme. Ses accès de colère sont devenus impossibles à gérer à la maison et à la garderie. Après une visite à domicile avec les parents, on a constaté que le père de l'enfant avait de la difficulté à assumer son autorité. Il exprimait souvent un message contradictoire en envoyant son fils à sa chambre, ou n'intervenait pas du tout quand l'enfant frappait sa mère. En explorant les antécédents du père, l'équipe de soins de transition a appris qu'il respectait la défiance et communiquait subtilement à son fils qu'il aimait ses crises. Un plan autoritaire strict comprenant des communications claires et un système de conséquences et de récompenses était nécessaire à la maison comme à l'école pour contenir les pulsions de l'enfant.



« Selon des études menées dans les domaines de l'éducation et de la psychologie, le fait d'aider les enseignants et les autres personnes qui exercent de l'influence dans la vie des enfants à comprendre et à reconnaître les troubles mentaux et à améliorer la situation de ces enfants et contribuer à leur succès plus tard dans la vie. »

(Tolan & Dodge 2005)



Aider les familles à entrer en contact avec des organismes et des fournisseurs de services communautaires

Au moment d'aider un enfant à réintégrer son milieu scolaire régulier, l'équipe de soins de transition de l'HGJ préconise les contacts avec les fournisseurs locaux de services sociaux et avec des programmes communautaires comme les CSSS, l'organisation des Grands frères/Grandes sœurs et les associations culturelles et religieuses. L'équipe de soins de transition tente généralement de déterminer quels services sont requis, fournit les coordonnées aux parents, et aide ces derniers à se prévaloir de services en leur offrant un soutien provisoire s'il y a des listes d'attente.

L'importance des renforcements rapides et des conséquences tangibles

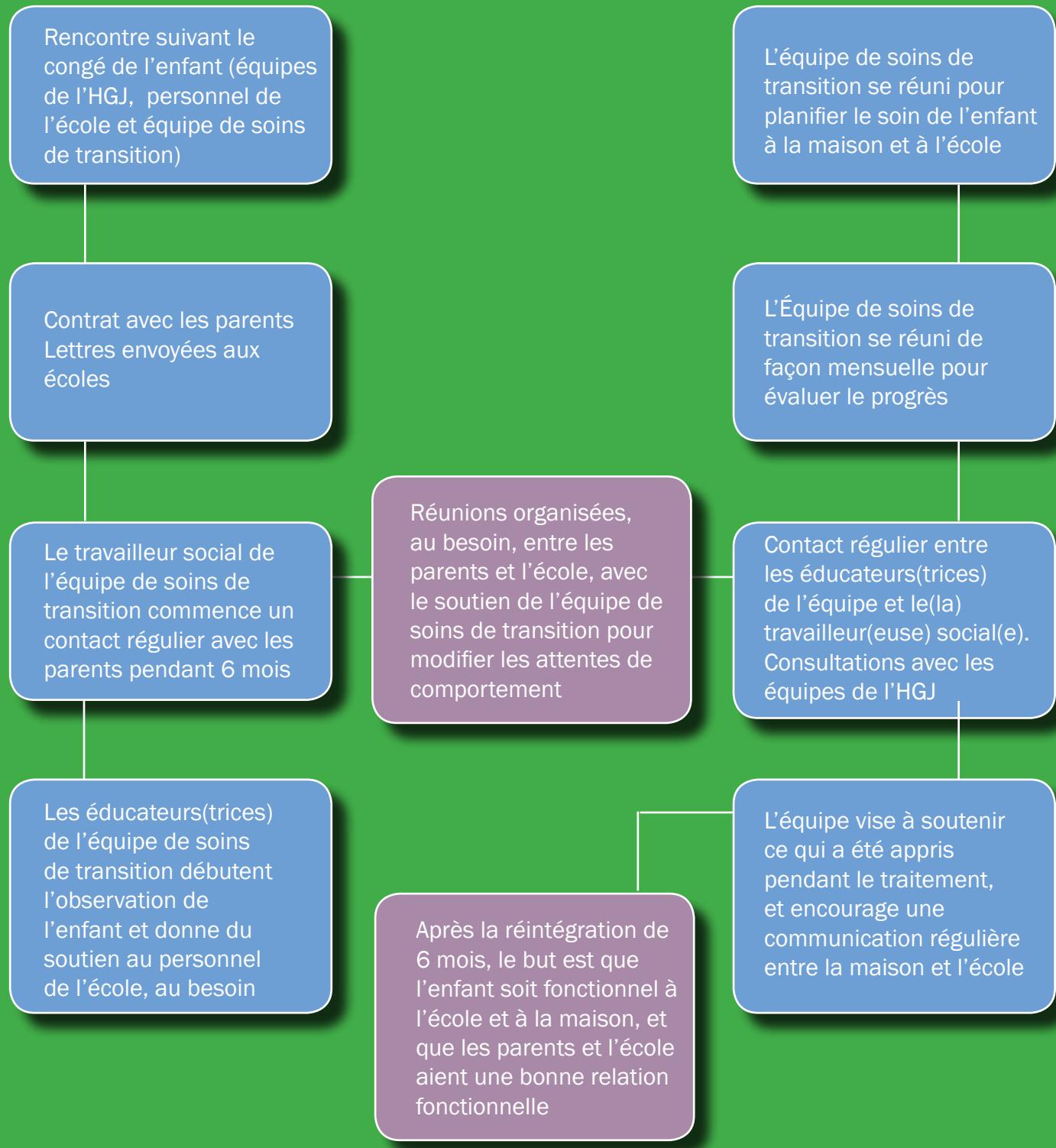
Pendant que les enfants s'efforcent de préserver les gains réalisés à l'Hôpital de jour, il est essentiel que les adultes dans leur vie leur fournissent un renforcement soutenu et structuré. L'efficacité de ce renforcement dépend du moment où il est offert et des conséquences appliquées (éloges, récompenses ou points). Les réactions qui suivent de près le comportement sont plus efficaces que celles qui surviennent plus tard (Kazdin, 2005).



« Nous apprécions les visites de [l'équipe de soins de transition] à l'école, les observations en classe et la collaboration. Les commentaires continuels démontrent également aux parents que la continuité et le suivi sont essentiels au maintien des changements comportementaux positifs et représentent la meilleure chance de réussite à l'école. »

–Psychologue scolaire

Chronologie du Programme de soins de transition en pédopsychiatrie de l'Hôpital général juif





D. Stratégies et astuces pour adapter le programme de soins de transition à d'autres contextes

Introduction

La section précédente décrit la façon dont le Programme de soins de transition a fonctionné sous les auspices de l'Hôpital général juif. La présente section (D) suggère des moyens de reproduire ou d'adapter ces pratiques, qui ont produit de bons résultats pour les finissants du programme d'Hôpital de jour, dans d'autres contextes. Ce manuel est conçu pour être utile aux personnes qui n'ont pas de formation spécialisée en santé mentale.

L'annexe C du présent document offre des ressources en ligne à l'intention des professionnels qui travaillent avec des enfants ayant des troubles mentaux.

Note aux enseignants

Ayant assuré la liaison entre le programme d'Hôpital de jour de l'HGJ et de nombreuses écoles communautaires, les auteurs de ce manuel connaissent pertinemment la quantité de travail et d'expertise nécessaire pour gérer une classe de 30 élèves ou plus ayant des besoins et des capacités variés.

Nous savons que les attentes placées aujourd'hui sur les enseignants sont énormes, et que les ressources et le soutien à leur disposition sont souvent limités. Tandis que les élèves ayant des besoins particuliers étaient autrefois placés dans des classes spécialisées et plus petites, ils sont maintenant intégrés à de plus grandes classes. Non seulement les écoles doivent éduquer des enfants aux besoins variés pendant les

heures d'école régulières, mais ils s'en occupent aussi de plus en plus dans les garderies et des programmes parascolaires — souvent sans ressources additionnelles pour mettre en œuvre ce modèle d'inclusion.

Ce manuel se veut une ressource pour les enseignants et les autres éducateurs qui travaillent avec des élèves ayant de graves problèmes de comportement et de santé mentale. Notre expérience jusqu'à ce jour nous a convaincus que l'approche décrite dans ce document peut s'avérer avantageuse, non seulement pour les enfants qu'elle appuie, mais également pour le personnel enseignant, les familles, les camarades de classe et la communauté scolaire. Nous l'offrons à titre de ressource pratique et espérons qu'il s'avèrera utile aux éducateurs qui le consultent.

Pratiques utiles et directives générales

Rencontre initiale en personne pour établir des approches et objectifs communs

Peu après le congé de l'enfant de l'hôpital, les adultes soutenant la transition (parents, personnel enseignant, administration scolaire, personnel de ressources, psychoéducateurs(trices), travailleurs(euses) sociaux) devraient se réunir pour partager autant d'informations que possible concernant les problèmes de comportement qui ont mené à l'entrée de l'enfant au programme de traitement. Ils devraient aussi parler des progrès réalisés par l'enfant pendant le traitement. Souvent, le congé de l'enfant survient à un moment où il change de niveau scolaire, d'enseignant ou même d'école. Il se peut donc que les réunions avec l'école suivant le congé de l'hôpital de l'enfant regroupent des personnes qui ne connaissent pas ses antécédents et ne sont pas au courant de ses progrès. Les membres de l'équipe bénéficieraient en partageant le plus de renseignements possible sur les stratégies qui ont aidé l'enfant dans le passé et, de ce fait, quelles interventions seraient les plus efficaces si l'enfant montre des signes de régression. Idéalement,



l'équipe transmettra des renseignements au personnel de l'école concernant les progrès de l'enfant et les interventions qui se sont avérées fructueuses pendant son traitement à l'Hôpital de jour.

Une discussion réunissant toute l'information pertinente peut aider l'équipe à se mettre d'accord sur comment soutenir les progrès de l'enfant. Les adultes qui soutiennent l'enfant peuvent, au besoin, mettre en œuvre une gamme d'interventions positives (programmes de points, tableaux avec autocollants, éloges et récompenses) et négatives (temps de réflexion, retrait de priviléges, etc.). (L'annexe C présente des exemples de ces outils.) Dans tous les aspects de ce processus de transition, la constance et la communication sont essentielles.



Accessibilité et réactivité de toutes les personnes participant aux soins de l'enfant

Pour les professionnels qui travaillent avec des enfants ayant des troubles mentaux, l'accessibilité et la réactivité devraient être des facteurs importants. Mais il faut se rappeler que la constance, la coopération et les communications entre adultes, ainsi que l'intervention précoce lors de comportements négatifs sont essentielles à la réussite de l'enfant. L'idéal, pour les familles, c'est de sentir que le personnel enseignant et le personnel de ressources sont ouverts aux communications, et vice versa. Lorsque des travailleurs sociaux et des éducateurs participent également aux soins de l'enfant, il est utile pour les enseignants et les familles de pouvoir les joindre même pour des inquiétudes relativement mineures, et d'obtenir rapidement des conseils ou de l'aide. Les professionnels des secteurs de l'éducation et des services sociaux ont souvent des charges de travail volumineuses et risquent de ne pas pouvoir répondre aussi rapidement qu'ils le voudraient. La création d'un sentiment général que les contacts sont bienvenus et appropriés réduit la détresse des parents après le congé de l'hôpital d'un enfant aux besoins particuliers.

Utilisation d'un livret de communication qui circule quotidiennement entre la maison et l'école

Un livret de communication est un outil précieux pour favoriser une communication vigoureuse entre les parents et le personnel de l'école (surtout le personnel enseignant). Il aide également à favoriser une approche constante à l'égard du comportement de l'enfant par tous les partis concernés. Le livret de communication peut être un simple cahier qui circule tous les jours entre la maison et l'école. Il peut aussi être modifié pour inclure certains champs à remplir (sur des sujets tels que le comportement de la journée, les devoirs et les médicaments). Certains enfants de l'HGJ sont sur un système de suivi ou de points à leur départ de l'hôpital. Certains de ces systèmes sont d'ordre général (par exemple, obtention de points pour avoir terminé les devoirs), alors que d'autres sont propres à l'enfant, mesurant des comportements ou des problèmes particuliers. Ces systèmes peuvent exiger moins de temps que la rédaction d'une description quotidienne sur tous les sujets voulus.

Des communications quotidiennes par le biais du livret permettent aux parents et aux enseignants de partager de l'information sur les sources de stress pour l'enfant ou sur les événements notables de la journée (refus de prendre les médicaments, par exemple). Cela permet aux parents et au personnel enseignant d'anticiper les problèmes et de se préparer à y faire face. Des communications directes entre la maison et l'école empêchent également certains enfants de se servir des parents contre les enseignants, et vice versa. Elles peuvent aider la maison et l'école à faire en sorte que l'enfant soit tenu responsable de son propre comportement.



Inclusion des parents et respect de leur rôle

Le Programme de soins de transition de l'HGJ accorde beaucoup d'importance au soutien des parents: prévoir des visites à domicile pour se familiariser avec le contexte familial; aider les parents à gérer leur propre stress concernant la situation de l'enfant; et aider les parents à développer les compétences nécessaires pour faire valoir les droits de leurs enfants. Bien que tous les établissements n'aient pas les ressources nécessaires pour organiser des visites à domicile et entretenir des contacts téléphoniques fréquents avec les parents ou les fournisseurs de soins, les parents doivent être considérés comme des partenaires essentiels dans le processus de soutien des enfants avec des troubles mentaux. Des communications à sens unique de la part de l'école, par exemple (qu'il s'agisse d'instructions ou de renseignements concernant le comportement de l'enfant) sont beaucoup moins désirables que des contacts bidirectionnels qui tiennent compte des facteurs de stress et des défis auxquels font face les parents. Le sentiment, pour l'enfant, la famille, l'école et les autres professionnels, qu'ils font cause commune peut représenter un atout crucial pour mener à bien les efforts de réintégration. En revanche, négliger le fait que les parents se sentent sur la défensive ou injustement pointés du doigt peut nuire à la relation entre la maison et l'école au fil du temps et, en fin de compte, entraver les progrès de l'enfant. Il importe de se rappeler que certains parents peuvent se méfier d'un système qui, à leur avis, les a laissés tomber. Des communications ouvertes, régulières et positives peuvent faire une différence énorme.



Les bienfaits de la collaboration famille-école

Selon certaines études, la participation de la famille aux activités scolaires améliore la réussite scolaire, les notes, la fréquentation scolaire, l'accomplissement des devoirs et les attitudes et comportements. La relation maison-école est considérée comme l'un des principaux facteurs de protection pour les enfants, surtout pour ceux qui vivent dans des situations à risque élevé.

Visites à l'école par un(e) éducateur(trice), un(e) travailleur(euse) social(e) ou autre professionnel qui partage la responsabilité du bien-être et de la réussite de l'enfant

Lorsqu'un enfant reçoit l'appui d'un professionnel hors du contexte scolaire, comme un(e) travailleur(euse) social(e), un(e) éducateur(trice) ou un conseiller, ces personnes ont avantage à observer le comportement de l'enfant à l'école. Comme les comportements négatifs sont généralement déclenchés par des situations particulières, il importe pour les adultes de pouvoir comprendre ces situations de façon à pouvoir aider l'enfant à ajuster ses réactions. Les visites à l'école peuvent aussi aider un professionnel non affilié à l'école à comprendre le contexte scolaire lui-même – quelles ressources et quels modes de soutien sont offerts à l'enfant et quels membres du personnel sont les mieux placés pour l'aider dans l'avenir.

Observation en classe

Il est recommandé de prévoir des séances d'observation pendant des activités en classe où l'enfant a bien réussi dans le passé et pendant celles où il(elle) a eu des difficultés. Si l'enfant a eu des difficultés pendant un cours de langue ou de mathématiques, l'observateur du Programme de soins de transition devrait tenter de déterminer comment l'enfant s'adapte dans ces situations.

- **L'enfant est-il** concentré, au travail, à l'écoute, coopératif?
- **L'enfant est-il** assis à un endroit qui minimise les distractions?
- **L'enfant est-il** organisé ? A-t-il tous les outils nécessaires pour travailler? Quels sont ses rapports avec les autres élèves?
- **Quelle émotion** l'enfant présente-t-il?

Par la suite, l'observateur fait part de son évaluation aux membres pertinents du personnel de l'école, que ce soit par téléphone, par courriel ou en personne. Si l'enfant progresse bien, l'équipe peut décider d'entretenir des contacts étroits avec la personne désignée de l'école pour tenir un suivi de ses progrès. S'il montre des signes de régression, l'équipe peut continuer à observer l'enfant directement ou décider de concevoir un plan pour aider l'école à mettre en œuvre les recommandations formulées par l'équipe de traitement en pédopsychiatrie.



Observation pendant des périodes non structurées

Les interactions avec les camarades de classe sont souvent difficiles pour les enfants ayant des troubles mentaux. De plus, les parties non structurées de la journée, comme la récréation et le dîner, sont souvent une source de stress pour les enfants qui ont de faibles aptitudes sociales, de l'impulsivité et une faible tolérance pour les frustrations. Une bousculade qui semble accidentelle aux yeux de la majorité des enfants pourrait être interprétée différemment par un enfant souffrant de troubles mentaux. Selon la capacité de l'enfant à se rappeler et à appliquer les habiletés pour gérer l'incident (faire une pause, rester calme, tenir compte de différentes interprétations de l'événement), celui-ci pourrait réagir de façon imprévisible. Étant donné que ce genre de scénario survient généralement pendant la récréation, l'observation des périodes non structurées peut permettre de signaler des signes avant-coureurs de régression et aussi donner une indication des solutions possibles aux problèmes sociaux et comportementaux. (Voir aussi la **page 27**, « L'importance des périodes non structurées ».)



Comment coordonner et mener une visite à l'école

Le meilleur moment pour effectuer une visite à l'école est celui où le visiteur peut observer le fonctionnement de l'enfant dans des activités structurées (salle de classe) et non structurées (comme le dîner et la récréation). Il est également important de prévoir la visite à un moment où vous pouvez parler avec le personnel enseignant et, peut-être à d'autres membres du personnel de l'école avant ou après la période d'observation. Par exemple, vous pourriez rencontrer l'enseignant(e) avant le début des classes, observer l'enfant pendant la première période et rester pendant la récréation.

Voici une description de l'approche utilisée par l'équipe de soins de transition pour les visites à l'école:

Arrivée à l'école

- **Présentez-vous** à la réception, où vous rencontrez sans doute le/la secrétaire de l'école. Remettez-lui des renseignements écrits sur le Programme de transition à titre de référence.
- **Demandez** de rencontrer le/la directeur(trice) d'école, s'il/elle est libre. Si possible et si ce n'est pas déjà fait, décrivez brièvement le Programme de transition de six mois ainsi que votre rôle.
- **Demandez** à le/la secrétaire ou à la direction de l'école de vous amener à la salle de classe de l'enfant. Il est possible que l'enseignant(e) vienne vous rejoindre au bureau s'il/elle est disponible.
- **L'enseignant** peut vous présenter ou non à la classe. (Voir la note de la page **page 19** sur la question des observations anonymes.)



Conversation avec le personnel enseignant

Sujets importants à aborder avec le personnel enseignant de l'enfant

- **Décrivez** brièvement le Programme de transition de six mois.
- **Vérifiez** si un code de difficulté a été attribué à l'enfant (c'est-à-dire si celui-ci est considéré comme ayant des besoins particuliers ou s'il a reçu un diagnostic psychiatrique).
- **Demandez** le numéro ou le nom de ce code.
- **Si aucun code** n'a été attribué à l'enfant, mais que le personnel enseignant estime qu'il devrait l'être, obtenez l'information nécessaire pour déterminer le code en question. Vous devrez parler à une personne ressource ou à la direction de l'école pour entamer ce processus. Le psychiatre traitant s'occupera de la correspondance officielle requise.
- **Déterminez** si l'enfant prend des médicaments et, dans l'affirmative, à quelle fréquence.
- **Déterminez** si les médicaments font effet.
- **Déterminez** si un livret de communications est utilisé et, dans l'affirmative, comment il circule et dans quelle mesure il est efficace.
- **Demandez** à l'enseignant(e) comment vous pouvez l'aider et remettez-lui votre carte professionnelle indiquant comment vous joindre.



Autres éléments à examiner, si possible

- **Apprenez** comment l'enseignant(e) perçoit les forces et les faiblesses de l'enfant.
- **Apprenez** quels rapports l'enfant entretient avec ses camarades. A-t-il des amis?
- **Apprenez** comment l'enseignant(e) perçoit la famille et déterminez s'il/elle se sent appuyé(e) par les parents de l'enfant.

N'oubliez pas de porter attention aux aspects implicites de la conversation. Le personnel enseignant semble-t-il accepter et appuyer l'enfant? Semble-t-il comprendre sa situation?



Observation

Il est important d'observer l'enfant pendant des activités tant structurées que non structurées, car certains enfants réussissent bien dans un contexte, mais éprouvent de l'anxiété ou des écarts de comportement dans un autre. Voici des renseignements utiles à recueillir:

- **Combien** y a-t-il d'enfants dans la classe?
- **Où l'enfant** est-il assis?
- **Qui est assis** avec l'enfant ou à côté de lui?
- **L'enfant** est-il capable de rester assis lorsqu'il est appelé à le faire? L'enfant respecte-t-il les limites imposées par la disposition des sièges?
- **La zone** de travail de l'enfant est-elle propre ou désordonnée?
- **Comment** l'enfant réagit-il lorsque l'enseignant donne des directives à la classe? Est-il actif ou passif? Comparez sa réaction à celle des autres élèves de la classe.

• **L'enfant** est-il en mesure de repérer le matériel de travail nécessaire pour suivre la classe?

• **L'enfant** est-il capable de se concentrer sur la tâche à effectuer? Dans l'affirmative, pendant combien de temps? Qu'est-ce qui lui fait perdre sa concentration? Peut-il reprendre la tâche par lui-même, ou bien a-t-il besoin d'un signal de l'enseignant, d'un camarade de classe ou d'une autre personne de soutien externe?

• **Avec quelle** rapidité l'enfant régresse-t-il si un incident drôle, rigolo, frustrant ou éprouvant survient? Comparez sa réaction à celle de la classe. Combien de temps faut-il à l'enfant pour se ressaisir?

• **Est-ce que** l'enfant incite à la défiance ou la distraction? Est-il facilement influencé par les comportements non-coopératifs de ses camarades?

• **De quelle façon** est-ce que l'enfant interagit avec ses camarades? Comment les autres élèves agissent-ils envers lui? Quelle est la réaction de l'enfant?

• **Quelle émotion** l'enfant présente-t-il, en général? Est-ce approprié?

• **L'enfant** semble-t-il anxieux? Est-ce que certaines activités ou certains contextes lui causent du stress?

• **L'enfant** semble-t-il isolé? A-t-il des camarades en classe et à la récréation?

• **Lorsque** l'enseignant donne des instructions à l'élève, avec quelle rapidité celui-ci réagit-il?

• **Est-ce que** les camarades de classe semblent avoir autant d'influence que l'enseignant sur l'élève?



Coopération entre la maison et l'école

Étant donné que l'intégration est impérative dans la plupart des écoles, les enfants ayant des troubles de comportement graves, et qui auraient été retirés en permanence de leur établissement scolaire dans le passé, sont souvent intégrés dans une classe régulière de nos jours. Avec un bon soutien, de nombreux enfants bénéficient de cette approche et réalisent des progrès encourageants dans leur établissement scolaire. Cela dit, l'intégration peut poser des problèmes aux éducateurs, qui doivent généralement gérer de grandes classes. Or, des liens solides avec les familles peuvent assurer que les structures et approches utilisées à l'école le soient aussi à la maison. Cette constance peut grandement favoriser un meilleur comportement.

L'établissement de partenariats école-parents est essentiel à la réussite. Idéalement, toutes les personnes qui sont présentes dans la vie d'un enfant devraient collaborer activement et consciemment pour son bien-être. Ce processus pourrait être imparfait, si bien que le personnel de l'école pourrait aussi bénéficier de soutien et d'encouragement en gérant des cas complexes. Comme il est mentionné ailleurs dans ce document, le défi de gérer le comportement d'un enfant qui souffre de troubles mentaux graves peut mettre à l'épreuve la relation entre les adultes à la maison et à l'école. Or, il est essentiel de donner priorité à la relation maison-école pour favoriser la réussite de l'enfant. L'amélioration de cette relation peut créer un cercle vertueux, de sorte que la coopération améliore la constance et la structure à la maison et à l'école, le comportement de l'enfant s'améliore, parents et enseignants sont moins frustrés et la coopération devient plus facile.

Stratégies pour gérer le comportement des enfants

Le renforcement rapide

Des situations et interactions qui ne causent aucun problème à certains enfants peuvent déclencher des crises chez ceux ayant des troubles mentaux. Par exemple, alors que la majorité des élèves dans la plupart des écoles peuvent passer une journée moyenne sans conflit, pour un enfant en traitement, il peut être difficile de se rendre sans incident de la porte d'entrée de la classe jusqu'au pupitre. Il faut faire preuve d'une grande vigilance pour être en mesure de repérer les comportements négatifs avant qu'ils ne s'aggravent. Dans ce cas, l'adulte responsable demanderait à l'enfant de retourner à l'entrée de la classe et d'essayer d'y entrer de nouveau plus calmement. Toute période de temps absorbée par ces rappels à l'ordre doit être « remboursée » pendant les temps libres.

Il y a deux avantages à repérer rapidement les écarts de comportement. D'abord, cela permet aux adultes responsables d'éviter que le comportement négatif ne fasse « boule de neige » (conséquence courante lorsque le comportement négatif n'est pas reconnu comme étant problématique). Ensuite, cela aide les adultes à mieux cerner ce qui cause la détérioration du comportement de l'enfant — et, par conséquent, à comprendre et à gérer les facteurs déclencheurs de ce comportement.

Des études ont démontré que le renforcement est plus efficace lorsqu'il est immédiat. Par exemple, si un enfant est à l'heure pour son autobus scolaire, le parent devrait le féliciter immédiatement; s'il attend la fin de la journée, les félicitations auront peu d'effet, voire nul. Les enseignants, psychoéducateurs et membres du personnel ressource devraient féliciter sur-le-champ les enfants quand ils adoptent des comportements positifs.



Utiliser des systèmes de récompense et les adapter pour accroître leur efficacité

Les félicitations ne suffisent pas toujours à renforcer un comportement positif. Parfois, des récompenses tangibles sont nécessaires. Les tableaux qui permettent à l'enfant d'accumuler des étoiles, des points ou des coches lorsqu'il se comporte bien – et une entente permettant à l'enfant de les échanger contre des activités spéciales (comme du temps d'écran additionnel) – peuvent être efficaces.

Lorsque le mauvais comportement devient très problématique, il est parfois nécessaire de retirer certains priviléges et de donner à l'enfant la chance de les mériter de nouveau. Dans ces cas, un contrat peut aider à rendre explicite les comportements attendus de l'enfant, et les conditions dans lesquelles il pourra retrouver les priviléges.

Il pourrait être utile d'établir des priorités pour le système de récompenses. Nous suggérons de mettre en évidence les trois ou quatre comportements les plus perturbateurs et de souligner aussi un ou deux comportements positifs que l'enfant peut facilement adopter.

	Matinée Avant la récréation	Matinée Après la récréation	Après-midi
Avait tous les livres requis			
A terminé ses devoirs			
A respecté les règles de la classe : <ul style="list-style-type: none">• A levé sa main avant de parler• Est demeuré assis• A terminé le travail en classe dans les délais requis			
Est poli avec ses camarades			
Est poli avec le personnel			



Familiarisez-vous avec le comportement de chaque enfant afin d'être en mesure de mieux gérer les crises et les rendre moins stressantes pour tous

Les enfants ayant des troubles psychiatriques ont souvent de la difficulté à s'adapter aux changements. Il est donc important de porter une attention particulière aux facteurs déclencheurs de chaque enfant afin d'être bien préparé. Tentez de les repérer avant que la situation ne s'aggrave. Par exemple, le langage corporel de l'enfant change-t-il avant une crise, lorsqu'il devient plus agité? Rappelez-vous que la réaction des adultes contribue à la résolution de la situation. Rester calme, patient et rassurant peut tempérer la situation plutôt que l'aggraver. Il est important de comprendre:

- **les facteurs** qui déclenchent le comportement négatif;
- **les facteurs** qui accroissent ou atténuent la fréquence du comportement; et
- **le contexte** dans lequel le comportement a tendance à se manifester.

Surveillez les signes de régression et tentez d'en déterminer les raisons

Si un enfant montre des signes de régression ou si un parent sent que ses efforts pour moduler son comportement deviennent moins efficaces, un(e) travailleur(euse) social(e) ou psychoéducateur(trice) peut aider le parent à évaluer ses approches et à déterminer les façons de les modifier pour en accroître l'efficacité. Cette personne pourrait aussi aider le parent à réfléchir aux changements susceptibles d'influencer le comportement de l'enfant :

- **Y a-t-il eu** des changements à la maison, dans l'emploi du temps, ou dans le niveau de stress de l'enfant ou du parent ?
- **Le parent** se sent-il dépassé par les défis associés aux soins de l'enfant ?
- **L'enfant** se sent-il dépassé par le rythme des changements ?
- **Aurait-il(elle) besoin** de jeux de rôle ou d'autres méthodes pour l'aider à se remettre sur la bonne voie ?

Le congé de l'Hôpital de jour est une occasion pour l'enfant et les parents de célébrer les réussites de l'enfant – mais c'est également une période d'appréhension, car ils savent tous que ces aptitudes acquises au prix de durs efforts seront mises à l'épreuve dans un environnement où la dernière expérience de l'enfant était généralement négative. Les trois premiers mois suivant la fin du programme sont critiques: les difficultés comportementales peuvent faire rapidement boule de neige et amener les enfants à régresser.

Bien qu'il soit prudent de rester attentif au comportement négatif de l'enfant, quelques signes de régression ne signifient pas nécessairement une rechute totale. Beaucoup d'enfants, après avoir réalisé d'excellents progrès, traversent des périodes où ils reprennent les comportements qui leur ont nui dans le passé. Cela peut être une façon pour eux de tester le milieu scolaire pour s'assurer qu'il peut leur fournir les limites nécessaires. À condition que l'enfant se remette de ces expériences assez rapidement, et sans beaucoup d'intervention, celles-ci peuvent être considérées comme étant positives, confirmant les nouvelles habiletés de l'enfant. Nous avons constaté que cette période de mise à l'épreuve survient généralement au cours du troisième mois suivant le retour de l'enfant à l'école, quand celui-ci se sent plus à l'aise dans le nouvel environnement. À mesure que l'enfant prend confiance en ses nouvelles habiletés et dans la capacité de l'école de gérer son comportement, il se conformera davantage aux attentes.





ILLUSTRATION DE CAS

Michael*, âgé de 6 ans, a été dirigé vers une clinique psychiatrique de la petite enfance en raison de son comportement verbalement et physiquement agressif à la maison et à l'école. Il affichait aussi des tendances au non-conformisme, à l'anxiété et au perfectionnisme.

Michael était un garçon intelligent qui avait besoin de l'attention constante des personnes d'autorité. Cette façon d'entretenir des rapports avec les adultes avait des répercussions négatives sur sa relation avec ses camarades. Lorsque Michael n'arrivait pas à ses fins ou lorsqu'il se sentait accablé, il devenait verbalement et physiquement agressif.

Les parents de Michael étaient engagés et lui manifestaient un grand soutien, mais sa mère était préoccupée par ses propres anxiétés. Elle avait du mal à contenir ses inquiétudes concernant le manque de contrôle de Michael lorsqu'il devenait anxieux et elle projetait ses craintes qu'il ne régresse. Elle avait besoin d'aide pour séparer ses propres anxiétés de celles de son fils.

Grâce à l'aide de l'équipe de soins de transition, Michael a pu maintenir les progrès que lui et ses parents avaient réalisés en cours de traitement. Néanmoins, il continuait à manifester un comportement anxieux et perfectionniste susceptible de nécessiter d'autres traitements dans l'avenir. Suite à ces difficultés, l'un des rôles principaux de l'équipe de soins de transition a été d'aider la mère à encourager son fils à se détacher et à développer des aptitudes pro sociales, plutôt que de régresser vers une position de dépendance.

*Le nom de l'enfant dans cette illustration de cas a été changé



Les limites sont essentielles

Bien qu'il puisse être stressant d'enseigner à un enfant atteint de troubles mentaux et de le soutenir, on peut raisonnablement supposer que le niveau de stress de l'enfant est égal à celui des adultes chargés de sa scolarité, sinon plus élevé. En général, les enfants ayant des troubles mentaux ont besoin d'un environnement très structuré. Des limites bien définies aident ces enfants à se sentir plus en contrôle. En réagissant au comportement négatif d'un enfant, il est utile de se rappeler que les enfants qui ont des problèmes de comportement poussent souvent les adultes autour d'eux à définir les limites nécessaires pour se sentir en sécurité. Cette vigilance peut être utile lorsque vient le temps de réagir face au comportement négatif de l'enfant.



Informations générales concernant les comportements négatifs

A. Rudolf Dreikurs, qui préconisait le modèle psychologique d'Alfred Adler pour gérer les problèmes de comportement des enfants, soutenait dans son ouvrage influent intitulé « The Four Goals of the Maladjusted Child » (Dreikurs, 1947) que les enfants désirent avant tout éprouver un sentiment d'appartenance : chaque geste posé par un enfant dans le milieu scolaire représente une tentative d'améliorer son statut social. Nelson, Lott et Glen (2000) soutiennent que les enfants mesurent leur propre importance en fonction de la façon dont ils perçoivent leurs expériences. Les enfants qui sont en mesure de contribuer harmonieusement au groupe sont acceptés des autres. Malheureusement, les enfants ne comprennent pas tous les gestes qui mèneront à l'acceptation souhaitée. Selon Rudolf Dreikurs, quatre objectifs se cachent derrière l'inconduite des enfants qui cherchent à affirmer leur appartenance:

- **L'attention:** l'enfant cherche à attirer l'attention de toutes les façons possibles. Dans l'incapacité d'attirer une attention positive, l'enfant se contentera d'une attention négative, souvent à ses propres dépens. À son avis, mieux vaut cette attention négative que rien du tout.

Quoi faire

- **Ignorez** les comportements axés sur la recherche d'attention de l'enfant en détournant son attention vers autre chose.
- **Faites l'éloge** des comportements désirables.
- **Félicitez** immédiatement l'enfant quand il pose des gestes positifs.
- **Le pouvoir:** lorsque les mauvais comportements visant à attirer l'attention ne donnent pas les résultats souhaités, l'enfant cherche à prendre le contrôle en faisant valoir son pouvoir.

Quoi faire

- **Ne vous abaissez** pas au niveau de l'enfant. Vous ne gagnerez pas et ne modéliserez pas de bonnes solutions.
- **Faites preuve** de calme malgré la tempête, tout en manifestant votre désapprobation à l'égard de la mauvaise conduite de l'enfant.
- **La vengeance:** incapable de prendre le contrôle par le pouvoir, l'enfant blesse les autres pour se sentir important.

Quoi faire

- **Dans ses tentatives** de se sentir aimé, l'enfant peut se sentir tellement rejeté qu'il punit les autres. Reconnaissez sa tristesse et son chagrin.
- **Écartez le public.** Ne permettez pas à l'enfant de s'attirer encore plus de honte.
- **Dites ou montrez** à l'enfant que vous l'aimez.
- **L'insuffisance:** à ce stade-ci, l'attention, le pouvoir et la vengeance n'ont pas procuré à l'enfant l'acceptation désirée. Celui-ci se sent donc insuffisant. L'impuissance apprise fait maintenant partie de son rôle.

Quoi faire

- **Ici, l'inconduite** se traduit par l'inaction. L'enfant est très découragé. Ces enfants sont généralement plus difficiles à rejoindre. Prenez conscience de vos sentiments envers l'enfant. Vous devez lui manifester votre intérêt en l'encadrant sans toutefois réagir de façon excessive.
- **Restez à l'affût** des petites victoires et misez sur elles pour renforcer la maturation et favoriser une croissance positive.

Il va sans dire qu'il est plus facile de travailler avec un enfant qui se conduit mal que d'amener le changement chez un enfant qui a perdu tout espoir.



Conseils additionnels pour la gestion des classes

- **Un enfant** qui a des troubles mentaux devrait être assis près de l'enseignant.
- **Si possible**, donnez à l'enfant qui vient de réintégrer la classe des tâches qui lui donnent le sentiment d'être privilégié (à condition de le mériter, bien entendu).
- **Les enfants** ayant un trouble du déficit de l'attention (avec ou sans hyperactivité) peuvent avoir besoin d'un plus grand nombre d'autorisations pour quitter leur siège. Pour les enfants inattentifs, des rappels individuels peuvent être utiles.
- **Encouragez** l'autoréflexion pour favoriser l'autogestion. Donnez à l'enfant un feuillet de « visages » qu'il pourra colorier selon son humeur à diverses heures de la journée. Demandez à l'enfant de commenter son propre comportement à divers moments de la journée. N'insistez pas sur une franchise totale: l'objectif réel est d'encourager la considération et la réflexion.
- **Formulez** très clairement vos attentes. Bien que nous puissions tous manifester de l'empathie à un enfant qui éprouve des problèmes à la maison ou ailleurs, il est important de lui présenter clairement vos attentes et de veiller à ce que les récompenses et punitions soient appliquées de façon soutenue en fonction du comportement manifesté.

- **Certains enfants** qui sont peu sûrs d'eux agissent de façon dépendante, demandant de l'aide plus souvent que nécessaire. Rassurez l'enfant que vous l'aiderez quand cela est possible pour vous et nécessaire pour lui – mais cette aide ne doit pas être constante. Suggestion: fournissez à l'enfant des bâtonnets qui représentent le nombre de fois qu'il peut poser des questions. Encouragez-le à se demander si la question justifie réellement l'utilisation d'un bâtonnet. Encouragez l'autoréflexion et l'autorégulation.
- **Une minuterie** peut aider ces enfants à rester concentrés pendant les devoirs. La division des tâches en plus petites composantes peut aussi être utile.



ILLUSTRATION DE CAS

Une des familles participant au Programme de soins de transition consistait d'une mère monoparentale, travailleuse indépendante, et son fils. En raison des suspensions antérieures de son fils, elle avait dû annuler des rendez-vous avec des clients à la dernière minute afin de rester à la maison avec lui. De plus, il était très difficile pour elle de quitter son travail d'un moment à l'autre pour aller le chercher à l'école. Elle s'inquiétait, avec raison, des effets de cette situation sur sa carrière. Elle n'avait aucune famille en ville vers qui se tourner. Un membre de l'équipe de soins de transition lui a suggéré de chercher dans son voisinage quelqu'un pour assurer la garde de son fils. En fait, il y avait une voisine qui le gardait déjà certains après-midi. La mère a donc conclu une entente avec cette dame pour les cas d'urgence où son fils serait suspendu. Son niveau de stress a diminué depuis qu'elle s'inquiète moins de devoir quitter le travail subitement.

Stratégies pour soutenir les parents

Les parents sont essentiels à la réussite des enfants qui ont des problèmes de santé mentale. Ceux-ci ont également une grande influence sur la façon dont leurs enfants perçoivent l'école: juste, injuste, vaut l'effort ou non. Cette section propose quelques stratégies que les travailleurs(euses) sociaux(ales), enseignants(es), et autres peuvent utiliser pour améliorer leur relation avec les parents ou pour aider les parents à s'occuper de leurs enfants avec plus d'efficacité et de constance.

L'importance des systèmes de soutien: établir un réseau social pour le soutien des parents.

Les parents d'enfants qui ont des problèmes psychiatriques vivent souvent avec le stress constant de savoir qu'ils peuvent être appelés à quitter le travail subitement à cause du comportement scolaire de leur enfant. Les travailleurs sociaux et autres professionnels auraient peut-être intérêt à encourager les parents à mettre en place un plan d'urgence dans ces cas : comment les parents peuvent-ils se préparer pour le redoutable appel du directeur d'école? Leur employeur est-il flexible? Un autre membre de la famille est-il en mesure de s'occuper de la situation? Y a-t-il des voisins ou des amis qui pourraient les dépanner en cas d'urgence?



Conseils sur les devoirs, une lutte de pouvoir courante dans les familles avec des enfants qui souffrent de troubles mentaux.

Bien que le fait de consacrer un peu de temps aux devoirs puisse sembler tout naturel aux yeux d'un adulte, un enfant à l'école primaire qui a passé toute la journée à l'école peut avoir de la difficulté à se remettre au travail. Fatigué et frustré de sa journée, il a peut-être besoin d'un temps de repos, ce qui devrait faire partie de toute routine après l'école. L'enfant a-t-il eu assez de temps pour décompresser? A-t-il mangé une collation ou même peut-être fait un peu d'exercice? Dans l'affirmative, les parents peuvent le laisser parler de sa journée pendant quelques minutes et l'écouter attentivement. Ensuite, ils devraient dire calmement, mais fermement : «Finissons-en avec les devoirs, et tu pourras aller jouer après.» L'enfant risque de se soulever contre l'autorité des parents, mais après un certain temps, il se détendra et fera ses devoirs. Si ceux-ci sont trop difficiles, le parent devrait l'aider à terminer ce qu'il peut et écrire une note à l'enseignant (dans le livret de communications) au sujet du devoir qui lui a causé des problèmes.

ILLUSTRATION DE CAS

Une des familles participant au Programme de soins de transition consistait d'une mère monoparentale, travailleuse indépendante, et son fils. En raison des suspensions antérieures de son fils, elle avait dû annuler des rendez-vous avec des clients à la dernière minute afin de rester à la maison avec lui. De plus, il était très difficile pour elle de quitter son travail d'un moment à l'autre pour aller le chercher à l'école. Elle s'inquiétait, avec raison, des effets de cette situation sur sa carrière. Elle n'avait aucune famille en ville vers qui se tourner. Un membre de l'équipe de soins de transition lui a suggéré de chercher dans son voisinage quelqu'un pour assurer la garde de son fils. En fait, il y avait une voisine qui le gardait déjà certains après-midi. La mère a donc conclu une entente avec cette dame pour les cas d'urgence où son fils serait suspendu. Son niveau de stress a diminué depuis qu'elle s'inquiète moins de devoir quitter le travail subitement.

Attestation et gestion du stress des parents

La majorité des parents se demandent de temps en temps s'ils agissent correctement. Pour les parents d'enfants ayant un TDAH, un trouble oppositionnel avec provocation ou autre problème de santé mentale, ces inquiétudes sont exponentielles. Il est donc important que les enseignants, les travailleurs sociaux, les psychoéducateurs et les parents eux-mêmes soient conscients de leur ampleur.

Les parents doivent prendre des mesures proactives pour rester en santé et en forme. Les pauses sont importantes, surtout pour les parents monoparentaux. Des membres de la famille ou des voisins fiables pourraient aussi apporter leur aide. Il est aussi essentiel de prévoir du temps de jeu avec les enfants de sorte que la relation parent-enfant ne repose pas exclusivement sur une discipline acharnée.

Les parents et les enfants bénéficieraient aussi d'une réflexion ensemble à propos des réalisations accomplies au fil du temps. C'est facile de se focaliser sur les problèmes, mais le fait de souligner les progrès peut aider tout le monde à traverser les périodes plus difficiles.



La question des médicaments

Beaucoup de parents n'aiment pas l'idée que leurs enfants prennent des médicaments. Il y a plusieurs raisons à cela, y compris les craintes liées aux effets secondaires à long terme. Plus de psychoéducation sur la question des médicaments est requise. Il convient de conseiller aux parents de parler de leurs inquiétudes à leur pédiatre.

Les enseignants et les travailleurs sociaux pourraient rappeler aux parents que les bons médicaments peuvent aider certains enfants à être moins impulsifs et plus concentrés, ce qui peut les aider à l'école et, en retour, favoriser leur estime de soi, créant ainsi un cercle positif. Il faut également souligner que l'utilisation de médicaments maintenant ne signifie pas que ceux-ci seront administrés à jamais. Les médicaments doivent être réévalués chaque année, ou plus souvent dans certains cas (ex.: nouveaux effets secondaires, début de la puberté, prise de poids, etc.). Ainsi, les changements observés à l'école devraient être communiqués aux parents pour qu'ils en discutent avec le médecin qui a prescrit les médicaments. Mais, en fin de compte, les médicaments sont un sujet qui concerne surtout les parents et le pédiatre. Le passage de médicaments à action brève à des médicaments à action prolongée pour les TDAH peut atténuer les dérégulations d'humeur et permettre un dosage plus stable. Il faudra parfois essayer plusieurs médicaments avant de trouver celui qui est le plus efficace et le mieux toléré, et qui entraîne le moins d'effets secondaires.



ILLUSTRATION DE CAS

Beaucoup de parents s'inquiètent des conséquences de l'utilisation à long terme de médicaments sur le corps et le cerveau en croissance de leur enfant. Dans un cas particulier, l'équipe de traitement de l'HGJ avait suggéré le médicament Ritalin pour voir si cela atténuerait le comportement impulsif d'un enfant. Les parents ont préféré essayer une autre approche, et se sont tournés vers des suppléments d'Omega 3. Sur une période de plusieurs mois, cette décision a semblé avoir peu d'effets sur le comportement impulsif et perturbateur de l'enfant. Malgré son intelligence, cet enfant ne pouvait pas suivre le rythme de la classe, scolaires en raison de son comportement. En travaillant avec cette famille, nous avons continué à explorer des options pour leur enfant et à discuter des opinions et du raisonnement des parents. Après mûre réflexion et recherche, les parents ont accepté d'essayer le Ritalin. Le niveau d'attention de leur enfant s'est amélioré et, avec le temps, celui-ci a pu participer aux sorties scolaires.



Mise en œuvre de plans d'éducation individualisés (PEI)

Si un enfant a un PEI qui n'est pas mis en œuvre, le travailleur social devrait encourager ses parents à rencontrer la direction ou autre membre du personnel de l'école. Cela peut être frustrant pour toutes les parties en cause de voir que l'école ne peut pas répondre à des besoins documentés pour des raisons budgétaires. La première étape consiste à déterminer si l'école a les ressources requises pour faire le nécessaire. Dans l'affirmative, les parents (peut-être avec le soutien de travailleurs sociaux) devraient demander une file chronologique pour la mise en œuvre du PEI. Dans la négative, il faudra se tourner vers des ressources externes. Des organismes, associations et groupes bénévoles pourraient être en mesure d'aider. Des ressources additionnelles, comme des outils informatiques ou des écouteurs, ont été demandées dans certains cas en raison du code de difficulté attribué à l'enfant; ces demandes peuvent être examinées pendant des rencontres avec l'école. Mais la première étape consiste à aller au fond de ce qui se passe à l'école et pourquoi.



EXEMPLE DE CAS

Un PEI détaillé avait été rédigé par les enseignants et le psychologue de l'école qui avaient travaillé avec un enfant. Les recommandations relatives aux services d'orthophonie et d'aide d'enseignement individualisée ont été mises en œuvre autant que possible. Malgré tout, l'enfant réalisait peu de progrès, et les parents en étaient frustrés. Ils ont convoqué une réunion avec la direction, les enseignants et le psychologue de l'école pour expliquer le PEI en détail et déterminer quels services étaient possibles à obtenir. Leur enfant avait besoin de plus de services que l'école n'était en mesure d'assurer. En comprenant cela, les parents ont pu prendre des mesures pour obtenir des services privés afin de compenser les lacunes.



Commencer la journée du bon pied

Les matins peuvent être pénibles dans toutes les familles, mais encore plus lorsqu'un enfant a de la difficulté à se concentrer et à s'organiser. Il

importe tout d'abord de communiquer clairement les attentes. Les parents devraient informer leur enfant de l'horaire du matin et l'inclure dans la prise de décisions lorsque c'est raisonnablement possible. Il est recommandé de préparer autant que possible la veille: sortir les vêtements, remplir le sac d'école, etc.; de ranger les jouets pour minimiser les distractions; d'accorder un peu de temps pour le réveil (selon l'horloge biologique de l'enfant, certains ayant besoin de plus de temps que d'autres). Après le temps alloué, le parent devrait informer l'enfant qu'il est temps de s'habiller et de venir à la cuisine pour le déjeuner. Si l'enfant n'est pas prêt, le parent devrait dire calmement, mais fermement, que c'est l'heure de manger et que l'autobus sera là dans X minutes.

Si ces mesures ne suffisent pas, quelle est la raison? D'autres membres de la famille? Des distractions dans la chambre? La fatigue? Le manque de concentration? Le comportement oppositionnel? Pour résoudre le problème, il faut d'abord le localiser.



Sorties scolaires : y participer ou non ?

Les parents sont souvent anxieux à l'idée de laisser leur enfant participer aux sorties scolaires, qui représentent un changement de routine et, parfois, comportent des risques de sécurité mineurs (comme utiliser les transports en commun ou faire une courte marche). Les parents auraient peut-être intérêt à consulter le personnel de l'école pour évaluer le comportement récent de l'enfant et décider ensemble si celui-ci est prêt. Une solution pour les parents inquiets consiste à accompagner la classe et à superviser leur enfant. Avant la sortie, les parents devraient parler avec l'enfant de leurs attentes et tenter d'anticiper les situations potentiellement problématiques.



Communiquer pour favoriser la collaboration entre la famille et l'école

Les parents se plaignent souvent que leur enfant est différencié du reste du groupe. Une fois qu'un enfant présente des troubles comportementaux, il est toujours scruté à la loupe, selon certains parents. Les enseignants ont le défi de gérer le comportement de l'enfant tout en étant sensibles à son sentiment d'être traité différemment.

Il importe de dire aux parents que, même si l'enfant ne retourne pas nécessairement dans la même classe avec le même enseignant, il pourrait avoir développé une réputation à l'école en raison de son comportement volatil et perturbateur. L'enfant et la famille doivent reconnaître que les comportements antérieurs ont causé des dommages et être sensibles au fait que l'école appréhende peut-être le retour de l'enfant. Pour leur part, les enseignants doivent être au courant des inquiétudes des parents et de l'enfant. Ils doivent aussi accepter que leurs efforts pour aider l'enfant à se réadapter à la classe s'accompagnent de hauts et de bas. Une atmosphère générale de coopération et de bienveillance entre la famille et l'école est très avantageuse pour l'enfant qui réintègre le milieu scolaire.

Une autre source importante de stress pour les parents réside dans le sentiment de toujours se demander si l'enfant se comporte mal. (Certains parents disent qu'ils ne sont jamais à l'aise à moins que l'enfant ne soit à la maison avec eux, étant donné que c'est le seul moment où ils savent que l'enfant ne cause pas de problèmes à l'école.) Pour atténuer cette incertitude, l'enseignant(e) ou le/la psychoéducateur(trice) pourrait par exemple remplir un aide-mémoire quotidien qui trace le comportement de l'enfant et évite aux parents de se demander si pas de nouvelles est réellement synonyme de bonnes nouvelles.



ILLUSTRATION DE CAS

Le directeur de l'école de M. a communiqué avec l'équipe de soins de transition pour expliquer que celui-ci était devenu agressif lorsqu'il a commencé à perdre au jeu qu'il jouait dehors avec ses camarades la veille.

Les autres élèves sont allés voir l'enseignante de surveillance pour lui expliquer la situation. Celle-ci leur a dit : « Si M. est agressif, ne jouez pas avec lui. » La même enseignante a envoyé une note à la maison pour informer les parents de l'incident, car ils avaient demandé à être tenus au courant. En colère, la maman a appelé l'école pour dire : « Comment osez-vous dire aux enfants de ne pas jouer avec mon fils ? » Elle a ensuite informé le directeur de son intention de retirer M. de l'école en question.

En réponse à cet incident, le coordonnateur de l'équipe de soins de transition a appelé la famille le même jour, et l'éducateur de cette équipe s'est rendu à l'école le lendemain matin. Au cours de son entretien avec l'enseignante, l'éducateur a fait remarquer que la phrase « Veuillez parler à votre fils » avait bouleversé la mère. L'enseignante n'avait pas voulu être blessante (elle a dit inclure régulièrement cette phrase dans la correspondance avec les parents), mais, selon l'éducateur, la mère de M pourrait en avoir déduit qu'elle ne comblait pas son rôle de parent.

L'enseignante a ensuite expliqué ce qui s'est passé le jour de l'incident : « Lorsque j'ai demandé au groupe ce qui s'était passé, ils ont tous dit 'M. a fait ci, M a fait ça.' Lorsque j'ai demandé à M. sa version des choses, il a simplement tourné les talons. » L'éducateur a ajouté que M. a de la difficulté à exprimer verbalement ses pensées et qu'il a besoin d'aide à ce chapitre. En fait, la meilleure façon pour lui de réagir à cette situation à ce moment-là était de tourner les talons.

Avant le traitement, un tel scénario aurait donné des résultats tout à fait différents. M. n'aurait pas pu maîtriser sa frustration à l'égard de son incapacité de s'exprimer et il s'en serait pris aux autres enfants. Le fait qu'il ait pu se retirer sans agression représentait un signe de progrès énormes, même si l'enseignant a perçu ce comportement comme de l'indifférence.

L'éducateur a donné des façons concrètes pour aider M. à articuler ses pensées.

Dans ce scénario, les approches suivantes pourraient avoir porté des fruits :

- **Parler à l'enfant individuellement** et l'aider à trouver les mots pour articuler ses pensées.
- **Procéder à des jeux de rôle.**
- **Aider l'enfant** à voir l'incident du point de vue des autres élèves.
- **Rassembler le groupe pour parler** de l'incident en permettant à chacun d'entendre la version de l'autre.
- **Aider le groupe** à déterminer comment réagir différemment à une situation semblable la prochaine fois.

En fin de compte, il a été décidé que, pour éviter la confusion, les communications entre la maison et l'école devraient se faire par téléphone.

Stratégies pour gérer les résultats scolaires

Devoirs incomplets

Les premières étapes sont plutôt standards et sans doute bien connues de la plupart des enseignants et autre personnel scolaire: contacter les parents par téléphone ou par écrit et (si ces démarches sont infructueuses) les convoquer à une réunion pour parler des moyens d'améliorer la situation. Cette réunion peut porter sur des questions telles que: quelle est la routine de devoirs? Comment cette routine pourrait-elle être améliorée? Devrait-on envisager des services de tutorat privés?

Si, après ces étapes initiales, les devoirs demeurent fréquemment incomplets, il faudra peut-être prendre des mesures additionnelles, telles que:

- **Noter les attentes et les résultats.**

Demander aux parents de mettre leurs initiales dans l'agenda chaque jour. Ces mesures ont deux buts. D'abord, elles exigent que les parents jouent un rôle plus actif dans l'éducation de leur enfant. Ensuite, elles signalent à l'enfant que la maison et l'école travaillent ensemble et que les parents soutiennent les attentes de la classe. L'agenda sert aussi de registre des devoirs incomplets et de la coopération ou non des parents.

- **Demander de l'aide additionnelle.**

Bien que, en fin de compte, les devoirs soient la responsabilité de l'élève, la plupart des enfants à l'école élémentaire ont besoin de l'aide de leur parent. Renseignez-vous pour déterminer si les parents sont en mesure de superviser le travail de l'enfant. Dans la négative, tentez de déterminer si quelqu'un d'autre peut assumer ce rôle (comme un tuteur ou un frère ou une sœur ainé.)

Si les parents ne contribuent pas à l'amélioration de la situation entourant les devoirs, il s'agit sans doute d'un symptôme d'un problème plus vaste à la maison.



L'importance du temps non structuré

Le temps non structuré n'est pas facile pour les enfants qui ont des troubles de la fonction exécutive. La récréation, par exemple, se caractérise par un accroissement de la stimulation, une absence de limites bien définies et l'occasion de jouer avec d'autres élèves (avec toute l'imprévisibilité que cela implique). Comme le dit Judy Gradinger, l'une des psychologues du programme d'Hôpital de jour de l'HGJ: « Certains enfants 'échouent' la récréation et le dîner ». Les difficultés à la récréation ou au dîner interagissent avec les difficultés en classe (ou les causent); un épisode dans la cour d'école peut faire dérailler la journée entière d'un enfant.

Un écart de comportement en classe à 11 h peut être le prolongement d'une altercation dans la cour d'école à 10 h. Lorsqu'un enfant se comporte mal après la récréation, un adulte doit intervenir le plus rapidement possible pour déterminer à quel moment les capacités d'adaptation de l'enfant l'ont abandonné et pour l'aider à concevoir un plan pour mieux gérer des expériences semblables à l'avenir. Si la période entière de récréation ou de dîner est trop longue pour l'enfant au début, celui-ci devra peut-être commencer par une période plus courte qui sera accrue progressivement. L'enfant est-il en mesure de fonctionner dans la cour d'école pendant les cinq dernières minutes de la récréation ou du dîner?

Une fois que l'enfant maîtrise cette période de temps, la durée augmente graduellement – en tranches de cinq minutes environ. Avec chaque réussite, demandez à l'enfant ce qui, à son avis, s'est bien passé. En revanche, lorsque les choses se passent moins bien, demandez-lui ce qui s'est mal passé et comment il pourrait aborder la même situation différemment.

Avec le temps, le nombre réduit d'incidents à la récréation et au dîner se traduira sans doute par un meilleur comportement et une attention plus soutenue en classe.

Les fonctions exécutives (aussi appelées aptitudes du contrôle cognitif) ont un lien plus étroit avec l'état de préparation à l'école que le quotient intellectuel (Q.I.) ou les premières aptitudes de lecture ou de mathématiques (C. Blair, R.P. Razza 2007)

Stratégies pour aider les enfants à interagir avec les autres

Ne présumez pas que tous les enfants ont besoin d'amis

Les amis sont de merveilleux atouts pour la majorité des enfants et des adultes – mais il faut se demander si l'enfant devant vous veut des amis ou en a besoin. Beaucoup d'enfants, et notamment ceux du spectre autistique, peuvent se contenter de se promener tout seuls dans la cour d'école. Pour ces enfants, ces moments de solitude peuvent s'avérer une bonne façon de se détendre à l'écart de tous les facteurs de stress en classe.

Si un enfant veut des amis, aidez-le à comprendre et à surmonter les obstacles étape par étape

Si l'enfant recherche des amis, mais qu'il échoue, la solution exige au moins deux interventions: examiner les antécédents de l'enfant avec ses pairs; et élaborer des stratégies pour établir de nouvelles relations.

- **Examiner le passé:** Un enfant qui a subi des traitements et dont le comportement était auparavant problématique risque d'avoir des antécédents difficiles à surmonter par ses camarades. Aidez l'enfant à comprendre comment son comportement passé affecte ses relations actuelles. Soyez concret. Donnez des exemples. Parlez de la façon dont vous vous sentiriez à la place des camarades. Dites à l'enfant ce qu'il doit faire pour mériter de nouveau la confiance de ses pairs.

- **Établir de nouvelles relations:** Discutez des façons dont l'enfant peut établir de nouvelles relations. Divisez le processus en étapes, en tenant compte de la mécanique des contacts initiaux. Avec qui choisit-il de jouer? Comment fait-il pour attirer l'attention d'un camarade? Que dit-il pour amorcer la conversation? Et si l'autre enfant dit non?

Les preuves concernant les relations avec les camarades

Des études ont démontré que la qualité des relations des enfants avec leurs camarades à l'école primaire peut prédire l'évitement scolaire, les perturbations ou les échecs à l'adolescence; les amitiés peuvent contribuer à absorber les chocs de la vie.

(Ladd, 1990).

Les enfants qui ont des problèmes de santé mentale ont souvent peu d'aptitudes sociales, ce qui nuit à leur capacité de tisser des liens d'amitié et de les préserver.

(APA 2000; Kutscher 2006).

Ces enfants ont tendance à avoir peu d'amis et, par conséquent, à être dépourvus d'un contexte qui favorise le perfectionnement des compétences et répond aux besoins émotionnels. Les amitiés satisfont le besoin inné d'affection et d'attachement; elles favorisent l'estime de soi et servent d'exemples pour les relations intimes plus tard dans la vie. Un des principaux objectifs de notre travail consiste à aider ces enfants à établir des liens avec les autres. Les interventions visant à réduire l'exclusion par les camarades doivent non seulement favoriser des comportements sociaux positifs pour accroître l'attrait de l'enfant, mais aussi réduire les comportements problématiques qui contribuent au manque d'acceptation par les pairs.

(Bierman, 2004).



ILLUSTRATION DE CAS

Stephen*, âgé de 10 ans, a été référé au service de pédopsychiatrie de l'HGJ en raison de ses comportements liés à l'autisme: anxiété, troubles sensoriels et auditifs, agression, aptitudes sociales sous-développées, comportement oppositionnel et retards scolaires. Il a reçu un diagnostic d'autisme en cours de traitement.

Après ses traitements, Stephen est demeuré socialement isolé, mais il n'était plus singularisé ni intimidé, comme il l'avait été avant ses traitements. L'équipe de soins de transition s'est concentrée sur l'amélioration de son autonomie et de ses aptitudes organisationnelles.

Bien que Stephen ait réalisé des progrès énormes et réussissait mieux à contenir ses frustrations et son agressivité, il revenait parfois à ses comportements immatures et combattifs à la maison et à l'école. Ses parents ont signalé que, sans avertissement, il devenait parfois défiant en public et faisait des crises embarrassantes. Stephen et ses parents continueraient d'être mis à l'épreuve, surtout à l'approche de l'adolescence.

L'équipe de soins de transition a aidé les parents à trouver un groupe de soutien au sein de leur communauté. Elle a aussi aidé la famille de Stephen à trouver des activités où Stephen se sentait en sécurité pour mettre à l'essai ses comportements pro sociaux et utiliser ses aptitudes cognitives pour compenser son incapacité à comprendre les signaux émotionnels de ses camarades et des adultes

*Le nom de l'enfant dans cette illustration de cas a été changé

Bâtir une relation de confiance

Il est plus facile d'enseigner aux enfants qui ont des problèmes de santé mentale, de gérer leur comportement, et de les soutenir quand on est en mesure de gagner leur confiance.

La confiance est un enjeu important pour un enfant qui a éprouvé des difficultés à l'école. Blessés par leur incapacité de fonctionner en classe, ces enfants cherchent parfois à limiter leur vulnérabilité en baissant les bras. Il est plus facile de voir des signes d'espérance et de potentiel quand un enfant est rebelle et combattif : c'est sa façon, aussi mal avisée qu'elle soit, d'attirer l'attention et de se sentir « connecté ». L'enfant veut établir un contact avec l'adulte qu'il confronte. Par contre, un enfant entièrement passif et renfermé est plus difficile à rejoindre.

Rappelez-vous que ces enfants sont peut-être plus sensibles qu'ils ne laissent paraître et que leur détachement n'a pour but que d'assurer leur propre préservation. Si possible, trouvez une ouverture pour engager l'enfant, un point de référence. L'humour peut fonctionner si l'enfant le comprend et est en mesure de l'utiliser. Une certaine connaissance de la vie personnelle de l'enfant peut également vous aider. Un enfant qui vient de terminer un traitement ne se sent pas nécessairement digne d'être aimé; il risque donc de mettre vos motifs en doute. Si vous maintenez des contacts simples et authentiques, l'enfant sera plus enclin à s'ouvrir à vous avec le temps.

ILLUSTRATION DE CAS

Voici un bref exemple illustrant le recours à une relation existante pour intervenir dans le comportement négatif d'un enfant.

Lors d'une visite initiale à l'école d'un élève de deuxième année qui avait été référé au Programme de soins de transition, un des membres de l'équipe a constaté que l'enfant allait et venait entre le corridor et la salle de classe, puis allait se cacher dans le corridor. Lorsque l'enseignant disait aux élèves de s'asseoir, l'enfant continuait de circuler. Si le travail devenait trop difficile, l'enfant régressait rapidement et lançait ses papiers et ses fournitures scolaires. Le membre de l'équipe de transition n'avait pas eu le temps de tisser des liens avec l'enfant, mais il a pu se familiariser avec ses comportements habituels et avec ses sources de soutien existantes, qui comprenaient, notamment, plusieurs rencontres hebdomadaires avec le personnel de ressources de l'école.

Les activités de lecture en classe créaient souvent des problèmes pour l'enfant. Il préférait colorier. Le personnel de ressources lui permettait de colorier après avoir lu, à titre de récompense. Avec l'appui de ce personnel, l'équipe de transition a suggéré que l'enfant rédige une histoire pour accompagner ses images. Plus tard, l'enfant a été encouragé à créer un « livre », qu'il a été invité à lire aux élèves de la maternelle et de 1re année. L'enfant a par la suite écrit et illustré plusieurs autres livres, qui ont tous été lus aux élèves plus jeunes. Plutôt que de garder tous les autocollants qu'il avait obtenus pour les donner à son petit frère, l'enfant pouvait maintenant apporter ses histoires à la maison et les lui lire. Dans ce cas, le membre de l'équipe de transition n'avait pas eu le temps de développer une relation avec l'enfant, mais une intervention était requise sur-le-champ car le comportement de l'enfant en classe devenait intenable. Au départ, l'équipe de transition a travaillé avec les enseignants et le personnel de soutien pour mettre fin au comportement négatif de l'enfant dans la classe. Une fois le comportement de l'enfant sous contrôle, le membre de l'équipe de transition a utilisé la relation de l'enfant avec le personnel de ressources comme point d'entrée pour favoriser son estime de soi grâce aux livres qu'il publiait lui-même.

Pour l'enfant difficile à rejoindre:

- **Découvrez ses intérêts** « J'ai entendu dire que tu jouais au hockey. » Parlez-en et écoutez attentivement. « Le hockey est un sport agréable. » Posez-lui des questions. « Quelle position joues-tu? » Répondez à vos propres questions si nécessaire. « Tu as l'air d'un attaquant. » Décrivez ce que vous voyez et formulez un énoncé. « Tu dois être un patineur rapide. » « Ça ne doit pas être facile de te rattraper! » Soyez simple et concis et ne vous attardez pas trop longtemps, mais assurez-vous d'avoir été entendu. Un enfant qui a été blessé ou déçu n'a aucune raison de croire que vous veillez à ses intérêts. Le processus sera long et vous devrez mériter sa confiance.

- **Créez un lien** avec l'enfant en parlant de ses intérêts. Votre participation à un sport ou à une activité qui intéresse l'enfant atténue le stress de la relation. Avec le temps, l'enfant parlera sans doute davantage de sujets personnels.

Pour un enfant avec qui vous n'avez pas de relation:

- **Examinez les liens** que l'enfant a créés avec d'autres personnes. Encourager une relation que l'enfant a déjà établie avec une autre personne à l'école peut parfois vous aider à tisser des liens avec lui et à mériter sa confiance.



QUAND CONTACTER LES SERVICES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

Si vous songez à alerter les services de protection de la jeunesse, les circonstances sont probablement assez graves pour le justifier. À moins que la situation soit urgente, vous devrez recueillir autant de documentation que possible, tels que :

- **l'agenda/le livret** que vous utilisez pour communiquer avec la famille au sujet des devoirs, des médicaments et d'autres questions;
- **un registre** des absences et des retards;
- **un registre** de l'état physique de l'enfant, avec heures et dates;
- **un registre** des préoccupations exprimées par l'enfant, avec heures et dates;
- **un registre** des conversations avec le parent ayant suscité vos inquiétudes, avec des heures et des dates, ou un registre du manque de communication avec les parents.

Les signalements peuvent être effectués de l'une de deux façons. Celle que vous choisirez dépendra de la situation.

1) Vous pouvez parler aux parents et proposer d'appeler ensemble les services de protection de la jeunesse en vous entendant sur les raisons de demander cette aide pour la famille et l'enfant, et présenter cette mesure comme une façon d'obtenir de l'aide pour la famille. Si le(s) parent(s) est(sont) d'accord, les résultats seront optimaux. Le cas sera sans doute accepté si les parents demandent de l'aide avec des raisons précises concernant les comportements à risque de l'enfant. Vous participerez au processus d'inscription et pourrez compter sur la collaboration des parents pour toute intervention ultérieure.

2) Vous pouvez aussi appeler les services de protection de la jeunesse à l'insu de la famille. Un préposé à l'accueil répondra à votre appel, qui sera anonyme. Vous aurez besoin des documents décrits

ci-dessus ou d'une liste de vos préoccupations pour déposer votre signalement. D'une façon générale, vous ne recevez aucun commentaire des services de protection de la jeunesse concernant l'issue de votre signalement, mais vous pourrez les rappeler si vos craintes persistent ou s'il n'y a pas eu de suivi. Il est important de discuter des situations susceptibles de mener à un signalement par le personnel de l'école afin de vous assurer que le directeur a mis au point un plan de sécurité.

Constater et signaler:

- **Les preuves physiques** comme des marques et des ecchymoses inexpliquées.
- **Si vous soupçonnez** un abus sexuel, notez tout comportement inapproprié de l'enfant envers ses camarades ou des adultes.
- **Dans les cas de négligence** documentez les façons dont le fonctionnement quotidien de l'enfant est affecté. Par exemple, notez si un enfant s'endort régulièrement sur son pupitre, se présente à l'école sans nourriture pour le dîner, ou porte les mêmes vêtements sales.

Le personnel de protection de la jeunesse vous demandera peut-être si vous êtes au courant des services de soutien externes dont la famille bénéficie, comme l'aide d'un CLSC ou d'un organisme comparable.

Rappelez-vous que vous prenez ces mesures tant pour le bien-être de l'enfant que pour celui de sa famille. Ne vous inquiétez pas si vous n'avez pas tous les renseignements et les faits. Votre appel est important et, bien qu'il puisse ne pas être suffisant pour justifier une enquête, il sera conservé dans les dossiers et pourrait être utilisé à l'appui d'autres appels concernant la famille à l'avenir.



ILLUSTRATION DE CAS

Ben*, âgé de 8 ans, a été admis à l'Hôpital de jour de pédopsychiatrie en raison de ses comportements agressifs envers des enfants et des adultes, de ses problèmes avec ses camarades, et de sa difficulté à gérer les transitions. Il manifestait un comportement oppositionnel avec provocation à la maison et à l'école, et il était extrêmement agressif et violent. En plus d'avoir des troubles de régulation de l'humeur et d'être très impulsif sans reconnaître ses torts, Ben menaçait de se suicider.

Ben a passé un an à l'Hôpital de jour de pédopsychiatrie, période pendant laquelle il a réalisé des progrès considérables. Après cette période, il s'est réintégré dans son établissement scolaire mais pas celui qu'il fréquentait avant son traitement, car ses parents craignaient que ses antécédents et sa réputation à son ancienne école lui nuisent.

Les premiers mois se sont bien passés, sans grands incidents. La nouvelle école de Ben était très sensible à ses besoins. La régression s'est manifestée le troisième mois suivant son retour à des journées d'école complètes. Pendant une sortie scolaire, Ben a attaqué un enseignant après avoir fait une crise de rage. Il était inconsolable et a été suspendu pendant une semaine.

Le personnel de l'école et les parents étaient très inquiets de cette régression et ne savaient pas comment l'amener à reconnaître ses torts. Bien que Ben soit très compétent, ses enseignants ne le poussaient pas à mieux faire en raison de leurs craintes concernant son comportement et sa dérégulation émotionnelle (irritabilité et entêtement). Malgré les stratégies mises en œuvre à l'école et à la maison, le comportement de Ben a continué à se détériorer, entravant sa capacité à respecter les règles de l'école et nuisant à ses interactions scolaires. À la fin du contrat de six mois de l'équipe de soins de transition, Ben demeurait violent envers les enfants et les adultes et continuait de mettre l'autorité à l'épreuve. Son diagnostic de comportement oppositionnel avec provocation s'est maintenu malgré les traitements et le soutien.

L'équipe de soins de transition a consulté de nouveau le pédopsychiatre de l'HGJ et ajusté les médicaments de Ben, ce qui n'a pas aidé son comportement. Elle a dû le référer à une équipe d'intervention d'un Centre de santé et de services sociaux (CSSS), puis faire appel aux services de protection de la jeunesse. À ce moment-là, la mère de Ben avait beaucoup de difficulté à évaluer les risques que celui-ci présentait pour lui-même et les autres. Elle avait également de la difficulté à prendre des décisions concernant sa propre sécurité et tolérait des comportements violents et dangereux. Elle était bouleversée par l'intervention des services de protection de la jeunesse, car elle avait eu des expériences négatives avec eux dans le passé. Cette intervention a amené la mère de Ben à perdre espoir concernant l'avenir de son fils. L'équipe de soins de transition a pu lui fournir un soutien essentiel qui lui a permis de se sentir moins coupable et plus autonomisée. Elle est restée engagée avec son fils, tout en faisant appel à d'autres ressources communautaires (dont le CSSS et les services de protection de la jeunesse). L'équipe de transition a pu créer un rapprochement entre le conseil scolaire, le CSSS, le service de pédopsychiatrie et la protection de la jeunesse pour créer une alliance.

*Le nom de l'enfant dans cette illustration de cas a été changé

CHRONOLOGIE TYPIQUE DU PROGRAMME DE SOINS DE TRANSITION telle qu'appliquée par l' ÉQUIPE DE SOINS DE TRANSITIONDE L'HGJ

Cette file chronologique représente les contacts typiques entre l'HGJ, l'équipe de soins de transition, l'école, et la famille. En concertant leurs connaissances, le personnel de l'HGJ et celui de leur milieu scolaire régulier peuvent apporter un grand soutien à la transition de l'enfant.

- **L'unité de pédopsychiatrie fait appel à l'équipe de soins de transition et y dirige la famille de l'enfant**
- **L'équipe de soins de transition** se réunit pour parler des causes de l'entrée de l'enfant à l'Hôpital de jour, des progrès que l'enfant a réalisés, des approches qui ont contribué à l'amélioration de son état et de son comportement, des stratégies à mettre en œuvre pour faciliter la réintégration de l'enfant à l'école, et des objectifs qui restent à atteindre.
- **L'équipe de soins de transition et le personnel de l'HGJ convoquent une conférence** concernant un cas particulier avec le personnel de l'école de l'enfant, y compris le représentant des services aux élèves ou le psychologue du conseil scolaire, au besoin, pour une réunion suivant le congé de l'enfant. Le groupe échange de l'information sur les stratégies qui se sont avérées tant fructueuses qu'infructueuses pendant le traitement de l'enfant à l'HGJ N.B. Les enseignants devraient faire leur possible pour assister à cette réunion, qui est généralement très utile pour tous les partis concernés; nous avons constaté que les directeurs sont très disposés à permettre aux enseignants d'y participer. Les lettres de codes de difficulté, les évaluations, les PEI et autres renseignements importants à la triade parent-enfant-école devraient aussi être examinés, au besoin.
- **L'équipe de soins de transition rencontre les parents/fournisseurs de soins** pour discuter de la transition et prendre note des inquiétudes; les parents/fournisseurs de soins signent un formulaire de consentement permettant la participation de l'enfant.

Anticiper les problèmes: ces rencontres précoces avec les parents et le personnel de l'école aident à identifier les sujets de préoccupation et aident l'équipe de soins de transition à anticiper les problèmes. Voici quelques-uns des facteurs à déterminer pendant cette période :

- L'enfant anticipe-t-il avec plaisir son retour à l'école? A-t-il été bien préparé à sa réintégration, et à rencontrer ses camarades et ses nouveaux enseignants, si c'est le début d'une nouvelle année scolaire?
- L'école est-elle préparée au retour de l'enfant? Quelles sont leurs inquiétudes?
- L'enfant a-t-il une réputation à l'école? A-t-il des amis?
- L'école comprend-elle le diagnostic de l'enfant?
- Y a-t-il consensus à l'école sur la façon de gérer le comportement de l'enfant, ou est-ce que le personnel de l'école ne s'entend pas sur la façon de procéder?
- Si l'enfant a des difficultés d'apprentissage, sont-elles graves?
- De quelles ressources la famille dispose-t-elle pour gérer cette transition (temps? argent?)?

- **L'enfant a repris l'école à temps plein**
- **L'équipe de soins de transition prend des rendez-vous** pour observer l'enfant (en classe et pendant des activités non structurées). Après la période d'observation, le/la psychoéducateur(trice) peut décider de rencontrer individuellement l'enfant pour parler du processus de réintégration ou choisir de reporter cette rencontre à plus tard. Le plus souvent, l'enfant aura établi des liens étroits avec le personnel de l'hôpital et se ravissent de savoir qu'ils pensent à lui et que sa réussite leur tient à cœur. Le membre de l'équipe de transition peut inviter l'enfant à écrire un message ou à faire un dessin à l'intention du personnel de l'HGJ. Son lien avec le personnel de l'hôpital est très important, car il donne au membre de l'équipe de soins de transition une façon de développer une relation avec l'enfant.
- **L'équipe de soins de transition se réunit** pour discuter du cas
- **Début des contacts téléphoniques hebdomadaires** entre les parents et l'équipe de soins de transition. Généralement, la première séance téléphonique consiste à faire le point sur le programme à la maison, à discuter ce qui s'est passé depuis le congé de l'enfant, à évaluer la première semaine complète de l'enfant à l'école et à déterminer si le livret de communication entre la maison et l'école est utilisé. Les parents sont encouragés à parler des problèmes et des difficultés qu'ils ont à donner suite au programme.

- **Les psychoéducateurs continuent d'observer l'enfant à l'école**
 - des problèmes apparaissent-ils du côté de l'enfant?
 - l'école donne-t-elle suite aux recommandations ?
 - la famille et l'école utilisent-elles bien le livret de communication?
- **Les contacts téléphoniques hebdomadaires se poursuivent**

Le troisième mois suivant le congé de l'hôpital est une période où le risque de régression est élevé. L'équipe de soins de transition surveille la situation de près à ce moment-là et convoque des réunions avec la famille, l'école et le personnel de pédopsychiatrie de l'HGJ, au besoin.

- **Les contacts téléphoniques hebdomadaires se poursuivent**
- **Le suivi à l'école se poursuit**

- **Les contacts téléphoniques hebdomadaires se poursuivent**
- **Le suivi à l'école se poursuit**
- **Les discussions et les préparatifs concernant la fin de la période de suivi de six mois commencent**

- **Les contacts téléphoniques hebdomadaires se poursuivent**
- **Le suivi à l'école se poursuit**
- **L'équipe de soins de transition discute des progrès de l'enfant avec la famille et l'école**

À la fin de la période de suivi de six mois, l'équipe de soins de transition détermine (à l'interne) s'il serait dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille de la prolonger. Dans l'affirmative, la prolongation est offerte si la famille s'est montrée coopérative et a donné suite aux recommandations et au traitement.

Guide des annexes

Annexe A – Formulaire de renseignements à l'intention de l'équipe de soins de transition – Ce formulaire indique les renseignements qui devraient être recueillis au début du processus de suivi, soit au moment où l'enfant amorce la transition de l'Hôpital de jour à leur milieu scolaire régulier. L'équipe de soins de transition pourrait ne pas être en mesure de recueillir tous les renseignements indiqués sur le formulaire, mais elle devrait en obtenir le plus possible. Ceux-ci peuvent être obtenus avant ou pendant la rencontre initiale de l'équipe. (Voir la [page 21](#))

Annexe B – Liste de troubles mentaux. Une liste des troubles fréquemment diagnostiqués chez les enfants et les préadolescents admis à l'Hôpital de jour de pédopsychiatrie de l'Hôpital général juif. Le nom des troubles est celui qui figure dans le DSM-5 de la Société américaine de psychiatrie.

Annexe C – Contrats de comportement (3 exemples). Des contrats peuvent être utilisés pour énoncer clairement les attentes en matière de comportement de l'enfant et les conséquences du respect ou non-respect de ces attentes. (Voir la [page 29](#))

Annexe D – Guide des ressources en ligne. Liens vers des sites Web utiles.

Annexe E – Étude de cas d'un participant au programme de transition.

Annexe F – Références. Ouvrages cités dans le présent document et lectures supplémentaires.

ANNEXE A - Formulaire de renseignements de l'équipe de soins de transition

Programme de suivi de soins en santé mentale pédiatrique, Programme de soins de transition de pédopsychiatrie.

Nom : _____	DDN : _____	No ID TCT: _____	
Programme HGJ : _____	Entrée : _____	Congé : _____	
Intervenant principal : _____	Ext : _____	Courriel : _____	
Éducateur HGJ : _____	Ext : _____	Courriel : _____	
Thérapeute familial : _____	Ext : _____	Courriel : _____	
École : _____	Nº téléphone : _____	Classe : _____	
Adresse : _____	Éducateur(s) : _____		
Directeur : _____	Contact : _____	Courriel : _____	
CLSC : _____	Nº téléphone : _____	Courriel : _____	
Consultant : _____	Nº téléphone : _____	Courriel : _____	
Autre : _____	Nº téléphone : _____	Courriel : _____	
Date de début de suivi : _____	Date de fin de suivi : _____		
Plan : 1) _____	Plan : 1) _____		
2) _____	2) _____		
3) _____	3) _____		
Mère : _____	Nº maison : _____	Nº portable : _____	Courriel : _____
Père : _____	Nº maison : _____	Nº portable : _____	Courriel : _____
Frère(s)/sœur(s) et âge(s) : _____			

Commentaires : _____

ANNEXE B - Liste des troubles mentaux

Les divers troubles décrits ci-dessous sont fréquemment diagnostiqués chez les enfants et les préadolescents que l'équipe de transition accepte d'observer après leur congé des unités de pédopsychiatrie de l'Hôpital général juif. Le nom des troubles est celui qui figure dans le DSM-5 de la Société américaine de psychiatrie.

Troubles anxieux

Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents comprennent l'anxiété de séparation, les phobies, le trouble d'anxiété généralisée, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique et l'état de stress post-traumatique (APA, 2000; Carr, 2009). Les enfants qui souffrent de troubles anxieux ressentent habituellement des peurs intenses, de l'inquiétude ou de la gêne qui sont susceptibles de s'étendre sur de longues périodes et peuvent avoir de grandes incidences sur leur vie (APA, 2000; Carr, 2009). Parmi les diverses facettes que l'on peut associer à ce trouble, mentionnons les absences répétées de l'école, les relations ardues avec les camarades de classe, une faible estime de soi, de la difficulté à s'adapter aux transitions et les troubles anxieux à l'âge adulte.

Le trouble d'anxiété généralisée se caractérise par une inquiétude irréaliste à l'égard des activités quotidiennes. Les enfants souffrant de ce trouble s'inquiètent outre mesure de leur rendement scolaire, de leur ponctualité ou de leur manque d'assurance; ils sont tendus et ressentent un besoin intense d'être rassurés. Ils se plaignent parfois de troubles physiques, comme des maux d'estomac ou de tête.

Le trouble d'anxiété de séparation s'observe généralement chez l'enfant qui a de la difficulté à quitter ses parents pour aller à l'école ou dormir à l'extérieur, ou qui a peur de se retrouver seul. Souvent, ces enfants s'accrochent à leurs parents et ont du mal à s'endormir.

Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)

désignent un état où les personnes sont aux prises avec des pensées et des comportements répétitifs (APA, 2000). Même si la personne reconnaît que ces pensées ou ces comportements sont insensés et lui cause de la détresse, elle a de la difficulté à y mettre un terme. Les comportements compulsifs comprennent, notamment, le lavage des mains, le réaménagement d'objets et la vérification répétée (APA, 2000).

Le trouble panique est un état caractérisé par des « crises de panique » répétées et sans cause apparente (APA, 2000). Les crises de panique sont des périodes de peur intense accompagnée d'un rythme cardiaque accéléré, de transpiration, de vertiges ou d'une impression de mort imminente. Les enfants souffrant du trouble panique se donnent beaucoup de mal pour éviter les situations susceptibles de provoquer une crise. Ces situations peuvent être liées à l'école ou à une séparation des parents.

Les phobies sont des peurs irréalistes et excessives éveillées par certaines situations ou certains objets (APA, 2000). La phobie est le plus souvent associée aux animaux, aux tempêtes, à l'eau, aux hauteurs ou aux espaces fermés. Naturellement, les enfants tenteront d'éviter les objets ou les situations qu'ils craignent, ce qui limitera grandement leurs activités.

État de stress post-traumatique Des enfants entrent dans un état de stress post-traumatique après avoir vécu certains événements, comme des mauvais traitements physiques ou des abus sexuels, après avoir été victimes ou témoins d'actes violents ou après avoir vécu une catastrophe telle qu'un ouragan ou un bombardement. L'incident peut faire revivre l'événement, faire remonter à la surface des souvenirs vivaces, ou encore déclencher des pensées troublantes et des retours en arrière. En conséquence, ces personnes réagissent parfois de façon disproportionnée quand elles sont surprises, ont de la difficulté à dormir et évitent tout ce qui peut leur rappeler le traumatisme.

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Le **TDAH** est le terme le plus couramment employé de nos jours pour désigner un syndrome caractérisé par une hyperactivité persistante, de l'impulsivité et des problèmes de concentration (Barkley, 1997; APA, 2000). On sait que le TDAH est de nature neurologique, et qu'il touche environ six pour cent de la population (Barkley 1997; Kutscher, 2006). Au cœur du TDAH, on retrouve l'incapacité d'inhiber les distractions et de rester concentré sur une tâche donnée, à laquelle s'ajoutent des problèmes d'organisation qui rendent l'enfant « inattentif » ou enclin à l'oubli. Parmi les comportements ou symptômes observés chez les enfants souffrant d'un TDAH notons :

- une grande variabilité dans le travail et le comportement;
- une faible tolérance pour la frustration;
- une émotivité excessive;
- un sentiment fréquent d'accablement;
- difficulté à s'adapter aux transitions;
- manque de sens de l'organisation et aucune notion du temps;
- des colères fréquentes et impétueuses;
- intransigeance et impétuosité;
- difficulté à prêter attention aux autres et à interpréter les indicateurs sociaux;
- mensonge, grossièreté, vol et incapacité d'assumer la responsabilité de ses actes;
- refus de l'aide offerte;
- difficulté à apprendre de ses erreurs;
- vivre dans le moment, en quête de sensations fortes.

Les enfants souffrant d'un TDAH ont une déficience de l'inhibition; ils ont de la difficulté à prendre du recul et à évaluer les options avant de réagir. Les personnes souffrant de TDAH ont des problèmes avec la fonction exécutive, comme la planification, la résolution des problèmes et le changement du centre d'attention. Il est parfois difficile de vivre avec les enfants souffrant d'un TDAH, comme en témoigneraient tout parent, enseignant ou autre membre de la famille.

Trouble de l'attachement

Le « **trouble réactionnel de l'attachement** » (terme médical) est caractérisé par un comportement social déséquilibré et inapproprié sur le plan du développement, et qui commence avant l'âge de cinq ans (APA, 2000). Pour nos besoins, nous emploierons un terme plus général qui décrit un éventail de catégories qui se chevauchent, dont les problèmes d'humeur, de comportements et de relations sociales qui surviennent lorsqu'on ne parvient pas à créer les liens habituels. On observe parfois ce type de comportement chez les enfants qui ont vécu de nombreuses ruptures relationnelles, qui ont connu de nombreux changements au niveau des personnes soignantes pendant leur enfance, ou qui ont grandi dans des établissements ou de multiples familles d'accueil (Brisch, 2002).

Dans un contexte où il y a peu d'interactions sociales, le terme désigne l'absence ou la distorsion des comportements sociaux appropriés pour l'âge de l'enfant. Par exemple, les enfants se mettent en danger ou se blessent et ils ont de fréquents accidents qui, de toute évidence, sont associés à un comportement à risque. Dans des situations dangereuses, ces enfants ne prennent pas de recul et ne cherchent pas à être rassurés par leur figure d'attachement, comme le ferait un enfant sécurisé. Les enfants atteints de ce déficit semblent être attirés par le danger et ne semblent pas apprendre de leurs douloureux accidents (Brisch, 2002). En outre, ils organisent parfois leurs relations d'attachement autour d'agressions physiques ou verbales. C'est là leur façon d'exprimer leur désir de se rapprocher de leur figure d'attachement. À l'école, ces enfants sont des « fauteurs de troubles »; ils sont fréquemment en opposition et provocateurs (Brisch, 2002). Leur désir d'attachement est, à juste titre, souvent mal compris.

Chez les tout petits, l'attachement insécurisé est un facteur de risque pour une variété de problèmes d'adaptation plus tard (Carr, 2009).

Troubles du spectre autistique

La catégorie des **troubles du spectre autistique (TSA)** regroupe une panoplie de troubles complexes relié au développement neurologique qui se caractérisent par des handicaps sociaux, des difficultés à communiquer et des comportements continus, restreints, répétitifs et stéréotypés (APA, 2000; National Institutes of Health, 2010). Les troubles du spectre autistique faisaient autrefois partie des catégories du trouble envahissant du développement (TED), du trouble autistique ou du syndrome d'Asperger, mais selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), les catégories sont : trouble de la communication sociale (pragmatique) et trouble du spectre autistique.

Trouble de la communication sociale (pragmatique)

Se manifeste entre autres par des difficultés persistantes à utiliser la communication à des fins sociales, une capacité amoindrie à adapter la communication selon le contexte ou les besoins de l'interlocuteur (comme passer de la salle de classe au terrain de jeu, ou communiquer avec un adulte puis avec un enfant), des problèmes à suivre une conversation ou un récit, et difficulté à décoder les inférences sociales ou les sens non-linéaires ou ambigus qui font partie de la communication courante.

Les critères diagnostiques du TSA soulignent maintenant :

1. Les déficits persistants de la communication et de l'interaction sociale dans de multiples contextes, se manifestant par une déficience en matière de réciprocité socio-émotionnelle, des déficits du comportement associé à la communication non verbale et des déficits liés à l'établissement, au maintien et à la compréhension des relations. La gravité du TSA dépend du degré de déficience de la communication sociale et des modèles de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés.
2. Les symptômes doivent être présents tôt durant le développement de l'enfant

3. Les symptômes doivent donner lieu à des restrictions sociales ou professionnelles ou d'autres restrictions fonctionnelles significatives du point de vue clinique.
4. Les perturbations ne peuvent pas s'expliquer par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ni par un retard du développement global, quoique ces troubles puissent être concomitants avec le TSA et inclure aussi la catatonie ou des états pathologiques ou génétiques connexes, comme le **syndrome de Rett**.

Trouble des conduites

Environ un tiers des enfants qui ont des problèmes de comportement durant leur enfance auront plus tard des troubles de conduites marqués par une tendance systématique et persistante au non-respect des règles et aux comportements antisociaux qui s'étend au-delà de la famille et ce, jusque dans la collectivité (Carr, 2009). Une capacité d'autorégulation défaillante, des pratiques parentales problématiques et d'autres facteurs, tels qu'un degré élevé de stress et un faible soutien social, contribuent tous à la continuité des troubles des conduites (Carr, 2009; Kutscher, 2006). Tous les comportements perturbateurs (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites ou attitude antisociale chez l'enfant et l'adolescent) sont préoccupants, parce qu'ils conduisent parfois à des problèmes concomitants sur le plan scolaire, émotionnel et relationnel et, à long terme, à des difficultés d'adaptation une fois adulte (Carr, 2009). Ces problèmes de conduite sont relativement communs (Carr, 2009).

Dans le DSM 5, on a ajouté une catégorie réservée au trait de **dureté-insensibilité (DI)** qui s'applique à un sous-groupe d'enfants et d'adolescents ayant un trouble des conduites et affichant des caractéristiques émotionnelles et comportementales distinctes dont l'absence de remords et l'insensibilité aux signaux de punition. Selon les critiques de cette catégorie, les preuves sont encore insuffisantes pour classer des enfants plus jeunes comme psychopathes ou méritant un diagnostic stable dans cette catégorie.

Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

Le **TOP** est le moins grave des trois types de troubles associés à un comportement perturbateur. Le TOP se manifeste par un comportement agressif, négatif, hostile et provocateur (APA, 2000). On observe des refus persistants et fermes à se plier aux demandes, des réactions excessives, la perte de maîtrise de soi, le report du blâme sur autrui, de la colère, de la rancune et des gestes punitifs (APA, 2000). Les enfants ayant le TOP peuvent agacer délibérément les autres et ont tendance à être argumentatifs avec les adultes (APA, 2000). Le TOP est rarement observé isolément; ce comportement est plutôt un ensemble de symptômes découlant d'un autre trouble sous-jacent de la combinaison de syndromes.

De cinq à quinze pour cent des enfants d'âge scolaire possèdent les critères associés au TOP (Kutscher, 2006). Chez les bébés et les enfants en bas âge, le TOP peut se manifester par de l'irritabilité, de l'entêtement, de la rigidité, de l'agressivité, des réactions intenses et des accès de colère. Parfois, ces réactions s'aggravent lorsque les techniques parentales sont inconsistantes ou excessivement dures ou si la famille vit des stress (Kutscher, 2006). Une fois que l'enfant atteint l'âge scolaire, les symptômes s'étendent et affectent les enseignants, les pairs et d'autres adultes. Les comportements de l'enfant souffrant de TOP entraînent le rejet et, chez l'enfant, le besoin d'attirer l'attention (Kutscher, 2006). Souvent, les comportements négatifs ont tendance à s'atténuer lorsqu'on traite le problème sous-jacent (Carr, 2009; Kutscher, 2006).

Il a été démontré que le trouble oppositionnel avec provocation regroupe trois trajectoires de développement (des sous-divisions) qui divergent de 8 à 16 ans : l'irritabilité (dérégulation des émotions), l'entêtement et les comportements blessants (Whelan et coll., 2013). Selon des études, les enfants en bas âge aux comportements agressifs réagissent bien aux traitements multimodaux et présentent de bons résultats (Castellanos-Ryan et coll., 2013, Tremblay et coll., 1995). Les enfants ayant des émotions dérégulées (irritabilité) associé à des traits d'entêtement sont plus à risque lorsque le développement se poursuit jusqu'à l'adolescence.

Trouble des conduites (TC)

Les enfants ayant un **TC** sont plus souvent exagérément hostiles et agressifs, peu respectueux de la loi et peu enclins au remords (APA, 2000). Ces enfants enfreignent les droits d'autrui, intimident les autres, les menacent et peuvent faire preuve de cruauté physique envers les personnes et les animaux (APA, 2000).

Dépression

L'Association américaine de psychiatrie fait une distinction entre un épisode de **dépression** majeure, qui est grave, et la dysthymie, un état latent (APA, 2000). Les troubles de l'humeur peuvent apparaître de manière différente durant une vie, plus particulièrement lorsque les enfants ne peuvent pas verbaliser leur tristesse. Les symptômes que les fournisseurs de soins peuvent observer chez les enfants sont l'irritabilité, la tendance aux bagarres, ou l'évitement (Kutscher, 2006). Au contraire, les enfants peuvent parfois présenter des symptômes physiques, comme des maux de tête ou d'estomac (Kutscher, 2006). Chez les enfants plus âgés, les symptômes peuvent être plus typiques, tels que la tristesse, la perte d'énergie, une faible estime de soi et un manque de motivation (Kutscher, 2006).

Il arrive que les enfants ne puissent pas exprimer leurs sentiments par des mots; il est donc important de rester à l'affut d'une grande variété de symptômes, tels que des problèmes liés au sommeil, à l'appétit – en mangeant trop ou pas assez –, le retrait ou le manque d'intérêts, l'irritabilité, des problèmes de concentration ou des idées de mort. Selon la littérature actuelle, les médicaments à la fluoxétine, un inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine, sont approuvés pour le traitement de la dépression profonde chez un enfant.

Mutisme sélectif (MS)

Autrefois connu sous le terme «**mutisme électif**», le mutisme sélectif est défini comme une incapacité persistante à parler dans certaines situations sociales, alors même que l'enfant est capable de parler dans d'autres situations. (APA, 2000). Les enfants souffrant de MS maîtrisent la parole et le langage, mais ils sont incapables de parler dans certaines situations où ils sont appelés à s'exprimer. La perturbation compromet la réussite scolaire et/ou professionnelle et la communication sociale (APA, 2000). Ils peuvent être extrêmement renfermés et certains sont incapables de participer à des activités de groupe à cause de leur anxiété extrême. Pour certains de ces enfants, une immigration récente est un facteur de stress supplémentaire.

Trouble du traitement sensoriel

Le **trouble du traitement sensoriel (TTS)** est un problème neurologique qui empêche de traiter correctement l'information obtenue par les cinq sens, soit la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût, en plus des sens du mouvement et du positionnement (Kutscher, 2006). Chez les enfants souffrant du TTS, l'information sensorielle est perçue, mais elle est anormalement interprétée (Kutscher, 2006). Cet état peut être lié, entre autres, aux troubles du spectre autistique, au trouble déficitaire de l'attention, au syndrome de Gilles de La Tourette et à des retards de langage (Kutscher, 2006). On emploie le terme général « dysfonction du traitement de l'information sensorielle » pour englober les trois différents types de troubles du traitement sensoriel : le trouble de modulation de l'information sensorielle, le trouble de discrimination sensorielle et le trouble moteur d'origine sensorielle.

Chaque enfant affichera des symptômes différents selon le type de dysfonction. Un enfant sera hypersensible au toucher et aux mouvements, tandis qu'un autre sera hyposensible aux mêmes gestes. Il peut ne pas être conscient des contacts ou ne pas comprendre que son toucher est trop agressif et douloureux pour les autres. (Kutscher, 2006).

Syndrome de La Tourette

Il s'agit d'un état neuropsychiatrique héréditaire débutant dans l'enfance (Kutscher, 2006). Il se caractérise par la présence de multiples tics moteurs (Kutscher, 2006; APA, 2000). Ces tics sont intermittents et se produisent surtout durant la journée (Kutscher, 2006). Les tics les plus fréquents sont le clignement des yeux, la toux, le raclement de la gorge, le reniflement et les mouvements faciaux.

La gravité des tics diminue chez la plupart des enfants lorsqu'ils entrent dans l'adolescence. Dans la majorité des cas, les médicaments ne sont pas nécessaires, mais il existe des médicaments et des thérapies qui peuvent soulager lorsque leur recours est justifié et que le trouble se manifeste sous une forme grave durant la petite enfance. La psychopédagogie joue un rôle important dans le traitement.

ANNEXE C - Exemples de contrats de comportement

Contrat de comportement, exemple n° 1

Cette entente a été conclue le 8 septembre 2xxx, entre _____
membre du personnel de suivi de l'HGJ, et _____
accepte d'observer les comportements ci-dessous. Le non respect de cette entente entraînera
des conséquences. Les conséquences citées constituent un minimum; elles pourraient être
plus sévères si l'inconduite persiste ou si _____
n'accepte pas ses conséquences.

- 1) Je **respecterai** les personnes et les biens qui m'entourent.
 - 2) J'**écouterai** les personnes d'autorité.
 - 3) Je **suivrai** les règles de base dans la classe.
 - 4) Je **ferai** les travaux que mes enseignants m'assigneront.
 - 5) Je ne me **comporterai** pas d'une façon agressive, violente ou menaçante, que ce soit
verbalement ou physiquement.
 - 6) J'accepte de **participer** aux activités parascolaires.
- .

Conséquences :

Si _____ n'observe pas les comportements susmentionnés, elle perdra tous
ses priviléges de divertissement à la maison (ex. : Internet, télévision, MP3, jeux vidéo, etc.).

Si les cheveux de _____ demeurent une distraction pour elle, ils seront
ramenés à une longueur convenable.

Si _____ respecte tous les comportements attendus pendant une
semaine complète, son père la récompensera en lui remettant la prime de son choix à la fin de
la semaine.

Les personnes suivantes respecteront l'entente ci-dessus.

X

Enfant

X

Parent

X

Équipe de transition

Cette entente a été conclue le 12 janvier 2xxx, par et entre _____ et _____ subira les conséquences suivantes s'il adopte l'un ou l'autre des comportements ci-dessous. Les conséquences citées constituent un minimum; elles pourraient être plus sévères si l'inconduite persiste ou si _____ n'accepte pas ses conséquences.

1) Violence: Frapper avec les poings ou les pieds, pousser, tout acte d'agression

- Tu iras dans ta chambre sur-le-champ.
- Tu resteras dans ta chambre pendant au moins 3 jours.
- Tu perdras tous les priviléges (télé, ordinateur, musique) pendant 3 jours.

2) Aggression verbale: Crier, argumenter, insulter ou menacer.

- Tu iras dans ta chambre sur-le-champ, jusqu'à ce que maman te permette de sortir.
- Tu perdras tous les priviléges (télé, ordinateur, musique) pendant au moins 2 jours.

3) Grossièreté: Utiliser un langage inapproprié (selon la définition de maman).

- Tu iras dans ta chambre sur-le-champ, jusqu'à ce que maman te permette de sortir.
- Tu perdras tous les priviléges (télé, ordinateur, musique) pendant au moins 1 jour.

4) Manquer de respect envers maman: ne pas suivre les instructions, rouspéter

- Tu iras dans ta chambre sur-le-champ, jusqu'à ce que maman te permette de sortir.
- Tu perdras tous les priviléges (télé, ordinateur, musique) pendant au moins 2 jours.

5) Malhonnêteté: dire un mensonge, ne pas dire toute la vérité.

- Tu iras dans ta chambre sur-le-champ, jusqu'à ce que maman te permette de sortir.
- Tu perdras tous les priviléges (télé, ordinateur, musique) pendant au moins 1 jour.

6) Voler: prendre sans permission tout objet qui ne t'appartient pas

- Tu iras dans ta chambre sur-le-champ, jusqu'à ce que maman te permette de sortir.
- Tu perdras tous les priviléges (télé, ordinateur, musique) pendant au moins 2 jours.

Les personnes suivantes respecteront l'entente ci-dessus.

X

Enfant

X

Parent

X

Équipe de transition

**Contrat de comportement,
exemple n° 3**

Je, _____, comprends que je ne dois pas être impoli ni irrespectueux envers les adultes ou les élèves de l'école _____

Il n'y aura aucune tolérance pour les comportements qui insultent ou dénigrent un adulte ou un autre élève.

Si je ne peux pas contrôler mon manque de respect ou mon impolitesse envers les autres, je serai renvoyé de l'école _____ pour la journée.

Je peux obtenir une coche pour bonne conduite (pas d'impolitesse, de manque de respect, ou d'intimidation).

Jusqu'à ce que je sois en mesure de me comporter de façon respectueuse, je ne participerai pas au dîner, à la récréation, aux classes d'éducation physique ou aux cours d'ERC avec ma classe.

Si je réussis à adopter des comportements respectables pendant une semaine complète, j'aurai d'abord le droit de participer au dîner avec les élèves de la maternelle. Si mon attitude positive se maintient, j'aurai la permission de participer aux classes d'éducation physique, suivies de celles d'ERC. Et enfin, lorsque j'aurai réussi à avoir des rapports positifs avec mes enseignants et les autres élèves, je pourrai participer au dîner et à la récréation dans la cour. À ce moment-là, ma capacité de participer aux excursions scolaires sera réévaluée.

X

Enfant

X

Directeur(trice)d'école

X

Mère

Barème des récompenses

- Dîner avec les élèves de la maternelle
- Réintégration des classes d'éducation physique
- Réintégration des classes d'ERC
- Réintégration d'une récréation
- Réintégration de deux récréations
- Réintégration du dîner avec la classe de 6e année

X

Enseignant(e)

ANNEXE D - Guide des ressources en ligne

1 . Série de liens menant vers des ressources en ligne utiles réunies par l'Institut de psychiatrie communautaire et familiale de l'Hôpital général juif.

<http://jgh.ca/en/icfp-library-child-psychiatry-links-for-parents>

2 . Site du *Offord Centre for Child Studies*

<http://www.offordcentre.com>

3 . Association canadienne pour la santé mentale

<http://www.cmha.ca/fr/>

4 . Espace montréalais d'information sur la santé

<http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca>

ANNEXE E - Étude de cas

Un garçon de six ans montrait des signes d'agressivité, de défiance et, peut-être, de TDAH. Ses parents étaient en proie à un divorce conflictuel. L'école était mécontente du comportement de l'enfant et estimait que les parents n'appuyaient pas ses efforts pour l'aider. Pour leur part, les parents croyaient que l'école était trop exigeante et qu'elle ne traitait pas leur fils de façon équitable ou appropriée. L'enfant a été inscrit au programme d'Hôpital de jour de l'Hôpital général juif (HGJ) de Montréal.

L'école a géré avec réticence le comportement de l'enfant à l'école pendant sa participation au programme de l'HGJ. Après que l'enfant a terminé ce programme, l'équipe de soins de transition a facilité sa réintégration et celle de sa famille à l'école. Elle a aidé à rétablir une relation entre la famille et le personnel de l'école, tant les enseignants que l'administration. À cette fin, une réunion de toutes les parties, y compris le personnel de l'HGJ, a été convoquée; des plans bien définis ont été élaborés pour l'école et la famille. On a demandé aux deux parents d'assister à la réunion et de collaborer pour le bien-être de leur enfant. La réunion initiale a été importante, car elle a permis aux administrateurs de l'école, aux enseignants et à la famille de sentir que leurs soucis étaient reconnus et validés.

Une fois que l'école et la famille ont senti qu'ils pouvaient travailler ensemble pour favoriser la réussite de l'enfant, l'équipe de soins de transition a été en mesure d'observer le comportement de l'enfant et de recommander des interventions, dont la gestion de son comportement dans la classe et des mesures pour favoriser des relations positives avec ses pairs.

Dans ce cas, il n'y avait pas suffisamment de communications et de constance entre les parents, et entre les parents et l'école, si bien que l'enfant recevait des messages divergents de l'école et de la maison et que l'école ne se sentait pas appuyée par la famille. Un livret de communications a été créé pour permettre

à l'école de faire rapport des situations positives et négatives qui étaient survenues pendant la journée et d'expliquer les devoirs. On a demandé aux parents de le renvoyer à l'école en y inscrivant des renseignements pertinents et des réponses aux commentaires du jour précédent.

D'autres stratégies de gestion du comportement incluaient la modification et l'étayage dans le but d'aider l'élève à mieux se concentrer et à réduire sa frustration concernant l'école. L'équipe de transition a offert des suggestions quant à l'emplacement de son pupitre et aux camarades susceptibles de l'aider à s'épanouir s'ils étaient placés près de lui.

Des lignes directrices ont été établies avec l'élève concernant les comportements attendus. Elles ont été communiquées aux parents et appliquées de façon uniforme par tous les enseignants et le personnel de soutien. Elles ont aussi fait l'objet d'un contrat de comportement. De même, des récompenses claires et constantes ont été établies avec l'élève, communiquées aux parents et appliquées par les enseignants et le personnel de soutien. Ces récompenses étaient réexaminées toutes les deux semaines pour s'assurer qu'elles motivaient l'élève à réussir.

On a surveillé de près les interactions avec les pairs pour éviter les incidents déclencheurs du comportement agressif, surtout à l'extérieur de la classe principale (gymnase, classe d'art, bibliothèque, cafétéria). On a attribué à l'élève un endroit calme dans la classe ou le corridor où il pouvait se retirer s'il se sentait accablé ou si l'enseignant entrevoyait des signes de problèmes. On a encouragé l'élève à employer des techniques de respiration profonde et de relaxation pour éviter les épisodes d'agression et l'aider à réguler ses émotions.

L'élève sentait aussi qu'il pouvait exprimer ses sentiments honnêtement à son enseignant. Malgré les problèmes de l'élève, l'enseignant a pu apprendre

dans quelle mesure il pouvait pousser l'élève sans lui causer trop de stress ou de peur. Lorsque des crises survenaient, l'élève comprenait les conséquences, mais n'était pas durement réprimandé. Le membre de l'équipe de transition a pu établir un rapprochement avec l'élève et l'a encouragé à se souvenir de ses enseignants et de son expérience à l'HGJ et à essayer de maintenir les progrès réalisés pendant le programme.

L'intervenant de l'équipe de transition a pu fournir soutien émotionnel et des informations au personnel de l'école. En encourageant l'enseignant à faire appel aux stratégies qui avaient donné de bons résultats, en l'aidant à mettre au point les contrats de comportement, et en écoutant les difficultés éprouvées pendant la semaine, l'intervenant de l'équipe de transition lui a fait sentir qu'il était appuyé. Après que l'école a encouragé et modélisé l'uniformité et des communications positives, avec l'appui de l'équipe de transition, les parents ont commencé à voir une amélioration dans le comportement de l'enfant à l'école et déployé des efforts pour lui offrir cette stabilité à la maison.

ANNEXE F - Références

Alberta Health Services (2011). *Mental health in the primary care setting: Addressing the concerns of children and youth. A Desk Reference* (2nd ed.). Southern Alberta: Author.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (DSM-5). Arlington, VA: Author.

Barkley, R (1997). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. New York: The Guilford Press.

Bierman, K. (2004). *Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies*. New York: Guilford.

Blair, C., & Razza, R. P. (2007). Relating effortful control, executive function and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child Development*, 78(2), 647-663.

Brisch, K. H. (2002). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York: Guilford.

Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45.

Castellanos-Ryan, N., Séguin, J. R., Vitaro, F., Parent, S., & Tremblay, R. (2013). Impact of 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance abuse in adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 203, 188-195.

Christenson, S., & Sheridan, S. (2001). *School and families: Creating essential connections for learning*. New York: Guilford.

Colvin, G. (2005). *Managing the cycle of acting-out behavior in the classroom*. Katonah, NY: Richard C. Owen.

Dreikurs, R. (1947). The four goals of the maladjusted child. *The Nervous Child: Quarterly Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child*, 6, 321-328.

Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115-152.

Greene, R. W. (2008). *Lost at school*. New York: Scribner.

Greene, R. W. (2010). *The explosive child*. New York: HarperCollins.

Karapetian, A. M., & Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional Psychology: Research & Practice*, 36(3), 238-245.

Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive and anti-social behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.

Kutscher, M. L. (2006). *Kids in the syndrome mix of ADHD, LD, Asperger's, Tourette's, Bipolar and More!* Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Ladd, G. W. (1990). Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom. Predictors of children's early school adjustment? *Child Development*, 61, 1081-1100.
Mrazek, P. B., & Haggerty, R. J. (Eds.) (1994) *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Nelson, J., Lott, L., & Glenn, S. (2000). *Positive discipline A-Z: 1001 solutions to everyday parenting problems*. New York: Three Rivers Press.

Scott, S. (2010). National dissemination of effective parenting programmes to improve child outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 19, 1-3.

Smolders, M., Laurant, M., Roberge, P., van Balkom, A., van Rijswijk, E., Bower, P., & Grol, R. (2008). Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(5), 277-293.

Sterba, M., & Dowd, T. (1998). *Treating youth with DSM-IV disorders*. Boys Town, Nebraska: Boys Town Press.

Tolan, P., & Dodge, K. (2005). Children's mental health as a primary care and concern: A system for comprehensive support and service. *American Psychologist*, 60(6), 601-614.

Tolan, P., & Dodge, K. (2009). *Children's mental health as a primary care and concern: A system for comprehensive support and service*. NIH Public Access: Author Manuscript.

Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Masse, L. C., Vitaro, F., & Phil, R. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 560-568.

Vance, J. E., Bowen, N. K., Fernandez, G., & Thompson, S. (2002). Risk and protective factors as predictors of outcome in adolescents with psychiatric disorder and aggression. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 136-144.

Whelan, Y. M., Stringaris, A., Maughan, B., & Barker, E. D. (2013). Developmental continuity of Oppositional Defiant Disorder subdimensions at ages 8, 10 and 13 years, and their distinct psychiatric outcomes at age 16 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(9), 961-969.

