



MEILLEURES PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE, DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DE CINQ TROUBLES MENTAUX COURANTS CHEZ LES JEUNES

Revue des revues
et exemples
de bonnes pratiques
au Québec

Janvier 2017

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'île-de-Montréal

Québec 

ÉQUIPE DU PROJET

Auteurs

Ionela L. Gheorghiu, M.Sc., coordonnatrice, UETMISM

Alain Lesage, MD, MPhil, conseiller médical et scientifique, UETMISM

Collaborateurs

Leila Ben Amor, MD, CHU Sainte-Justine

Patricia J. Conrod, PhD, Centre de recherche CHU Sainte-Justine

Marie-Claude Geoffroy, PhD, Centre de recherche de l'hôpital Douglas, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Janusz Kaczorowski, PhD, Centre de recherche CHUM

Johanne Renaud, MD, M.Sc., Centre de recherche de l'hôpital Douglas, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Helen-Maria-Vasiliadis, PhD, Université de Sherbrooke, Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne

Juan Hidalgo, MD, IUSMM, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Karen Medina, MD, IUSMM, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Carmen Moga, MD, Institute of Health Economics, Alberta

Nina N'Diaye Mombo, PhD, CHU Sainte-Justine

Coordonnateur scientifique

Alain Lesage, MD, MPhil

Spécialiste en information

Fannie Tremblay-Racine, Centre de recherche du CHUM

Révisseur externe

Alvine Fansi, MD, PhD, INESSS

Pour citer ce document

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé mentale, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Meilleures pratiques en matière de dépistage, de prévention et de traitement de cinq troubles mentaux courants chez les jeunes.

Revue des revues et exemples de bonnes pratiques au Québec.

Rédigé par Ionela L. Gheorghiu et Alain Lesage. janvier 2017.

Mention: The authors do not have any conflict of interest to declare.

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISBN: 978-2-550-781-03-5 (version imprimée)

ISBN: 978-2-550-781-04-2 (PDF)

© Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Tous droits réservés

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	7
INTRODUCTION	7
CONTEXTE	9
OBJECTIFS	9
MÉTHODOLOGIE	10
A. Revue des Revues	10
Sélection des Articles	10
Extraction des Données	10
Évaluation de la Qualité	10
Synthèse des Données	10
B. Exemples de Meilleures Pratiques au Québec	10
C. Rédaction des recommandations relatives à la recherche	11
RESULTATS	11
Troubles Anxio-Dépressifs	11
Revue de la Littérature	11
Exemples de Meilleures Pratiques au Québec	13
Recommandations Relatives aux Lacunes en Matières de Recherche	14
Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité	20
Revue de la Littérature	20
Exemples de Meilleures Pratiques au Québec	21
Recommandations Relatives aux Lacunes en Matières de Recherche	24
Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite	25
Revue de la Littérature	25
Exemples de Meilleures Pratiques au Québec	25
Recommandations Relatives aux Lacunes en Matières de Recherche	26
Abus de Substances	30
Revue de la Littérature	30
Exemples de Meilleures Pratiques au Québec	32
Recommandations Relatives aux Lacunes en Matières de Recherche	33
Suicide/Tentatives de Suicide	41
Revue de la Littérature	41
Exemples de Meilleures Pratiques au Québec	42
Recommandations Relatives aux Lacunes en Matières de Recherche	43
LIMITES	45
CONCLUSION	45
RECOMMANDATIONS LIÉES À LA RECHERCHE	47
ANNEXE — STRATÉGIE DE RECHERCHE	50
RÉFÉRENCES	53

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Diagramme de Flux PRISMA - Troubles Anxio-Dépressifs	15
Figure 2 - Diagramme de Flux PRISMA - Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité	22
Figure 3 - Diagramme de Flux PRISMA - Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite	27
Figure 4 - Diagramme de Flux PRISMA - Abus de Substances	34
Figure 5 - Diagramme de Flux PRISMA - Suicide/Tentatives de Suicide	43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Prévalence Annuelle des Troubles Mentaux Courrant chez les Enfants et les Adolescents	7
Tableau 2 - Brèves Définitions des Troubles Mentaux Courrant chez les Enfants et les Adolescents	7
Tableau 3 - Garçons et Filles Présentant au Moins un Trouble Mental et Ayant Reçu un Services au Cours des 6 Derniers Mois au Québec	9
Tableau 4 - Principaux Constats - Troubles Anxio-Dépressifs	15
Tableau 5 - Résumé des Constats - Troubles Anxio-Dépressifs	16
Tableau 6 - Principaux Constats - Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité	22
Tableau 7 - Résumé des Constats - Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité	23
Tableau 8 - Principaux Constats - Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite	27
Tableau 9 - Résumé des Constats - Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite	28
Tableau 10 - Principaux Constats - Abus de Substances	33
Tableau 11 - Résumé des Constats - Abus de Substances	35
Tableau 12 - Principaux Constats - Suicide/Tentative de Suicide	43
Tableau 13 - Résumé des Constats - Suicide/Tentative de Suicide	44

SOMMAIRE

Inspirée d'une synthèse des connaissances sur la prévention du suicide chez les jeunes, réalisée récemment au Canada (1), cette revue des revues vise à présenter des données probantes liées aux interventions efficaces pour les cinq troubles mentaux les plus fréquents chez les enfants et les jeunes: i) troubles anxio-dépressifs; ii) trouble de déficit de l'attention et hyperactivité; iii) trouble oppositionnel et trouble de la conduite; iv) abus de substances; v) tentatives de suicide. Ce projet, complété par des exemples de bonnes pratiques en matière d'interventions en santé mentale auprès des jeunes au Québec, est destiné à soutenir la planification des services dans le cadre du programme jeunesse du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et, potentiellement, d'autres CIUSSS au Québec.

La stratégie de recherche utilisée a permis de trouver des revues portant sur les cinq troubles mentaux à l'étude. À une seule exception près, aucune revue appuyant le dépistage et la détection précoces des cinq troubles n'a été relevée. Toutefois, davantage de revues portant sur la prévention des troubles anxio-dépressifs et de l'abus de substances ont été trouvées dans la littérature, et une distinction claire a été faite entre les interventions universelles, ciblées et indiquées. En général, les interventions de prévention ciblées et indiquées se sont révélées efficaces dans les cas de troubles anxio-dépressifs et d'abus de substances, et les stratégies universelles de prévention ont semblé réduire le nombre de tentatives de suicide et les idées suicidaires (1).

Des traitements efficaces ont été trouvés pour les cinq troubles mentaux courants faisant l'objet de la revue. Ils ont été regroupés en deux catégories, les traitements non pharmacologiques et pharmacologiques. En général, les psychothérapies étaient fréquemment utilisées dans le traitement de l'abus de substances et des troubles anxio-dépressifs; l'acquisition des habiletés parentales constituait la stratégie privilégiée dans le traitement des troubles oppositionnels, alors qu'on avait surtout recours à la pharmacothérapie pour traiter le trouble de déficit de l'attention et hyperactivité. Les données probantes étaient limitées dans les cas de tentative de suicide.

Les exemples des meilleures pratiques en matière de santé mentale des jeunes au Québec reposaient sur l'expérience personnelle de recherche des investigateurs qui participaient au projet. Ces exemples ont permis de relever des interventions, notamment un instrument de dépistage des troubles anxio-dépressifs et un modèle de prise en charge du trouble de déficit de l'attention et hyperactivité élaboré par un groupe de médecine familiale, ou des pratiques, telles qu'un programme de formation en matière d'habiletés parentales pour la prise en charge des troubles oppositionnels et de la conduite mené par des CLSC ainsi que des programmes scolaires de détection et de traitement de l'abus de substances et des programmes de prévention des tentatives de suicide. Enfin, le projet a mis au jour plusieurs lacunes sur le plan de la recherche, permettant ainsi de formuler des recommandations relatives à la recherche.

INTRODUCTION

Au Québec comme au Canada, une personne sur cinq sera atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie (2). Plus de 50% des troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 14 ans, et 70%, avant l'âge de 22 ans (3). Le tableau suivant présente la prévalence de ces affections chez les enfants et les adolescents, selon des enquêtes canadiennes et internationales (4).

TABLEAU 1 – Prévalence annuelle des troubles mentaux courants chez les enfants et les adolescents (4)

Troubles	Âge (ans)	Prévalence	Intervalle de Confiance à 95 %
Tout Trouble Anxieux [TA]	5 à 17	6,4%	4,2% - 9,2%
Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité [TDAH]	4 à 17	4,8%	2,7% - 7,3%
Trouble Oppositionnel avec Provocation [TOP] ou de la Conduite [TC]	4 à 17	4,2%	2,4% - 6,5%
Tout Trouble Dépressif [de l'humeur] [TDM]	5 à 17	3,5%	1,0% - 7,1%
Abus de Substance [AS]	9 à 17	0,8%	0,5% - 1,3%
Tout Trouble	4 à 17	14,3%	11,4% - 17,6%

Le prochain tableau présente de brèves définitions des cinq troubles mentaux les plus fréquents chez les enfants et les adolescents.

TABLEAU 2 – Brèves définitions des troubles mentaux courants chez les enfants et les adolescents

Troubles Anxio-Dépressifs	L'anxiété se caractérise par la présence d'inquiétude et de tension exagérées face aux situations de la vie quotidienne. Les principaux symptômes sont: nervosité, irritabilité, et difficulté à se concentrer et à dormir. Les patients s'attendent souvent au pire, même lorsqu'il n'y a aucune raison de s'inquiéter ¹ . La dépression est définie comme la présence de découragement, de tristesse, de désespoir, de non-motivation ou de désintérêt envers la vie en général. Lorsque ces émotions sont présentes pendant plus de deux semaines et nuisent aux activités quotidiennes, telles que passer du temps en famille ou entre amis, manger, dormir, aller à l'école ou étudier, et aux soins personnels, on considère qu'il s'agit d'un trouble dépressif majeur ^{2,3} .
----------------------------------	--

1 - Anxiety and Depression Association of America (ADAA). Generalized Anxiety Disorder (GAD). Consulté en septembre 2015; Accessible à l'adresse: www.adaa.org/generalized-anxiety-disorder-gad

2 - Anxiety and Depression Association of America (ADAA). Depression. Consulté en septembre 2015; Accessible à l'adresse: www.adaa.org/understanding-anxiety/depression

3 - National Institute of Mental Health (NIMH). Depression. Consulté en septembre 2015; Accessible à l'adresse: www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depression-booklet_34625.pdf.

Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité	Cette affection apparaît à un très jeune âge, au cours des années préscolaires ou au début de la scolarité. Les enfants qui en sont atteints ont de la difficulté à se concentrer et à maîtriser leur comportement. La seconde enquête épidémiologique australienne de 2015 signale que 7% des enfants présentent un TDAH, dont les principales caractéristiques sont l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Lorsque ces symptômes nuisent au rendement scolaire ou aux relations sociales, ou que le comportement à la maison est difficile à gérer, on doit soupçonner un diagnostic de TDAH. Selon le DSM-IV, il existe trois sous-types de TDAH: dans le premier, l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent, dans le deuxième, l'inattention est la principale caractéristique, et le dernier est de type mixte.
Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite	Il se caractérise par la présence de signes d'hostilité et de conduite provocatrice pendant au moins six mois. Il peut apparaître à un jeune âge, même au cours des années préscolaires ⁴ . Au fil des ans, lorsque ce trouble n'est pas traité, il peut mener à un trouble de la conduite grave. Les principaux signes de ce trouble sont la colère fréquente, l'irritabilité, la contestation constante et le défi des figures d'autorité ⁵ .
Abus de Substances	Ce trouble est lié à la consommation de drogues illégales, d'alcool ou de médicaments. Il consiste en l'incapacité à maîtriser la consommation de la substance, malgré les effets nuisibles qu'elle pourrait entraîner pour l'organisme. Il est associé à des conséquences à long terme qui pourraient affecter de nombreux aspects de la vie, dont la santé physique et mentale, les relations et l'éducation, et même mener à des problèmes avec la justice. La plupart du temps, l'usage de substances commence de façon expérimentale, dans des situations sociales ⁶ . Chaque drogue présente un différent risque de toxicomanie et de dépendance. Au fil du temps, le sujet a besoin de doses de plus en plus fortes et de plus en plus fréquentes, ce qui, dans certains cas, peut entraîner des surdoses et le décès.
Tentative de Suicide	Réaction pathologique à des situations stressantes, où la personne tente de s'enlever la vie et considère la mort comme la seule façon d'échapper à la réalité. La tentative de suicide est souvent associée à la dépression, à l'abus de substances et à d'autres troubles mentaux. Au Québec, en 2008, les taux de suicide chez les adolescents de 15 à 19 ans s'élevaient à 11,4 et 4,9 par 100 000 personnes, pour les garçons et les filles, respectivement ⁶ .

Chez les enfants et les adolescents, les troubles mentaux fréquents et graves diffèrent en fonction du sexe et de l'âge moyen au début de la maladie. Généralement, la psychose peut se manifester à partir de l'âge de 15 ans (5), mais on constate un début plus précoce dans les cas d'autisme et de troubles du spectre autistique, soit vers 2 ou 3 ans (6). À la fin de l'adolescence, ces troubles graves ont une prévalence à vie de 1%. Les troubles de l'humeur et l'abus de substances apparaissent vers l'âge de 13 et 15 ans, le trouble de déficit de l'attention et hyperactivité et les troubles anxieux, respectivement, entre 6 et 11 ans, et les troubles de la conduite commencent fréquemment vers l'âge de 11 ans. À l'exception

4 - Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Boterhoven De Haan K, Sawyer M, Ainley J, Zubrick SR (2015) The Mental Health of Children and Adolescents. Report on second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Department of Health, Canberra.

5 - Mayo Clinic. Diseases and Conditions. Consulté en septembre 2015; Accessible à l'adresse: www.mayoclinic.org/diseases-conditions

6 - Renaud J, Lesage A, St-Laurent D, et al. Suicide. In: Lalonde P, Pinard GF, editors. Psychiatrie clinique. Approche bio-psycho-sociale, 4^e édition. Montréal, Québec: Chenelière Éducation; 2016. p. 1118-37.

des troubles anxio-dépressifs, la plupart de ces affections sont plus fréquentes chez les garçons, y compris les retards du développement courants, comme la dyslexie et le retard dans l'acquisition du langage.

À l'adolescence, la prévalence de ces troubles mentaux est plus élevée que celles d'autres maladies chroniques courantes, telles que l'asthme et le diabète. En outre, les troubles mentaux sont plus fréquents dans les régions défavorisées et sont associés à une plus grande utilisation des services de santé et à des coûts sociaux plus élevés (7). En Grande-Bretagne, le suivi des enfants jusqu'à l'âge adulte a démontré que les coûts sociaux chez les jeunes présentant un trouble de la conduite étaient 10 fois plus élevés que chez ceux ne présentant pas ce problème (8). Les coûts les plus importants étaient liés à la justice, à l'éducation, aux services d'hébergement et aux prestations sociales.

Bien que les enfants, les adolescents et les jeunes adultes soient davantage susceptibles de présenter un trouble mental, leur accès aux services est limité. Au Canada, seulement deux enquêtes ont été réalisées à ce sujet auprès des enfants et des adolescents jusqu'à présent, l'une en Ontario dans les années 1980, et l'autre au Québec dans les années 1990 (4,9). Dans le cadre de ces enquêtes, on a eu recours à des instruments standardisés pour détecter la présence de troubles mentaux chez les jeunes et évaluer l'accès aux services.

La prévalence des troubles mentaux chez les jeunes Québécois était semblable à celle présentée au tableau 1 plus haut. Les résultats relatifs à l'accès aux services offerts au Québec, à leur utilisation et à la satisfaction à leur égard étaient disponibles pour les enfants de 6 à 11 ans et les adolescents de 12 à 14 ans (9). Les enfants et les adolescents recevaient des services en santé mentale de professionnels en milieu scolaire, des services de santé et des services sociaux financés par l'État et du secteur privé.

En milieu scolaire, l'enfant ou l'adolescent était davantage susceptible de rencontrer un éducateur spécialisé (18 et 21 % pour chaque groupe d'âge), un psychologue ou un travailleur social (7 et 13 % pour chaque groupe d'âge) ou un orthophoniste (6 % pour les deux groupes d'âge). Le degré de satisfaction des parents était très élevé pour ce qui est des orthophonistes (94 %) et des éducateurs spécialisés (88 %), mais il était inférieur pour les psychologues et les travailleurs sociaux (81 %). Un enfant ou un adolescent pouvait avoir consulté plus d'un professionnel.

À l'extérieur de l'école, les enfants et les adolescents qui consultaient pour des motifs liés à la santé mentale étaient surtout pris en charge par des pédiatres et des omnipraticiens (4 et 5 %), des psychologues (5 et 6 %), des éducateurs spécialisés, des psychoéducateurs ou des ergothérapeutes (3 et 4 %), des travailleurs sociaux (2 et 4 %) ou des psychiatres (1,3 %). Tout comme en milieu scolaire, un enfant ou un adolescent pouvait avoir consulté plus d'un professionnel. Le niveau de satisfaction était très élevé à l'égard des médecins de famille, des pédiatres, des éducateurs spécialisés, des psychoéducateurs et des ergothérapeutes (92 à 95 %) et très bon en ce qui concerne les psychologues (85 %) et les travailleurs sociaux (82 %), mais problématique pour ce qui est des psychiatres (60 % chez les 6 à 11 ans et 75 % chez les 12 à 14 ans).

Au Québec, les professionnels à l'extérieur du milieu scolaire travaillaient dans différents cadres. En sachant qu'un enfant ou un adolescent pouvait avoir consulté dans plus d'un milieu, le taux de satisfaction concordait avec les résultats précédents. Dans les deux groupes d'âge, l'utilisation des services a été faite plus souvent dans les milieux suivants : clinique privée (5,8 %; satisfaction : 92 %); CLSC⁷ (3,3 %; satisfaction : 85 %); salle d'urgence (2,8 %; satisfaction : 84 %); clinique médicale de consultation externe (2,6 %; satisfaction : 85 %); centres de services sociaux (2,6 %; satisfaction : 85 %); clinique de consultation externe spécialisée en psychiatrie (2,3 %; satisfaction : 75 %).

Si l'on effectue une tabulation croisée des enfants et des adolescents qui avaient présenté un trouble mental au cours des six mois précédents et avaient rencontré au moins un professionnel en milieu scolaire, ou encore dans un établissement du secteur public ou du secteur privé, un indicateur de besoins non comblés apparaît. Le tableau 3 résume les besoins non comblés et montre qu'au cours des six mois précédents, entre 19 et 39 % des enfants et des adolescents présentant un trouble mental avaient reçu des services en santé mentale à l'école ou ailleurs qu'à l'école.

TABLEAU 3 – Garçons et filles présentant au moins un trouble mental et ayant reçu un service au cours des 6 derniers mois au Québec (9)

Trouble identifié par	Garçons [%]	Filles [%]	Garçon & filles [%]
6 à 11 ans			
Le parent	43,7	24,6	34,7
Le professeur	43,0	27,6	38,9
12 à 14 ans			
L'adolescent	27,7	14,9	19,1
Le parent	25,9	30,4	28,4

L'enquête québécoise n'a pas fourni d'information au sujet des interventions thérapeutiques fournies, bien que des traitements efficaces existent pour tous les troubles mentaux courants chez les enfants et les adolescents. Aux États-Unis, au début des années 2000, on estimait qu'un délai moyen de 8 à 10 ans s'écoulait entre l'apparition des symptômes et une forme d'intervention (3). Les troubles mentaux non identifiés et non traités sont associés à un taux d'abandon scolaire plus élevé que dans tout autre groupe d'enfants et d'adolescents présentant une incapacité (7). Le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans, et des troubles mentaux sont présents dans 90 % des cas. Il existe des lacunes dans le repérage des troubles mentaux à l'école et en soins primaires et la coordination avec les services spécialisés (10).

CONTEXTE

En novembre 2015, le Comité d'orientation de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé mentale (UETMISM) de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) a commandé une revue des revues sur les

7 - Centre local de services communautaires.

interventions efficaces en matière de détection, de prévention et de traitement de cinq troubles mentaux courants chez les enfants et les adolescents : i) troubles anxio-dépressifs; ii) trouble de déficit de l'attention et hyperactivité; iii) trouble oppositionnel avec provocation ou de la conduite; iv) abus de substances; v) tentatives de suicide. Le projet visait à éclairer la planification des services dans le cadre du programme jeunesse du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, dont l'IUSMM fait partie.

Ce projet ambitieux a été élaboré sur les bases d'une analyse du milieu d'une durée de six mois, visant à examiner les meilleures pratiques en matière de santé mentale chez les jeunes, mais qui a été abandonnée en cours de route. L'analyse avait été commandée par le Fonds de recherche du Québec – Santé, la Fondation Graham Boeckh et le ministère de la Santé et des Services sociaux à un groupe de chercheurs dirigé par le D^r Alain Lesage. Le projet n'a pas atteint les objectifs globaux de mi-parcours d'une analyse internationale des meilleures pratiques visant à appuyer la création d'un réseau de recherche en santé mentale des jeunes, et le financement a été interrompu. Cependant, les chercheurs désiraient poursuivre la revue des revues tout en la complétant par des exemples des meilleures pratiques au Québec. Ils ont pu conserver le travail accompli jusque là, et le mandat qui leur a été confié par l'IUSMM leur a permis d'achever l'analyse en la transformant en projet d'évaluation des technologies en santé (ÉTS).

OBJECTIFS

La planification rationnelle des services en vue d'atteindre un plus grand nombre d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes nécessite des connaissances sur la détection, la prévention et les options thérapeutiques efficaces. On doit aussi connaître le nombre de personnes ayant besoin des services et la façon dont ceux-ci sont dispensés actuellement pour saisir l'amplitude des besoins non comblés sur le plan des services et des interventions. Afin d'étudier ces questions et de guider adéquatement le programme jeunesse du CIUSSS⁸ de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, le Comité d'orientation a demandé à l'UETMISM de relever et de résumer les données probantes relatives aux interventions efficaces pour les cinq troubles mentaux fréquents chez les jeunes. Pour valider encore davantage la planification des services à Montréal et dans les régions, il était pertinent de rédiger un résumé des bonnes pratiques en matière de santé mentale des jeunes au Québec.

Les objectifs spécifiques du projet étaient les suivants :

1. Quelles sont les interventions efficaces en matière de détection/dépistage, de prévention et de traitement des troubles mentaux suivants chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes?

- Troubles Anxio-Dépressifs (TAD);
- Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH);
- Trouble Oppositionnel avec Provocation (TOP) ou de la Conduite (TC)
- Abus de Substances (AS);
- Suicide/Tentative de Suicide (STS).

8 - CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

2. Au Québec, quelles sont les meilleures pratiques en matière de services de santé mentale offerts aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes?

Compte tenu des contraintes de temps et de budget, on a cherché à atteindre ces objectifs en effectuant une revue systématique des revues, complétée par des exemples de bonnes pratiques en matière d'interventions efficaces auprès des jeunes Québécois.

METHODOLOGIE

A. Revue des Revues Sélection des Articles

Une recherche documentaire a été menée dans six bases de données électroniques: PubMed (National Library of Medicine), MEDLINE (OVID), EBM Reviews (OVID), EMBASE (OVID), PsycINFO (OVID) et CINAHL Complete (EBSCO), en ayant recours à la stratégie de recherche présentée en annexe.

Pour être inclus dans la revue, les articles devaient répondre aux critères suivants:

- (a) Il s'agissait de méta-analyses ou de revues systématiques;
- (b) Ils étaient rédigés en anglais et/ou en français;
- (c) Ils avaient été publiés en 1980 ou à une date ultérieure;
- (d) Ils portaient sur des populations humaines âgées de 6 à 25 ans;
- (e) Les populations répondaient aux critères du CIM-10/DSM-IV pour les affections suivantes: troubles anxio-dépressifs, trouble de déficit de l'attention et hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation ou de la conduite, l'abus de substances et suicide/tentatives de suicide;
- (f) La gravité des troubles mentaux et du comportement rapportés était légère à modérée;
- (g) Ils devaient être axés sur la détection, la prévention ou le traitement;
- (h) Les zones géographiques couvertes étaient: Amérique du Nord, Europe (surtout le Royaume-Uni), Australie et Nouvelle-Zélande.

La recherche documentaire s'est concentrée essentiellement sur les données probantes provenant de ces pays, tout en prenant en considération la faisabilité et l'intégration potentielle des pratiques relevées au sein du système de santé québécois.

Les articles exclus étaient les suivants:

- (a) Il s'agissait d'autres types de publications que celles mentionnées précédemment (p. ex., rapports, éditoriaux, commentaires, sites Web);
- (b) La langue de rédaction était autre que l'anglais ou le français;
- (c) Ils portaient sur des populations ou des diagnostics spécifiques (p. ex., grossesse, personnes âgées, déficience intellectuelle);
- (d) La gravité des troubles mentaux ou du comportement était sévère;
- (e) Les zones géographiques couvertes étaient autres que celles mentionnées plus haut.

Extraction des Données

Toutes les références repérées dans les bases de données mentionnées précédemment ont d'abord été sélectionnées par leur titre, puis leur résumé a été consulté et, enfin, les articles choisis ont été lus intégralement. Les articles révisés par des pairs rapportant des revues d'au moins deux études contrôlées randomisées ont été examinés dans le cadre de la présente synthèse. Les articles ont été sélectionnés par deux investigateurs indépendants (un des chercheurs participant au projet et un assistant de recherche). Pour compléter la revue, les données ont été validées et des renseignements additionnels ont été extraits par la coordonnatrice de l'UETMISM. Les données ont été synthétisées sous forme de tableaux, et un résumé de l'information extraite est présenté à la fin de chaque section du projet:

1. Auteurs, année de publication, type d'étude (méta-analyse, revue systématique), et période couverte par l'étude;
2. Nombre d'études (N) et d'études cliniques randomisées incluses, et nombre total de sujets (n);
3. Score AMSTAR;
4. Population concernée et âge;
5. Type d'intervention;
6. Comparateur;
7. Issues;
8. Principaux résultats.

Évaluation de la Qualité

La qualité des études incluses a été jugée au moyen de l'outil d'évaluation AMSTAR, qui mesure la qualité méthodologique des revues systématiques (11). Deux investigateurs indépendants ont coté les études en utilisant la liste de contrôle AMSTAR et ont attribué à chaque article un score entre 0 et 11. Un article dont le score AMSTAR se situait entre 8 et 11 était considéré comme étant de grande qualité, un score entre 4 et 7 dénotait un article de qualité moyenne et un score entre 0 et 3 faisait référence à un article de faible qualité.

Synthèse des Données

On a privilégié la synthèse narrative pour présenter les résultats de la revue des revues et le résumé des exemples de meilleures pratiques en matière de santé mentale des jeunes au Québec.

B. Exemples de Meilleures Pratiques au Québec

Les chercheurs collaborant à ce projet, qui font partie d'un groupe dirigé par le Dr Alain Lesage, avaient d'abord été invités par le Fonds de recherche du Québec – Santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fondation Grahm Boeckh à effectuer une analyse des meilleures pratiques en santé mentale chez les jeunes. Grâce à leur expérience en recherche sur le terrain, les investigateurs ont également fourni des exemples d'interventions en santé mentale chez les jeunes québécois. Le Dr Ben Amor a synthétisé l'information relative aux meilleures pratiques liées au trouble oppositionnel avec provocation, au trouble de déficit de l'attention et hyperactivité et aux troubles anxio-dépressifs (ces deux derniers troubles, en collaboration avec le Dr Alain Lesage). Les renseignements concernant les meilleures pratiques en matière d'abus de substances chez les jeunes ont été fournis par la Dre Patricia Conrod, et les D^{res} Johanne Renaud et Marie-Claude Geoffroy ont contribué les informations sur le suicide et les tentatives de suicide.

C. Rédaction des Recommandations Relatives à la Recherche

Après délibérations, sept recommandations relatives à la recherche ont été rédigées par les chercheurs participant au projet, en fonction des résultats de la revue des revues. Par la suite, ces recommandations ont été présentées à des représentants des organismes suivants, dont les suggestions ont été prises en considération :

- Direction de la santé mentale et Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du ministère de la Santé et des Services sociaux⁹
- AMI-Québec¹⁰
- Programme International de Recherche-Action Participative (PIRAP)¹¹
- Fondation Graham Boeckh¹²
- Fonds de recherche du Québec – Santé¹³

La présentation des recommandations a eu lieu lors d'une réunion d'une demi-journée tenue en personne ou par téléconférence, précédée de la lecture d'une ébauche. Les chercheurs ont tenu des téléconférences mensuelles et ont eu des échanges de courriels hebdomadaires, lors desquels ils ont discuté des sept recommandations et sont parvenus à un accord à ce sujet.

RESULTATS

Trouble Anxio-Dépressifs

Introduction

Les troubles anxio-dépressifs (TAD) et les troubles de l'humeur sont les troubles les plus fréquents chez les enfants et les adolescents. La prévalence de l'anxiété s'élève à environ 6,5%. La prévalence des affections concomitantes, connues sous le nom de troubles de l'humeur, pourrait atteindre 3,5%. Ensemble, ces troubles pourraient toucher jusqu'à 10% des enfants et des adolescents (4).

Les troubles anxieux les plus courants sont le trouble anxieux généralisé, l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation. Ils peuvent se produire simultanément chez une même personne, et ils sont souvent connus sous le nom de troubles intériorisés. Le trouble anxieux généralisé se caractérise par une inquiétude excessive dans diverses situations. Chez les enfants et les adolescents, ces préoccupations concernent souvent la qualité du rendement scolaire ou de la performance sportive, la ponctualité ou les événements catastrophiques. L'anxiété sociale, également appelée phobie sociale, se caractérise par une anxiété marquée face à des situations sociales ou de performance, au cours desquelles le

9 - <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/organigramme/Visio-MSSS.pdf>

10 - AMI-Québec Action Mental Illness aide les familles à prendre en charge les effets de la maladie mentale en fournissant du soutien, de l'éducation, des conseils et des actions de promotion : <http://ami.quebec.org/you-are-not-alone/>

11 - www.pirap.org/

12 - www.grahamboeckhfoundation.org/fr/a-propos/

13 - www.frqs.gouv.qc.ca/

sujet a peur d'être exposé à des personnes non familières. Le plus souvent, l'anxiété sociale apparaît à l'adolescence. Les adolescents souffrant d'anxiété sociale peuvent avoir moins d'amis et de la difficulté à établir et à entretenir des relations, et/ou développer un abus de substances. Quant à l'anxiété de séparation, elle fait référence à une inquiétude excessive lorsque la personne s'éloigne de la maison ou de ses proches.

Revue de la Littérature

La recherche documentaire a permis de recenser 21 revues sur les interventions pour les TAD chez les enfants et les adolescents. Une seule revue portait sur le dépistage, neuf, sur la prévention et 11, sur le traitement des TAD (figure 1 – diagramme PRISMA) (12). À la fin de la section, le tableau 5 présente des détails sur ces revues et sur les études individuelles incluses.

Dépistage

Une méta-analyse de qualité moyenne sur le dépistage et les interventions psychologiques a été relevée (13). Elle est basée sur huit études contrôlées randomisées (ÉCR) menées auprès d'enfants et d'adolescents soumis à un dépistage de la dépression en milieu scolaire. Les sujets chez qui des symptômes de dépression ont été observés ont été traités par des interventions psychologiques. L'analyse a démontré qu'environ 30 enfants devaient être soumis au dépistage pour que l'on puisse identifier et traiter un cas de dépression.

Prévention

Les études de prévention peuvent être classées en catégories : universelles, ciblées ou sélectives et indiquées (14). Les interventions universelles visent la population entière, y compris les jeunes qui ne présentent aucun signe d'anxiété ou de dépression. Les interventions de prévention ciblées ou sélectives sont destinées à un sous-groupe d'une population considérée comme ayant un risque au-dessus de la moyenne. Les interventions préventives indiquées sont effectuées auprès des personnes ayant déjà certains symptômes de dépression ou d'anxiété, mais qui ne sont pas cliniquement apparents (14).

Sept méta-analyses, une de qualité moyenne (14) et six de grande qualité (15,16,17,18,19,20), ainsi que deux revues systématiques (21,22) ont présenté des études cliniques randomisées portant sur des programmes de prévention de l'anxiété et des troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents. Les méta-analyses menées par Horowitz *et al.* (14), Van Zoonen *et al.* (20) et Jane-Llopis *et al.* (16) portaient sur des programmes de prévention de la dépression universels, sélectifs et indiqués, et étaient basés respectivement sur 30 ÉCR (14), 32 ÉCR (dont 14 étaient axés spécifiquement sur des populations jeunes) (20) et 69 programmes (dont 16 étaient destinés aux enfants, et 9, aux adolescents) (16). Les interventions éducatives et/ou psychologiques pour prévenir les troubles dépressifs ont fait l'objet de méta-analyses réalisées par Hetrick *et al.* (15) (43 ÉCR) et Merry *et al.* (18) (16 ÉCR). Par ailleurs, Teubert *et al.* ont analysé 65 interventions de prévention de l'anxiété chez les enfants et les adolescents (19). Enfin, une méta-analyse de type Cochrane de 16 ÉCR visait à évaluer les effets de l'exercice dans la réduction ou la prévention de l'anxiété et de la dépression chez les enfants et les jeunes (17).

Selon les résultats de certaines méta-analyses, les interventions ciblées et indiquées étaient plus efficaces que les programmes universels. La méta-analyse axée sur les trois types de programmes de prévention de la dépression (14) a démontré qu'après l'intervention, les programmes universels étaient moins efficaces que les programmes sélectifs et les programmes indiqués (tendance non significative). De plus, les programmes de prévention sélectifs et indiqués étaient significativement plus efficaces que les interventions universelles au moment du suivi (au suivi de 6 mois en moyenne). En général, l'ampleur de l'effet de ces interventions préventives après l'intervention et au suivi de 6 mois était de faible à modérée. Une autre méta-analyse qui a examiné les programmes de prévention de l'anxiété (19) a permis de relever des effets modestes, mais significatifs, sur l'anxiété après l'intervention. En outre, l'ampleur de l'effet des programmes de prévention indiqués et sélectifs était plus grande que celle des interventions universelles.

Selon une méta-analyse menée récemment (15), les programmes de prévention reposant sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) semblent efficaces pour réduire le risque de trouble dépressif, surtout dans les populations ciblées d'enfants et d'adolescents. Cet effet a été remarqué après l'intervention ainsi qu'aux suivis de 3 à 9 mois et de 12 mois. Quatre études analysées dans cette revue ont évalué les interventions de psychothérapie interpersonnelle (PIP) seules ou en association avec des éléments de TCC. Les résultats démontrent que les interventions qui incluaient des éléments de PIP ont réduit le risque de troubles dépressifs au suivi de 3 à 9 mois, mais pas après l'intervention.

D'autres méta-analyses n'ont constaté aucune différence entre les trois types d'interventions. Une méta-analyse de type Cochrane (18) a démontré que les interventions de prévention de la dépression ciblées et universelles semblent prévenir l'apparition des troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents, comparativement à aucune intervention. Bien que les études incluses présentaient certaines limites méthodologiques, les résultats donnent à penser que l'effet est réel et non attribuable au placebo.

Van Zoonen *et al.* (20) ont signalé que « la prévention de la dépression semble possible et elle pourrait, en plus du traitement, constituer une façon efficace de retarder ou d'éviter l'apparition des troubles dépressifs ». Cette conclusion est fondée sur la méta-analyse d'études qui incluent des populations jeunes, comme les adolescents et les étudiants. Les auteurs n'ont noté aucune différence entre les types de prévention, c. à d. universelle, sélective ou indiquée, ni entre les types d'interventions, c. à d. TCC, PIP ou autre. De même, Jane-Llopis *et al.* (16) ont relevé une atténuation globale de 11 % des symptômes dépressifs produite par les programmes de prévention, mais n'ont pas noté de différence significative entre les interventions universelles, sélectives ou ciblées, ni entre les différents groupes d'âges analysés.

Enfin, une méta-analyse de type Cochrane a examiné les effets de l'exercice sur la réduction ou la prévention de l'anxiété et de la dépression chez les enfants et les jeunes (17). Les interventions reposant sur l'exercice incluaient la marche, la course, les exercices aérobiques et l'haltérophilie. En comparant l'activité

physique vigoureuse à aucune intervention dans une population générale, on a noté une tendance non significative des scores d'anxiété et une tendance significative des scores de dépression en faveur du groupe qui faisait de l'exercice. En comparant l'activité physique vigoureuse à l'activité physique de faible intensité ou aux interventions psychologique dans une population générale d'enfants, aucune différence statistiquement significative n'a été observée dans les scores de dépression et d'anxiété.

Dans les deux revues systématiques repérées (21,22), les auteurs sont arrivés à des conclusions similaires à celles des méta-analyses mentionnées précédemment. Par conséquent, la description de ces revues n'est pas effectuée dans la présente section, mais des détails apparaissent au tableau 5.

Traitements

1. Intervention non pharmacologiques¹⁴

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est un traitement psychologique pour un vaste éventail de troubles mentaux chez les jeunes, notamment l'anxiété (23). Dans le cadre du présent projet, cinq méta-analyses portant sur cette thérapie ont été trouvées. Parmi celles-ci, trois méta-analyses de grande qualité (24-26) se sont penchées spécifiquement sur la TCC par ordinateur à l'intention des enfants et des adolescents présentant des symptômes d'anxiété et de dépression, et étaient basées sur 4, 13 et 7 ÉCR, respectivement. Une méta-analyse de grande qualité (27) a analysé 20 ÉCR pour déterminer l'efficacité de la TCC transdiagnostique chez les enfants et les jeunes atteints de troubles anxieux. Enfin, Gearing *et al.* (23) ont évalué les effets de séances de rappel de TCC chez les enfants et les adolescents atteints de troubles de l'humeur et de troubles anxieux. Cette méta-analyse, de faible qualité, incluait 53 ÉCR.

Les interventions de TCC par ordinateur (TCCO) ont été adoptées pour accroître l'accès à ce type de traitements chez les patients pour qui la thérapie en personne est impossible. Les traitements par ordinateur consistent en des interventions de TCC limitées dans le temps, effectuées par Internet ou au moyen d'un logiciel, avec divers degrés de participation par un thérapeute (24). La méta-analyse réalisée par Adelman *et al.* (24) chez des enfants et des adolescents présentant des troubles anxieux a démontré l'efficacité de ces interventions par rapport au groupe témoin sur une liste d'attente. Toutefois, les bienfaits étaient significativement inférieurs à ceux observés chez des échantillons d'adultes. Une autre méta-analyse examinant l'efficacité de la TCCO dans le traitement des symptômes d'anxiété et de dépression chez les jeunes (25) a permis de constater que ce type d'intervention a exercé des effets d'ampleur modérée à marquée sur les symptômes, comparables à des interventions de TCC en personne. L'hétérogénéité des études incluses était faible, ce qui semble indiquer que les résultats sont robustes. Enfin, Ye *et al.* (26) ont démontré que les interventions par Internet, telles que la TCC, pouvaient atténuer les symptômes d'anxiété et augmenter les taux de rémission chez les enfants et les adolescents.

14 - Thérapies ne faisant pas appel aux médicaments, selon : <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Nonpharmacological>

La TCC transdiagnostique aborde les éléments communs à tous les troubles anxieux, notamment l'évitement, la cognition anxigène et, dans certains cas, l'anxiété parentale. Ewing *et al.* (27) ont montré que les enfants qui se voyaient offrir la TCC transdiagnostique étaient neuf fois plus susceptibles de se rétablir de leur anxiété que les enfants du groupe témoin. Lors de la répétition de l'analyse avec l'échantillon en intention de traiter, les enfants ayant bénéficié de la thérapie étaient quatre fois plus susceptibles de se rétablir de leur anxiété après l'intervention comparativement à ceux du groupe témoin. Par conséquent, la TCC transdiagnostique semble efficace pour réduire les symptômes d'anxiété chez les enfants et les jeunes.

Malgré l'efficacité des interventions de TCC, il a été démontré que jusqu'à 50 % des adolescents répondant à cette thérapie peuvent présenter une récurrence de 6 à 24 mois après le traitement (23). Parmi les traitements d'entretien pour les jeunes atteints de troubles dépressifs, l'emploi de séances de rappel après le traitement est considéré depuis des années comme étant une stratégie d'entretien fondamentale. Les résultats de la méta-analyse examinant les effets à long terme des interventions de TCC suivies de séances de rappel chez les enfants et les adolescents présentant des troubles de l'humeur et des troubles anxieux ont démontré que ces interventions étaient plus efficaces, et que les effets du traitement étaient plus durables, que les interventions de TCC sans séances de rappel (23).

2. Interventions pharmacologiques

Six méta-analyses de qualité moyenne (28) et de grande qualité (29-33) évaluant la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et des troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents ont été relevées. Trois revues ont analysé l'efficacité des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) à titre de classes de médicaments (30,31) et d'agents individuels (28) dans le traitement de l'anxiété. Elles étaient basées sur 22, 22 et 16 ÉCR, respectivement. Les trois autres méta-analyses se sont penchées spécifiquement sur les antidépresseurs et leur efficacité dans le traitement des symptômes dépressifs et dans la rémission de la dépression. Elles incluaient 3 (29), 9 (32) et 5 ÉCR (33), respectivement.

La majorité des études incluses dans les analyses menées par Walkup *et al.* (31) et Ipser *et al.* (30) ont évalué les effets des ISRS sur les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC). Ces analyses ont démontré que le traitement médicamenteux par les ISRS peut être plus efficace que le placebo pour réduire les symptômes d'anxiété et de TOC chez les enfants et les adolescents. Cependant, les effets indésirables liés aux médicaments étaient significativement plus fréquents lors du traitement par ISRS qu'avec le placebo.

Dans leur méta-analyse de type Cochrane, Ipser *et al.* (30) ont conclu qu'aucune donnée ne prouve qu'une catégorie d'ISRS est plus efficace ou mieux tolérée que l'autre, mais Utman *et al.* (28) ont noté des différences d'importance clinique entre ces agents. En comparant des ISRS à titre d'agents individuels, notamment la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine et la sertraline, et un IRSN, c. à d. la venlafaxine, l'un à l'autre et à un placebo, les auteurs ont souligné que la fluvoxamine présente l'équilibre le

plus favorable entre les bienfaits et l'acceptabilité. Ils ont conclu que la fluvoxamine pourrait constituer la meilleure option pour le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents.

Enfin, l'emploi des benzodiazépines n'est pas recommandé dans le traitement de l'anxiété chez les enfants et les adolescents, étant donné les préoccupations liées à la dépendance et aux effets indésirables survenus en cours de traitement (30,31).

Lorsque Williams *et al.* ont évalué l'efficacité des ISRS dans le traitement de la dépression comparativement à un placebo chez les enfants et les adolescents, ils ont noté des taux de réponse plus élevés et une réduction des symptômes dépressifs chez les sujets traités par les ISRS. Leur méta-analyse a révélé une faible augmentation du risque de suicidalité (c. à d. idées suicidaires, actes préparatoires) associée au traitement par les ISRS (32). Chez les jeunes patients présentant une consommation de substances en concomitance, les antidépresseurs de la classe des ISRS ont produit un modeste effet global de réduction de la dépression, sans améliorer les issues liées à la consommation de substances (33).

Une méta-analyse de type Cochrane réalisée récemment (29) a examiné l'efficacité des interventions précoces, notamment dans trois études sur les interventions pharmacologiques visant à prévenir les récurrences des troubles dépressifs chez les enfants et les adolescents. Les résultats ont démontré que comparativement au placebo, les antidépresseurs, notamment les ISRS, les IRSN, les antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline, les stabilisateurs de l'humeur et d'autres agents, ont prévenu l'épisode subséquent de dépression, tel que mesuré par les taux de récurrence et de récurrence. Des effets indésirables associés aux antidépresseurs, y compris des comportements relatifs au suicide, ont été signalés dans la plupart des études incluses dans cette méta-analyse.

Exemples de Meilleures Pratiques au Québec

Le logiciel **Dominique Interactif**¹⁵, un outil de dépistage informatisé qui repose sur le DSM, est conçu pour dépister les sept troubles mentaux les plus fréquents chez les enfants¹⁶ en utilisant différentes modalités (illustrations, texte et voix), pour illustrer les symptômes associés aux différentes affections (34-36). Cet instrument est offert en deux versions, l'une destinée aux enfants de 6 à 11 ans, et l'autre, aux adolescents de 12 à 16 ans. La version pour les adolescents peut aussi dépister la consommation de substances, les troubles de la personnalité et les idées suicidaires.

Le test encourage les enfants et les adolescents à s'identifier à Dominique, un personnage de bande dessinée représenté dans différentes situations de la vie quotidienne. On y voit des illustrations de Dominique à la maison, à l'école et avec des amis ou des membres de sa famille, dans des situations qui illustrent les signes et symptômes caractéristiques des sept troubles mentaux. Chaque mise en situation contient une question posée par écrit et

15 - Ce test a été élaboré au Québec en 1981 par le Dr Jean-Pierre Valla et l'équipe de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

16 - Trouble de déficit de l'attention et hyperactivité, trouble de la conduite, anxiété généralisée, anxiété de séparation, trouble oppositionnel avec provocation, phobie spécifique et trouble dépressif majeur.

lue à voix haute, demandant à l'enfant s'il a déjà pensé ou agi, ou s'il s'est déjà senti comme Dominique. L'enfant doit répondre OUI ou NON. Cette étape est répétée avec 91 illustrations présentées dans un ordre aléatoire pour éviter un effet de halo ou de biais dans les réponses. Le test prend 10 à 20 minutes à administrer et, à la fin, le logiciel donne des résultats reflétant une tendance diagnostique vers l'un des troubles mentionnés.

Depuis 25 ans, le logiciel Dominique Interactif a été évalué par de nombreuses études de validation et épidémiologiques menées au Canada et dans d'autres pays. Elles ont démontré sa validité, sa fiabilité et ses propriétés psychométriques, et ont montré son applicabilité comme outil de dépistage de plusieurs troubles mentaux chez les enfants et les jeunes. À titre d'exemple, il a été utilisé en 1993 dans le cadre de l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes, réalisée par Santé Québec (9). Cet outil convient à différentes situations, notamment en pratique clinique, pour le dépistage dans les écoles et pour la recherche évaluative et épidémiologique. Cependant, aucune étude de mise en œuvre évaluant la valeur de cet instrument pour améliorer la détection, le traitement et les résultats n'a encore été menée. Étant donné que l'outil Dominique Interactif ne donne que des tendances diagnostiques basées sur les dimensions de la maladie, un clinicien qualifié doit toujours interpréter les résultats avant l'établissement d'un diagnostic final et d'un plan de traitement.

Zak et Zoé est un projet de recherche en cours à la Clinique d'intervention pour les jeunes ayant des troubles anxieux¹⁷ de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, au Québec. Le projet, fondé sur la compréhension cognitive et comportementale de l'anxiété généralisée chez l'adulte, est une adaptation expérimentale du modèle adulte à l'intention des enfants de 8 à 12 ans. Le programme propose aux psychologues un outil de prise en charge de l'anxiété généralisée chez les enfants. L'intervention comporte environ 20 séances individuelles avec l'enfant et ses parents et fait appel à un livre illustré qui présente des exercices accessibles aux enfants de ce groupe d'âge. Le projet a pour but de mettre au point de nouveaux outils pour les psychothérapeutes afin de permettre une application standardisée dans toute la province, de faciliter la formation continue des psychothérapeutes et d'accroître l'accessibilité à cette thérapie en soins primaires. Il convient de noter que le cours est reconnu par l'Ordre des psychologues du Québec à titre d'activité de formation continue.

Recommandations Relatives aux Lacunes en Matière de Recherche

Dépistage

Il est nécessaire de mener des études auprès des enfants et des adolescents pour évaluer si le dépistage et la détection plus précoces des TAD entraîneraient de meilleurs résultats dans cette population. Au Québec, de nombreuses possibilités existent pour mener de telles études, compte tenu de la disponibilité de l'instrument Dominique Interactif.

17 - Cette clinique offre des services aux jeunes de moins de 18 ans, notamment l'évaluation pédopsychiatrique et multidisciplinaire, la pharmacothérapie, la psychothérapie individuelle, la thérapie cognitivo-comportementale, la psychoéducation, etc.

Prévention

Davantage d'études devraient être effectuées pour déterminer la valeur des programmes de prévention universels. En outre, il est nécessaire d'explorer les interventions ciblées et indiquées, en particulier celles qui font appel à des modalités de psychothérapie connues et efficaces, comme la TCC, dans le contexte canadien. La priorité devrait être accordée à la psychothérapie par Internet, compte tenu de son meilleur rapport coût-efficacité potentiel pour les populations d'enfants et d'adolescents, ainsi qu'aux études de mise en œuvre visant à évaluer l'efficacité, la portée, le contexte, les effets secondaires, les préoccupations d'ordre éthique et les coûts.

Traitement

Les antidépresseurs sont accessibles à tous, et leur utilisation par les adolescents a connu une augmentation au cours des 20 dernières années. En 2007, 15,4 jeunes âgés de 0 à 19 ans sur 1000 ont pris un antidépresseur au moins une fois, selon des données populationnelles recueillies en Saskatchewan (37). Actuellement, la psychothérapie n'est pas facilement accessible au Québec et elle n'est pas assurée par le régime public, alors que l'assurance médicaments est obligatoire et universelle. Le Royaume-Uni a récemment instauré un accès plus équitable à la psychothérapie pour les adolescents, après en avoir accru l'accès pour les adultes au cours des dernières années¹⁸.

Il serait nécessaire de mener des études pour établir le rôle de la médication par rapport à celui de la psychothérapie dans une approche thérapeutique par étapes pour le traitement des troubles anxio-dépressifs chez les enfants et les adolescents. De plus, un modèle collaboratif et des protocoles de soins primaires semblables à ceux du Royaume-Uni (lignes directrices du National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE – en matière de psychothérapie pour les adultes) devraient être évalués dans le contexte des systèmes de soins de santé québécois et canadien. Ce modèle ressemblerait au modèle de prise en charge des maladies chroniques en soins primaires, où le médecin, l'infirmière, le psychologue, l'école, le patient et la famille jouent un rôle. Enfin, des études de mise en œuvre et sur le rapport coût-efficacité doivent être réalisées pour veiller à la meilleure utilisation possible des interventions efficaces en matière de médication, de psychothérapie et de TCCO pour le traitement des troubles anxieux et des troubles de l'humeur.

18 - DOH, Department of Health. Talking therapies: A four-year plan of action. A supporting document to No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. © Crown copyright 2011; 402471b 1p 0K Feb 11. Produced by COI for the Department of Health www.dh.gov.uk/publicat

TABLEAU 4 – PRINCIPAUX CONSTATS - Troubles Anxio-Dépressifs

Dépistage	<ul style="list-style-type: none"> Des données probantes limitées démontrent que le dépistage et la détection précoce en milieu scolaire pourraient réduire efficacement le fardeau de la dépression. Il est nécessaire de mener d'autres études à ce sujet.
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions universelles, ciblées et indiquées sont efficaces pour prévenir les troubles anxio-dépressifs chez les enfants et les adolescents; les interventions ciblées et indiquées sont cependant plus efficaces que les interventions universelles Les programmes de prévention faisant appel à la TCC sont des interventions efficaces pour réduire le risque de troubles d'anxiété et de troubles de l'humeur
Traitement	<p>Interventions non pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> La TCC et la TCC par ordinateur sont efficaces dans le traitement des symptômes d'anxiété et de dépression chez les enfants et les jeunes <p>Interventions pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Dans les études cliniques randomisées, la médication pour les troubles anxio-dépressifs a affiché une efficacité clinique légère à modérée Le traitement par ISRS est associé à certains effets indésirables

FIGURE 1 – Diagramme de flux PRISMA - Trouble Anxio-Dépressifs

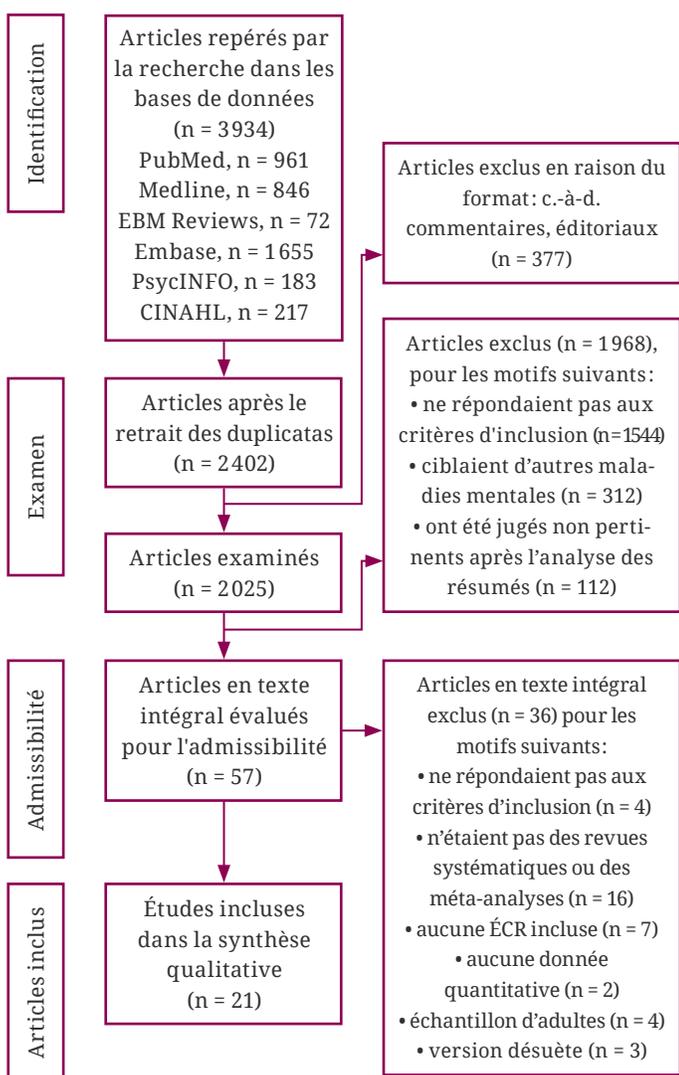


TABLEAU 5 – RÉSUMÉ DES CONSTATS - Troubles Anxio-dépressifs

	Auteurs [années] (n° de référence) Type d'étude Période couverte	Nbre d'études (N)/ nbre d'ÉCR nbre total de sujets (n)	Score AMSTAR	Population / Âge	Intervention / Type	Comparateur	Issues	Principaux résultats
Dépistage	Cuijpers <i>et al.</i> (2006) (13) Meta-analyse 1987 à 2004	8/8 n = 413	Moyen (7)	Enfants et adolescents/ 7 - 19 ans	Procédure de dépistage systématique	Différents groupes témoins: aucun traitement, liste d'attente, soins habituels, placebo, etc.	Effet moyen des interventions; nombre de sujets à dépister	AE moyen = 0,55 (IC à 95% : 0,35 à 0,76) NSD moyen = 31 (IC à 95% : 27 à 32)
Prévention	Corrieri <i>et al.</i> (2014) (21) Revue systématique 2000 à 2010	Dépression: 24/24 AI: 11 (n = 1401) CT: 5 (n = 624) LT: 8 (n = 796)	Moyen (5)	Enfants et adolescents/ Dépression: 8 - 16 ans Anxiété: 7 - 19 ans	Interventions en milieu scolaire pour la dépression et les troubles anxieux/ Universelles et indiquées	NR	Dépression; anxiété	Programme de prévention de la dépression*: AE, AI = -0,12 (IC à 95%: -0,57 à 0,30; interv. universelles: -0,14; interv. indiquées: -0,08) AE, suivi à CT = 0,06 (IC à 95%: -0,07 à 0,12; interv. universelles AE, suivi à LT = -0,05 (IC à 95%: -0,35 à 0,14; interv. universelles: -0,05; interv. indiquées: 0,13)
		Anxiété: 15/15 AI: 6 (n = 1004) CT: 3 (n = 376) LT: 3 (n = 298)						Programme de prévention de l'anxiété**: AE, AI = -0,29 (IC à 95%: -0,67 à 0,19) AE, suivi à CT = -0,10 (IC à 95%: 0 à -0,25) AE, suivi à LT = 0,05 (IC à 95%: -0,42 à 0,17; inter. universelles: 0,15; inter. indiquées: -0,42)
	Hetrick <i>et al.</i> (2015) (15) Méta-analyse 1993 à 2009	43/43 TCC AI: 14 (n = 1776) CT: 14 (n = 2254) LT: 9 (n = 1149)	Élevé (8)	Enfants et adolescents/ 5 - 19 ans	Interventions éducatives pour prévenir la dépression: TCC, PIP/ Universelles et ciblées	Aucune intervention	Nombre de sujets répondant aux critères du trouble dépressif	TCC AI: DR = -0,11 (IC à 95%: -0,17 à -0,05) Suivi à CT: DR = -0,11 (IC à 95%: -0,15 à -0,06) Suivi à LT = -0,08 (IC à 95%: -0,16 à 0,00)
		PIP AI: 2 (n = 265) CT: 2 (n = 252) LT: s.o.						PIP AI: DR = 0,09 (IC à 95%: -0,35 à 0,17) Suivi à CT: DR = -0,11 (IC à 95%: -0,19 à -0,04)
	Horowitz <i>et al.</i> (2006) (14) Méta-analyse 1987 à 2005	Universelles: 12/12 (n = 5535) Sélectives: 9/9 (n = 796) Indiquées: 9/9 (n = 1201)	Moyen (7)	Enfants et adolescents/ Moins de 21 ans	Interventions pour prévenir les symptômes et/ ou les troubles dépressifs Universelles, sélectives et indiquées	NR	Symptômes et/ou troubles dépressifs	Programmes universels: AI: AEp moyenne = 0,12 Au suivi de 6 mois = 0,02 Programmes sélectifs: AI: AEp moyenne = 0,30 Au suivi de 6 mois = 0,34 Programmes indiqués: AI: AEp moyenne = 0,23 Au suivi de 6 mois = 0,31
	Jane-Llopis <i>et al.</i> (2003) (16) Méta-analyse 1985 à 2000	69 programmes: 16 pour enfants (n = 669) 9 pour adolescents (n = 474)	Élevé (8)	Enfants/ 0 - 14 ans Adolescents/ 15 - 18 ans	Soutien en matière de comportement, de cognition, de compétence, d'éducation et sur le plan social/ Universelles, sélectives et indiquées	Groupes de comparaison NR	Symptômes dépressifs ou incidence de dépression	Enfants: AEp moyenne = 0,21 (IC à 95%: 0,09 à 0,32) Adolescents: AEp moyenne = 0,19 (IC à 95%: 0,007 à 0,38)

Prevention	Kavanagh <i>et al.</i> (2009) (22) Revue Systématique 1998 à 2007	17/17 Impact de la TCC: 13 (n = 3677) Universelles: 9 (n = 3281) Indiquées: 4 (n = 356)	Moyen (5)	Enfants et adolescents / 11 à 19 ans	TCC en milieu scolaire/ Universelle et indiquées	Groupes témoins NR; une étude était contrôlée par placebo	Dépression et anxiété	Impact de la TCC AI, jusqu'à 4 semaines: DMN = -0,16 (IC: -0,26 à 0,05) Interventions universelles AI, jusqu'à 4 semaines: DMN = -0,15 (IC: -0,25 à 0,05) Interventions indiquées AI, jusqu'à 4 semaines: DMN = -0,27 (IC: -0,48 à 0,06) Suivi de 6 mois: DMN = -0,25 (IC: -0,42 à -0,08)
	Larun <i>et al.</i> (2006) (17) Méta-analyse 1982 à 1994	16/16 n = 1191	Élevé (10)	Enfants et adolescents / 11 à 19 ans	Exercice vigoureux/ Universelles	Aucune intervention: aucun traitement, liste d'attente ou activité physique régulière	Dépression et anxiété	Anxiété (N = 6) DMN = -0,48 (IC à 95%: -0,97 à 0,01) Dépression (N = 5) DMN = -0,66 (IC à 95%: -1,25 à -0,08)
					Exercice vigoureux/ Universelles	Exercice de faible intensité, relaxation ou yoga		Anxiété (N = 3) DMN = -0,14 (IC à 95%: -0,41 à 0,13) Dépression (N = 2) DMN = -0,15 (IC à 95%: -0,44 à 0,14)
					Exercice/ Universelles	Interventions psychologiques: groupe de discussion ou counseling en groupe		Anxiété (N = 2) DMN = -0,13 (IC à 95%: -0,43 à 0,17) Dépression (N = 2) DMN = 0,10 (IC à 95%: -0,21 à 0,41)
	Merry <i>et al.</i> (2004) (18) Méta-analyse 2005 à 2009	16/16 n = 3240	Élevé (10)	Enfants et adolescents/ 5 à 19 ans	Interventions psychologiques ou éducatives, ou les deux/ Universelles et ciblées	Placebo, toute intervention de comparaison ou aucune intervention	Prévalence du trouble dépressif et des symptômes dépressifs	Après l'intervention (N = 15, n = 3115) DR = -0,09 (IC à 95%: -0,14 à -0,05) Suivi de 3 à 9 mois (N = 14, n = 1 842) DR = -0,11 (IC à 95%: -0,16 à -0,06) Suivi de 12 mois (N = 10, n = 1750) DR = -0,06 (IC à 95%: -0,11 à -0,01) Suivi de 36 mois (N = 2, n = 464) DR = -0,10 (IC à 95%: -0,19 à -0,02)
	Teubert <i>et al.</i> (2011) (19) Méta-analyse 1971 à NR	65/65 Universelles: 29 Sélectives: 21 Indiquées: 15 n = 15713	Élevé (9)	Enfants et adolescents/ 3 à 19 ans	Interventions pour la prévention de l'anxiété/ Universelles, sélectives et ciblées	Liste d'attente ou groupes témoins actifs (p. ex., groupes témoins à qui on a accordé de l'attention et/ou interventions placebo)	Symptômes d'anxiété, diagnostic d'anxiété	Symptômes d'anxiété AI: AEp moyenne = 0,22 (IC à 95%: 0,14 à 0,29) Suivi: AEp moyenne = 0,19 (IC à 95%: 0,11 à 0,26) Diagnostic de trouble anxieux AI: AEp moyenne = 0,23 (IC à 95%: 0,10 à 0,36) Suivi: AEp moyenne = 0,32 (IC à 95%: 0,17 à 0,48)
	Van Zoonen <i>et al.</i> (2014) (20) Méta-analyse 1995 à 2010	14/14 n = 3377	Élevé (8)	Adolescents et étudiants / différents groupes d'âge	TCC, thérapie de résolution de problèmes ou thérapie de groupe interpersonnelle/ Universelles, sélectives et ciblées	NR	Incidence de nouveaux cas de troubles dépressifs	RTI = 0,81 (IC à 95%: 0,67 à 0,97) NST = 22 (IC à 95%: 13 à 17)
Traitement	INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES							
	Adelman <i>et al.</i> (2014) (24) Méta-analyse 2001 à 2012	4/4 n = 108	Élevé (9)	Enfants et adolescents/ 7 à 18 ans	TCC par ordinateur	Liste d'attente	Score final sur l'échelle d'évaluation de l'anxiété	Enfants et adolescents: DMN = 0,51 (IC à 95%: 0,20 à 0,82) Adultes: DMN = 0,97 (IC à 95%: 0,87 à 1,07)

Traitement	Ebert <i>et al.</i> (2015) (25) Méta-analyse 2009 à 2012	13/13 Anxiété: 7 Dépression: 4 Les deux: 2 n = 796	Élevé (10)	Enfants, adolescents et jeunes adultes/ jusqu'à 25 ans	TCC par ordinateur, par Internet ou sur un appareil mobile	Liste d'attente, placebo	Anxiété, dépression	TCC par ordinateur: Anxiété et dépression (après l'intervention) AE moyenne globale = 0,72 (IC à 95%: 0,55 à 0,90); NST = 2,56 Anxiété AE = 0,68 (IC à 95%: 0,45 à 0,92); NST = 2,70 Dépression AE = 0,76 (IC à 95%: 0,41 à 0,12); NST = 2,44 Anxiété et dépression AE = 0,94 (IC à 95%: 0,23 à 1,66); NST = 2,60	
	Ewing <i>et al.</i> (2013) (27) Méta-analyse 1994 à 2012	20/20 n = 2099	Élevé (10)	Enfants et adolescents/ jusqu'à 18 ans	TCC transdiagnostique	Aucun traitement ou liste d'attente	Diagnostic d'anxiété après le traitement	AE pondérée moyenne (échantillon de sujets ayant complété l'étude) LRC = 2,21 (IC à 95%: 1,80 à 2,63) AE pondérée moyenne (échantillon de sujets en intention de traiter) LRC = 1,39 (IC à 95%: 0,98 à 1,79)	
	Gearing <i>et al.</i> (2013) (23) Méta-analyse 2000 à 2009	53/53 n = 1937	Faible (3)	Enfants et adolescents/ Âge moyen: 11,9 ans	Séances de rappel de TCC	NR	Ampleur de l'effet (avant-après les interventions et avant le suivi) des séances de rappel chez les sujets présentant des troubles anxieux et des troubles de l'humeur	AE moyenne Après les interventions (N = 53): r = 0,48 (IC à 95%: 0,44 à 0,51) Suivi (N = 30): r = 0,53 (IC à 95%: 0,48 à 0,57) Avant-après les interventions avec séances de rappel (N = 15): r = 0,58 (IC à 95%: 0,52 à 0,65) Avant-après les interventions sans séances de rappel (N = 38): r = 0,45 (IC à 95%: 0,41 à 0,49) Après les interventions avec séances de rappel (N = 10): r = 0,64 (IC à 95%: 0,57 à 0,70) Après les interventions sans séances de rappel (N = 20): r = 0,48 (IC à 95%: 0,42 à 0,53)	
	Ye <i>et al.</i> (2014) (26) Méta-analyse 1990 à 2012	7/7 n = 569	Élevé (10)	Enfants et adolescents / 7 à 25 ans	Interventions sur Internet (TCC dans 6 études)	Liste d'attente, intervention en personne ou soins habituels	Symptômes d'anxiété et de dépression	Symptômes d'anxiété vs liste d'attente: DMN = -0,52 (IC à 95%: -0,90 à -0,14) Rapport des taux de rémission = 3,63 (IC à 95%: 1,59 à 8,27) Symptômes dépressifs: non statistiquement significatif Symptômes d'anxiété et de dépression vs intervention en personne: non statistiquement significatif	
	INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES								
	Cox <i>et al.</i> (2014) (29) Méta-analyse 2004 à 2008	3/3 n = 164	Élevé (11)	Enfants, adolescents et jeunes adultes / Jusqu'à 25 ans	Antidépresseurs: ISRS, IRSN, ATC, IRN, DND, ATeC, stabilisateurs de l'humeur, anxiolytiques	Placebo	Nombre de participants atteints de trouble dépressif qui ont eu une rechute ou ont été réadmis dans un service pour recevoir un traitement	RC = 0,34 (IC à 95%: 0,18 à 0,64)	
	Ipser <i>et al.</i> (2009) (30) Méta-analyse 1966 à 2008	22/22 n = 2519	Élevé (10)	Enfants et adolescents Âge moyen: 12 ans	Médicaments: ISRS (N = 15) IRSN (N = 5) Benzodiazépines (N = 2) ATC (N = 1)	Placebo	Réponse au traitement de l'anxiété***	Réponse au traitement (N = 14, n = 2102) RR = 1,9 (IC à 95%: 1,6 à 2,26) Gravité des symptômes (N = 9, n = 810) DMN = -0,69 (IC à 95%: -0,94 à -0,44) Abandon lié aux effets indésirables: 4,9%	

Traitement	Uthman <i>et al.</i> (2010) (28) Méta-analyse 1992 à 2008	16/16 n = 2092	Modéré (6)	Enfants et adolescents/ Âge moyen: 8,5 à 13,6 ans	Fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, venlafaxine	Placebo	Anxiété: Efficacité: amélioration du score CGI-I Acceptabilité: abandon lié aux effets indésirables	Efficacité (par rapport au placebo): Fluoxétine (N = 5, n = 314) RR = 3,35 (ICr à 95%: 2,11 à 5,07) Fluvoxamine (N = 2, n = 248) RR = 3,61 (ICr à 95%: 2,25 à 5,47) Paroxétine (N = 2, n = 516) RR = 3,23 (ICr à 95%: 2,40 à 4,26) Sertraline (N = 3, n = 418) RR = 2,79 (ICr à 95%: 1,95 à 3,88) Venlafaxine (N = 2, n = 596) RR = 2,06 (ICr à 95%: 1,54 à 2,69)
	Walkup <i>et al.</i> (2010) (31) Méta-analyse 1966 à 2008	22/22 n = 2519	Élevé (10)	Enfants et adolescents/ jusqu'à 18 ans	ISRS, IRSN, benzodiazépines et ATC	Placebo	Score de réponse de l'anxiété sur l'échelle CGI-I; gravité des symptômes	ISRS Score de réponse (N = 14, n = 2102): RR = 1,9 (IC à 95%: 1,6 à 2,26) Réponse, TOC (N=5, n=654): RR = 1,65 (IC à 95%: 1,32 à 2,06) Réponse, troubles autres que le TOC (N = 9, n = 1448) RR = 2,01 (IC à 95%: 1,59 à 2,55) Réduction de la gravité des symptômes (N = 9, n = 810): DMN: -0,69 (IC à 95%: -0,94 à -0,44) Abandons liés aux effets indésirables (N = 12, n = 1997): RR = 1,91 (IC à 95%: 1,2 à 3,05)
	Williams <i>et al.</i> (2009) (32) Méta-analyse 1997 à 2006	9/9 n = 1972	Élevé (10)	Enfants et adolescents de 7 à 18 ans	ISRS et/ou psychothérapie	Placebo, divers groupes témoins recevant une psychothérapie	Rémission de la dépression, atténuation des symptômes dépressifs, conduites suicidaires, décès, etc.	Études sur les ISRS: DR regroupées = 0,12 (IC à 95%: 0,07 à 0,16) Psychothérapie: Taux de réponse à court terme plus élevé ou atténuation plus importante des symptômes de dépression que dans les groupes témoins Taux d'idées ou de comportement suicidaires: DR = 0,01 (IC à 95%: 0,00 à 0,02)
	Zhou <i>et al.</i> (2015) (33) Méta-analyse 1970 à 2013	5/5 n = 290	Élevé (10)	Adolescents et jeunes adultes/ Jusqu'à 25 ans	Antidépresseurs (ISRS)	Placebo	Issues liées à la dépression (dichotomique et continue) et consommation de substances	Dépression dichotomique RR = 1,21 (IC à 95%: 1,01 à 1,45) Dépression continue: pas de différence significative Issues liées à la consommation de substances: pas de différence significative

AE = ampleur de l'effet

AEp = ampleur de l'effet pondérée

AI = après l'intervention

AMSTAR = a measurement tool to assess systematic reviews
(outil de mesure pour évaluer la qualité des
revues systématiques)

ATC = antidépresseurs tricycliques

ATeC = antidépresseurs tétracycliques

CT = suivi à court terme

DM = différence moyenne

DMN = différence moyenne normalisée

DND = désinhibiteurs de la noradrénaline
et de la dopamine

DR = différence des risques

ÉCR = étude clinique randomisée

IC = intervalle de confiance

ICr = intervalle de crédibilité

IRN = inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline

IRSN = inhibiteurs du recaptage de la sérotonine
et de la noradrénaline

ISRS = inhibiteurs sélectifs du recaptage
de la sérotonine

k = nombre d'études

LRC = logarithme du rapport des cotes

LT = suivi à long terme

MA = méta-analyse

MPH = méthylphénidate

N = nombre d'études

n = nombre de participants

NR = non rapporté

NSD = nombre de sujets à dépister

NST = nombre de sujets à traiter

PIP = psychothérapie interpersonnelle

RC = rapport des cotes

RR = risque relatif

RS = revues systématiques

RTI = ratio du taux d'incidence

s. o. = sans objet

TCC = thérapie cognitivo-comportementale

TOC = trouble obsessionnel compulsif.

* Selon les questionnaires d'évaluation de la dépression (Children's depressive Inventory, CDI)

** Selon les questionnaires d'évaluation de l'anxiété (RCMAS)

*** Selon les échelles Clinical Global Impression (CGI-I), Paediatric Anxiety Scale (PARS) et Child Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CYBOCS)

CT: suivi de 6 mois (21), suivi de 3 à 9 mois (15)

LT: médiane de 18 mois (21), suivi de 12 mois (15)

Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité

Introduction

Le trouble de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental courant chez les enfants, qui se caractérise par de l'inattention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité. Sa prévalence est de 3 à 5 %, mais les garçons ont trois fois plus de chances d'en être atteints que les filles. À l'âge adulte, la prévalence se situe entre 2 et 4 %, mais les femmes ont autant de chances que les hommes de présenter un TDAH (4,38).

Le diagnostic et le traitement sont généralement entrepris par le pédiatre ou l'omnipraticien. Au Québec, le nombre d'enfants traités pour le TDAH a triplé au cours des dix dernières années, et près de 10 % des garçons de 10 ans reçoivent un tel traitement (39). Ce nombre correspond à la prévalence révélée dans l'enquête provinciale menée au début des années 1990 (40).

Revue de la Littérature

La recherche documentaire a permis de trouver cinq méta-analyses et deux revues systématiques (figure 2). Elles portent sur le traitement du TDAH, mais aucune revue examinant des outils de dépistage ou des interventions de prévention n'a été repérée. Le tableau 7, à la fin de cette section, présente des détails sur ces revues et sur les études individuelles qui y sont intégrées.

Dépistage

Aucune revue démontrant une meilleure détection et un meilleur traitement du TDAH lors de l'emploi d'outils de dépistage n'a été identifiée. Cependant, l'American Academy of Pediatrics recommande¹⁹ d'employer des outils de dépistage et des tests diagnostiques de confirmation lorsqu'un cas de TDAH est soupçonné.

Prévention

Aucune donnée probante selon laquelle des interventions de prévention seraient efficaces pour diminuer l'incidence du TDAH n'a été relevée.

Traitements

1. Interventions non pharmacologiques

Chez les jeunes enfants de moins de 6 ans, les lignes directrices cliniques de l'American Academy of Pediatrics²⁰ recommandent de traiter le TDAH surtout au moyen d'interventions non pharmacologiques, et d'avoir recours à la médication lorsqu'il est impossible d'utiliser ces interventions. Quant aux enfants d'âge scolaire et aux adolescents, il est recommandé d'entreprendre un traitement médicamenteux en association ou non avec des interventions non pharmacologiques.

Trois méta-analyses de grande qualité (41-43) et une de qualité moyenne (44) ont évalué les interventions non pharmacologiques chez les enfants et les adolescents présentant un TDAH, en plus des revues de Sibley *et al.* (45) et de Van der Oord *et al.* (46) mentionnées plus loin. La thérapie comportementale a été analysée dans deux revues systématiques de 15 ÉCR (43) et de 22 études (45), dont trois ÉCR, et une méta-analyse de 12 ÉCR (46). L'entraînement des fonctions cognitives a été examiné dans le cadre d'une

19 - Selon : www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html

20 - www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html

méta-analyse de 16 ÉCR (41) et de deux revues systématiques de une (45) et de six ÉCR (43), respectivement. Une méta-analyse de sept ÉCR s'est penchée sur les effets de l'activité physique chez les enfants et les adolescents atteints de TDAH (44), alors qu'une autre méta-analyse de cinq ÉCR (42) et une revue systématique de huit ÉCR (43) ont étudié des interventions de neurofeedback.

2.1 Les interventions comportementales sont utilisées pour enseigner et renforcer les comportements positifs et éliminer les comportements indésirables ou problématiques associés au TDAH²¹. Les revues démontrent que les interventions comportementales sont efficaces pour atténuer les symptômes de TDAH. Elles produisent des effets thérapeutiques semblables à ceux de la médication chez les adolescents (45), mais sont significativement moins efficaces que leur association avec le méthylphénidate chez les enfants (46). Toutefois, Sonuga-Barke *et al.* (43) ont conclu que les interventions comportementales ont une valeur limitée chez les enfants et les adolescents.

2.2 Les stratégies d'entraînement des fonctions cognitives, qui font appel à une exposition contrôlée à des tâches de traitement de l'information, aident à renforcer les réseaux cérébraux qui jouent un rôle dans le TDAH et à améliorer le processus cognitif (41). Cependant, les données probantes recueillies dans le cadre de la présente revue indiquent que les effets de ces stratégies sur les symptômes de TDAH sont limités lorsque les évaluations sont basées sur des mesures à l'insu, comme l'ont démontré une méta-analyse (41) et une revue systématique incluant des études chez les enfants et les adolescents (43). Sibley *et al.* (45) n'ont trouvé aucune donnée prouvant que l'entraînement axé sur le renforcement des fonctions cognitives améliore le fonctionnement des adolescents atteints de TDAH.

2.3 Le *neurofeedback* est une technique permettant d'entraîner le patient à contrôler certaines séquences d'ondes cérébrales au moyen de l'électroencéphalogramme (42). Une méta-analyse (42) reposant sur une échelle d'évaluation par les parents a signalé que cette technique améliore le score de TDAH, et les dimensions d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité chez les enfants, avec une ampleur de l'effet modérée. Cependant, selon une échelle d'évaluation par les professeurs, l'ampleur de l'effet sur la dimension d'inattention était plus modeste. Il est à noter que de 0 à 50 % d'enfants qui ont participé aux cinq études incluses dans cette méta-analyse prenaient du méthylphénidate. Le traitement par neurofeedback a produit des effets significatifs, qui ont toutefois diminué et sont devenus non significatifs sur le plan statistique lorsque l'analyse était basée sur des évaluations probablement menées à l'insu, comme l'a démontré une revue systématique (43).

2.4 Les programmes d'exercices aérobiques, examinés dans une méta-analyse récente (44), se sont révélés efficaces pour atténuer les symptômes, y compris l'attention, l'hyperactivité, l'impulsivité, l'anxiété, les fonctions exécutives et les troubles sociaux chez les enfants et les adolescents atteints de TDAH qui prenaient des médicaments réguliers. La pratique à court terme (six à dix semaines) d'exercices aérobiques comportait plusieurs aspects, notamment la marche, la course à pied, la natation et la danse. Les exercices de yoga pour le bien-être du corps et de l'esprit pourraient aussi améliorer les principaux symptômes du TDAH, comme l'a démontré une ÉCR incluse dans cette méta-analyse.

21 - Selon : www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html

2. Interventions pharmacologiques

Trois revues de qualité moyenne portant sur les interventions pharmacologiques pour le TDAH, soit deux méta-analyses (38,46) et une revue systématique (45), ont été mises en évidence. Prasad *et al.* (38) ont examiné les effets du méthylphénidate, de la dexamphétamine, des sels mixtes d'amphétamines et de l'atomoxétine sur le comportement et la performance scolaire des enfants et des adolescents. Cette revue portait sur 43 ÉCR, dont 14 ont été incluses dans la méta-analyse. Van der Oord *et al.* (46) se sont intéressés à l'ampleur de l'effet du méthylphénidate, des traitements psychosociaux et de leur association sur le TDAH chez les enfants. Quinze, douze et six ÉCR, respectivement, étaient incluses dans cette méta-analyse pour chacune de ces modalités thérapeutiques. Dans leur revue systématique, Sibley *et al.* (45) se sont penchés sur les thérapies pharmacologiques, comportementales et d'entraînement des fonctions cognitives offertes aux populations d'adolescents présentant un TDAH. Onze des études incluses ont évalué les interventions pharmacologiques et ont analysé surtout les stimulants du système nerveux central.

Ces analyses démontrent que le méthylphénidate exerce des effets bénéfiques sur le comportement centré sur la tâche, l'achèvement des travaux scolaires et les symptômes de TDAH chez les enfants et les adolescents (38,46). Les résultats ont montré une ampleur de l'effet pondérée et des différences moyennes plus élevées pour le traitement par méthylphénidate comparativement au placebo. Les préparations à base de dexamphétamine et de sels mixtes d'amphétamines ont également produit des effets bénéfiques sur l'apprentissage et la réussite scolaire des enfants et des adolescents, mais l'atomoxétine n'a eu aucun effet significatif (38). Le méthylphénidate en monothérapie ou en association avec la thérapie comportementale a entraîné des améliorations très marquées des symptômes de TDAH chez les enfants, et l'efficacité de ces deux modalités thérapeutiques était semblable sur le plan de l'atténuation des symptômes. En revanche, les interventions psychosociales ont produit des effets plus modestes que le méthylphénidate et la thérapie comportementale (46).

Sibley *et al.* ont également démontré que la médication et la thérapie comportementale produisent un éventail semblable d'effets thérapeutiques sur les symptômes de TDAH des adolescents. Ces auteurs ont signalé certains effets indésirables associés à l'emploi du méthylphénidate et des amphétamines chez les adolescents, notamment la perte d'appétit, l'irritabilité, les nausées, les céphalées et l'insomnie (45).

Exemples de Meilleures Pratiques au Québec

Prise en charge thérapeutique du TDAH par une infirmière faisant partie d'un groupe de médecine de famille

Un modèle de prise en charge du TDAH dans un groupe de médecine de famille (GMF) a été mis au point par Chantal Boivin²², de la région de Lanaudière, au Québec. Les patients possiblement atteints de TDAH et leurs parents se présentent au GMF. L'infirmière clinicienne leur demande de répondre aux questionnaires standardisés de la *Canadian ADHD Resource Alliance*²³ (CADDRA) et discute avec eux d'un traitement médical. On demande également aux enseignants de répondre à ces questionnaires. Une fois le diagnostic de TDAH confirmé par le médecin de famille, le traitement est instauré. Un suivi hebdomadaire

22 - Infirmière clinicienne au Centre intégré de santé et services sociaux Sud de Lanaudière. En reconnaissance de sa contribution à la prise en charge des enfants présentant un TDAH, elle a reçu en 2011 le Prix Florence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'engagement communautaire

23 - www.caddra.ca/fr/

est offert, et des questionnaires standardisés sont utilisés pour suivre l'évolution de la maladie. Lorsque l'évolution est favorable, un suivi aux trois mois, effectué en alternance par l'infirmière et le médecin de famille, est offert aux patients et à leur famille. De plus, on fournit aux patients et à leurs parents du matériel éducatif sur le TDAH et on les dirige vers un groupe PANDA²⁴ pour un soutien additionnel²⁵.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux a invité l'infirmière et le médecin de famille responsable à rédiger un protocole sur ce modèle de prise en charge et à guider d'autres GMFs. Le protocole est conforme aux lignes directrices cliniques de l'*American Academy of Pediatrics* pour l'évaluation et le traitement du TDAH par des médecins en soins primaires²⁶. Toutefois, ce modèle de prise en charge n'a pas encore été évalué, et nous n'avons rien relevé dans la littérature à ce sujet. Cela indique une lacune en matière de recherche sur la mise en œuvre de la prise en charge du TDAH en soins primaires. De telles études permettraient de décrire le rôle de l'infirmière en soins primaires, du médecin de famille et des organismes communautaires, en collaboration avec le jeune patient et sa famille.

Combinaison d'activité physique et de TDAH

Deux études qui ont évalué l'effet de l'activité physique sur le TDAH ont été menées au Québec, dans une clinique et en milieu scolaire (47). Elles démontrent que l'activité physique a un impact favorable sur certains comportements des enfants d'âge scolaire atteints de TDAH.

Recommandations Relatives aux Lacunes en Matière de Recherche

Au Québec, la détection du TDAH est adéquate, et l'accès au traitement est simple (40). Toutefois, certaines questions doivent être clarifiées.

1. Il n'existe actuellement aucune étude visant à optimiser le traitement du TDAH en soins primaires. Ainsi, les études à venir devaient définir les protocoles d'évaluation, de traitement et de suivi, l'orientation possible vers des soins spécialisés, l'information destinée aux parents et les solutions de rechange à la pharmacothérapie ou la prescription d'activités physiques en milieu scolaire ou ailleurs qu'à l'école.

2. Un suivi à long terme, c. à d. de 3 à 5 ans, des effets défavorables possibles du traitement pharmacologique du TDAH devrait être effectué. Ainsi, des études de cohortes prospectives ainsi que des études reposant sur les bases de données administratives en santé et sur le système de surveillance des maladies chroniques de l'Institut national de santé publique du Québec devraient être réalisées. Le système de surveillance permet de suivre les enfants, les adolescents et les jeunes adultes dont le TDAH et les troubles mentaux concomitants font l'objet d'un traitement médical (39).

3. La recherche sur les interventions psychosociales doit se poursuivre en vue de cerner les facteurs déterminants de ces interventions, les effets de leur association sur le TDAH et ses affections concomitantes et la méthodologie appropriée pour leur mise en œuvre au sein du système de santé québécois.

4. Des études cliniques devraient être effectuées sur les interventions prometteuses, telles que l'activité physique et le neurofeedback.

24 - www.associationpanda.qc.ca

25 - CISSS de Lanaudière – Protocole de suivi de la clientèle TDAH. Document inédit, juin 2015. www.santelanaudiere.qc.ca/asss/Pages/default.aspx

26 - www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html

TABLEAU 6 – PRINCIPAUX CONSTATS - Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité

Dépistage	Aucune donnée probante n'a été relevée
Prévention	Aucune donnée probante n'a été relevée
Traitement	<p>Interventions non pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les interventions comportementales sont efficaces pour atténuer les symptômes de TDAH chez les enfants et les adolescents, quoique dans une moindre mesure que la médication • L'entraînement des fonctions cognitives et le neurofeedback exercent des effets limités sur les symptômes de TDAH chez les enfants et les adolescents • Les programmes d'exercices aérobiques sont efficaces pour atténuer les symptômes de TDAH chez les enfants et les adolescents qui prennent des médicaments réguliers <p>Interventions pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le méthylphénidate, en monothérapie ou en association avec la thérapie comportementale, a amélioré de façon marquée les symptômes de TDAH chez les enfants et les adolescents

FIGURE 2 – Diagramme de flux PRISMA - Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité

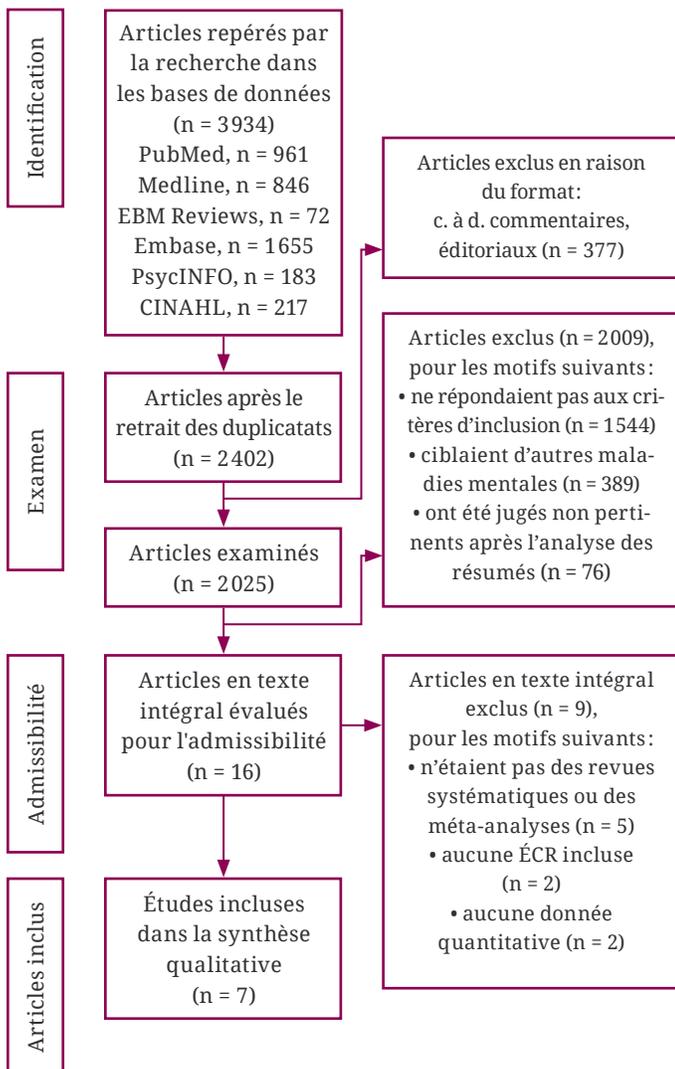


TABLEAU 7 – RÉSUMÉ DES CONSTATS - Trouble de Déficit de l'Attention et Hyperactivité

	Auteurs (années) [n° de référence] Type d'étude Période couverte	Nbre d'études (N)/ nbre d'ÉCR nbre total de sujets (n)	Score AMSTAR	Population / Âge	Intervention/ Type	Comparateur	Issues	Principaux résultats
Traitement	INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES							
	Cerrillo-Urbina <i>et al.</i> (2015) (44) Méta-analyse 2002 à 2015	8/8 n = 249	Moyen (7)	Enfants et adolescents/ 6 à 18 ans	Programmes d'exercices aérobiques et de yoga	Pas d'exercice	Principales : inattention, hyperactivité, impulsivité Secondaires : anxiété, fonctions exécutives, troubles sociaux, performance cognitive	Les exercices aérobiques ont amélioré les dimensions suivante : Attention : DMN = 0,84 (IC à 95 % : 0,48 à 1,20) Hyperactivité : DMN = 0,56 (IC à 95 % : 0,04 à 1,08) Impulsivité : DMN = 0,56 (IC à 95 % : 0,04 à 1,08) Anxiété : DMN = 0,66 (IC à 95 % : 0,13 à 1,18) Fonctions exécutives : DMN = 0,58 (IC à 95 % : 0,15 à 1,00)
	Cortese <i>et al.</i> (2015) (41) Méta-analyse 2005 à 2014	16/16 n = 759	Élevé (11)	Enfants et adolescents/ 3 à 18 ans	Entraînement des fonctions cognitives	Traitement habituel (y compris la médication), liste d'attente, groupe témoin actif/placebo/ intervention simulée	TDAH global, symptômes d'inattention et d'hyperactivité/ impulsivité	Rapport d'évaluateurs près du lieu de traitement TDAH global : DMN = 0,37 (IC à 95 % : 0,09 à 0,66) Inattention : DMN = 0,47 (IC à 95 % : 0,14 à 0,80) Hyperactivité/impulsivité : DMN = 0,14 (IC à 95 % : -0,07 à 0,35) Rapports d'évaluateurs à l'insu TDAH global : DMN = 0,20 (IC à 95 % : 0,01 à 0,40) Inattention : DMN = 0,32 (IC à 95 % : -0,01 à 0,66) Hyperactivité/impulsivité : DMN = 0,18 (IC à 95 % : -0,01 à 0,37)
	Micoulaud-Franchi <i>et al.</i> (2014) (42) Méta-analyse 2009 à 2014	5/5 n = 263	Élevé (9)	Enfants 8,4 à 10,6 ans	Neurofeedback + MPH (0 à 50% des enfants)	Neurofeedback semi-actif ou neurofeedback simulé	Score global du TDAH Dimensions d'inattention et d'hyperactivité/ impulsivité	Évaluation par les parents : TDAH global : DMN = -0,49 (IC à 95 % : -0,74 à -0,24) Inattention : DMN = -0,46 (IC à 95 % : -0,76 à -0,15) Hyperactivité/impulsivité : DMN = -0,34 (IC à 95 % : 0,59 à 0,09) Évaluation par les enseignants : Inattention : DMN = -0,30 (IC à 95 % : -0,58 à -0,03)
	Sonuga-Barke <i>et al.</i> (2014) (43) Revue systématique 2005 à 2012	6/6 n = 247	Élevé (10)	Enfants et adolescents/ 3 à 18 ans	Entraînement des fonctions cognitives	Traitement habituel (y compris la médication), intervention simulée/placebo, groupe à qui on a accordé de l'attention/ groupe témoin actif, liste d'attente	Changement dans la gravité globale des symptômes du TDAH avant vs après le traitement	En utilisant l'évaluation la plus proche DMN globale = 0,64 (IC à 95 % : 0,33 à 0,95) En utilisant des évaluations probablement à l'insu DMN globale = 0,24 (IC à 95 % : -0,24 to 0,72)
	Sibley <i>et al.</i> (2014) (45) Revue systématique 2000 à 2012	28/11 n = 1943 22/3 n = 263 3/1 n = 142	Moyen (7)	Adolescents 10,0 - 19,9 ans	Médication Thérapie comportementales Entraînement des fonctions cognitives	NR	Gravité des symptômes de TDAH	AE moyen = 0,64 (IC à 80 % : 0,47 à 0,81) AE moyen = 0,49 (IC à 80 % : 0,45 à 0,52) AE moyen = 0,06

Traitements	Van der Oord <i>et al.</i> (2008) (46) Méta-analyse 1985 à 2007	24/ Parents: 15 (n = 705) Enseignants: 13 (n = 588)	Moyen (6)	Enfants 6 à 12 ans	Médication (MPH à action brève)	Groupes témoins d'intervention, sur une liste d'attente ou à qui on a accordé de l'attention	Symptômes de TDAH	TDAH – parents: AE = 1,53 (1,23 - 1,82) TDAH – enseignants: AE = 1,83 (1,43 - 2,12)
		24/ Parents: 12 (n = 402) Enseignants: 11 (n = 381)			Interventions comportemen- tales			TDAH – parents: AE = 0,87 (0,73 à 1,01) TDAH – enseignants: AE = 0,75 (0,49 à 1,01)
		24/ Parents: 6 (n = 242) Enseignants: 6 (n = 240)			Association de MPH à action brève + interventions comportemen- tales			TDAH – parents: AE = 1,89 (1,39 à 2,40) TDAH – enseignants: AE = 1,77 (1,08 à 2,46)
	INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES							
	Prasad <i>et al.</i> (2013) (38) Méta-analyse 1987 à 2007	43/43 n = 2110	Moyen (7)	Enfants et adolescents 4 à 16 ans	Médication	Pas de traitement médicamenteux, état initial, placebo	Mesures des acquis scolaires et des capacités d'apprentissages, dont: notes, observations en classe, mesures de la performance scolaire, autoévaluation de la performance scolaire par les participants	Comportement centré sur la tâche, faible dose de MPH: DM = 9,72 (IC : 5,69 à 13,76) Comportement centré sur la tâche, forte dose de MPH: DM = 14,0 (IC à 8,63 à 19,44) Comportement centré sur la tâche, sels mixtes d'amphétamines: DM = 9,19 (IC : 5,59 à 12,80)

AE = ampleur de l'effet

AMSTAR = A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews (outil de mesure pour évaluer la qualité des revues systématiques)

DM = différence moyenne

ÉCR = étude contrôlée randomisée

MPH = méthylphénidate

N = nombre d'études

NR = non rapporté

TDAH = trouble de déficit de l'attention et hyperactivité.

Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite

Introduction

Chez les enfants, le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) se manifeste par un comportement provocateur, hostile et oppositionnel, alors que le trouble de la conduite (TC) fait référence aux violations des normes sociales et aux actions négatives envers les autres, notamment les bagarres, le vol et le mensonge (48,49). De 1 à 6 % des enfants canadiens d'âge scolaire ont reçu un diagnostic de TOP, et de 0,2 à 2 %, un diagnostic de TC. Par ailleurs, 40 % des enfants atteints de trouble de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH) présentent également des symptômes de TOP (49).

Les lignes directrices du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)²⁷ proposent plusieurs recommandations pour la prise en charge des enfants atteints de trouble oppositionnel avec provocation :

- Principes de soins généraux: travailler avec les enfants et les

jeunes de façon sûre et efficace, établir des relations avec les enfants, les jeunes et leurs parents ou gardiens, collaborer avec les parents et les gardiens, etc.

- Détermination des options de traitement et de soins efficaces.
- Interventions psychosociales de traitement et de prévention indiquées. Elles incluent: programmes de formation des parents, programmes de formation des parents et des enfants (enfants ayant des besoins complexes), programmes de formation des familles d'accueil/tuteurs, programmes axés sur les enfants et interventions multimodales.
- Interventions pharmacologiques.
- Amélioration de l'accès aux services et élaboration de parcours de soins à l'échelle locale.

27 - www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/1-Recommendations#identification-and-assessment

Revue de la Littérature

La recherche documentaire effectuée dans le cadre du présent projet a permis de repérer seulement quatre revues portant sur le traitement du TOP (Figure 3). Des détails sur ces études sont indiqués au tableau 9.

Dépistage

Cette recherche exhaustive n'a permis de trouver aucune revue systématique sur le dépistage du TOP. Toutefois, il existe des recommandations²⁸ sur l'emploi d'outils de dépistage et de tests diagnostiques de confirmation lorsqu'un cas de TOP est soupçonné. Ces recommandations sont appuyées par les lignes directrices sur la prise en charge du TDAH.

Prévention

Aucune donnée de recherche (c. à d. revue systématique) n'a été recensée sur les interventions de prévention du TOP.

Traitements

1. Interventions non pharmacologiques

Une méta-analyse de qualité moyenne sur les interventions psychosociales, dont les thérapies comportementale, familiale, cognitivo-comportementale et psychodynamique, dans la réduction des comportements agressifs chez les enfants et les adolescents a été relevée (48). Elle inclut 65 études, des ÉCR pour la plupart. Parmi ces études, 33 ont eu recours au plan no 1, c'est-à-dire qu'elles comportaient un groupe témoin ne recevant aucun traitement (p. ex., groupe sur une liste d'attente), et 32, au plan no 2, c'est-à-dire qu'elles comportaient un groupe témoin qui recevait un traitement ou elles n'incluaient aucun groupe témoin. Les résultats ont démontré un changement global modéré sur le plan de l'agressivité des participants dans les études avec groupe témoin non traité et un effet marqué des traitements dans les études sans groupe témoin non traité. En outre, dans les études avec ou sans groupe témoin non traité, les enseignants ont signalé que les traitements ont eu des effets modérés sur l'agressivité et sur le plan des changements dans le fonctionnement social. L'analyse statistique modératrice a révélé que l'ampleur de l'effet des études auprès d'enfants plus jeunes était plus importante que celle des études menées chez des enfants plus vieux. Par ailleurs, les études comportant des interventions comportementales ont affiché une ampleur de l'effet plus grande que les études faisant appel aux interventions axées sur la famille.

Dans leur revue de type Cochrane, Furlong *et al.* (50) ont évalué les interventions destinées aux parents. La revue était axée sur l'efficacité des programmes de groupe à l'intention des parents d'enfants de 3 à 12 ans, qui faisaient appel aux interventions comportementales et cognitivo-comportementales. Ces programmes avaient pour but d'améliorer les problèmes de conduite des enfants, la santé mentale des parents et les habiletés parentales. Cette revue systématique a démontré que la formation parentale produit des réductions significatives sur le plan statistique des problèmes de conduite chez les enfants, des améliorations de la santé mentale des parents et des habiletés parentales positives.

28 - www.cdc.gov/ncbddd/adhd/guidelines.html

2. Interventions pharmacologiques

Deux revues systématiques de grande qualité sur les interventions pharmacologiques pour le traitement du TOP (49,51) ont été repérées. Ces interventions destinées aux enfants et aux adolescents ont été évaluées dans un nombre relativement élevé d'études contrôlées par placebo (40 études sur les psychostimulants) dans la revue de Gorman et 18 ÉCR dans la revue de Pringsheim.

Dans leur revue systématique, Gorman *et al.* (51) ont constaté que les psychostimulants, tels que la méthylphétamine et les amphétamines, sont recommandés chez les enfants et les adolescents atteints de TDAH, de TOP et de TC, et que l'emploi de l'atomoxétine et des agonistes alpha-2 est recommandé, mais à certaines conditions. Compte tenu des effets indésirables importants, la rispéridone fait également l'objet d'une recommandation conditionnelle pour le traitement des comportements perturbateurs et agressifs, en l'absence de TDAH. Les autres médicaments analysés – quétiapine, halopéridol, lithium et carbamazépine – ne sont pas recommandés pour le traitement des troubles mentionnés précédemment, en raison de leurs effets indésirables importants et des données probantes de faible qualité étayant leur utilisation.

Pringsheim (49) a effectué une revue systématique axée sur les antipsychotiques et les stabilisateurs de l'humeur pour le traitement de l'agressivité et des problèmes de conduite chez les jeunes atteints de TOP, de TC et de TDAH. Selon les résultats de cette revue, la rispéridone a exercé un effet modéré à marqué sur les symptômes de TOP ou de TC chez les enfants et les adolescents dont le quotient intellectuel (QI) était inférieur à la moyenne. De plus, la rispéridone a produit un effet modéré sur le comportement perturbateur et agressif chez les jeunes au QI dans la moyenne qui présentaient un TOP ou des TC, avec ou sans TDAH. Selon les auteurs, les effets indésirables liés à l'emploi de ce médicament doivent être considérés sérieusement avant de le prescrire à des enfants. La qualité des données probantes étayant l'utilisation d'autres antipsychotiques et des stabilisateurs de l'humeur dans les cas d'agressivité et de troubles de la conduite était respectivement faible et très faible.

Exemples de Meilleures Pratiques au Québec

ÉQUIPE est un programme de psychoéducation destiné aux parents d'enfants de 3 à 12 ans qui présentent des problèmes de conduite comme le TDAH, le TOP et les TC. La version française de ce programme, adaptée au contexte québécois, est une traduction de programmes d'interventions parentales offerts à des populations anglophones²⁹ et hispanophones³⁰. Ce programme vise à améliorer les problèmes de conduite chez les enfants et les habiletés parentales, et à réduire les listes d'attente des services en santé mentale.

ÉQUIPE est un programme de groupe dont le format d'apprentissage interactif et collaboratif permet aux participants d'acquérir des habiletés parentales et d'apprendre des principes comportementaux essentiels. Présenté à raison de deux heures par semaine pendant 10 semaines, le programme aborde un nouveau thème chaque semaine. Après des présentations vidéo,

29 - En Ontario: Community Parents Education program (COPE)

30 - En Californie: CHOC-UCI Initiative for the Development of Attention and Readiness (CUIDAR)

on encourage les parents à trouver leurs propres solutions aux erreurs dans la gestion du comportement de leur enfant et de les mettre en pratique. Ce programme de formation parental actif, qui nécessite du travail à la maison et en groupe, favorise la discussion sur les conséquences des erreurs présentées et sur différentes solutions.

Le programme **ÉQUIPE** a la particularité d'être présenté à un grand groupe de parents (20 à 25), de minimiser les obstacles qui empêchent la participation par sa proximité géographique et la flexibilité de son horaire, de tirer parti des ressources communautaires et d'utiliser un modèle d'intervention fondé sur la participation active des parents. Entre 2010 et 2014, des groupes de parents d'enfants d'âge préscolaire (n = 340) ont participé à l'évaluation de ce programme dans quatre CSSS³¹ du Québec³². Les résultats préliminaires de cette étude d'observation montrent des améliorations des comportements des enfants, tant interiorisés (anxiété, troubles de sommeil) qu'exteriorisés (agressivité, opposition), qui se sont maintenues pendant une période allant jusqu'à six mois après l'intervention. Une amélioration significative de l'indice de stress et du score de stress total entre le début et la fin de l'intervention a également été notée chez les parents. De plus, l'analyse de la mise en oeuvre basée sur des groupes de discussion a révélé un taux de satisfaction élevé chez les parents et les animateurs du programme.

Recommandations Relatives aux Lacunes en Matière de Recherche

Les données probantes limitées recueillies dans cette section semblent indiquer que les interventions psychosociales auprès des enfants atteints de TOP semblent efficaces pour réduire les comportements perturbateurs. Toutefois, certains aspects de ces interventions doivent être clarifiés dans le cadre d'études à venir.

Nous souscrivons aux lignes directrices publiées récemment, qui reposent surtout sur des ÉCR (52). Elles énoncent que des interventions psychosociales à plusieurs volets, dont un volet destiné aux parents, semblent plus efficaces pour réduire le comportement perturbateur des enfants que celles qui comportent uniquement un volet à l'intention des enfants ou des conditions témoins. Pour confirmer ces constats, il serait intéressant d'analyser l'impact à long terme sur le TOP des interventions psychosociales multimodales qui incluent une formation en matière d'habiletés parentales. Il serait aussi d'un grand intérêt d'étudier la durée optimale de ces interventions et le stade de développement au cours duquel elles devraient être menées.

La qualité des données probantes sur les interventions pharmacologiques pour le TOP est limitée. La médication pourrait compléter les interventions psychosociales lorsqu'elles ne sont pas assez efficaces. Une étude clinique pragmatique pourrait être réalisée pour définir la séquence en situations réelles des interventions pharmacologiques et des interventions psychosociales potentiellement efficaces, selon la gravité de la maladie et le stade de développement des enfants.

31 - CSSS: Centre de santé et de services sociaux

32 - Projet dirigé par D^{re} Leila Ben Amor

TABLEAU 8 – PRINCIPAUX CONSTATS - Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite

Dépistage	Aucune donnée probante n'a été relevée
Prévention	Aucune donnée probante n'a été relevée
Traitement	<p>Interventions non pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les interventions psychosociales, surtout les interventions en groupe qui visent à améliorer les habiletés parentales, ont des effets favorables modérés dans la réduction des comportements agressifs chez les enfants <p>Intervention pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des données probantes de qualité moyenne appuient l'utilisation de la rispéridone pour traiter le comportement perturbateur et agressif; cependant, on doit prendre en considération ses effets indésirables avant de la prescrire aux enfants • Les effets indésirables des antipsychotiques et des stabilisateurs de l'humeur pèsent souvent plus lourd dans la balance que la qualité des données probantes appuyant leur efficacité • En présence d'un TDAH concomitant, le traitement pharmacologique du TDAH atténue également de façon marquée les symptômes du trouble oppositionnel et de la conduite

FIGURE 3 – Diagramme de flux PRISMA - Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite

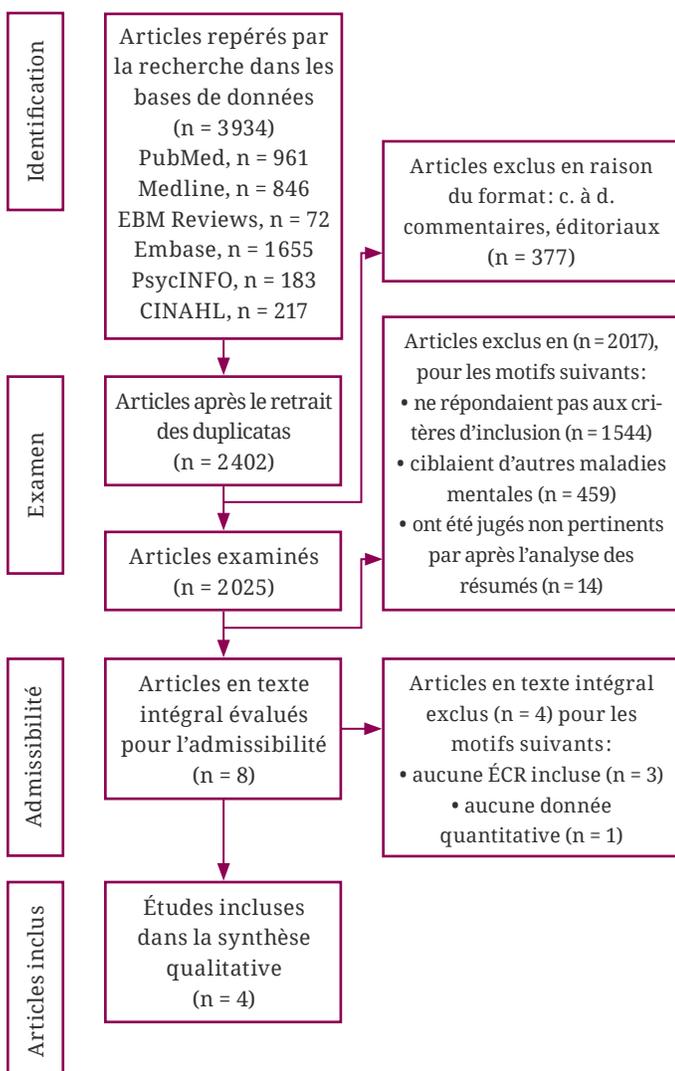


TABLEAU 9 – Résumé des constats - Trouble Oppositionnel avec Provocation ou de la Conduite

	Auteurs [années] [n° de référence] Type d'étude Période couverte	N ^{bre} d'études (N)/ n ^{bre} d'ÉCR n ^{bre} total de sujets (n)	Score AMSTAR	Population / Âge	Intervention/Type	Comparateur	Issues	Principaux résultats
Traitement	TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE							
	Fossum <i>et al.</i> (2008) (48) Méta-analyse 1987 à 2008	65/53 Plan n° 1 : 33 n = 2512 Plan n° 2 : 32 n = 2457	Moyen (7)	Enfants et adolescents/ Plan n° 1 : 4 à 13,5 ans Plan n° 2 : 4 à 16 ans	Thérapies comportementale, familiale, cognitivo-comportementale ou psychodynamique	Groupe témoin non traité: liste d'attente (plan n° 1) Aucun groupe témoin non traité: groupe traité ou aucun groupe témoin (plan n° 2)	Changement dans les comportements perturbateur et agressif	Changement global, agressivité: plan n° 1 : AE moyenne = 0,62 (IC à 95% : 0,49 à 0,76) plan n° 2 : AE moyenne = 0,95 (IC à 95% : 0,39 à 0,86, N = 7, n = 653) Agressivité signalée par les enseignants: plan n° 1 : AE = 0,41 (IC à 95% : 0,30 à 0,52, N = 20, n = 1 593) plan n° 2 : AE = 0,63 (IC à 95% : 0,39 à 0,86, N = 7, n = 653) Changements, habilités sociales: plan n° 1 : AE = 0,42 (IC à 95% : 0,27 à 0,57, N = 13, n = 1 017) plan n° 2 : AE = 0,49 (IC à 95% : 0,24 à 0,73, N = 10, n = 670)
	Furlong <i>et al.</i> (2013) (50) Revue systématique 1950 à 2011	10/10 n = 1078	Élevé (11)	Parents d'enfants de 3 à 12 ans	Programmes de groupe, interventions comportementales et cognitivo-comportementales destinées aux parents	Liste d'attente, aucun traitement ou traitement standard	Issues chez les enfants: problèmes de conduite Issues chez les parents: santé mentale, habiletés et connaissances parentales appropriées, pratiques parentales positives et négatives	Problèmes de conduite chez les enfants: Évaluation par les parents: DMN = -0,53 (IC à 95%: 0,72 à -0,34) Évaluation indépendante: DMN = 0,44 (IC à 95%: 0,77 à 0,11) Santé mentale parentale et habiletés parentales positives: DMN = 0,36 (IC à 95%: -0,52 à -0,20) Rapports des parents: DMN = -0,53 (IC à 95%: 0,90 à 0,16) Rapports indépendants: DMN = -0,47 (IC à 95%: 0,65 à 0,29) Pratiques parentales négatives: Rapports des parents: DMN = 0,77 (IC à 95%: 0,96 à 0,59) Rapports indépendants: DMN = -0,42 (IC à 95%: -0,67 à -0,16)

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE								
Traitement	Gorman <i>et al.</i> (2015) (51) Revue systématique 1970 à 2013	81/81 n = divers (voir « Principaux résultats »)	Élevé (11)	Enfants et adolescents/ 6 à 18 ans	Psychostimulants (methylphétamine et amphétamines) atomoxétine, guanfacine, clonidine, rispéridone, quétiapine, halopéridol, lithium, valproate et carbamazépine	Placebo	Comportement perturbateur: opposition, problèmes de conduite ou agressivité	Psychostimulants (N = 40, n = 2364, TDAH +/- TOP or TC) Études menées entre 1970 et 2001: AE, cliniciens = 0,77 (IC à 95%: 0,63 à 0,88) AE, parents = 0,71 (IC à 95%: 0,42 à 1,15) AE, enseignants = 1,04 (IC à 95%: 0,79 à 1,32) Études menées entre 2002 et 2013: DMN, parents: 0,55 (IC à 95%: 0,36 à 0,73) DMN, enseignants: 0,84 (IC à 95%: 0,59 à 1,10) Atomoxétine (N = 15, n = 1 907, TDAH +/- TOP ou TC) DMN = 0,33 (IC à 95%: 0,24 à 0,43) Rispéridone (N = 4, n = 429, QI moyen et TOP ou TC +/- TDAH, comportement perturbateur et agressif) DMN = 0,60 (IC à 95%: 0,31 à 0,89) Rispéridone (N = 5, n = 398, faible QI et TOP ou TC +/- TDAH, problèmes de conduite et agressivité) DMN = 0,72 (IC à 95%: 0,47 à 0,97)
	Pringsheim <i>et al.</i> (2015) Partie II (49) Revue systématique 1995 à 2002	18/18 11 sur les antipsychotiques 7 sur les stabilisateurs de l'humeur n = divers (voir « Principaux résultats »)	Élevé (11)	Enfants et adolescents/ 4 à 18 ans	Antipsychotiques: rispéridone, quétiapine, halopéridol, thioridazine Stabilisateurs de l'humeur classiques: lithium, divalproex, carbamazépine	Placebo	Agressivité, problèmes de conduite; effets indésirables et abandons liés aux effets indésirables	Antipsychotiques Rispéridone (jeunes au QI inférieur à la moyenne et TOP ou TC +/- TDAH) Troubles de la conduite et agression (N = 5; n = 398) DMN = 0,72 (IC à 95%: 0,47 à 0,97) Rispéridone (jeunes atteints de TOP ou de TC +/- TDAH) Comportement perturbateur et agressif (N = 4; n = 429) DMN = 0,60 (IC à 95%: 0,31 à 0,89) Stabilisateurs de l'humeur Acide valproïque (jeunes atteints de TOP ou de TC +/- TDAH) Agressivité (N = 2; n = 50) RC = 14,6 (IC à 95%: 3,25 à 65,61) Lithium (jeunes atteints de TC) Agressivité (N = 4; n = 184) RC = 4,56 (IC à 95%: 1,97 à 10,56)

AE = ampleur de l'effet

AMSTAR = A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews
(outil de mesure pour évaluer la qualité des revues systématiques)

DMN = différence moyenne normalisée

ÉCR = étude clinique randomisée

N = nombre d'études

n = nombre de participants

RC = rapport des cotes

TC = trouble de la conduite

TDAH = trouble de déficit de l'attention et hyperactivité

TOP = trouble oppositionnel avec provocation

Abus de Substances

Introduction

Le mauvais usage de substances par les adolescents a des répercussions graves sur leur santé physique et mentale, est souvent associé à des problèmes comportementaux (53). Il entraîne des conséquences immédiates et à long terme telles que les comportements suicidaires (54), les mauvais résultats scolaires et le décrochage (55) et les comportements sexuels à risque (56). Au Québec, plus de 10 % des jeunes élèves avaient utilisé des substances à la fin de leurs études secondaires (57).

La consommation d'alcool, qui constitue l'un des facteurs de risque les plus importants de morbidité et de mortalité à l'échelle mondiale (58), est en hausse chez les adolescents³³. Les enfants et les adolescents qui consomment de l'alcool avant l'âge de 14 ans courent un risque plus élevé de troubles de santé, car la consommation précoce d'alcool est liée à un plus grand risque de dépendance et d'abus plus tard dans la vie (59). Selon un sondage mené au Québec en 2008 (57), près de 27 % des adolescents de 12 à 13 ans et 47 % de ceux de 13 à 14 ans ont déclaré avoir été ivres au cours de l'année précédente, et presque la moitié (48,3 %) avaient essayé l'hyperalcoolisation rapide (binge drinking).

Revue de la Littérature

La recherche documentaire a permis de recenser une revue sur des interventions brèves dans le cadre d'un modèle de dépistage, d'orientation et de traitement, 18 revues sur la prévention et quatre revues sur le traitement de l'abus de substances (AS) chez les enfants et les adolescents (figure 4). À la fin de la section, le tableau 11 présente des détails sur ces revues et sur les études individuelles qui y sont incluses.

Dépistage

Aucune revue systématique portant sur le dépistage en soins primaires ou en milieu scolaire pour réduire l'abus de substances chez les jeunes n'a été relevée. Cependant, une revue systématique de grande qualité a examiné l'efficacité des interventions brèves³⁴ (IB) dans le cadre du modèle *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment* (SBIRT) (Dépistage, interventions brèves et orientation vers un traitement) pour réduire la consommation de substances illicites a été trouvée (60). Deux des cinq ÉCR incluses dans cette revue ont rapporté des résultats (c.-à-d. réduction de la consommation de substances) non significatifs sur le plan statistique à 3 mois, et deux autres ont produit des résultats mitigés lorsque les IB étaient comparées à de l'information écrite. En se fondant sur ces données, les auteurs n'ont pas pu établir l'efficacité des IB lorsqu'elles sont administrées à une population ne recherchant pas de traitement, que l'on a détectée lors d'un dépistage. Fait à noter, ces interventions étaient destinées aux adolescents, aux jeunes adultes et aux adultes de plus de 25 ans.

33 - Calling time on young people's alcohol consumption. *Lancet*. 2008; 371(9616); accessible à : www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608603864/fulltext?rss=yes

34 - « En général, les IB sont des efforts limités dans le temps lors d'une rencontre en personne, qui visent à donner de l'information ou des conseils, à accroître la motivation d'éviter la consommation de substances ou à enseigner des techniques de changement de comportement, dans le but de réduire la consommation de substances et le risque de conséquences négatives. » (Young et al., 2014).

Prévention

La prévention est définie comme étant « toute activité conçue pour prévenir l'abus de substances et réduire ses conséquences pour la santé et sur le plan social ». Étant donné que l'abus de substances est un trouble chronique et récidivant, des interventions de prévention efficaces sont nécessaires avant que les symptômes ne deviennent apparents et par la suite, lorsqu'ils deviennent évidents (61). Ces interventions visent à prévenir la consommation de substances, à en retarder le début, à en réduire l'intensification ou à en prévenir la progression vers une consommation problématique³⁵. La prévention primaire (avant l'apparition des symptômes) est considérée comme universelle lorsque la psychoéducation, les aptitudes psychosociales génériques et les aptitudes de refus des drogues sont offertes à tous les jeunes ou à toutes les familles, sélective, lorsque seuls les jeunes à risque élevé sont ciblés ou indiquée, lorsque seuls les jeunes qui affichent des indicateurs précoces de consommation de substances sont visés.

Huit méta-analyses, dont deux de faible qualité (62,63), cinq de qualité moyenne (64-68) et une de grande qualité (69), ont examiné les effets de diverses interventions dans la prévention et la réduction de la consommation d'alcool et de drogues par les enfants et les adolescents. De plus, dix revues systématiques qui rapportent les résultats de programmes de prévention du mauvais usage de l'alcool et des substances, dont trois de qualité moyenne (58,70,71) et sept de grande qualité (53,72-77), ont été relevées. La majorité des interventions décrites étaient des programmes universels en milieu scolaire, analysés pour la plupart dans le cadre d'ÉCR.

Les interventions basées sur l'acquisition d'aptitudes cognitivo-comportementales font partie de celles qui semblent les plus efficaces pour prévenir le mauvais usage des substances par les adolescents. Dans une méta-analyse de 41 ÉCR, Scott-Sheldon (68) a démontré que les interventions comportementales auprès d'étudiants de première année au niveau collégial ont permis de réduire la consommation d'alcool et les problèmes relatifs à l'alcool. En outre, les interventions faisant appel à la rétroaction personnalisée, aux stratégies visant la modération, aux défis relatifs aux attentes, à l'identification des situations risquées et à l'établissement d'objectifs semblent optimiser l'efficacité.

Carey *et al.* se sont penchés sur l'efficacité d'interventions par ordinateur pour diminuer la consommation d'alcool chez les étudiants de niveau collégial (64), et ont cherché à savoir si ce type d'interventions produit des avantages semblables aux interventions en personne (65). Dans leur revue réalisée en 2009 (64), ils ont analysé 35 études, surtout des ÉCR. Les auteurs ont noté que les interventions par ordinateur ont entraîné une réduction de la quantité et de la fréquence de la consommation d'alcool chez les étudiants de niveau collégial. Ces interventions étaient équivalentes à des programmes de comparaison liés à l'alcool et étaient préférables à aucune intervention. La revue de ces mêmes auteurs, effectuée en 2012 (65), a démontré que, comparativement aux interventions témoins, tant les interventions par ordinateur que celles effectuées en personne avaient réduit la consommation d'alcool au moment du suivi à court terme. La comparaison

35 - www.emcdda.europa.eu/topics/prevention

directe de ces deux types d'interventions semblait favoriser les interventions en personne pour ce qui est des mesures de la quantité d'alcool consommée et des problèmes liés à l'alcool. Les auteurs ont conclu que les interventions en personne produisent les effets les plus efficaces et les plus durables.

La psychoéducation est une méthode d'intervention universelle couramment utilisée, qui accroît les connaissances des enfants et des adolescents sur l'usage de substances. Dans deux revues systématiques, Faggiano *et al.* (72,73) ont évalué les interventions en milieu scolaire pour la prévention ou la réduction de l'usage de drogues chez les adolescents de 6^e ou de 7^e année. Appuyée par 29 ÉCR, la revue menée en 2008 (72) a démontré que comparativement aux programmes habituels présentés dans les écoles, les interventions reposant sur les aptitudes diminuent l'usage de la marijuana et des drogues dures, tout en améliorant la prise de décisions, l'estime de soi, la résistance à la pression des pairs et les connaissances sur les drogues. De plus, les interventions au niveau émotionnel améliorent aussi la prise de décisions et les connaissances sur les drogues, tout comme les programmes basés sur les connaissances. Dans leur revue réalisée en 2014 (73), les auteurs ont analysé 51 ÉCR portant sur les compétences sociales, les influences sociales et la combinaison de ces deux types d'interventions comparativement aux programmes habituels présentés dans les écoles ou à aucune intervention. Les résultats ont démontré que la combinaison des deux approches produit des effets modestes, mais protecteurs, sur la prévention de l'usage des drogues. En outre, des programmes axés sur les compétences sociales se sont révélés protecteurs par rapport à certaines issues, notamment l'usage de marijuana ou l'usage de toute drogue.

Dans deux revues systématiques de type Cochrane, Foxcroft *et al.* ont examiné l'efficacité des interventions psychosociales et éducatives (74) et des programmes axés sur la famille (75) dans la prévention du mauvais usage de l'alcool chez les jeunes de 25 ans ou moins. Ces revues incluaient 41 et 12 ÉCR, respectivement. La revue de 2002 (74) n'est pas arrivée à une conclusion solide quant à l'efficacité à court et à moyen terme des programmes de prévention psychosociaux et éducatifs, car environ la moitié des études relevées ont conclu à l'inefficacité de ces programmes. Cependant, la revue donne à penser que le Strengthening Families Program pourrait s'avérer efficace à plus long terme dans la prévention primaire du mauvais usage de l'alcool. Selon la revue de 2011 (75) les interventions de prévention axées sur la famille ont produit des effets modestes mais uniformes³⁶, effets qui ont persisté à moyen et à long terme.

L'efficacité des programmes de prévention semble influencée par plusieurs facteurs³⁷, entre autres l'animateur du programme. Dans une revue de 12 ÉCR comparant des programmes de prévention menés par des pairs aux mêmes programmes menés par des adultes, Cuijpers (66) a observé que les programmes menés par

36 - Les programmes de prévention axés sur la famille analysés dans la revue de 2011 réalisée par Foxcroft sont des interventions visant à soutenir l'acquisition d'habiletés parentales, notamment : soutien par les parents, comportements éducatifs, établissement de limites ou de règlements clairs, surveillance par les parents, aptitudes sociales et résistance à la pression des pairs.

37 - Selon Cuijpers (2002), d'autres facteurs, notamment le contenu des programmes, le nombre de séances, le recours aux séances de rappel et le groupe d'âge influenceraient également l'efficacité des programmes de prévention.

des pairs étaient plus efficaces, dans une certaine mesure, que ceux menés par des adultes. De même, Gottfredson *et al.* (69) ont noté que les activités de prévention en milieu scolaire sont plus efficaces si elles sont menées surtout par des pairs et si elles visent les enfants des écoles intermédiaires (middle schools). Cette dernière méta-analyse portait sur 94 ÉCR évaluant 136 interventions en milieu scolaire.

L'évaluation d'autres interventions universelles en milieu scolaire sur le mauvais usage de substances a montré une efficacité variable. Dans leur analyse de 15 études, Porath-Waller *et al.* (67) ont conclu que ce type d'interventions a eu des effets favorables sur la réduction de l'usage de cannabis chez les adolescents comparativement à des groupes témoins ayant participé à d'autres programmes ou n'ayant participé à aucun programme. Les programmes de plus de 15 séances, exécutés de manière interactive par des personnes autres que les enseignants et ceux ciblant les étudiants de niveau secondaire ont produit des effets plus marqués. Teesson *et al.* (76) ont analysé sept programmes de prévention de l'usage d'alcool et d'autres drogues et ont noté que cinq d'entre eux ont produit des réductions de l'usage d'alcool, de cannabis et de tabac au moment du suivi, même si l'ampleur de l'effet était modeste.

Drug Abuse Resistance Education (DARE) est un programme de prévention de l'utilisation des drogues présenté en milieu scolaire, largement employé aux États-Unis (63). Il se concentre principalement sur l'enseignement aux élèves des aptitudes à reconnaître la pression sociale pour consommer des drogues et comment y résister. Huit évaluations du programme DARE ont fait l'objet d'une méta-analyse effectuée par Ennett *et al.* (63). L'analyse a démontré que l'ampleur de l'effet moyenne de ces programmes était beaucoup plus modeste que les programmes interactifs de prévention mettant l'accent sur les compétences sociales et générales. Brown *et al.* (62) ont analysé les effets de programmes scolaires de prévention de l'usage des drogues chez les jeunes en milieu rural. Leur méta-analyse incluait 22 ÉCR qui ont démontré que ces interventions ont produit certains effets, tels qu'une réduction modeste du début de l'usage de substances, et un faible impact chez les sujets qui consommaient déjà des substances.

Agabio *et al.* (58) ont réalisé une revue systématique qui incluait 12 ÉCR et une méta-analyse basée sur 53 ÉCR évaluant les interventions en milieu scolaire pour prévenir et réduire la consommation d'alcool et d'autres substances. Selon les auteurs, les résultats étaient mitigés : certaines études ont affiché une certaine efficacité, et d'autres n'ont relevé aucune différence entre les groupes qui avaient reçu une intervention et les groupes témoins.

Quelques auteurs ont analysé des approches ciblées. L'analyse de 25 ÉCR par Norberg *et al.* (70) a révélé que les interventions de prévention primaire peuvent être efficaces pour réduire l'usage de cannabis chez les jeunes et que les programmes multimodaux universels sont plus efficaces que les autres types de programmes. Lorsque ces programmes ciblaient les jeunes adolescents de 10 à 13 ans, faisaient appel à des animateurs multiples ou autres que des enseignants, étaient offerts pendant une durée maximale de dix

semaines et offraient des séances de rappel en plus des séances de base du programme, ils étaient associés à une ampleur de l'effet médiane marquée.

Une revue systématique des programmes de prévention ciblant les enfants de familles où l'on consommait des substances a révélé l'efficacité de ces interventions lorsqu'elles sont offertes pendant plus de dix semaines et comportent des volets de formation destinés aux enfants et aux parents ainsi qu'un entraînement en matière de compétences familiales (53). Thomas a examiné le mentorat³⁸ pour la prévention et la réduction de l'usage d'alcool chez les adolescents et a relevé un petit nombre d'ÉCR démontrant que le mentorat peut réduire le taux de initiation – trois ÉCR (77) et d'usage d'alcool et de drogues – quatre ÉCR (71).

Traitements

1. Intervention non pharmacologiques

Deux méta-analyses (78,79) et une revue systématique (80) de qualité moyenne, qui ont évalué les interventions non pharmacologiques dans le traitement de la consommation d'alcool et de drogues, ont été trouvées. Austin *et al.* (80) ont examiné spécifiquement les interventions axées sur la famille qui ciblaient les problèmes liés à l'usage de substances chez les adolescents. L'analyse des cinq ÉCR incluses a révélé que la thérapie familiale multidimensionnelle (TFMD) et la thérapie familiale stratégique brève semblaient efficaces comparativement aux interventions témoins. En outre, la TFMD a produit des changements cliniquement significatifs dans l'usage de substances et affichait une ampleur de l'effet marquée après l'intervention et aux suivis de 6 et de 12 mois.

L'entrevue motivationnelle (EM) associe des aspects de la thérapie centrée sur le client à des stratégies cognitivo-comportementales dans le but d'entraîner un changement de comportement (78). Une méta-analyse de 21 études (y compris 3 ÉCR) portant sur des interventions d'EM pour l'usage de substances par les adolescents appuie l'efficacité de ces interventions, comme le démontrent des ampleurs de l'effet modestes, mais significatives, mesurées après l'intervention et au suivi. Dans leur méta-analyse, Tripodi *et al.* (79) ont examiné différentes interventions individuelles et axées sur la famille visant à réduire la consommation d'alcool, telles que l'entrevue motivationnelle, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie comportementale et la thérapie familiale multisystémique. L'analyse de 16 ÉCR a démontré que ces interventions ont réduit significativement la consommation d'alcool chez les adolescents; les traitements individuels ont produit des effets plus marqués que les interventions axées sur la famille.

2. Interventions pharmacologiques

Notre recherche a permis de trouver une revue systématique de qualité moyenne qui a analysé le naltrexone, un antagoniste des récepteurs opioïdes qui diminue la consommation excessive d'alcool en réduisant son effet neurobiologique gratifiant (81). Cette revue a examiné 29 ÉCR portant sur l'emploi de ce médicament

38 - Le mentorat fait référence à une « relation de soutien où une personne offre du soutien, des conseils et une assistance concrète à son partenaire, basées sur le partage de l'expérience et de l'expertise, sans que le mentor s'attende à obtenir un gain personnel ». (définition du *Center for Substance Abuse Prevention*, 2000, Thomas 2011).

dans le traitement de la dépendance à l'alcool chez les jeunes adultes et les adultes de 18 ans ou plus. Selon cette analyse, 70% des études qui avaient mesuré « une consommation forte ou excessive d'alcool » et 36% de celles qui avaient mesuré l'abstinence ou « toute consommation d'alcool » ont mis en évidence l'avantage de l'emploi du naltrexone comparativement au placebo. La fréquence des effets indésirables associés à l'emploi du naltrexone est faible (< 15%); il s'agit surtout de nausées et de vomissements. Des effets indésirables moins courants, notamment les céphalées, un faible niveau d'énergie, de l'anxiété, de la dépression, des éruptions cutanées et une diminution de la vigilance, ont également été signalés.

Exemples de Meilleures Pratiques au Québec

Le programme *Personality-Targeted Interventions for Adolescent Substance Misuse*, ou **PreVenture**³⁹, offert en milieu scolaire, vise à prévenir le mauvais usage de l'alcool et des drogues chez les élèves de 12 à 15 ans. Il offre des interventions personnalisées en fonction des résultats du dépistage sur le plan de quatre dimensions de la personnalité qui ont été corrélées à un risque accru d'usage excessif d'alcool et de drogues: anxiété-sensibilité, désespoir, impulsivité et recherche de sensations⁴⁰.

L'objectif principal du programme est d'enseigner aux jeunes comment faire la différence entre les stratégies adaptées et mal adaptées pour composer avec les situations selon leur profil de risque, et de leur inculquer des stratégies cognitives et comportementales compatibles avec leur profil de personnalité. Le programme vise surtout à aider les jeunes à retarder le début de la consommation de substances et, accessoirement, à réduire le risque de problèmes émotionnels et comportementaux ainsi qu'à protéger le développement normal sur les plans cognitif et social.

Les étudiants qui ont obtenu un score d'un écart-type au-dessus de la moyenne de leur école à l'une des sous-échelles de la Substance Use Risk Profile Scale – SURPS – (82), soit anxiété-sensibilité, désespoir, impulsivité et recherche de sensations, sont invités à participer à deux ateliers de groupe de 90 minutes chacun, axés sur l'acquisition d'habiletés d'adaptation en fonction de leur profil de personnalité. L'intervention associe des stratégies thérapeutiques et des exercices inspirés de l'entrevue motivationnelle et de la thérapie cognitivo-comportementale.

PreVenture a d'abord été mis en œuvre en 2001, dans des écoles secondaires de Nouvelle-Écosse et de Vancouver, en Colombie-Britannique, au Canada. À ce jour, environ 4000 jeunes à risque élevé de communautés diversifiées sur le plan ethnique au Canada, au Royaume-Uni, au Pays-Bas, en République tchèque et en Australie ont participé à l'intervention dans le cadre d'études cliniques randomisées. Actuellement, PreVenture est mis en œuvre dans plus de 50 écoles secondaires dans différentes régions du Québec.

39 - Le programme PreVenture a été créé au Canada en 2001, par la D^{re} Patricia Conrod et ses collègues.

40 - Intervention Summary – The PreVenture programme: Personality-targeted interventions for adolescent substance misuse. (2014) SAMHSA's National Registry of Evidence-Based Programs and Practices. Consulté en septembre 2015, à l'adresse www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=264

Le programme PreVenture a été évalué dans le cadre de quatre études cliniques randomisées publiées dans des revues révisées par des pairs, au moyen d'un dépistage hautement validé, de la fidélité au traitement et des mesures des résultats. Les mesures des résultats du programme PreVenture incluent le début de la consommation d'alcool, l'apparition des problèmes liés à l'alcool, l'usage de drogues illicites, la fréquence de l'usage de cannabis et les issues liées à la santé mentale. Il a été démontré que le programme retarde de façon uniforme le début de l'usage d'alcool et de drogues illicites, le début du mauvais usage problématique de l'alcool et sa progression (83-86) et réduit le risque d'apparition de dépression, d'anxiété et de troubles de la conduite cliniquement significatifs chez les jeunes à risque élevé (87). Une étude randomisée menée présentement à Montréal vise à évaluer l'impact du programme sur le développement cognitif des adolescents⁴¹. Néanmoins, d'autres études devraient être effectuées sur le modèle de mise en œuvre et de formation en vue d'en faciliter l'exécution à plus grande échelle.

Recommandations Relatives aux Lacunes en Matière de Recherche

Dépistage

Les études à venir sur le dépistage devraient contribuer davantage à cerner une méthode de dépistage fiable, dotée d'un profil de sensibilité et de spécificité acceptable pour les adolescents, brève et facile à mettre en œuvre dans différents milieux axés sur les jeunes (60). En outre, des études sont nécessaires pour établir l'efficacité du dépistage par ordinateur, qui peut faciliter le processus d'orientation vers des ressources ou le recours à des interventions brèves après le dépistage (88). Il est urgent de mener des études en vue d'examiner les bienfaits du dépistage systématique auprès d'échantillons d'adolescents.

Prévention

Les articles sur la prévention mettent en évidence le besoin de mener des ÉCR évaluant des interventions dans différents milieux, groupes d'âge et cultures, pour accroître le potentiel de généralisation des résultats (53,74). En ce qui concerne les programmes de prévention et les programmes indiqués reposant sur des données probantes, davantage d'informations sont nécessaires sur les composantes des interventions en vue d'en améliorer la mise en œuvre, notamment les caractéristiques spécifiques et actives des programmes (70), l'impact des méthodes d'exécution par ordinateur et à distance comparativement aux stratégies en personne (65) et les programmes menés par un enseignant par rapport à un autre adulte ou à un pair (63).

Traitement

Davantage d'études rigoureuses sur le traitement de l'abus de substances sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de la pharmacothérapie pour le mauvais usage de substances chez les adolescents, incluant un suivi à plus long terme et des échantillons de jeunes filles et de jeunes femmes. Quant à la pharmacothérapie, les chercheurs devraient évaluer les effets des médicaments chez les patients aux prises avec l'abus d'alcool en concomitance avec la dépression, tant pour les issues à court et à long terme (81), et chez les populations dont le profil de consommation de substances est plus léger ou plus lourd. En ce qui concerne les psychothérapies, plus d'études sur l'efficacité comparative doivent être menées afin d'établir dans quelle mesure la participation des parents est bénéfique pour l'adolescent qui reçoit des interventions individuelles (80).

TABLEAU 10 – PRINCIPAUX CONSTATS - Abus de Substances

Dépistage	Aucune donnée probante n'a été relevée
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes les plus efficaces destinés aux adolescents reposent sur l'acquisition d'aptitudes cognitivo-comportementales, comme la prise de décisions, la résistance à la pression des pairs et l'établissement d'objectifs • La psychoéducation sans acquisition d'aptitudes ne change pas le comportement lié à la consommation de substances • Les interventions ciblées et les programmes de mentorat sont efficaces pour prévenir la consommation de substances chez les jeunes • Les interventions axées sur la famille ont des effets modestes mais uniformes, qui se maintiennent à moyen et à long terme
Traitement	<p>Interventions non pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • La thérapie familiale multidimensionnelle et l'entrevue motivationnelle sont efficaces pour traiter le mauvais usage de substances chez les adolescents <p>Interventions pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue a démontré que le naltrexone est plus efficace qu'un placebo pour réduire la consommation excessive d'alcool

41 - www.co-venture.ca

FIGURE 4 – Diagramme de flux PRISMA - Abus de Substances

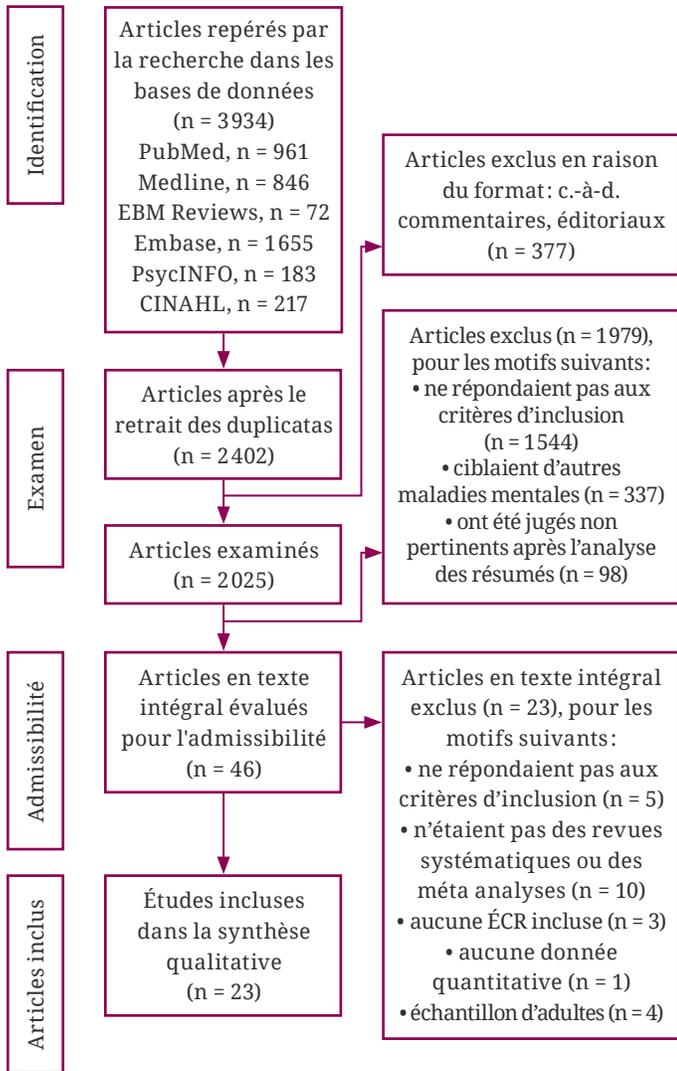


TABLEAU 11 – Résumé des constats - Abus de Substances

	Auteurs [années] [n° de référence] Type d'étude Période couverte	N ^{bre} d'études (N) / n ^{bre} d'ÉCR n ^{bre} total de sujets (n)	Score AMSTAR	Population / Âge	Intervention/ Type	Comparateur	Issues	Principaux résultats
Dépistage	Fossum <i>et al.</i> (2008) (48) Méta-analyse 1987 à 2008	5/5 n = 2365	Élevé (10)	Adolescents / 12 à 18 ans; Jeunes adultes / 19 à 24 ans; Adultes/ 25 ans et plus	Interventions brèves (IB) pour réduire l'usage non médical de substances psychoactives/ Ciblées	Aucune intervention, intervention retardée ou information seulement	Usage de substances, fréquence de l'usage, quantité utilisée, effets nuisibles ou conséquences négatives liés à l'usage, etc.	IB vs information écrite: Abstinence – toutes les substances au suivi de 3 mois (N = 2, n = 223): RR = 1,12 (IC à 95%: 0,41 à 3,09) Abstinence – toutes les substances au suivi de 12 mois (N = 2, n = 228): RR = 2,05 (IR à 95%: 1,13 à 3,70)
	Agabio <i>et al.</i> (2015) (58) Revue systématique 2010 à 2014	12/12 n = 40930 Une méta-analyse de 53 ÉCR	Moyen (5)	Enfants et adolescents/ 0 à 19 ans	Interventions en milieu scolaire pour prévenir ou réduire la consommation d'alcool et d'autres substances ou changer les attitudes, les connaissances, les effets nuisibles et les intentions de consommer de l'alcool ou d'autres substances / Universelles	Programme habituel d'éducation à la santé; liste d'attente pour un programme de prévention; soins standards	Réduction de l'usage d'alcool et/ ou d'autres substances et problèmes qui en découlent; augmentation de la perception des effets nuisibles liés à l'usage d'alcool et d'autres substances	ÉCR • 7 études (58,3%) ont produit des résultats positifs • 5 études (41,7%) n'ont pas relevé de différence significative ou ont produit des résultats mitigés Méta-analyse • 23 ÉCR (43,4%) ont rapporté une certaine efficacité • 30 ÉCR (56,6%) n'ont pas relevé de différence significative entre les groupes
Prévention	Broning <i>et al.</i> (2012) (53) Revue systématique 1995 à 2008	13/7 9 programmes: 4 en milieu scolaire (n = 683) 4 en milieu familial (n = 829) 1 dans la communauté (n = 23)	Élevé (8)	Enfants et adolescents/ 0 à 17 ans ou familles comportant des enfants de cet âge	Intervention préventives chez les enfants et les adolescents provenant de foyers où l'on consommait des substances / Ciblées	Liste d'attente	Connaissances liées au programme, mécanismes d'adaptation, relations familiales	Interventions en milieu scolaire (ampleur de l'effet) Connaissances (n = 2): r = 0,54 et r = 0,37 Adaptation (n = 2): r = 0,24 et r = 0,54 Interventions familiales (ampleur de l'effet) Fonctionnement familial (n = 3): r = 0,22, r = 0,29 et r = 0,44 Comportement social (n = 2): r = 0,11 and r = 0,44
	Brown <i>et al.</i> (2007) (62) Méta-analyse 1987 à 1995	22/22 n = NR	Faible (1)	Enfants et adolescents Âge NR	Prévention de l'abus/du mauvais usage de substances, promotion de la santé intensive en milieu scolaire / Universelles	Groupe témoin NR	342 issues dichotomiques	Ampleur de l'effet moyenne globale pour toutes les issues liées à l'usage de drogues AEM = 0,11 (ES = 0,045, p < 0,05)

Prévention	Carey <i>et al.</i> (2009) (64) Méta-analyse 1993 à 2008	35/32 n = 28621	Moyen (6)	Adolescents et jeunes adultes/ 18 à 22 ans	Interventions par ordinateur/ Ciblées	Liste d'attente/ aucun traitement, contenu pertinent apparié dans le temps, ou non apparié, éducation seulement, contenu non pertinent apparié dans le temps	Consommation d'alcool; problèmes liés à l'alcool	Interventions par ordinateur vs groupes témoins pertinents Suivi à court terme (≤ 5 semaines) Quantité : DMP = 0,01 (IC à 95 % : -0,14 à 0,16) Fréquence des jours d'usage d'alcool : DMP = 0,06 (IC à 95 % : -0,10 à 0,21) Suivi à long terme (≥ 6 semaines) Quantité : DMP = 0,02 (IC à 95 % : -0,18 à 0,22) Fréquence des jours d'usage d'alcool : DMP = 0,04 (IC à 95 % : -0,18 à 0,26) Interventions par ordinateur vs groupes témoins non pertinents (liste d'attente) Suivi à court terme (≤ 5 semaines) Quantité : DMP = 0,19 (IC à 95 % : -0,01 à 0,38) Fréquence des jours d'usage d'alcool : DMP = 0,22 (IC à 95 % : -0,08 à 0,51) Suivi à long terme (≥ 6 semaines) Quantité : DMP = 0,20 (IC à 95 % : 0,08 à 0,31) Fréquence des jours d'usage d'alcool : DMP = 0,28 (IC à 95 % : 0,10 à 0,46)
	Carey <i>et al.</i> (2012) (65) Méta-analyse 1998 à 2011	26/25 n = 32243	Moyen (5)	Jeunes adultes/ Âge moyen : 19 à 22 ans	Interventions par ordinateur/ Universelles	Évaluation seulement, liste d'attente ou aucun traitement	Usage d'alcool, problèmes liés à l'alcool	Interventions par ordinateur Suivi à court terme (≤ 13 semaines): Quantité par semaine/mois (k = 28) : d+ = 0,14 (IC à 95 % : 0,03 à 0,24) Suivi à moyen terme (14 à 26 semaines): Quantité par semaine/mois (k = 8) : d+ = 0,13 (IC à 95 % : 0,01 à 0,27) Suivi à long terme (≥ 27 semaines): Quantité par semaine/mois (k = 5) : d+ = 0,08 (IC à 95 % : 0,09 à 0,26)
		22/22 n = 5237			Interventions en personne/ Universelles			Interventions en personne Suivi à court terme (≤ 13 semaines): Quantité par semaine/mois (k = 21) : d+ = 0,19 (IC à 95 % : 0,11 à 0,27) Suivi à moyen terme (14 à 26 semaines): Quantité par semaine/mois (k = 11) : d+ = 0,15 (IC à 95 % : 0,01 à 0,30) Suivi à long terme (≥ 27 semaines) Quantité par semaine/mois (k = 11) : d+ = 0,08 (IC à 95 % : 0,02 à 0,19)
Cuijpers (2002) (66) Méta-analyse 1983 à 1995	12/12 n = 5250	Moyen (7)	Adolescents/ Âge NR	Programme en milieu scolaire de prévention d'usage des drogues mené par des pairs/ Universelles	Programme en milieu scolaire de prévention d'usage des drogues mené par des adultes	Usage de substances (tabac, alcool, marijuana) avant et après l'intervention	Toutes les substances Après l'intervention : DMN = 0,24 (IC à 95 % : 0,06 à 0,41) Suivi de 1 an : DMN = 0,16 (IC à 95 % : -0,06 à 0,37) Suivi de 2 ans : DMN = 0,08 (IC à 95 % : -0,05 à 0,21)	

Prevention	Ennett <i>et al.</i> (1994) (63) Revue systématique 1986 à 1993	8/2 n = 9317	Faible (2)	Adolescents/ Âge NR	<i>Drug Abuse resistance Education (DARE)</i> – programme en milieu scolaire de prévention d’usage des drogues/ Universelle	Écoles témoins sans programme DARE	Connaissances sur les drogues, attitudes envers l’usage des drogues, habiletés sociales, estime de soi, attitude envers la police	(IC à 95% : NR) Connaissances sur les drogues: AE moyenne = 0,42 Habilités sociales: AE moyenne = 0,19 Attitude envers la police: AE moyenne = 0,13 Attitudes envers l’usage des drogues: AE moyenne = 0,11 Estime de soi: AE moyenne = 0,06 Comportement lié aux drogues: AE moyenne = 0,06
	Faggiano <i>et al.</i> (2008) (72) Revue systématique 1963 à 2004	29/29 n = 12119	Élevé (9)	Adolescents /élèves de 6 ^e et de 7 ^e année (dans 18 études)	Interventions basées sur les aptitudes, au niveau émotionnel et basées sur les connaissances/ Universelles	Programmes scolaires habituels	Connaissances sur les drogues, attitudes envers les drogues, acquisition d’habiletés personnelles, usage de drogue par les pairs/adultes, intention d’utiliser des drogues, usage de drogues	Interventions basées sur les aptitudes (N = 11, n = 11718) Connaissances sur les drogues: DMP = 2,60 (IC à 95%: 1,17 à 4,03) Prise de décisions: DMP = 0,78 (IC à 95%: 0,46 à 1,09) Usage de drogues: RR = 0,81 (IC à 95%: 0,64 to 1,02) Usage de marijuana: RR = 0,82 (IC à 95%: 0,73 à 0,92) Usage de drogue dures: RR = 0,45 (IC à 95%: 0,24 à 0,85) Interventions au niveau émotionnel (N = 4, n = 126) Connaissance sur les drogues: DMP = 1,88 (IC à 95%: 1,27 à 2,50) Prise de décisions: DMP = 1,35 (IC à 95%: 0,79 à 1,91) Interventions basées sur les connaissances (N = 5, n = 275) Connaissance sur les drogues: DMP = 0,91 (IC à 95%: 0,42 à 1,39) Prise de décisions: DMP = -0,06 (IC à 95%: -0,60 à 0,47)
	Faggiano <i>et al.</i> (2014) (73) Revue systématique 1966 à 2013	51/51 n = 127146	Élevé (10)	Adolescents / élèves de 6 ^e et de 7 ^e année (dans la plupart des études)	Interventions en milieu scolaire: approche liée aux compétences sociales, approche liée aux influences sociales, approche combinée/ Universelles	Programmes scolaires habituels ou aucune intervention	Principales issues: Usage de drogues – marijuana, drogues dures (héroïne, cocaïne, crack), autres drogues, toute drogue	Compétences sociales Usage de marijuana < 12 mois (N = 4, n = 9456): RR = 0,90 (IC à 95%: 0,81 à 1,01) Usage de marijuana ≥ 12 mois (N = 1, n = 2678): RR = 0,86 (IC à 95%: 0,74 à 1,00) Usage de drogues dures < 12 mois (N = 1, n = 2090): RR = 0,69 (IC à 95%: 0,4 à 1,18) Usage de drogues dures > 12 mois (N = 1, n = 1075): DM = -0,01 (IC à 95%: -0,06 à 0,04) Usage de toute drogue < 12 mois (N = 2, n = 2512): RR = 0,27 (IC à 95%: 0,14 à 0,51) Influences sociales Usage de marijuana < 12 mois (N = 3, n = 10716): RR = 0,88 (IC à 95%: 0,72 à 1,07) Usage de marijuana ≥ 12 mois (N = 1, n = 5862): RR = 0,95 (IC à 95%: 0,81 à 1,13) Programmes combinés Usage de marijuana < 12 mois (N = 3, n = 8701): RR = 0,79 (IC à 95%: 0,59 à 1,05) Usage de marijuana ≥ 12 mois (N = 6, n = 26850): RR = 0,83 (IC à 95%: 0,69 à 0,99) Usage de drogues dures < 12 mois (N = 1, n = 693): RR = 0,85 (IC à 95%: 0,63 à 1,14) Usage de drogues dures ≥ 12 mois (N = 2, n = 1066): RR = 0,86 (IC à 95%: 0,39 à 1,90) Usage de toute drogue < 12 mois (N = 1, n = 6362): RR = 0,76 (IC à 95%: 0,64 à 0,89)

Prevention								
Foxcroft <i>et al.</i> (2002) (74) Revue systématique 1983 à 2000	56/41 n = 67951	Élevé (9)	Enfants, adolescents et jeunes adultes/ Jusqu'à 25 ans	Interventions psychosociales ou éducatives primaires pour prévenir le début de la consommation d'alcool ou le mauvais usage de l'alcool/ Universelles	Placebo, information seulement, aucune intervention, etc.	Usage d'alcool, âge au début de l'usage d'alcool, prise de 5 consommations et + en une seule occasion, ivresse, violence liée à l'alcool, etc.	<i>Strengthening Families Program</i> (N = 1) Long terme: NST = 9 sur 4 ans pour trois comportements liés à l'initiation à l'alcool (usage d'alcool, usage d'alcool sans permission et première ivresse) Formation en matière d'aptitudes axée sur la culture (N = 1) Long terme: NST = 17 sur 3 ½ ans pour 4 consommations et + au cours de la semaine précédente	
Foxcroft <i>et al.</i> (2003) (75) Revue systématique 2002 à 2010	12/12 n = > 5000	Élevé (11)	Enfants et adolescents / Jusqu'à 18 ans	Programmes axés sur la famille de prévention du mauvais usage de l'alcool/ Universelles	Tout autre programme de prévention ou aucun programme	Consommation d'alcool autodéclarée ou mesures objectives de la consommation d'alcool, usage d'alcool, prise de 5 consommations et + en une seule occasion, incidence d'ivresse	Effets significatifs sur le plan statistique dans 9 des 12 études incluses pour différentes mesures liées aux issues quant à la prévention du mauvais usage de l'alcool chez les jeunes, à court et à long terme	
Gottfredson <i>et al.</i> (2011) (69) Méta-analyse NR	94/94 n = NR	Élevé (8)	Enfants et adolescents / Jusqu'à 18 ans	Programmes en milieu scolaire de prévention de l'abus de substances/ Universelles	Aucun traitement ou traitement minimal	Usage d'alcool et d'autres drogues	Fin de l'école primaire (k = 40) AE moyenne = 0,05 (IC à 95%: 0,00 à 0,10) École intermédiaire/secondaire de premier cycle (k = 67) AE moyenne = 0,09 (IC à 95%: 0,05 à 0,14) Fin de l'école secondaire (k = 14) AE moyenne = 0,04 (IC à 95%: 0,05 à 0,14)	
Norberg <i>et al.</i> (2013) (70) Revue systématique 1987 à 2011	25/25 n = 42612	Moyen (7)	Enfants et adolescents / Jusqu'à 18 ans	Programmes de prévention primaire de l'usage de cannabis/ Universelles et ciblées	Aucun traitement, traitement habituel, intervention retardée, groupe témoin recevant un contact minimal	Fréquence de l'usage de cannabis	Programmes universels (N = 9): d = 0,08 à 5,26, méd. = 0,36 Programmes universels unimodaux (N = 4): d = 0,09 à 0,22, méd. = 0,13 Programmes universels multimodaux (N = 5): d = 0,08 à 5,26, méd. = 0,90 Programmes ciblés (N = 6): d = 0,07 à 0,74, méd. = 0,20 Programmes multimodaux (N = 5): d = 0,14 à 0,74, méd. = 0,20)	
Porath-Waller <i>et al.</i> (2010) (67) Méta-analyse 1999 à 2007	15/NR n = 15571	Moyen (5)	Enfants et adolescents / 12 à 19 ans	Programmes en milieu scolaire pour prévenir l'usage du cannabis/ Universelles	Autre programme ou aucun programme	Usage de cannabis autodéclaré	Programmes en milieu scolaire: d = 0,58 (IC à 95%: 0,55 à 0,62) Programme ≥ 15 séances (N = 8): d = 1,40 (IC à 95%: 1,33 à 1,47) Programme < 15 séances (N = 7): d = 0,10 (IC à 95%: 0,06 à 0,14) Présenté par une personne autre que l'enseignant (N = 5): d = 0,74 (IC à 95%: 0,61 à 0,87) Présenté par l'enseignant (N = 10): d = 0,57 (IC à 95%: 0,54 à 0,61) Programmes interactifs (N = 10): d = 0,57 (IC à 95%: 0,54 à 0,61) Programmes didactiques (N = 4): d = 0,02 (IC à 95%: 0,15 à 0,19) Enfants/adolescents plus jeunes, < 14 ans (N = 6): d = 0,17 (IC à 95%: 0,13 à 0,21) Adolescents plus vieux, ≥ 14 ans (N = 8): d = 0,39 (IC à 95%: 0,30 à 0,49)	

Prevention	Scott-Sheldon <i>et al.</i> (2012) (68) Méta-analyse NR	41/41 n = 24294	Moyen (6)	Adolescents / étudiants de première année au niveau collégial, âge moyen de 19 ans	Interventions collectives pour réduire l'usage d'alcool/ Universelles	Groupe de comparaison actif ou évaluation seulement	Consommation d'alcool: quantité consommée sur une période de temps, durant des intervalles spécifiques, fréquence des jours d'usage d'alcool, fréquence de la consommation excessive d'alcool	Consommation d'alcool Quantité, par semaine/mois: d+ fixe = 0,12 (IC à 95% : 0,08 à 0,16) d+ aléatoire = 0,13 (IC à 95% : 0,07 à 0,19) Quantité, intervalles spécifiques/jour d'usage d'alcool: d+ fixe = 0,11 (IC à 95% : 0,07 à 0,16) d+ aléatoire = 0,14 (IC à 95% : 0,07 à 0,21) Fréquence des jours d'usage d'alcool: d+ fixe = 0,07 (IC à 95% : 0,03 à 0,12) d+ aléatoire = 0,07 (IC à 95% : 0,02 à 0,13) Problèmes liés à l'alcool: d+ fixe = 0,07 (IC à 95% : 0,03 à 0,10) d+ aléatoire = 0,06 (IC à 95% : 0,03 à 0,15)
	Teesson <i>et al.</i> (2012) (76) Revue systématique 1995 à 2010	8/7 n = NR	Élevé (9)	Enfants et adolescents / 13 et 14 ans	Programmes de prévention de l'usage d'alcool et autres drogues (c. à.-d. cannabis et tabac) en milieu scolaire/ Universelles	NR	Connaissances, usage d'alcool ou de drogues, fréquence de l'usage d'alcool/de drogues après l'intervention ou lors du suivi	Intervalle des ampleurs de l'effet: 0,16 à 0,34 Intervalle du rapport des cotes: 0,83 à 1,02
	Thomas <i>et al.</i> (2011) (77) Revue systématique 1998 à 2005	4/4 n = 1194	Élevé (10)	Adolescents / 13 à 18 ans	Programmes de mentorat pour prévenir l'usage d'alcool ou de drogues/ Universelles	Programme standard d'éducation à la santé, counseling individuel ou groupe de soutien	Abstinence, usage d'alcool ou de drogues, réduction de la consommation, absence de progression dans l'usage des drogues/ de l'alcool, aucune implication dans des épisodes d'agressivité ou des accidents liés à l'alcool ou aux drogues	Surveillance vs aucune intervention (N = 2) RR = 0,71 (IC à 95% : 0,57 à 0,90)
	Thomas <i>et al.</i> (2013) (71) Revue systématique 1999 à 2012	6/6 n = 2423	Moyen (7)	Enfants/ 6 à 12 ans; Adolescents/ 13 à 18 ans	Programmes de mentorat pour prévenir l'usage d'alcool ou de drogues/ Ciblées	Groupe témoin ou autre intervention	Abstinence, nombre de sujets consommant de l'alcool ou des drogues au moins une fois par mois, réduction de la consommation d'alcool ou de drogues	Usage d'alcool (N = 2, n = 2266): RC = 0,72 (IC à 95% : 0,58 à 0,90) Usage de drogues (N = 2, n = 157): RC = 0,64 (IC à 95% : 0,04 à 9,97)

INTERVENTION NON PHARMACOLOGIQUES								
Traitement	Austin <i>et al.</i> (2005) (80) Revue systématique 1994 à 2004	5/5 n = 545	Moyen (4)	Adolescents / 12 à 18 ans	Interventions axées sur la famille à l'intention des adolescents ayant des problèmes d'usage de substances: thérapie familiale stratégique brève, thérapie familiale comportementale, thérapie familiale fonctionnelle, thérapie familiale multidimensionnelle, traitement multisystémique	Groupe témoin (traitement de groupe), counseling de soutien, thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale fonctionnelle, intervention éducative multi-familiale, etc.	Baisse de l'usage de drogues et d'alcool, diminution des problèmes comportementaux, amélioration du fonctionnement familial, amélioration de la fréquentation scolaire, satisfaction des parents, etc.	Thérapie familiale stratégique brève (n = 126): Après le traitement, alcool: AE = 0,21 Après le traitement, drogues: AE = 0,25 Thérapie familiale comportementale (n = 29): Après le traitement, alcool: AE = 0,30 Après le traitement, drogues: AE = 0,84 Thérapie familiale fonctionnelle (n = 120): Après le traitement, marijuana: AE = 1,00 Suivi de 3 mois, marijuana: AE = 0,41 Thérapie familiale multidimensionnelle (n = 152): Après le traitement, AAS: AE = 1,46 Suivi de 6 mois, AAS: AE = 1,28 Suivi de 12 mois, AAS: AE = 1,66 Traitement multisystémique (118): Après le traitement, alcool et marijuana: AE = 0,38 Suivi de 6 mois, alcool et marijuana: AE = 0,34 Après le traitement, autres drogues: AE = 0,22 Suivi de 6 mois, autres drogues: AE = 0,19
	Jensen <i>et al.</i> (2011) (78) Méta-analyse 1998 à 2008	21/3 n = 5 471	Moyen (5)	Adolescents et jeunes adultes / 12 à 23 ans	Interventions basées sur l'entrevue motivationnelle/ Universelles	NR	Usage de marijuana, usage d'alcool, usage de tabac, usage de drogues de rue et de multiples substances illicites	Après le traitement (N = 21): d = 0,16 (IC à 95%: 0,08 à 0,25) Suivi < 6 mois (N = 4): d = 0,32 (IC à 95%: 0,04 à 0,61) Suivi > 6 mois (N = 7): d = 0,13 (IC à 95%: 0,02 à 0,24)
	Tripodi <i>et al.</i> (2010) (79) Méta-analyse 1960 à 2008	16/16 n = NR	Moyen (6)	Adolescents/ 12 à 19 ans	Interventions pour réduire l'usage d'alcool: thérapie comportementale, thérapie cognitivo-comportementale, entrevue motivationnelle, thérapie familiale multisystémique	Groupe témoin, groupe témoin sur une liste d'attente, groupe recevant un traitement différent	Abstinence, fréquence de l'usage d'alcool, quantité d'alcool consommée	Résultats globaux: g = -0,61 (IC à 95%: -0,83 à -0,39) Suivi < 6 mois: g = 0,66 (IC à 95%: -0,94 à -0,37) Suivi > 6 mois: g = -0,49 (IC à 95%: -0,67 à -0,32) Interventions individuelles: g = -0,75 (IC à 95%: -1,05 à -0,40) Interventions familiales: g = -0,46 (IC à 95%: -0,66 à -0,26)
INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES								
	Pettinati <i>et al.</i> (2006) (81) Revue systématique 1990 à 2006	29/29 n = 5997	Moyen (5)	Jeunes adultes et adultes/ ≥ 18 ans	Naltrexone (antagoniste des récepteurs opioïdes)	Placebo	Deux issues liées à «toute consommation d'alcool» et deux autres liées à «la consommation d'alcool élevée ou excessive»	19 (70%) études cliniques sur 27 qui ont mesuré des réductions de la «consommation d'alcool élevée ou excessive» ont trouvé que la prescription de naltrexone affichait un avantage par rapport au placebo. 9 (36%) études cliniques sur 25 qui ont mesuré l'abstinence ou «toute consommation d'alcool» ont trouvé que la médication présentait un avantage par rapport au placebo.

AAS = alcool et autres substances

AE = ampleur de l'effet

AEM = ampleur de l'effet moyenne

AMSTAR = A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews (outil de mesure pour évaluer la qualité des revues systématiques)

d+ d, = ampleur de l'effet pondérée moyenne

DM = différence moyenne

DMN = différence moyenne normalisée

DMP = différence moyenne pondérée

ÉCR = étude contrôlée randomisée

ES = erreur standard

g = g de Hedges (ampleur de l'effet)*

IC = intervalle de confiance

k = nombre d'interventions

méd. = médiane

N = nombre d'études

n = nombre de participants

NST = nombre de sujets à traiter

NR = non rapporté

r = coefficient de corrélation

RC = rapport des cotes

RR = risque relatif.

*L'ampleur de l'effet ajustée au moyen de l'indice g de Hedges a été utilisée pour corriger le biais lié à la taille de l'échantillon (Tripodi, 2010)

Suicide/Tentative de Suicide

Introduction

Bien que des efforts importants aient été entrepris dans le monde entier pour mieux comprendre et prévenir le suicide, il demeure un enjeu majeur de santé publique⁴² et fait partie des causes de décès les plus importantes à l'échelle mondiale, selon l'Organisation mondiale de la santé. En fait, le suicide est la deuxième cause de décès en importance dans le monde chez les personnes de 15 à 29 ans (89). Au Canada, tout comme ailleurs dans le monde, le suicide constitue la deuxième cause majeure de décès chez les personnes de 10 à 34 ans⁴³. Il est important de noter qu'au Canada, au cours des 30 dernières années, 10 % des décès chez les jeunes de 10 à 14 ans et 23 % des décès chez les adolescents de 15 à 19 ans étaient attribuables au suicide (90). Au Québec, en 2008, les taux de suicide chez les adolescents de 15 à 19 ans s'élevaient à 11,4 et 4,9 par 100 000 personnes, pour les garçons et les filles, respectivement (91). Le suicide chez les jeunes et dans tous les groupes d'âge en général peut donc avoir un impact considérable sur de nombreuses familles et communautés.

Selon des données américaines publiées récemment, 12,1 % des adolescents ont eu des idées suicidaires sérieuses, et 4,1 % ont fait une tentative de suicide avant d'atteindre l'âge adulte (92). De même, au Québec, 5,9 % des adolescents de 15 ans ont déjà envisagé sérieusement de se suicider, et 2,8 % ont fait une tentative de suicide au cours de la dernière année (93). Fait important, les adolescents qui ont déjà fait une tentative de suicide ou qui se sont déjà mutilés présentent un risque élevé de mortalité par suicide (94,95) et des problèmes d'ajustement psychologique et social à l'âge adulte (96). Ces données indiquent que chez les adolescents, des efforts doivent être consacrés à la prévention des comportements suicidaires et à leur traitement efficace s'ils sont présents.

Revue de la Littérature

La revue de la littérature a permis de recenser cinq revues sur la prévention et le traitement du suicide et des tentatives de suicide (figure 5). Des détails relatifs à ces articles sont présentés au tableau 13, à la fin de la section.

Dépistage

La recherche documentaire exhaustive n'a permis de relever aucune revue publiée sur le dépistage du suicide et des tentatives de suicide.

Prévention

Les interventions de prévention sont des mesures visant à réduire la probabilité de suicide et d'autres comportements liés au suicide. Tel que mentionné dans les sections précédentes, ces interventions peuvent être universelles, ciblées ou indiquées, dépendant du niveau de risque de suicide des personnes ou des populations (97).

La stratégie de recherche employée dans ce projet n'a permis de trouver aucune revue sur les interventions universelles en milieu scolaire. Toutefois, les auteurs d'une revue des revues systématique menée récemment, portant sur un plan de prévention du suicide chez les jeunes au Canada (1), ont synthétisé les connaissances sur

les interventions de prévention du suicide chez les jeunes en milieu scolaire ou dans d'autres milieux. Cette revue incluait des revues systématiques et des méta-analyses de diverses études, incluant surtout des ÉCR et des études contrôlées de cohortes. Par contraste avec notre revue, qui n'a relevé aucune revue de ce type, Bennett *et al.* (1) ont recensé dix revues sur la prévention du suicide en milieu scolaire, dont sept de grande qualité, qui étaient incluses dans leur analyse. Ces sept revues, qui ont examiné 26 programmes universels et cinq programmes ciblés, n'ont relevé aucune diminution du taux de décès par suicide, mais ont rapporté une baisse des tentatives de suicide, des idées suicidaires et des mesures indirectes du risque de suicide.

Prévention Ciblée et Traitements

Le terme traitements fait référence aux interventions ciblant des sujets qui souffrent actuellement d'un trouble mental, dans le but de guérir ce trouble ou d'en atténuer les symptômes ou les effets (97). La présente recherche a permis de trouver quatre revues qui ont analysé les interventions ailleurs qu'en milieu scolaire et pertinentes pour les enfants et les adolescents ayant fait au moins une tentative de suicide. Deux de ces études sont des revues systématiques de qualité moyenne, axées sur les interventions psychosociales de prévention du suicide chez les jeunes (98,99). Les deux autres sont des méta-analyses, la première de qualité moyenne, qui visait à déterminer si les TCC réduisent le comportement suicidaire (100), et la deuxième, de grande qualité, rapportant l'efficacité d'interventions thérapeutiques spécifiques pour réduire l'automutilation suicidaire et non suicidaire chez les enfants et les adolescents présentant des problèmes d'automutilation (101). De plus, on a relevé une revue systématique de grande qualité évaluant l'efficacité et l'innocuité du traitement du risque suicidaire après le dépistage en soins primaires (102).

Dans leur méta-analyse de 19 ÉCR, Ougrin *et al.* (101) ont démontré la valeur des interventions psychologiques pour réduire l'automutilation chez les adolescents qui les reçoivent, comparativement aux groupes témoins. Les thérapies comportementale dialectique, cognitivo-comportementale et reposant sur la mentalisation affichaient une ampleur de l'effet plus importante. Lors d'une revue systématique, Corcoran *et al.* (98) ont également noté que les interventions psychologiques semblaient diminuer légèrement les incidents suicidaires et d'automutilation chez les adolescents après l'intervention, mais pas au suivi de 6 ou 7 mois. De plus, la fréquence des idées suicidaires était légèrement plus faible dans le groupe qui avait reçu l'intervention que dans les groupes témoins, après l'intervention et au moment du suivi. Les auteurs ont noté une homogénéité dans les caractéristiques des études incluses pour ce qui est de leur contribution à l'ampleur de l'effet.

Dans leur méta-analyse de 28 études auprès de populations d'adolescents et d'adultes, Tarrrier *et al.* (100) ont observé que la TCC est efficace pour diminuer les comportements suicidaires chez les adultes, mais pas chez les adolescents. Parmi les 21 ÉCR que Robinson *et al.* (99) ont analysées, ils ont trouvé une seule étude démontrant une baisse du nombre d'incidents d'automutilation chez les adolescents qui avaient reçu une TCC individuelle comparativement à ceux qui avaient reçu le traitement habituel. Dans le reste des études, il n'y avait aucune différence entre les

42 - Mental Health Commission of Canada, 2014: www.mentalhealthcommission.ca

43 - Public Health Agency of Canada, 2012: www.phac-aspc.gc.ca

autres interventions examinées et les groupes témoins. Bien que la TCC semble prometteuse, les auteurs ont suggéré que d'autres études devraient être menées pour établir la capacité de ce type d'interventions de réduire le risque de suicide chez les jeunes.

La revue effectuée par O'Connor *et al.* (102) incluait surtout des études sur les adultes et les populations de différents âges, mais 13 d'entre elles portaient spécifiquement sur les adolescents. Selon les auteurs, la psychothérapie n'a pas entraîné une baisse du nombre de tentatives de suicide chez les adolescents, et n'a pas produit d'effets bénéfiques sur les idées suicidaires comparativement aux soins habituels. En revanche, cette intervention a réduit le nombre de tentatives de suicide chez les adultes à risque élevé.

La revue de Bennett *et al.* (1) mentionnée plus haut incluait également 14 revues de grande qualité – sur les 23 qui avaient été relevées – pertinentes pour les jeunes ayant déjà fait au moins une tentative de suicide. En fait, quatre des cinq revues que nous avons trouvées dans le cadre de notre projet (98-101) font partie des 14 revues analysées par Bennett. Après les avoir analysées, les auteurs ont conclu que les programmes de transition mis en œuvre dans les salles d'urgence peuvent réduire les décès attribuables au suicide, les hospitalisations et la non-observance du traitement, et que la formation des professionnels en soins primaires sur le traitement de la dépression pourrait diminuer le nombre de tentatives de suicide répétées. Ils ont également noté que les antidépresseurs peuvent accroître le risque de suicide à court terme chez certains patients, et que cette augmentation est compensée par les réductions globales du nombre de suicides associées à ce traitement dans la population générale. Quant aux interventions psychologiques, les auteurs ont conclu que la prévention faisant appel à ce type d'interventions nécessite des études additionnelles (1).

Exemples de Meilleures Pratiques au Québec

Une initiative prometteuse menée depuis peu en Europe, le programme SELYE (*Saving and Empowering Young lives in Europe*) a pour but d'évaluer l'efficacité des interventions de prévention en milieu scolaire sur les comportements suicidaires (103). Cette étude multicentrique et contrôlée, randomisée en grappes, auprès de plus de 11 000 adolescents, a démontré que le programme *Youth Aware of Mental Health* (YAM), un programme de littératie en santé mentale, était associé à une réduction significative des tentatives de suicide et des idées suicidaires graves. Cependant, les mesures prises dans les autres groupes de l'étude, soit les enseignants jouant le rôle de sentinelles et le dépistage des jeunes à risque élevé par des professionnels en milieu scolaire, ne se sont pas révélées efficaces pour réduire le nombre de tentatives de suicide.

Le programme Solidaires pour la vie, conçu au Québec, inclut la composante YAM du programme SELYE (c.-à.-d. la sensibilisation). Il s'agit d'une intervention de proximité offerte en classe, qui vise à sensibiliser les élèves de 14 ans et plus, les parents et le personnel scolaire aux signes et symptômes de dépression, et reconnaissant celle-ci comme une affection qui peut mener à l'échec scolaire et même au suicide. Le programme fournit également des outils d'identification pertinents pour soutenir les élèves en détresse et les aider à trouver des ressources de counseling

appropriées. L'équipe responsable de présenter ce programme exhaustif, facilement disponible et gratuit est composée de deux coordonnateurs, d'un gestionnaire et de dix animateurs ayant reçu une formation adéquate. Chaque présentation, dont le contenu respecte les sensibilités et ne véhicule pas de jugement, dure de 50 à 75 minutes et est divisée en trois parties, en fonction de l'auditoire.

Depuis sa création en 1997 par la Fondation des maladies mentales⁴⁴, le programme **Solidaires pour la vie** a été offert à environ 50 000 adolescents et adultes par année. À ce jour, approximativement un million d'adolescents, plus de 10 000 parents et 30 000 membres du personnel dans 762 écoles l'ont suivi au Québec et dans deux autres provinces canadiennes, le Nouveau-Brunswick et l'Ontario. L'exposition des adolescents québécois à ce programme de prévention du suicide a été associée à une baisse du nombre de suicides d'environ 50% entre 1997 et 2012. Pendant cette période, le nombre de suicide a également diminué de près de 20% chez les adultes de 20 à 34 ans (91).

Bien qu'aucun article révisé par des pairs sur le programme Solidaires pour la vie ne soit disponible à l'heure actuelle, deux études⁴⁵ ont été réalisées environ en 2000 et ont été rapportées par Lesage et Moubarac en 2011. La première a révélé un taux d'appréciation élevé des étudiants concernant la pertinence de l'information du programme et le style de présentation du contenu. La seconde a indiqué que, après avoir suivi le programme, les jeunes avaient accru significativement leurs connaissances sur la dépression et avaient changé favorablement leur attitude à l'égard de la consultation des ressources. En outre, le Réseau québécois de recherche sur le suicide (RQRS) est d'avis que le programme répond à tous les critères définissant un bon programme de promotion de la santé (104), et a souligné l'importance d'une telle approche dans le réseau de la santé québécois⁴⁶.

Une autre meilleure pratique en matière de prévention du suicide au Québec inclut le Groupe multifamilial d'acquisition des compétences par la thérapie dialectique comportementale (GMAC-TDC) adapté pour les adolescents de 14 ans et plus et leur famille, qui est offert à l'Institut universitaire de santé mentale Douglas depuis près de 15 ans. Le programme, qui repose sur les écrits de Linehan (105) et de Miller *et al.* (106), comporte trois phases : 1) séances individuelles ou familiales pour établir des alliances ; 2) séances individuelles et de groupe multifamiliales pendant 20 semaines fondées sur une thérapie reposant sur un manuel (107) ; 3) suivi individuel de consolidation des acquis et séances familiales pendant 6 mois. Bien que le programme GMAC-TDC n'ait jamais fait l'objet d'une évaluation rigoureuse auprès de la population québécoise, il a été mis en œuvre dans des services de pédopsychiatrie ambulatoires tertiaires et a permis de traiter les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les comportements d'automutilation chez des centaines d'adolescents.

44 - www.fondationdesmaladiesmentales.org/

45 - Ces études ont été réalisées par le Dr Richard Boyer, un chercheur affilié au Centre de recherche Fernand-Seguin, de Montréal.

46 - Lesage, A. et Moubarac, J.-C. (2011) Solidaires pour la vie, un programme efficace de littératie en santé mentale : analyse et recommandations. Réseau québécois de recherche sur le suicide (éd.). Montréal.
http://reseau-suicide.gc.ca/documents/Solidaires_pour_la_vie_un_programme_efficace_de_litteratie_en_sante_mentale.pdf

Recommandations Relatives aux Lacunes en Matière de Recherche

À l'heure actuelle, on manque d'études contrôlées randomisées sur le dépistage des comportements suicidaires chez les enfants et les adolescents. On doit aussi réaliser des études plus précises visant à évaluer la valeur relative de la littératie en santé mentale, des sentinelles et des évaluations des jeunes à risque dans le cadre de programmes de prévention menés par des professionnels. Des études randomisées pragmatiques bien conçues doivent donc être effectuées pour examiner ces sujets. En ce qui concerne le traitement, les données probantes les plus solides appuient les thérapies de comportement dialectique, cognitivo-comportementales et reposant sur la mentalisation, qui incluent la participation des familles. Au Québec, le programme GMAC-TDC semble prometteur, mais il n'a pas encore été évalué. Dans une certaine mesure, les médicaments se sont aussi avérés prometteurs dans le traitement de la dépression, un facteur de risque évident de suicide. Toutefois, chez les adolescents, ils peuvent entraîner des effets néfastes liés aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide, qui nécessitent d'être mieux compris du point de vue de la santé publique (108).

FIGURE 5 – Diagramme de flux PRISMA - Suicide/Tentative de Suicide

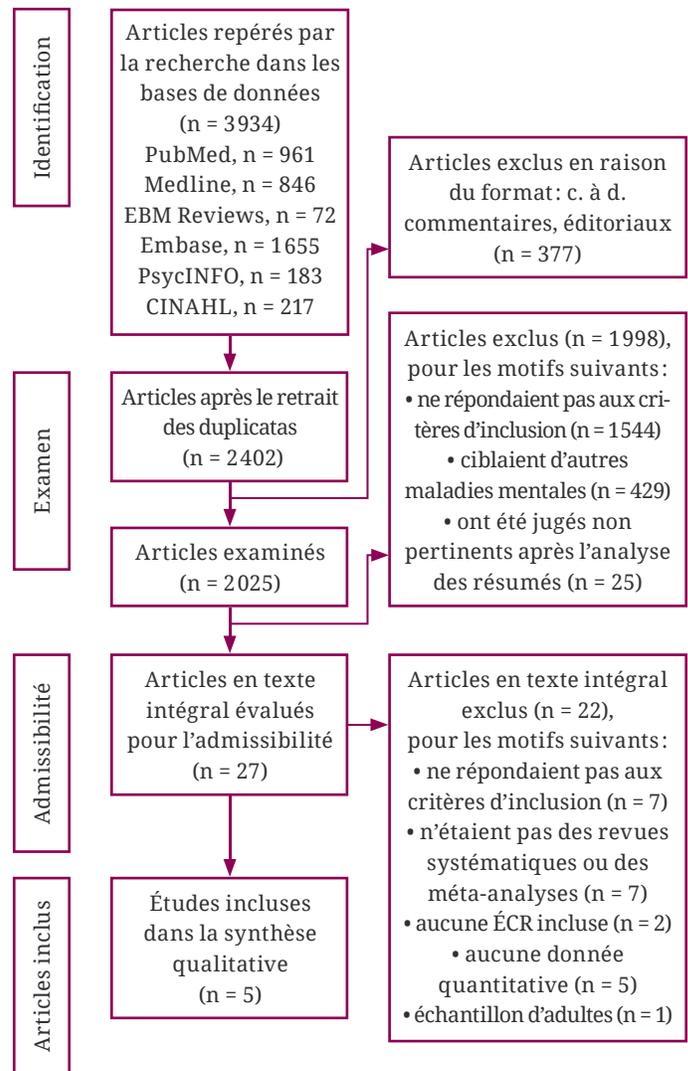


TABLEAU 12 – PRINCIPAUX CONSTATS - Suicide/Tentative de Suicide

Dépistage	Aucune donnée probante n'a été relevée
Prévention	Notre stratégie de recherche n'a permis de relever aucune donnée probante sur les interventions en milieu scolaire Toutefois, la revue des revues plus exhaustive menée par Bennett (1) appuie les interventions universelles en milieu scolaire, et une étude récente (103) indique que la littératie en santé mentale semble jouer un rôle essentiel dans la réduction du nombre de tentatives de suicide et d'idées suicidaires graves chez les adolescents qui fréquentent l'école
Traitement	Des données probantes limitées démontrent que les interventions psychologiques pourraient réduire les comportements suicidaires chez les adolescents ayant déjà fait une tentative de suicide

TABLEAU 13 – Résumé des constats - Suicide/Tentative de Suicide

	Auteurs (années) [n° de référence] Type d'étude Période couverte	N ^{bre} d'études (N) / n ^{bre} d'ÉCR n ^{bre} total de sujets (n)	AMSTAR Score	Population / Age	Intervention/ Type	Comparateur	Issues	Principaux résultats
Traitement	Corcoran <i>et al.</i> (2011) (98) Revue systématique NR à 2010	17/10 n = divers (voir « Principaux résultats »)	Moyen (7)	Enfants et adolescents/ 10 à 18 ans	Interventions psychosociales auprès des participants identifiés comme étant suicidaires	NR	Mesures auto-déclarées et standardisées de suicidalité, d'automutilation et d'incidents suicidaires, y compris les tentatives de suicide	Suicide et automutilation Après l'intervention (N = 6, n = 1200) RC total (effets fixes): 1,49 (IC à 95 %: 1,001 à 2,22) RC total (effets aléatoires): 1,51 (IC à 95 %: 1,008 à 2,274) Suivi de 6 à 7 mois (N=5, n=252) RC total (effets fixes): 0,68 (IC à 95 %: 0,38 à 1,22) RC total (effets aléatoires): 0,59 (IC à 95 %: 0,14 à 2,44) Idées suicidaires Après l'intervention (N = 9, n = 685) d de Cohen total (effets fixes): -0,25 (IC à 95 %: 0,41 à 0,10) d de Cohen total (effets aléatoires): -0,27 (IC à 95 %: -0,50 à 0,05)
	O'Connor <i>et al.</i> (2013) (102) Revue systématique 2002 à 2012	13/13 n = divers (voir « Principaux résultats »)	Élevé (8)	Adolescents/ NR	Psychothérapie	Soins habituels	Tentatives de suicide, idées suicidaires	Tentatives de suicide (N = 9, n = 1331): RR = 0,99 (IC à 95 %: 0,75 à 1,31) Idées suicidaires (N = 6, n = 629): DMN = -0,22 (IC à 95 %: -0,46 à 0,02)
	Ougrin <i>et al.</i> (2015) (101) Méta-analyse NR à 2014	19/19 n = 2176	Élevé (10)	Enfants et adolescents / 0 à 18 ans	Interventions thérapeutiques (IT): psychologiques et sociales (thérapies comportementale dialectique, cognitivo-comportementale et basée sur la mentalisation)	Traitement habituel ou placebo	Automutilation, notamment tentatives de suicide, automutilation non suicidaire, et/ou automutilation d'intention indéterminée	IT vs traitement habituel pour l'automutilation: DR groupée = -0,07 (IC à 95 %: -0,01 à -0,13); NST = 14 (IC à 95 %: 7,7 à 100) Risque d'automutilation: Groupe ayant reçu des IT: 28,3 % Groupe ayant reçu le traitement habituel: 33,2 % Réduction du risque absolu: 4,99 % (IC à 95 %: 1,01 à 8,97 %); NST = 21 (IC à 95 %: 11,2 à 98,5) sur une période de 10 mois en moyenne
	Robinson <i>et al.</i> (2011) (99) Revue systématique 1980 à 2010	21/21 (dont 6 études en cours) n = 1853	Moyen (7)	Enfants et adolescents/ 12 à 25 ans	Thérapie psychologique individuelle Thérapie psychologique de groupe	Traitement habituel, soins de routine, etc.	Comportements suicidaires: suicide, risque d'idées suicidaires, automutilation délibérée	TCC individuelle vs TH (N = 1, n = 77) Nombre d'incidents d'automutilation au suivi de 9 mois: DM = -3,4 (IC à 95 %: -6,54 à -0,26) Thérapie psychologique de groupe vs TH Idées suicidaires: Après l'intervention (N = 2, n = 374): DMN = -0,03 (IC à 95 %: 0,26 à 0,21) Suivi de 6 à 7 mois (N = 3, n = 437): DMN = -0,08 (IC à 95 %: -0,32 à 0,17) Suivi de 12 mois (N = 2, n = 374): DMN = -0,09 (IC à 95 %: -0,43 à 0,25)
	Tarrier <i>et al.</i> (2008) (100) Méta-analyse 1980 à NR	28/NR n = 3461	Moyen (7)	Adolescents (N = 7) Adultes (N = 21)/NR	Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou thérapies intégrant des composantes de la TCC	TH, aucun traitement, liste d'attente, autre type de traitement	Automutilation, comportement suicidaire	Adultes vs adolescents (0 à 3 mois après la fin du traitement) AE, échantillon d'adolescents (N = NR): g de Hedges combiné = -0,26 (IC à 95 %: -0,63 à 0,12), p = 0,175 AE, échantillon d'adultes (N = 18): g de Hedges combiné = -0,77 (IC à 95 %: -1,05 à -0,50), p < 0,0001

AE = ampleur de l'effet

AMSTAR = A Measurement Tool to Assess systematic Reviews (outil de mesure pour évaluer la qualité des revues systématiques)
CBT = Cognitive-behavioural therapy

DM = différence moyenne

DMN = Différence moyenne normalisée

DR = différence des risques

ÉCR = étude clinique randomisée

N = nombre d'études

n = nombre de participants

NST = nombre de sujets à traiter

NR = non rapporté

RC = rapport des cotes

RR = risque relatif

TCC = thérapie cognitivo-comportementale

TH = traitement habituel.

LIMITES

Compte tenu de l'ampleur du projet et du temps limité accordé pour son achèvement, la présente revue des revues comporte plusieurs limites. Ce travail, qui repose sur des revues systématiques et des méta-analyses, est fondé sur l'interprétation et le compte rendu des études primaires qui ont été effectués dans chacune des revues incluses. En outre, le niveau de preuve d'une étude donnée a été établi à un minimum de deux études contrôlées randomisées. Toutefois, ce niveau a été considéré comme approprié pour persuader les gestionnaires de programmes du système public de soins de santé de mettre à œuvre ou de poursuivre la mise en œuvre de ces interventions de manière systématique. Cela permet de cerner les interventions qui dominent de façon évidente, qui devraient être priorisées par rapport aux interventions qui ne sont pas étayées par ce niveau de preuve.

Dans le cadre de la présente revue, la recherche documentaire a été effectuée au moyen d'une stratégie de recherche englobant les cinq troubles mentaux à l'étude. Ainsi, nous sommes moins certains que toutes les revues pour chacun de ces troubles ont été recensées. En effet, nous avons été surpris de découvrir que notre stratégie de recherche n'a pas permis de relever les stratégies de prévention du suicide universelles et ciblées résumait dans la revue récente de Bennett *et al.* (1). Heureusement, nous avons consulté cette revue au début du projet et elle a servi de modèle pour notre propre revue. Malgré cette limite de la stratégie de recherche, nos résultats concordent avec les recommandations d'agences d'ÉTS réputées, telles que le National Institute for Health and Care Excellence (NICE), pour les troubles anxio-dépressifs, ou le Center for Disease Control et l'American Pediatric Association, pour le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, et ont été approuvés par les chercheurs ayant participé au projet, notamment la chercheuse de réputation internationale dans le domaine de l'abus de substances, la D^{re} Patricia Conrod, et la principale autorité clinique au Québec sur le trouble oppositionnel avec provocation, la D^{re} Leila Ben Amor.

Les contraintes de temps nous ont empêchés de valider les résultats et les recommandations finales de cette revue auprès d'un plus vaste groupe de chercheurs au pays et à l'échelle internationale. Les recommandations ont été formulées par un groupe de chercheurs de différentes spécialités, qui ne sont pas nécessairement des spécialistes en santé mentale. Elles ont ensuite été présentées à un comité formé de représentants des familles et des patients, des directions de la santé mentale et de la médecine de première ligne du MSSS, de la Fondation Graham Boeckh et du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS). Leurs suggestions ont été prises en compte et intégrées dans la version finale des recommandations, même si cela ne constitue pas une approbation de la part des membres du comité.

L'interruption prématurée du financement du projet par le conglomérat formé de la FRQS, de la Fondation Graham Boeckh et du MSSS a permis de relever seulement un ou deux exemples de meilleures pratiques pour chaque trouble mental. Ces exemples sont issus de l'expérience en innovation et en recherche des chercheurs qui ont participé au projet. Ces interventions efficaces en matière de prévention et de traitement dans le contexte québécois pourraient être très utiles à un responsable de la planification provinciale ou régionale qui souhaiterait mettre en œuvre les interventions répertoriées dans la présente revue.

CONCLUSION

Ce projet visait à mettre en lumière les interventions efficaces pour les cinq troubles mentaux les plus courants chez les enfants et les jeunes. Pour appuyer la planification des services du programme jeunesse du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et, possiblement, d'autres CISSS de la province, une revue des revues et un résumé des exemples des meilleures pratiques au Québec ont été réalisés.

La stratégie de recherche utilisée n'a permis de trouver aucune revue appuyant le dépistage et la détection précoce d'aucun des troubles, à l'exception d'une revue sur les troubles anxio-dépressifs. Bien que des questionnaires de détection existent⁴⁷, on manque d'études de mise en œuvre démontrant que la détection systématique des troubles mentaux au moyen de meilleurs instruments faciliterait l'accès aux traitements efficaces et mènerait à de meilleurs résultats.

En ce qui concerne la prévention, une distinction a été établie entre les interventions universelles, visant toute la population, les interventions ciblées, axées sur la population à risque, et les interventions indiquées, pour les sujets présentant certains symptômes. Pour les troubles anxio-dépressifs, de meilleures issues ont été obtenues avec des interventions de prévention ciblées et indiquées qui, en fait, étaient très semblables aux interventions thérapeutiques non pharmacologiques efficaces pour ces troubles. De même, pour l'abus de substances, les interventions ciblées et indiquées au moyen de l'acquisition d'aptitudes cognitives, par exemple, se sont avérées efficaces. La revue de Bennett (1) a mis en évidence les stratégies universelles de prévention du suicide, alors que l'étude de Wasserman (103) a révélé que la littératie en santé mentale acquise en milieu scolaire semble jouer un rôle essentiel dans la réduction du nombre de tentatives de suicide et d'idées suicidaires marquées chez les adolescents qui fréquentent l'école. Cependant, aucune intervention de prévention efficace n'a été recensée pour le TDAH, les troubles oppositionnels et les troubles de la conduite.

Des traitements efficaces ont été trouvés pour les cinq troubles mentaux les plus fréquents faisant l'objet de la présente revue : il s'agit de traitements non pharmacologiques (surtout psychothérapies et acquisition d'habiletés parentales) et pharmacologiques (antidépresseurs, médicaments pour le TDAH et tranquillisants majeurs pour les manifestations comportementales sévères). Les psychothérapies ont été les méthodes les plus efficaces pour l'abus de substances et les troubles anxio-dépressifs; les habiletés parentales ont dominé pour ce qui est des troubles oppositionnels, alors que le traitement pharmacologique s'est avéré l'approche la plus efficace pour le TDAH et une stratégie de rechange pour les troubles anxio-dépressifs. Les données probantes étaient limitées en ce qui concerne les tentatives de suicide.

Les exemples de meilleures pratiques au Québec résumés dans ce projet reposent sur l'expérience personnelle en recherche des investigateurs qui ont participé au projet. Parmi ces exemples figure un outil de détection validé pour la prise en charge du TDAH dans les milieux de soins primaires, des psychothérapies pour les troubles anxieux généralisés offertes par des psychologues aux enfants et

47 - Tels que Dominique Interactif, élaboré au Québec.

aux parents, un programme de formation en matière d'habiletés parentales pour gérer le trouble oppositionnel et les troubles de la conduite, un programme de détection et de traitement des jeunes à risque de consommation de substances dans les écoles secondaires et un programme spécialisé en consultation externe, à l'intention des jeunes à risque élevé de suicide.

Des lacunes en matière de recherche ont été signalées dans de nombreuses revues sur l'élaboration de nouvelles interventions. Toutefois, les recherches les plus urgentes à réaliser sont des études de mises en œuvre étayées par des études randomisées pragmatiques sur les interventions de prévention ciblées ou indiquées et la prise en charge des maladies, menées dans un environnement réel semblable à celui du Québec, en soins primaires, en milieu scolaire et au sein du système public de soins de santé spécialisé en santé mentale et en dépendances

Voici nos constats spécifiques pour chacun des cinq troubles mentaux à l'étude :

1. Troubles anxio-dépressifs

Tout d'abord, des données probantes limitées ont démontré que le dépistage et la détection précoce dans les écoles pourraient être efficaces pour réduire le fardeau de la dépression. Cependant, d'autres études doivent être menées pour clarifier et renforcer ces aspects. Ensuite, les interventions universelles, ciblées et indiquées sont efficaces dans la prévention des troubles anxio-dépressifs chez les enfants et les adolescents. Par ailleurs, les interventions ciblées et indiquées sont plus efficaces que les interventions universelles. Les programmes de prévention reposant sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) sont des interventions efficaces pour réduire le risque d'anxiété et de troubles de l'humeur. En outre, pour les troubles anxio-dépressifs caractérisés, les interventions non pharmacologiques, telles que la TCC et la TCC par ordinateur, sont efficaces pour traiter les symptômes d'anxiété et de dépression chez les enfants et les jeunes. Enfin, la médication pour traiter les troubles anxio-dépressifs a affiché une efficacité clinique faible à modérée dans les études cliniques randomisées. Toutefois, il importe de souligner que le traitement par les ISRS a été associé à des effets indésirables.

Il est nécessaire de réaliser d'autres études visant à déterminer la valeur des programmes de prévention universels et à explorer les interventions ciblées et indiquées comme la TCC dans le contexte canadien. De plus, le rôle de la médication par rapport à celui de la psychothérapie dans le cadre d'une approche thérapeutique par étapes pour le traitement des troubles anxio-dépressifs chez les enfants et les adolescents doit être démontré. Enfin, des études de mise en œuvre et sur le rapport coût-efficacité doivent être menées pour veiller à la meilleure utilisation des interventions efficaces en matière de médication, de psychothérapie et de TCC par ordinateur pour le traitement de l'anxiété et des troubles de l'humeur.

2. Trouble de déficit d'attention et hyperactivité (TDAH)

Aucune donnée probante n'a été relevée à l'appui d'interventions de dépistage ou de prévention du TDAH. Parmi les approches non pharmacologiques, les interventions comportementales se sont avérées efficaces pour atténuer les symptômes de TDAH chez les enfants et les adolescents, mais dans une moindre mesure que la médication. L'entraînement des fonctions cognitives et le

neurofeedback exercent des effets limités sur les symptômes de TDAH, alors que les programmes d'exercices aérobiques ont été efficaces pour améliorer les symptômes de TDAH chez les enfants et les adolescents qui prennent des médicaments réguliers. Les interventions pharmacologiques dominent sur le plan de l'efficacité. En effet, le méthylphénidate, en monothérapie ou en association avec la thérapie comportementale, a amélioré de façon marquée les symptômes de TDAH chez les enfants et les adolescents.

En ce qui concerne les autres troubles mentaux, certaines questions doivent être clarifiées dans le cadre d'études à venir. Des études visant à optimiser le traitement du TDAH dans les milieux de soins primaires et un suivi à long terme des effets défavorables possibles du traitement pharmacologique du TDAH devraient être effectuées. La recherche sur les interventions psychosociales doit également être poursuivie en vue de cerner les facteurs déterminants de ces interventions, les effets de leur association sur le TDAH et les troubles concomitants et la méthodologie appropriée pour leur mise en œuvre au sein du système de santé québécois.

3. Trouble oppositionnel avec provocation (TOP) ou de la conduite (TC)

Comme c'est le cas pour le TDAH, aucune donnée probante n'a été recensée pour étayer les interventions de dépistage ou de prévention de ces troubles. Les données probantes limitées recueillies dans cette section portent à croire que les interventions psychosociales à l'intention des enfants présentant un TOP semblent efficaces pour réduire leurs comportements perturbateurs. Les interventions en groupe visant à accroître les habiletés parentales se sont révélées particulièrement intéressantes. Quant aux interventions pharmacologiques, des données probantes de qualité moyenne étayaient l'utilisation de la rispéridone pour le traitement du comportement très perturbateur et très agressif, mais ses effets indésirables doivent être considérés sérieusement avant de la prescrire à des enfants. Les effets indésirables des antipsychotiques et des stabilisateurs de l'humeur pèsent souvent plus lourd dans la balance que la qualité des données probantes appuyant leur efficacité. Cependant, en présence d'un TDAH concomitant, le traitement pharmacologique du TDAH atténue également de façon marquée les symptômes du trouble oppositionnel ou de la conduite.

Les études à venir devraient analyser l'impact à long terme sur le TOP et le TC des interventions psychosociales multimodales qui incluent une formation en matière d'habiletés parentales. Il serait aussi d'un grand intérêt d'étudier la durée optimale de ces interventions et le stade de développement pendant lequel elles devraient être menées. La qualité des données probantes à l'appui des interventions pharmacologiques dans le traitement du TOP et du TC est limitée. La médication pourrait compléter les interventions psychosociales lorsqu'elles ne s'avèrent pas assez efficaces. Une étude clinique pragmatique pourrait être réalisée pour définir la séquence en situations réelles des interventions pharmacologiques et des interventions psychosociales potentiellement efficaces, selon la gravité de la maladie et le stade de développement des enfants.

4. Abus de substances

D'abord, aucune donnée probante n'a été relevée à l'appui du dépistage systématique universel. Ensuite, les programmes de prévention les plus efficaces destinés aux adolescents reposent sur l'acquisition

d'aptitudes cognitivo-comportementales, comme la prise de décisions, la résistance à la pression des pairs et l'établissement d'objectifs. Les interventions ciblées et les programmes de mentorat sont efficaces pour prévenir la consommation de substances chez les jeunes, alors que les interventions axées sur la famille ont des effets modestes mais uniformes, qui persistent à moyen et à long terme. D'autre part, les interventions efficaces pour le traitement de l'abus de substances caractérisé incluent notamment la thérapie familiale multidimensionnelle et l'entrevue motivationnelle. En ce qui concerne les interventions pharmacologiques, une seule revue a démontré que le naltrexone est plus efficace qu'un placebo pour réduire la consommation excessive d'alcool.

Les études à venir sur le dépistage devraient tenter d'établir une méthode de dépistage fiable, de déterminer l'efficacité du dépistage par ordinateur et d'examiner les bienfaits du dépistage systématique auprès d'échantillons d'adolescents. La littérature sur la prévention souligne la nécessité de mener des études cliniques randomisées explorant différents milieux, groupes d'âge et cultures, pour accroître le potentiel de généralisation des résultats. En outre, il est nécessaire de mener davantage d'études rigoureuses sur le traitement de l'abus de substances afin d'évaluer l'efficacité de la pharmacothérapie pour le mauvais usage de substances chez les adolescents. En ce qui concerne les psychothérapies, davantage d'études sur l'efficacité comparative doivent être effectuées pour établir dans quelle mesure la participation des parents est bénéfique pour l'adolescent lors des interventions individuelles.

5. Tentatives de suicide

Aucune donnée probante ne soutenait le recours au dépistage universel pour la prévention des tentatives de suicide. En outre, notre recherche n'a permis de repérer aucune donnée probante relative à la prévention. Cependant, la revue des revues plus exhaustive menée par Bennett (1) appuie les interventions universelles en milieu scolaire, et une étude récente (103) indique que la littératie en santé mentale semble jouer un rôle essentiel dans la réduction du nombre de tentatives de suicide et d'idées suicidaires graves chez les adolescents qui fréquentent l'école. De plus, les données limitées qui ont été relevées ont démontré que les interventions psychologiques pourraient réduire les comportements suicidaires chez les adolescents ayant déjà fait une tentative de suicide, qui sont généralement traités dans des services de soins spécialisés en santé mentale.

Des études randomisées pragmatiques et bien conçues doivent être réalisées pour examiner des sujets tels que le dépistage des comportements suicidaires chez les enfants et les adolescents, et évaluer la valeur relative de la littératie en santé mentale, des sentinelles et de l'évaluation des jeunes à risque dans le cadre de programmes de prévention menés par des professionnels. La médication semble également prometteuse dans le traitement de la dépression, un facteur de risque évident de suicide, mais elle pourrait entraîner des effets néfastes liés aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide chez les adolescents. Ce phénomène a besoin d'être mieux compris du point de vue de la santé publique.

RECOMMANDATIONS LIÉES À LA RECHERCHE

L'essai publié en 2008 par l'Institute of Health Economics (IHE), l'agence albertaine d'évaluation des technologies de la santé (ÉTS), et l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research a mis en évidence la valeur des résultats des ÉTS pour cerner les lacunes en matière de recherche (109). L'essai a également insisté sur le fait que la commande de recherches qui accordent de l'importance à ces données probantes afin d'établir les bienfaits attendus pour la santé de données probantes additionnelles favoriserait une recherche priorisée à travers les réseaux ou les regroupements de chercheurs aux dépens de la recherche libre. Cependant, cela représenterait un défi pour les organismes existants qui accordent des subventions de recherche en santé, dont le fonctionnement est fondé sur des projets entrepris par des chercheurs. Au Royaume-Uni, le système public de soins de santé (les National Health Services – NHS) a financé une nouvelle agence, distincte du Medical Research Council, pour permettre la création d'un réseau de recherche en services de santé⁴⁸, dont le rôle est de combler les lacunes liées aux études de mise en œuvre. Au Canada, la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP)⁴⁹, élaborée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et destinée aux soins primaires, est structurée de cette façon. Cependant, la SRAP pour les réseaux de santé mentale chez les jeunes a été établie à la suite d'une proposition conventionnelle, menée par des investigateurs. Les recommandations relatives à la recherche présentées à la section suivante s'inscrivent dans un modèle de recherche sur les services géré collectivement et guidé par la littérature. Dans ce modèle, on compare les bienfaits pour la santé attendus de données probantes additionnelles pour choisir le prochain projet le plus pertinent à réaliser, afin d'appuyer la mise en œuvre d'une intervention ou d'un programme par rapport à une intervention ou un programme existant, ou à l'absence d'interventions (110).

Recommandation n° 1

On devrait répéter l'Enquête nationale sur la santé mentale des jeunes de 6 à 18 ans, réalisée dans les années 1990, dans le but d'évaluer la présence des troubles mentaux courants, le recours aux services de santé et aux services sociaux en milieu scolaire, en soins primaires ou en soins spécialisés (relevant du système public), en pratique privée et dans les organismes communautaires. L'étude devrait aussi mesurer la satisfaction des parents, leurs propres besoins en matière de soins et de soutien et les obstacles entravant l'accès aux services dans leur communauté. Cette enquête devrait être menée de nouveau à tous les cinq ans, ce qui permettrait de surveiller l'amélioration ou la détérioration des services et cerner des lacunes en matière de services dans les régions ou à l'échelle provinciale.

Recommandation n° 2

Comme complément adéquat à cette enquête sur l'utilisation des services, et pour une surveillance étroite et précise des services médicaux destinés aux enfants et aux adolescents, les bases de données administratives sur la santé pourraient être mieux exploitées et plus accessibles aux intervenants dans toutes les régions du Québec. Par exemple, au cours des dix dernières années,

48 - www.networks.nhs.uk

49 - www.cihr-irsc.gc.ca/e/41204.html

l'exploitation des données du système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une division de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), a mené à la production de brochures sur la prévalence, le recours aux médecins spécialistes et aux médecins de famille, l'espérance de vie pour tous les groupes d'âge et tous les troubles mentaux, notamment les troubles anxio-dépressifs, le TDAH, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les troubles du spectre autistique. L'emploi de ces bases de données permettrait ainsi d'effectuer l'examen systématique et interactif des éléments suivants: I. incidence, prévalence des troubles mentaux courants et graves traités, prévalence à vie de ces troubles et leurs affections physiques concomitantes; II. trajectoires et profils de l'utilisation des soins primaires et des soins spécialisés, de l'hospitalisation, des salles d'urgence et des services ambulatoires; III. répartition des troubles mentaux et schémas d'utilisation des services selon les régions administratives (CISSS) ou les zones métropolitaine, urbaines, semi-urbaines et rurales du Québec; IV. indicateurs de la qualité des services aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes en ce qui concerne les troubles mentaux fréquents.

Recommandation n° 3

Des traitements efficaces existent pour la plupart des troubles mentaux fréquents ou graves chez les enfants et les adolescents. Toutefois, au Québec, il n'y a pas suffisamment de protocoles de gestion des maladies en situations réelles. En général, de tels protocoles impliqueraient des groupes de médecine familiale ou des écoles, et associeraient des traitements efficaces dans une approche thérapeutique par étapes et, à l'occasion, des consultations de services spécialisés ou une orientation vers ces services, dans le cadre d'un modèle de gestion des maladies chroniques. Ainsi, des études randomisées pragmatiques en grappes, de concert avec des études de mise en œuvre et sur le rapport coût-bénéfices, pourraient être menées pour élucider ces questions.

Recommandation n° 4

Les interventions de prévention peuvent être universelles (viser l'ensemble de la population), ciblées (à l'intention des personnes présentant des facteurs de risque) ou indiquées (pour celles qui présentent déjà des symptômes). Les chercheurs québécois devraient participer à des études canadiennes ou internationales portant sur des programmes de prévention universels. Entretemps, les interventions de prévention destinées aux groupes à risques cernés dans ce projet, surtout les patients présentant des troubles anxio-dépressifs ou une consommation abusive de substances, pourraient faire l'objet d'études randomisées pragmatiques en grappes, et d'études de mise en œuvre et sur le rapport coût-bénéfices.

Recommandation n° 5

Pour faciliter la transmission et la mise en œuvre des connaissances dans le continuum réel de la santé et des services sociaux au Québec, un réseau de recherche devrait également soutenir les activités suivantes: i) des revues de la littérature rigoureuses portant sur d'autres troubles ou traitements; ii) des conférences de consensus; iii) un symposium annuel mettant en évidence les meilleures pratiques au Québec en lien avec les troubles mentaux les plus fréquents ou les plus coûteux (c. à d. troubles anxio-dépressifs, TDAH, troubles de la conduite, abus de substances, prévention du suicide, psychoses et troubles du spectre autistique), impliquant la coordination des

quatre principaux types d'acteurs dans un système équilibré de soins en santé mentale à l'intention des enfants et des adolescents: a) médecins de famille; b) services en milieu scolaire; c) secteur privé (c. à d. psychologues en pratique privée); d) spécialistes médicaux (c. à d. pédiatres) et en santé mentale (c. à d. pédopsychiatres) et services de traitement des toxicomanies.

Recommandation n° 6

Les troubles mentaux fréquents chez les enfants et les adolescents sont des maladies chroniques. Le modèle de prise en charge des maladies chroniques est bien connu en soins primaires, et il repose sur trois acteurs: le médecin de famille, l'infirmière en soins primaires et le pharmacien communautaire. Nous ajouterions à cette liste des professionnels invités, notamment des psychologues en pratique privée, d'autres types de professionnels travaillant en milieu scolaire, des spécialistes en santé mentale ou des consultants en toxicomanie. Cependant, l'élément le plus important dans le modèle de gestion des maladies chroniques demeure le partenariat avec le patient et sa famille, et la participation de ceux-ci. Par conséquent, le programme de recherche, la réalisation des études, la transmission des connaissances ainsi que la planification et la prestation des services devraient être régis en partenariat avec des représentants des familles et des jeunes.

Recommandation n° 7

Le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)⁵⁰ du Québec fait partie intégrante de la Direction de la santé mentale du MSSS. Il est financé et géré par le MSSS en collaboration avec ses trois instituts universitaires en santé mentale. Le CNESM est l'équivalent des technical assistance centers (TAC) (centres d'assistance technique) de certains États américains, qui soutiennent et surveillent la mise en œuvre des meilleures pratiques (111). Le CNESM et les TAC sont responsables de la formation, de la communication, de la supervision et du contrôle de la qualité en matière d'interventions psychosociales systémiques ou individuelles. Actuellement, le CNESM appuie les équipes de suivi intensif et les équipes de soutien d'intensité variable à l'intention des patients souffrant de maladies mentales graves. Il a également commencé à soutenir la mise en œuvre d'équipes en santé mentale de première ligne dans les CLSC. Cependant, ce modèle pourrait être réexaminé à la suite de la réorganisation du système de santé imposée par la Loi 10 depuis 2014.

Un réseau de recherche en santé mentale pour les jeunes de 6 à 25 ans doit jouer le rôle de conseiller scientifique auprès du CNESM, pour l'appuyer dans la mise en œuvre de services de santé mentale efficaces, acceptables sur le plan social et abordables, qui assureraient des soins optimaux destinés aux jeunes et à leur famille dans la collectivité. La Direction des services sociaux – dépendance et services aux jeunes et la direction de médecine de première ligne du MSSS, devraient aussi jouer un rôle et collaborer avec le CNESM. Le réseau de recherche, en constante collaboration avec ces directions, des représentants des familles et des jeunes et le CNESM, veillerait à la mise en application de la détection, de la prévention et des traitements efficaces, ainsi qu'à la formation et à la surveillance de la qualité dans toutes les régions du Québec. Le réseau de recherche serait particulièrement utile pour identifier les formateurs et les superviseurs en interventions psychosociales et contribuer à la création d'outils et d'indicateurs de qualité, dans un esprit d'amélioration constante de la qualité.

50 - www.douglas.qc.ca/section/cnesm-298?locale=fr

ANNEXE — STRATÉGIE DE RECHERCHE

Santé mentale des jeunes de 6 à 25 ans

PUBMED (19 JUIN 2015)

Résultats: 961

1 Santé mentale (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

anxiety disorder*[TI] OR depressive disorder*[TI] OR depression disorder*[TI] OR "Anxiety Disorders"[MH] OR "Depressive Disorder"[MH:NOEXP] OR "Depressive Disorder, Major"[MH] OR ((drug[TI] OR drugs[TI] OR alcohol*[TI] OR substance*[TI] OR cannabis[TI] OR cocaine[TI] OR heroin[TI] OR crack[TI]) AND (dependen*[TI] OR use[TI] OR uses[TI] OR used[TI] OR user[TI] OR users[TI] OR abuse*[TI] OR addict*[TI] OR disorder*[TI] OR toxicoman*[TI])) OR Drug Users[MH] OR Behavior, Addictive[MH] OR Substance-Related Disorders[MH] OR Attention Deficit Disorder with Hyperactivity[TI] OR Attention Deficit Disorders with Hyperactivity[TI] OR Attention Deficit Hyperactivity Disorder[TI] OR Attention Deficit Hyperactivity Disorders[TI] OR ADHD[TI] OR ADHDs[TI] OR hyperactivity[TI] OR Oppositional Defiant Disorder[TI] OR Oppositional Defiant Disorders[TI] OR oppositional disorder*[TI] OR Disruptive Behavior Disorder[TI] OR Disruptive Behavior Disorders[TI] OR impulsive behavior*[TI] OR temper dysregulation[TI] OR conduct disorder[TI] OR "Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders"[MH] OR suicid*[TI] OR self kill*[TI] OR Suicide[MH]

2 Jeunesse (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

child[TI] OR child's[TI] OR children[TI] OR childhood[TI] OR childcare[TI] OR kid[TI] OR kid's[TI] OR kids[TI] OR juvenil*[TI] OR prepube*[TI] OR pre-pube*[TI] OR puber[TI] OR pubert*[TI] OR pubescen*[TI] OR preadolesc*[TI] OR pre-adolesc*[TI] OR ado[TI] OR ados[TI] OR adolescen*[TI] OR teen[TI] OR teens[TI] OR teenage*[TI] OR youth[TI] OR youths[TI] OR youth's[TI] OR youngster*[TI] OR young adult*[TI] OR early adulthood[TI] OR emerging adulthood[TI] OR "Child"[MH:NOEXP] OR "Child Development"[MH:NOEXP] OR "Child Behavior"[MH:NOEXP] OR Child Health Services[MH:NOEXP] OR Child Care[MH:NOEXP] OR "Minors"[MH] OR Puberty[MH] OR "Adolescent"[MH] OR "Adolescent Development"[MH] OR "Adolescent Behavior"[MH] OR Adolescent Health Services[MH]

3 Modèles d'intervention

prevent*[TI] OR control*[TI] OR manag*[TI] OR reduc*[TI] OR improv*[TI] OR screen[TI] OR screens[TI] OR screening*[TI] OR treat[TI] OR treatment*[TI] OR cure[TI] OR model[TI] OR models[TI] OR program[TI] OR programs[TI] OR programme*[TI] OR plan[TI] OR plans[TI] OR planning[TI] OR intervene[TI] OR intervention*[TI] OR framework*[TI] OR project*[TI] OR campaign*[TI] OR tool[TI] OR tools[TI] OR tooling*[TI] OR template*[TI] OR Prevention and Control[SH] OR Preventive Health Services[MH:NOEXP] OR Diagnostic Services[MH] OR Preventive Medicine[MH:NOEXP] OR Primary Prevention[MH]

4 Type d'études (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(systematic*[TI] AND review*[TI]) OR systematic review*[TIAB] OR metaanaly*[TIAB] OR meta-analy*[TIAB] OR Cochrane Database Syst Rev[TA] OR "Evid Rep Technol Assess (Summ)"[TA] OR "Evid Rep Technol Assess (Full Rep)"[TA] OR "Meta-Analysis"[PT] OR (Review[PT] AND systematic*[TIAB]) OR guideline[TI] OR guidelines[TI] OR best practice[TI] OR best practices[TI] OR good practice [TI] OR good practices[TI] OR "Practice Guideline"[PT] OR "Practice Guidelines as Topic"[MH]

5 Combinaisons et limites

(#1 AND #2 AND #3 AND #4) AND (1980:2016[DP] AND (english[LA] OR french[LA]))

MEDLINE (OVID) ET BASE DE DONNÉES EBM REVIEWS (19 JUIN 2015)

EBM Reviews: Cochrane Database of Systematic Reviews, ACP Journal Club, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Methodology Register, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database

Résultats: 846 et 72

1 Santé mentale (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(anxiety disorder* OR depressive disorder* OR depression disorder* OR ((drug OR drugs OR alcohol* OR substance* OR cannabis OR cocaine OR heroin OR crack) ADJ3 (dependen* OR "use" OR uses OR used OR user OR users OR abuse* OR addict* OR disorder* OR toxicoman*)) OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Disorders with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorders" OR ADHD OR ADHDs OR hyperactivity OR "Oppositional Defiant Disorder" OR "Oppositional Defiant Disorders" OR oppositional disorder* OR "Disruptive Behavior Disorder" OR "Disruptive Behavior Disorders" OR impulsive behavior* OR temper dysregulation OR conduct disorder).ti OR EXP "Anxiety Disorders"/ OR "Depressive Disorder"/ OR "Depressive Disorder, Major"/ OR Drug Users/ OR Behavior, Addictive/ OR EXP Substance-Related Disorders/ OR EXP "Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders"/ OR (suicid* OR "self kill*").ti OR EXP Suicide/

2 Jeunesse (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(child OR child's OR children OR childhood OR childcare OR kid OR kid's OR kids OR juvenil* OR prepube* OR pre-pube* OR puber OR pubert* OR pubescen* OR preadolesc* OR pre-adolesc* OR ado OR ados OR adolescen* OR teen OR teens OR teenage* OR youth OR youths OR youth's OR youngster* OR young adult* OR early adulthood OR emerging adulthood).ti OR "Child"/ OR "Child Development"/ OR "Child Behavior"/ OR Child Health Services/ OR Child Care/ OR "Minors"/ OR EXP Puberty/ OR "Adolescent"/ OR "Adolescent Development"/ OR "Adolescent Behavior"/ OR Adolescent Health Services/

3 Modèles d'intervention

(prevent* OR control* OR manag* OR reduc* OR improv* OR screen OR screens OR screening* OR treat OR treatment* OR cure OR model OR models OR program OR programs OR programme* OR plan OR plans OR planning OR intervene OR intervention* OR framework* OR project* OR campaign* OR tool OR tools OR tooling* OR template*).ti OR Preventive Health Services/ OR exp Diagnostic Services/ OR Preventive Medicine/ OR Primary Prevention/

4 Type d'études (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(systematic* ADJ2 review*).ti OR (systematic review* OR metaanaly* OR meta-analy*).ti,ab OR (Cochrane Database of Systematic Reviews OR "Evidence Report: Technology Assessment (Summary)" OR "Evidence Report/Technology Assessment").jn OR meta-analysis/ OR ("Review"/ AND (systematic*)).ti,ab OR (guideline OR guidelines OR best practice OR best practices OR good practice OR good practices).ti OR "Practice Guideline"/ OR "Practice Guidelines as Topic"/

5 Combinaisons et limites

1 AND 2 AND 3 AND 4

..l/ 5 yr=1980-2016

6 AND (english OR french).lg

EMBASE (19 JUIN 2015)

Résultats : 1655

1 Santé mentale (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(anxiety disorder* OR depressive disorder* OR depression disorder* OR ((drug OR drugs OR alcohol* OR substance* OR cannabis OR cocaine OR heroin OR crack) ADJ3 (dependen* OR "use" OR uses OR used OR user OR users OR abuse* OR addict* OR disorder* OR toxicoman*)) OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Disorders with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorders" OR ADHD OR ADHDS OR hyperactivity OR "Oppositional Defiant Disorder" OR "Oppositional Defiant Disorders" OR oppositional disorder* OR "Disruptive Behavior Disorder" OR "Disruptive Behavior Disorders" OR impulsive behavior* OR temper dysregulation OR conduct disorder).ti OR EXP Anxiety Disorder/ OR EXP depression/ OR "drug use"/ OR EXP addiction/ OR attention deficit disorder/ OR oppositional defiant disorder/ OR (suicid* OR "self kill*").ti OR EXP suicidal behavior/

2 Jeunesse (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(child OR child's OR children OR childhood OR childcare OR kid OR kid's OR kids OR juvenil* OR prepube* OR pre-pube* OR puber OR pubert* OR pubescen* OR preadolesc* OR pre-adolesc* OR ado OR ados OR adolescen* OR teen OR teens OR teenage* OR youth OR youths OR youth's OR youngster* OR young adult* OR early adulthood OR emerging adulthood).ti OR Child/ OR Child Development/ OR Child Behavior/ OR child health care/ OR Child Care/ OR "minor (person)"/ OR EXP Puberty/ OR Adolescent/ OR "Adolescent Development"/ OR Adolescent Behavior/

3 Modèles d'intervention

(prevent* OR control* OR manag* OR reduc* OR improv* OR screen OR screens OR screening* OR treat OR treatment* OR cure OR model OR models OR program OR programs OR programme* OR plan OR plans OR planning OR intervene OR intervention* OR framework* OR project* OR campaign* OR tool OR tools OR tooling* OR template*).ti OR "prevention and control"/ OR prevention/ OR control/ OR control strategy/ OR Preventive Health Services/ OR Preventive Medicine/ OR Primary prevention/

4 Type d'études (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(systematic* ADJ2 review*).ti OR (systematic review* OR metaanaly* OR meta-analy*).ti,ab OR (Cochrane Database of Systematic Reviews OR "Evidence Report: Technology Assessment (Summary)" OR "Evidence Report/Technology Assessment").jn OR meta-analysis/ OR "systematic review"/ OR (guideline OR guidelines OR best practice OR best practices OR good practice OR good practices).ti OR EXP "Practice Guideline"/

5 Combinaisons et limites

1 AND 2 AND 3 AND 4
..l/ 5 yr=1980-2016
6 AND (english OR french).lg

PsycINFO (19 JUIN 2015)

Résultats : 183

1 Santé mentale (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(anxiety disorder* OR depressive disorder* OR depression disorder* OR ((drug OR drugs OR alcohol* OR substance* OR cannabis OR cocaine OR heroin OR crack) ADJ3 (dependen* OR "use" OR uses OR used OR user OR users OR abuse* OR addict* OR disorder* OR toxicoman*)) OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Disorders with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorders" OR ADHD OR ADHDS OR hyperactivity OR "Oppositional Defiant Disorder" OR "Oppositional Defiant Disorders" OR oppositional disorder* OR "Disruptive Behavior Disorder" OR "Disruptive Behavior Disorders" OR impulsive behavior* OR temper dysregulation OR conduct disorder).ti OR EXP Anxiety Disorders/ OR EXP depression/ OR "Depression (Emotion)"/ OR EXP Drug Abuse/ OR EXP addiction/ OR attention deficit disorder/ OR oppositional defiant disorder/ OR (suicid* OR "self kill*").ti OR EXP Suicide/ OR Suicidal Ideation/ OR Attempted Suicide/ OR Suicide Prevention/ OR Suicide Prevention Centers/ OR Suicidology/

2 Jeunesse (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(child OR child's OR children OR childhood OR childcare OR kid OR kid's OR kids OR juvenil* OR prepube* OR pre-pube* OR puber OR pubert* OR pubescen* OR preadolesc* OR pre-adolesc* OR ado OR ados OR adolescen* OR teen OR teens OR teenage* OR youth OR youths OR youth's OR youngster* OR young adult* OR early adulthood OR emerging adulthood).ti OR Child/ OR Childhood Development/ OR EXP Puberty/ OR Adolescent/ OR Adolescent Development/

3 Modèles d'intervention

(prevent* OR control* OR manag* OR reduc* OR improv* OR screen OR screens OR screening* OR treat OR treatment* OR cure OR model OR models OR program OR programs OR programme* OR plan OR plans OR planning OR intervene OR intervention* OR framework* OR project* OR campaign* OR tool OR tools OR tooling* OR template*).ti OR Prevention/ OR Diagnosis/ OR Preventive Medicine/

4 Type d'études (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(systematic* ADJ2 review*).ti OR (systematic review* OR metaanaly* OR meta-analy*).ti,ab OR Meta Analysis/ OR (Literature Review/ AND (systematic*)).ti,ab OR (guideline OR guidelines OR best practice OR best practices OR good practice OR good practices).ti OR Best Practices/

5 Combinaisons et limites

1 AND 2 AND 3 AND 4
..l/ 5 yr=1980-2016
6 AND (english OR french).lg

1 Santé mentale (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

TI("anxiety disorder*" OR "depressive disorder*" OR "depression disorder*" OR ((drug OR drugs OR alcohol* OR substance* OR cannabis OR cocaine OR heroin OR crack) ADJ3 (dependen* OR "use" OR uses OR used OR user OR users OR abuse* OR addict* OR disorder* OR toxicoman*)) OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Disorders with Hyperactivity" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorder" OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorders" OR ADHD OR ADHDs OR hyperactivity OR "Oppositional Defiant Disorder" OR "Oppositional Defiant Disorders" OR "oppositional disorder*" OR "Disruptive Behavior Disorder" OR "Disruptive Behavior Disorders" OR "impulsive behavior*" OR "temper dysregulation" OR "conduct disorder") OR MH("Anxiety Disorders"+ OR Depression+ OR "Substance Abusers"+ OR "Behavior, Addictive"+ OR "Substance Use Disorders"+ OR "Attention Deficit Hyperactivity Disorder") OR TI(suicid* OR "self kill*") OR MH(Suicide+ OR "Suicide Risk (Saba CCC)" OR "Suicide Self-Restraint (Iowa NOC)" OR "Suicide Prevention (Iowa NIC)")

2 Jeunesse (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

(child OR child's OR children OR childhood OR childcare OR kid OR kid's OR kids OR juvenil* OR prepube* OR "pre-pube*" OR puber OR pubert* OR pubescen* OR preadolesc* OR "pre-adolesc*" OR ado OR ados OR adolescen* OR teen OR teens OR teenage* OR youth OR youths OR youth's OR youngster* OR "young adult*" OR "early adulthood" OR "emerging adulthood").ti OR MH(Child OR "Child Development" OR "Child Behavior" OR "Child Health Services" OR "Minors (Legal)" OR Puberty+ OR "Adolescent Development" OR "Adolescent Behavior" OR "Adolescent Health Services")

3 Modèles d'intervention

TI(prevent* OR control* OR manag* OR reduc* OR improv* OR screen OR screens OR screening* OR treat OR treatment* OR cure OR model OR models OR program OR programs OR programme* OR plan OR plans OR planning OR intervene OR intervention* OR framework* OR project* OR campaign* OR tool OR tools OR tooling* OR template*) OR MW "PC" OR MH("Preventive Health Care" OR "Diagnostic Services"+)

4 Type d'études (recherche par mots-clés et vedettes-matières)

TI((systematic* n2 review*) OR systematic review* OR metaanaly* OR meta-analy*) OR AB(systematic review* OR metaanaly* OR meta-analy*) OR MH("Meta Analysis" OR "Systematic Review") OR TI(guideline OR guidelines OR "best practice" OR "best practices" OR "good practice" OR "good practices") OR "Practice Guidelines"

5 Combinaisons et limites

(S1 AND S2 AND S3 AND S4) AND (DT 198001- AND LA(english OR french))

RÉFÉRENCES

1. BENNETT K, RHODES AE, DUDA S, CHEUNG AH, MANASSIS K, LINKS P, et al. *A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews*. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2015;60(6):245-57. Publication électronique 2015/07/16.
2. DELORME A, al. e. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015: 2015 Contract N°: ISBN: 978-2-550-73007-1 (version imprimée) ISBN: 978-2-550-73008-8 (version PDF).
3. KESSLER RC, BERGLUND P, DEMLER O, JIN R, MERIKANGAS KR, WALTERS EE. *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of general psychiatry. 2005;62(6):593-602. Publication électronique 2005/06/09.
4. BOYLE MH, GEORGIADIS K. *Perspectives on child psychiatric disorder in Canada*. In: CAIRNEY J, STREINER DL, editors. *Mental disorder in Canada: An epidemiological perspective*. Toronto University Press: Toronto 2010. p. 205-26.
5. VANASSE A, COURTEAU J, LESAGE A, FLEURY MJ, GREGOIRE JP, MOISAN J, et al. *Inégalités de santé des troubles de l'humeur selon la défavorisation matérielle et sociale du quartier de résidence. [Health inequities in mood disorders based on material and social deprivation in dwelling sectors]*. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2012;57(12):772-81. Publication électronique 2012/12/12.
6. LESAGE A, DIALLO FB. *Prenatal Antidepressant Use and Risk of Autism Spectrum Disorders in Children*. JAMA pediatrics. 2016;170(7):714. Publication électronique 2016/06/01.
7. Services UDoHaH. *Mental health: A report of the Surgeon General - executive summary, in Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Rockville MD, Editor 1999: National Institutes of Health, National Institute of Mental Health: Center for Mental Health Services; 1999.
8. SCOTT S, KNAPP M, HENDERSON J, MAUGHAN B. *Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood*. BMJ (Clinical research ed). 2001;323(7306):191. Publication électronique 2001/07/28.
9. VALLA J-PEA. *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, in Rapport synthèse*. Québec: Hôpital Rivières-des-Prairies et Santé Québec. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services. 1994.
10. RENAUD J, et al. *Service use and unmet needs in youth suicide: a study of trajectories*. Canadian Journal of Psychiatry. 2014;59(10):523-30.
11. SHEA BJ, GRIMSHAW JM, WELLS GA, al. e. *Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews*. BMC Med Res Methodol. 2007;7:10.
12. MOHER D, LIBERATI A, TETZLAFF J, ALTMAN DG, GROUP P. *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement*. Journal of clinical epidemiology. 2009;62(10):1006-12. Publication électronique 2009/07/28.
13. CUIJPERS P, VAN STRATEN A, SMITS N, SMIT F. *Screening and early psychological intervention for depression in schools: systematic review and meta-analysis*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006;15(5):300-7. Publication électronique 2006/03/31.
14. HOROWITZ JL, GARBER J. *The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review*. J Consult Clin Psychol. 2006;74(3):401-15.
15. HETRICK SE, COX GR, MERRY SN. *Where to go from Here? An Exploratory Meta-Analysis of the Most Promising Approaches to Depression Prevention Programs for Children and Adolescents*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015;12(5):4758-95.
16. JANE-LLOPIS E, HOSMAN C, JENKINS R, ANDERSON P. *Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis*. Br J Psychiatry. 2003;183:384-97. Publication électronique 2003/11/05.
17. LARUN L, NORDHEIM LV, EKELAND E, HAGEN KB, HEIAN F. *Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people*. Cochrane database of systematic reviews (en ligne). 2006;3:CD004691.
18. MERRY S, McDOWELL H, HETRICK S, BIR J, MULLER N. *Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents*. Cochrane Database Syst Rev. 2004(1):CD003380. Publication électronique 2004/02/20.
19. TEUBERT D, PINQUART M. *A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents*. J Anxiety Disord. 2011;25(8):1046-59.
20. VAN ZOONEN K, BUNTROCK C, EBERT DD, SMIT F, REYNOLDS CF, 3rd, BEEKMAN AT, et al. *Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions*. Int J Epidemiol. 2014;43(2):318-29. Publication électronique 2014/04/25.
21. CORRIERI S, HEIDER D, CONRAD I, BLUME A, KONIG HH, RIEDEL-HELLER SG. *School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review*. Health promotion international. 2014;29(3):427-41.
22. KAVANAGH J, OLIVER S, LORENC T, CAIRD J, TUCKER H, HARDEN A, et al. *School-based cognitive-behavioural interventions: a systematic review of effects and inequalities*. Health Sociology Review. 2009;18(1):61-78.
23. GEARING RE, SCHWALBE CS, LEE R, HOAGWOOD KE. *The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders*. Depress Anxiety. 2013;30(9):800-8. Publication électronique 2013/04/19.

24. ADELMAN CB, PANZA KE, BARTLEY CA, BONTEMPO A, BLOCH MH. *A meta-analysis of computerized cognitive-behavioral therapy for the treatment of DSM-5 anxiety disorders*. Journal of Clinical Psychiatry. 2014;75(7):e695-e704.
25. EBERT DD, ZARSKI AC, CHRISTENSEN H, STIKKELBROEK Y, CUIJPERS P, BERKING M, et al. *Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials*. PLOS One. 2015;10(3).
26. YE X, BAPUJI SB, WINTERS SE, STRUTHERS A, RAYNARD M, METGE C, et al. *Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis*. BMC Health Serv Res. 2014;14:313. Publication électronique 2014/07/20.
27. EWING DL, MONSEN JJ, THOMPSON EJ, CARTWRIGHT-HATTON S, FIELD A. *A Meta-Analysis of Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Child and Young Person Anxiety Disorders*. Behav Cogn Psychother. 2013:1-16. Publication électronique 2013/12/18.
28. UTHMAN OA, ABDULMALIK J. *Comparative efficacy and acceptability of pharmacotherapeutic agents for anxiety disorders in children and adolescents: a mixed treatment comparison meta-analysis*. Curr Med Res Opin. 2010;26(1):53-9. Publication électronique 2009/11/13.
29. COX GR, FISHER CA, DE SILVA S, PHELAN M, AKINWALE OP, SIMMONS MB, et al. *Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents [Systematic Review]*. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014(2).
30. IPSER JC, STEIN DJ, HAWKRIDGE S, HOPPE L. *Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents*. The Cochrane database of systematic reviews. 2009(3):CD005170. Publication électronique 2009/07/10.
31. WALKUP JT, COMPTON S. *Review: pharmacotherapy increases response and reduces symptom severity in paediatric anxiety disorders*. Evidence Based Mental Health. 2010;13(1):19.
32. WILLIAMS SB, O'CONNOR EA, EDER M, WHITLOCK EP. *Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force*. Pediatrics. 2009;123(4):e716-35. Publication électronique 2009/04/02.
33. ZHOU X, QIN B, DEL GIOVANE C, PAN J, GENTILE S, LIU Y, et al. *Efficacy and tolerability of antidepressants in the treatment of adolescents and young adults with depression and substance use disorders: a systematic review and meta-analysis*. Addiction. 2015;110(1):38-48. Publication électronique 2014/08/08.
34. KOVESS V, CARTA MG, PEZ O, BITFOI A, KOC C, GOELITZ D, et al. *The School Children Mental Health in Europe (SCMHE) Project: Design and First Results*. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH. 2015;11(Suppl 1 M7):113-23. Publication électronique 2015/04/04.
35. VALLA JP, BERGERON L, BIDAUT-RUSSELL M, ST-GEORGES M, GAUDET N. *Reliability of the Dominic-R: a young child mental health questionnaire combining visual and auditory stimuli*. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 1997;38(6):717-24. Publication électronique 1997/10/08.
36. VALLA JP, BERGERON L, SMOLLA N. *The Dominic-R: a pictorial interview for 6 to 11-year-old children*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2000;39(1):85-93. Publication électronique 2000/01/19.
37. MENG X, D'ARCY C, TEMPIER R. *Long-term trend in pediatric antidepressant use, 1983-2007: a population-based study*. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 2014;59(2):89-97. Publication électronique 2014/06/03.
38. PRASAD V, BROGAN E, MULVANEY C, GRAINGE M, STANTON W, SAYAL K. *How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behaviour and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2013;22(4):203-16. Publication électronique 2012/11/28.
39. LESAGE A, RENAUD J, KOUASSI E, VINCENT P. *Canadian ADHD black-box warnings*. The lancet Psychiatry. 2015;2(12):1057. Publication électronique 2015/11/29.
40. LESAGE A, EMOND V. *Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Surveillance des maladies chroniques, Institut national de santé publique, Québec. 2013;6(1662).
41. CORTESE S, FERRIN M, BRANDEIS D, BUITELAAR J, DALEY D, DITTMANN RW, et al. *Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(3):164-74.
42. MICOULAUD-FRANCHI JA, GEOFFROY PA, FOND G, LOPEZ R, BILOULAC S, PHILIP P. *EEG neurofeedback treatments in children with ADHD: an updated meta-analysis of randomized controlled trials*. Front Hum Neurosci. 2014;8:906. Publication électronique 2014/11/29.
43. SONUGA-BARKE EJ, BRANDEIS D, CORTESE S, DALEY D, FERRIN M, HOLTSMANN M, et al. *Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments*. Am J Psychiatry. 2013;170(3):275-89. Publication électronique 2013/01/31.
44. CERRILLO-URBINA AJ, GARCIA-HERMOSO A, SANCHEZ-LOPEZ M, PARDO-GUIJARRO MJ, SANTOS GOMEZ JL, MARTINEZ-VIZCAINO V. *The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials*. Child Care Health Dev. 2015. Publication électronique 2015/05/20.

45. SIBLEY MH, KURIYAN AB, EVANS SW, WAXMONSKY JG, SMITH BH. *Pharmacological and psychosocial treatments for adolescents with ADHD: an updated systematic review of the literature*. Clin Psychol Rev. 2014;34(3):218-32. Publication électronique 2014/03/19.
46. VAN DER OORD S, PRINS PJ, OOSTERLAAN J, EMMELKAMP PM. *Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis*. Clin Psychol Rev. 2008;28(5):783-800. Publication électronique 2007/12/11.
47. VERRET C, GUAY MC, BERTHIAUME C, GARDINER P, BELIVEAU L. *A physical activity program improves behavior and cognitive functions in children with ADHD: an exploratory study*. Journal of attention disorders. 2012;16(1):71-80. Publication électronique 2010/09/15.
48. FOSSUM S, HANDEGARD BH, MARTINUSSEN M, MORCH WT. *Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: a meta-analysis*. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008;17(7):438-51. Publication électronique 2008/04/23.
49. PRINGSHEIM T, HIRSCH L, GARDNER D, GORMAN DA. *The Pharmacological Management of Oppositional Behaviour, Conduct Problems, and Aggression in Children and Adolescents With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Part 2: Antipsychotics and Traditional Mood Stabilizers*. Can J Psychiatry. 2015;60(2):52-61. Publication électronique 2015/04/18.
50. FURLONG M, MCGILLOWAY S, BYWATER T, HUTCHINGS J, SMITH SM, DONNELLY M. *Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review)*. Evid Based Child Health. 2013;8(2):318-692. Publication électronique 2013/07/24.
51. GORMAN DA, GARDNER DM, MURPHY AL, FELDMAN M, BELANGER SA, STEELE MM, et al. *Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder*. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2015;60(2):62-76. Publication électronique 2015/04/18.
52. EPSTEIN R, FONNESBECK C, WILLIAMSON E, KUHN T, al. e. *Psychosocial and Pharmacologic Interventions for Disruptive Behavior in Children and Adolescents*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.
53. BRONING S, KUMPFER K, KRUSE K, SACK PM, SCHAUNIG-BUSCH I, RUTHS S, et al. *Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review*. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2012;7:23. Publication électronique 2012/06/14.
54. CRUMLEY FE. *Substance abuse and adolescent suicidal behavior*. Jama. 1990;263(22):3051-6. Publication électronique 1990/06/13.
55. ZEIGLER DW, WANG CC, YOAST RA, DICKINSON BD, MCCAFFREE MA, ROBINOWITZ CB, et al. *The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students*. Preventive medicine. 2005;40(1):23-32. Publication électronique 2004/11/09.
56. TAPERT SF, AARONS GA, SEDLAR GR, BROWN SA. *Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior*. The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2001;28(3):181-9. Publication électronique 2001/02/28.
57. DUBÉ G. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*. Québec Institut de la statistique du Québec, 222 p, 2009.
58. AGABIO R, TRINCAS G, FLORIS F, MURA G, SANCASSIANI F, ANGERMEYER MC. *A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs*. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2015;11:102-12.
59. GRANT BF, DAWSON DA. *Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey*. Journal of substance abuse. 1997;9:103-10. Publication électronique 1997/01/01.
60. YOUNG MM, STEVENS A, GALIPEAU J, PIRIE T, GARRITTY C, SINGH K, et al. *Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review*. Syst Rev. 2014;3:50. Publication électronique 2014/06/03.
61. MEDINA-MORA ME. *Prevention of substance abuse: a brief overview*. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA). 2005;4(1):25-30. Publication électronique 2006/04/25.
62. BROWN CH, GUO J, SINGER LT, DOWNES K, BRINALES JM. *Examining the effects of school-based drug prevention programs on drug use in rural settings: methodology and initial findings*. J Rural Health. 2007;23 Suppl:29-36. Publication électronique 2008/02/06.
63. ENNETT ST, TOBLER NS, RINGWALT CL, FLEWELLING RL. *How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations*. Am J Public Health. 1994;84(9):1394-401. Publication électronique 1994/09/01.
64. CAREY KB, SCOTT-SHELDON LA, ELLIOTT JC, BOLLES JR, CAREY MP. *Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis*. Addiction. 2009;104(11):1807-19. Publication électronique 2009/09/12.

65. CAREY KB, SCOTT-SHELDON LA, ELLIOTT JC, GAREY L, CAREY MP. *Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: a meta-analytic review, 1998 to 2010*. Clin Psychol Rev. 2012;32(8):690-703. Publication électronique 2012/10/02.
66. CUIJPERS P. *Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison*. J Drug Educ. 2002;32(2):107-19. Publication électronique 2002/09/11.
67. PORATH-WALLER AJ, BEASLEY E, BEIRNESS DJ. *A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use*. Health Educ Behav. 2010;37(5):709-23. Publication électronique 2010/06/05.
68. SCOTT-SHELDON LA, CAREY KB, ELLIOTT JC, GAREY L, CAREY MP. *Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: a meta-analytic review of randomized controlled trials*. Journal of consulting and clinical psychology. 2014;82(2):177-88. Publication électronique 2014/01/23.
69. GOTTFREDSON DC, WILSON DB. *Characteristics of effective school-based substance abuse prevention*. Prev Sci. 2003;4(1):27-38. Publication électronique 2003/03/04.
70. NORBERG MM, KEZELMAN S, LIM-HOWE N. *Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials*. PLOS One. 2013;8(1):e53187. Publication électronique 2013/01/18.
71. THOMAS RE, LORENZETTI DL, SPRAGINS W. *Systematic review of mentoring to prevent or reduce alcohol and drug use by adolescents*. Acad Pediatr. 2013;13(4):292-9. Publication électronique 2013/07/09.
72. FAGGIANO F, VIGNA-TAGLIANTI FD, VERSINO E, ZAMBON A, BORRACCINO A, LEMMA P. *School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review*. Prev Med. 2008;46(5):385-96. Publication électronique 2008/02/09.
73. FAGGIANO F, MINOZZI S, VERSINO E, BUSCEMI D. *Universal school-based prevention for illicit drug use*. Cochrane Database Syst Rev. 2014;12:CD003020. Publication électronique 2014/12/02.
74. FOXCROFT DR, IRELAND D, LISTER-SHARP DJ, LOWE G, BREEN R. *Primary prevention for alcohol misuse in young people*. Cochrane Database Syst Rev. 2002(3):CD003024. Publication électronique 2002/07/26.
75. FOXCROFT DR, TSERTSVADZE A. *Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people*. Cochrane Database Syst Rev. 2011(9):CD009308. Publication électronique 2011/09/09.
76. TEESON M, NEWTON NC, BARRETT EL. *Australian school-based prevention programs for alcohol and other drugs: a systematic review*. Drug and alcohol review. 2012;31(6):731-6. Publication électronique 2012/02/22.
77. THOMAS RE, LORENZETTI D, SPRAGINS W. *Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use*. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11):CD007381. Publication électronique 2011/11/11.
78. JENSEN CD, CUSHING CC, AYLWARD BS, CRAIG JT, SORELL DM, STEELE RG. *Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review*. J Consult Clin Psychol. 2011;79(4):433-40. Publication électronique 2011/07/07.
79. TRIPODI SJ, BENDER K, LITSCHGE C, VAUGHN MG. *Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review*. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010;164(1):85-91. Publication électronique 2010/01/06.
80. AUSTIN AM, MACGOWAN MJ, WAGNER EF. *Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review*. Research on Social Work Practice. 2005;15(2):67-83.
81. PETTINATI HM, O'BRIEN CP, RABINOWITZ AR, WORTMAN SP, OSLIN DW, KAMPMAN KM, et al. *The status of naltrexone in the treatment of alcohol dependence: specific effects on heavy drinking*. J Clin Psychopharmacol. 2006;26(6):610-25. Publication électronique 2006/11/18.
82. WOJCIK PA, STEWART SH, PIHL RO, CONROD PJ. *The Substance Use Risk Profile Scale: a scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles*. Addictive behaviors. 2009;34(12):1042-55. Publication électronique 2009/08/18.
83. CONROD PJ, STEWART SH, COMEAU N, MACLEAN AM. *Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse*. Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53. 2006;35(4):550-63. Publication électronique 2006/09/30.
84. CONROD PJ, CASTELLANOS-RYAN N, STRANG J. *Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence*. Archives of general psychiatry. 2010;67(1):85-93. Publication électronique 2010/01/06.
85. CONROD PJ, CASTELLANOS N, MACKIE C. *Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking*. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines. 2008;49(2):181-90. Publication électronique 2008/01/24.
86. CONROD PJ, O'LEARY-BARRETT M, NEWTON N, TOPPER L, CASTELLANOS-RYAN N, MACKIE C, et al. *Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial*. JAMA psychiatry. 2013;70(3):334-42. Publication électronique 2013/01/25.

87. O'LEARY-BARRETT M, TOPPER L, AL-KHUDHAIRY N, PIHL RO, CASTELLANOS-RYAN N, MACKIE CJ, et al. *Two-year impact of personality-targeted, teacher-delivered interventions on youth internalizing and externalizing problems: a cluster-randomized trial*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2013;52(9):911-20. Publication électronique 2013/08/27.
88. CHOO EK, RANNEY ML, AGGARWAL N, BOUDREAU ED. *A systematic review of emergency department technology-based behavioral health interventions*. Academic Emergency Medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine. 2012;19(3):318-28. Publication électronique 2012/03/23.
89. McLOUGHLIN AB, GOULD MS, MALONE KM. *Global trends in teenage suicide: 2003-2014*. QJM: monthly journal of the Association of Physicians. 2015;108(10):765-80. Publication électronique 2015/02/02.
90. SKINNER R, McFAULL S. *Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008*. CMAJ: Canadian Medical Association journal/journal de l'Association médicale canadienne. 2012;184(9):1029-34. Publication électronique 2012/04/04.
91. RENAUD J, LESAGE A, ST-LAURENT D, al. e. *Suicide*. In: LALONDE P, PINARD GF, editors. *Psychiatrie clinique. Approche bio-psychosociale* 4^e édition. Montréal, Québec: Chenelière Éducation; 2016. p. 1118-37.
92. NOCK MK, GREEN JG, HWANG I, McLAUGHLIN KA, SAMPSON NA, ZASLAVSKY AM, et al. *Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement*. JAMA psychiatry. 2013;70(3):300-10. Publication électronique 2013/01/11.
93. GEOFFROY MC, BOIVIN M, ARSENEAULT L, TURECKI G, VITARO F, BRENDGEN M, et al. *Associations Between Peer Victimization and Suicidal Ideation and Suicide Attempt During Adolescence: Results From a Prospective Population-Based Birth Cohort*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016;55(2):99-105. Publication électronique 2016/01/24.
94. HAWTON K, HARRISS L. *Deliberate self-harm in young people: characteristics and subsequent mortality in a 20-year cohort of patients presenting to hospital*. The Journal of clinical psychiatry. 2007;68(10):1574-83. Publication électronique 2007/10/27.
95. BRENT DA, McMAKIN DL, KENNARD BD, GOLDSTEIN TR, MAYES TL, DOUAHBY AB. *Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2013;52(12):1260-71. Publication électronique 2013/12/03.
96. GOLDMAN-MELLOR SJ, CASPI A, HARRINGTON H, HOGAN S, NADA-RAJA S, POULTON R, et al. *Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs*. JAMA psychiatry. 2014;71(2):119-27. Publication électronique 2013/12/07.
97. HIRJI MM, WILSON MG, YACOB K, BHUIYA A. *Rapid synthesis: identifying suicide-prevention interventions*. 2014. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 30 June 2014.
98. CORCORAN J, DATTALO P, CROWLEY M, BROWN E, GRINDLE L. *A systematic review of psychosocial interventions for suicidal adolescents*. Children and Youth Services Review. 2011;33(11):2112-8.
99. ROBINSON J, HETRICK SE, MARTIN C. *Preventing suicide in young people: systematic review*. Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(1):3-26. Publication électronique 2010/12/23.
100. TARRIER N, TAYLOR K, GOODING P. *Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis*. Behav Modif. 2008;32(1):77-108. Publication électronique 2007/12/22.
101. OUGRIN D, TRANAH T, STAHL D, MORAN P, ASARNOW JR. *Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(2):97-107 e2. Publication électronique 2015/01/27.
102. O'CONNOR E, GAYNES BN, BURDA BU, SOH C, WHITLOCK EP. *Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med. 2013;158(10):741-54. Publication électronique 2013/04/24.
103. WASSERMAN D, HOVEN CW, WASSERMAN C, WALL M, EISENBERG R, HADLACZKY G, et al. *School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial*. Lancet (London, England). 2015;385(9977):1536-44. Publication électronique 2015/01/13.
104. NOAR SM. *A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here?* Journal of health communication. 2006;11(1):21-42. Publication électronique 2006/03/21.
105. LINEHAN MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Press G, editor. New York 1993.
106. MILLER AL, RATHUS JH, LINEHAN MM. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Press G, editor. New York 2007.
107. MBEKOU V, MIKEDIS T, ZANGA JC, JANELLE A, STOLOW D, RENAUD J. *DBT Multifamily Skills Training Group for Adolescents*. Bibliothèque nationale du Québec et des Archives nationales du Québec: Douglas Mental Health University Institute, Montréal, 2011.
108. LESAGE A, ST-LAURENT D, GAGNE M, LEGARE G. *Suicide prevention from a public health perspective*. Santé mentale au Québec. 2012;37(2):239-55. Publication électronique 2013/05/15. Perspectives de la santé publique pour la prévention du suicide.

109. SCOTT NA, MOGA C, HARSTALL C, MAGNAN J. *Using health technology assessment to identify research gaps: an unexploited resource for increasing the value of clinical research*. Healthcare policy = Politiques de santé. 2008;3(3):e109-27. Publication électronique 2009/03/24.
110. CLAXTON K, PALMER S, LONGWORTH L, BOJKE L, GRIFFIN S, MCKENNA C, et al. *Informing a decision framework for when NICE should recommend the use of health technologies only in the context of an appropriately designed programme of evidence development*. Health technology assessment (Winchester, England). 2012;16(46):1-323. Publication électronique 2012/11/28.
111. BRIAND C, MENEAR M. *Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: part 2-review of critical implementation issues*. Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie. 2014;59(4):187-95. Publication électronique 2014/07/10.

