

L'interMISSION

HÔPITAL RIVIÈRE-DES-PRAIRIES

VOL. 14 NO 1 PRINTEMPS 2015



LE TROUBLE

du déficit
de l'attention
chez les jeunes

AVEC ou SANS
hyperactivité

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE



L'Hôpital Rivière-des-Prairies est officiellement entré dans la grande famille du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal le premier avril dernier. Nous envisageons cette nouvelle étape de l'histoire de l'HRDP avec optimisme, car la composition du CIUSSS du Nord offrira un développement optimal de la pédopsychiatrie. Voilà une excellente nouvelle pour nos jeunes patients!

Évidemment, tout grand changement amène avec lui son lot d'incertitude, de questionnement, de remise en question et provoque parfois stress et anxiété. L'intégration de l'HRDP au CIUSSS du Nord apportera plusieurs ajustements, quelques pertes, mais aussi des gains, des opportunités et des horizons nouveaux. Le regroupement de la pédopsychiatrie permettra une masse critique en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent d'envergure locale, nationale, voire internationale.

Je profite de cette belle tribune pour rendre hommage à chacun des directeurs, chacun des cadres intermédiaires, chacun des médecins, chacun des employés et chacun des bénévoles de l'HRDP pour l'excellence de leur travail au quotidien. Cet établissement réputé que j'ai eu le privilège de diriger durant 3 ans est sans contredit un lieu de soins, d'enseignement et de recherche de haut niveau.

Je tiens donc à vous remercier, quel que soit votre rôle à l'intérieur de l'établissement, pour tout ce que vous avez accompli pour le mieux-être de notre clientèle. Vos compétences ont permis de faire rayonner l'HRDP dans tous les domaines. Vous êtes chacun un morceau indispensable qui fait de notre établissement un tout incontournable.

Je nous souhaite à tous un beau cheminement de carrière dans notre regroupement du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Carolle Martin

Chef de file en pédopsychiatrie et en troubles envahissants du développement pour une clientèle de tous âges, l'Hôpital Rivière-des-Prairies, affilié à l'Université de Montréal, a comme mission d'offrir aux enfants et aux adolescents du Québec des soins et des services spécialisés et surspécialisés dans le domaine de la santé mentale.

La passion de ses chercheurs et cliniciens contribue à l'avancement du savoir, au transfert des connaissances et au développement des pratiques exemplaires.

En contexte hospitalier ou ambulatoire, l'Hôpital assure à sa clientèle et à son personnel un environnement sécuritaire.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale du Québec
ISSN : 1705-4575

Les opinions émises dans l'Inter-Mission n'engagent en rien le conseil d'administration de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

L'Inter-Mission est publié par la Direction des communications et des ressources informationnelles de l'Hôpital Rivière-des-Prairies 7070, boulevard Perras Montréal (Québec) H1E 1A4 514 323-7260 poste 2088 www.hrdp.qc.ca

RÉDACTRICE EN CHEF
Johane Gagnon

RÉDACTEURS
Stéphane Trépanier
Carole Boulé

COLLABORATION À LA RÉDACTION
Carole Boulé
Sylvie Lauzon
Alexandra Perron

RÉVISEURE ET CORRECTRICE
France Beaudoin

CONCEPTION GRAPHIQUE
Johane Roy

IMPRESSION
Imprimerie Héon & Nadeau Itée



SOMMAIRE

La Clinique des troubles de l'attention (CTA)	4
Le TDAH et les traitements probants	7
Le point sur la médication	11
Le rôle déterminant de la neuropsychologie	13
Quatre outils cliniques développés à l'HRDP	15
Pareil, pas pareil?	17
L'importance de soutenir les parents	18
Nos experts s'illustrent	19
La fondation des Petits trésors	22

ÉDITORIAL

JOHANNE GAGNON

DIRECTRICE DES COMMUNICATIONS ET DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES



Je vous présente aujourd'hui le dernier numéro de votre magazine l'Inter-Mission sous sa forme actuelle. En effet, notre établissement a fait, le 1^{er} avril dernier, son entrée officielle dans le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal dont l'avenir est prometteur. Je vais signer dans les prochaines minutes mon dernier éditorial à vie, car je tire ma révérence. Eh oui, à l'instar de nombreux collègues du réseau de la santé et des services sociaux, je me suis retrouvée devant la grande question, rester ou partir? Après 33 ans de carrière, j'ai décidé de partir. Je me retrouve donc devant mon ordinateur avec un sentiment étrange... doux mélange triste heureux. Triste de quitter des collègues de travail formidables, très triste de quitter tous les membres de ma direction (les équipes de l'informatique, du CECOM, des communications et de la reprographie), des personnes extraordinaires avec qui le quotidien a souvent pris la forme de fous rires mémorables malgré le travail acharné que nous accomplissons! Mais aussi, heureuse de plonger dans cette nouvelle carrière où je vais entreprendre tout ce que j'avais mis sur pause dans ma vie en attendant le grand jour de la retraite!

Mais au-delà de toute émotion, permettez-moi de prendre ces quelques lignes restantes pour exprimer ma reconnaissance envers tous ceux qui ont collaboré au journal « l'Inter-Mission » pour la noble cause de la santé mentale des jeunes... Merci à tous les cliniciens qui ont partagé avec nous leur savoir. Merci à tous les jolis minois (bien souvent des enfants du personnel de l'HRDP) qui ont fait la une du magazine. Aux trois directeurs généraux qui sont passés dans la vie de l'Inter-Mission, merci de m'avoir fait confiance en me donnant pleine autonomie pour son contenu et sa forme, numéro après numéro. Mon plus grand merci à l'équipe de rédaction du magazine, France, Johane, Jessica, Alexandra, Carole et Stéphane, chacun avec votre expertise vous avez réussi à pousser toujours plus haut le concept de qualité. Vous êtes une équipe extraordinaire!

Et finalement, en guise de remerciement à vous chers lecteurs, un numéro entièrement voué au trouble du déficit de l'attention accompagné ou non d'hyperactivité pour mieux démystifier ce trouble dont on parle de plus en plus souvent dans les médias. Un trouble qui une fois traité permet à nos jeunes patients de mener à bien leur vie familiale, scolaire et sociale.

Bonne lecture!

La Clinique des troubles de l'attention

Des solutions à la portée des cas les plus sévères

DOSSIER SPÉCIAL



L'équipe de la CTA



Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est sans doute le diagnostic le plus connu en santé mentale chez les enfants et les adolescents. Ces quatre lettres suffisent à elles seules à faire frémir parents, professeurs, animateurs et gardiennes. La Clinique des troubles de l'attention (CTA) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies reçoit depuis 10 ans les jeunes les plus sévèrement atteints et les profils cliniques les plus complexes. Loin d'être intimidés par ces jeunes réputés turbulents et provocateurs, les membres de l'équipe de la CTA se passionnent pour leur mieux-être, avec des résultats probants au bilan. Bruno Swaenepoël, chef clinicoadministratif du Programme des troubles neuropsychiatriques, le Dr Philippe Lageix, psychiatre, et le Dr Jacques Leroux*, pédiatre, dirigent la CTA. Ils nous présentent une clinique qu'ils aiment et qui soulage plus de 375 jeunes par année.

Tous les jeunes qui présentent un TDAH n'ont pas besoin des soins spécialisés de la CTA. En fait, 30 % des patients ayant ce diagnostic peuvent très bien être suivis par un médecin de famille et 50 à 60 % par un pédiatre ou en clinique pédiatrique. Mais pour les autres, les cas plus complexes, sévères ou qui ne répondent pas aux traitements habituels, des soins pédopsychiatriques et multidisciplinaires s'avèrent nécessaires. La CTA estime qu'elle est probablement la seule clinique qui traite le TDAH à l'intérieur d'un cadre pédopsychiatrique.

Un diagnostic, deux profils de patient

La clientèle se divise en deux catégories, explique le Dr Jacques Leroux : « Notre clinique s'adresse aux jeunes de 3 à 18 ans atteints ou soupçonnés de TDAH, toujours référés par un médecin. Chez les plus jeunes, les 3 à 6 ans, nous acceptons de faire le diagnostic de patients qui ont une symptomatologie laissant croire à un TDAH. À cet âge, discerner le normal du pathologique est beaucoup plus difficile. Pour les patients de 6 à 18 ans, nous exi-

geons qu'il y ait eu traitement et échec du traitement. Nous investiguerons alors pourquoi le patient ne répond pas au traitement habituel. Dans ces cas, le travail le plus exigeant ne sera pas de diagnostiquer le TDAH, mais bien d'identifier les autres psychopathologies, ce qu'on appelle les comorbidités, qui peuvent être présentes et interférer sur le traitement. Car le trouble de déficit de l'attention s'accompagne très souvent d'autres problèmes de santé mentale ».

Ce n'est pas parce que ça bouge que c'est automatiquement un TDAH

Entre 3 et 6 ans, il est attendu qu'un enfant déploie plus d'énergie qu'un adulte et que sa capacité d'attention ne puisse se maintenir sur une longue période. À cet âge, sauter sur le divan n'est pas un critère diagnostique. Mais quand on a l'impression que ça prend des proportions inquiétantes, que le fonctionnement et le développement de l'enfant semblent affectés et que ces soupçons sont partagés par le CLSC ou un médecin, une observation plus approfondie et spécialisée est re-

commandée. D'autant que le diagnostic précoce du TDAH améliore le pronostic et prévient l'apparition de retards de développement et de comorbidités. Pour ces tout-petits, on propose généralement de les observer dans une activité clinique appelée « Papillon », décrit le Dr Leroux. « Nous observerons son comportement pendant 16 semaines. En parallèle, nous demanderons la collaboration des parents en leur enseignant des stratégies. S'il n'y a pas d'amélioration du tableau clinique et que les symptômes de TDAH persistent, le diagnostic sera posé. »

À la recherche des troubles associés

Pour les patients plus vieux, c'est-à-dire les enfants d'âge scolaire et les adolescents, le défi consiste à trouver les causes de l'échec des traitements précédents. Cet échec trouve généralement son origine dans la présence de troubles associés, précise Jacques Leroux : « Pour 20 % des cas, on parlera d'un traitement pharmacologique mal ajusté. On modifiera les dosages et le patient pourra par la suite être suivi dans son milieu. Pour les autres pa-

tients, la majorité, ceux qui présentent un TDAH ou un phénotype de TDAH (qui montrent des symptômes similaires sans avoir le diagnostic), on sera à la recherche de ce qui se cache derrière les succès de l'intervention. Ce peut être par exemple un syndrome de Gilles de la Tourette, un trouble d'anxiété ou des raisons psychosociales qui expliquent qu'il ne répond pas au traitement. Parfois, l'intensité de l'hyperactivité est tellement élevée que je compare la situation que j'observe à un aquarium. L'hyperactivité est à ce point forte que l'eau est complètement brouillée. On n'y discerne rien d'autre. En contrôlant l'hyperactivité, on parvient enfin à voir ce qu'il y a dans le bocal. On peut alors ajuster le traitement en conséquence ».

Une équipe interdisciplinaire


Pour dépister les psychopathologies associées et les causes liées aux difficultés observées, la CTA dispose d'une équipe interdisciplinaire composée de 10 expertises différentes (voir encadré). Ensemble, elles conjuguent leur champ de compétence respectif pour circonscrire la problématique qui leur est présentée. Parmi les disciplines représentées, notons la forte représentation de la neuropsychologie (voir l'article de Carole Boulé à la page 13) qui dispose de trois représentantes dans l'équipe. Un avantage clinique important qui permet, selon le Dr Leroux : « de dé-partager ce qui appartient au TDAH, au lobe frontal, à l'anxiété, à la personnalité, etc. Une clinique neurodéveloppementale ne peut se passer d'une neuropsychologie. C'est la pierre angulaire pour répondre à la nécessité d'évaluer le développement, les forces et les faiblesses d'un jeune patient ».

Un modèle de cogestion qui donne des résultats

La CTA a déjà eu une liste d'attente pouvant atteindre 20 mois sur laquelle se retrouvaient jusqu'à 360 patients. Si le modèle clinique basé sur une approche biopsychosociale n'a pas changé, une réorganisation clinicoadministrative a permis de changer complètement le portrait statistique. Désormais, de 10 à 15 patients sont en attente d'évaluation pour une période qui varie de 15 à 45 jours. Un virage à 180 degrés. Bruno Swaenepöel, chef clinicoadministratif de programme à la CTA, décrit les moyens qui ont permis d'atteindre ces résultats. « Tout le monde a mis la main à la pâte. D'abord, le Dr Leroux et le Dr Lageix se sont attaqués à la liste d'attente et ont procédé à un blitz d'évaluations dans la dernière année. Un travail remarquable. Ensuite, tous les membres de l'équipe se sont engagés dans la réorganisation des processus. Il y a eu redéfinition des tâches et précision des besoins. On a procédé à des changements importants dans la fonction de liaison. Le suivi et la préparation des dossiers se sont considérablement améliorés. La secrétaire d'équipe et l'infirmier ont grandement contribué à la circulation rapide et fluide de l'information clinique. Aussi, tous les professionnels ont partagé entre eux, en toute transparence, le tableau de leur charge de travail, permettant ainsi la réduction du temps d'attente pour les références professionnelles et la rédaction des rapports. C'est un signe de grande maturité d'équipe. On a également clarifié les corridors de service avec le Programme d'accès aux services psychiatriques de l'HRDP et nous avons modifié en conséquence notre offre de service. L'addition de tous ces éléments a fait une grande différence. » Ce travail concerté a d'ailleurs changé le rapport au patient, d'ajouter le

Dr Leroux : « La dynamique avec le patient n'est plus la même. Avant, on appelait le patient et il ne se souvenait pas qu'il était sur la liste d'attente. Parfois, le problème avait disparu, mais souvent l'état s'était détérioré. Quand on clame que le patient est important, on est beaucoup plus cré-dible si on le rencontre en 30 jours plutôt que 20 mois. La relation de confiance est bien plus facile à établir ».

Une équipe d'élite, sans étoile

Le Dr Leroux et Bruno Swaenepöel ont l'habitude de comparer l'équipe qu'ils coordonnent à une chaîne qui est aussi forte que son maillon le plus faible. Et d'ajouter qu'il n'y a aucun maillon faible à la CTA. Ils attribuent ce succès à l'absence de hiérarchie informelle à la clinique. Tout le monde connaît son rôle et reconnaît la valeur de l'expertise des autres, d'affirmer Bruno Swaenepöel : « Cela crée un sentiment d'appartenance très solide et un esprit d'équipe où l'on sent une grande solidarité. Je suis très fier du professionnalisme et de la passion de chacun des membres de la CTA et j'aimerais les remercier au nom de tous ces jeunes qui, grâce à eux, se portent et se porteront beaucoup mieux ». 

*Le docteur Leroux est également chef médical du Programme des troubles neuropsychiatriques de l'HRDP

Les diverses disciplines représentées à la CTA

PÉDOPSYCHIATRIE
PÉDIATRIE
(avec privilèges en pédopsychiatrie)
NEUROPSYCHOLOGIE
PSYCHOLOGIE
TRAVAIL SOCIAL
ERGOTHÉRAPIE
SOINS INFIRMIERS
KINÉSIOLOGIE
PSYCHOÉDUCATION
ORTHOPHONIE



Le TDAH et les traitements probants

On estime qu'environ 5 % des enfants présentent un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Cette incidence est universelle, peu importe la nationalité, le milieu social ou la localisation géographique. Si ce trouble neuro-développemental persiste habituellement toute la vie, il se soigne néanmoins très bien en associant pharmacothérapie et thérapie cognitive comportementale (TCC) individuelle et familiale. Les cas plus sévères et complexes nécessitent une recherche de l'origine des différents symptômes et l'identification des comorbidités associées avant de bien répondre au traitement.

Le Dr Philippe Lageix, psychiatre, le Dr Jacques R. Leroux, pédiatre, Carine Chartrand, psychologue, et Vanessa St-Pierre, psychoéducatrice, tous membres de la CTA, nous décrivent cette psychopathologie et les moyens déployés pour vivre avec le diagnostic tout en étant heureux et épanoui.

Plusieurs s'inquiètent de l'apparente hausse fulgurante du nombre de jeunes présentant un TDAH. Pourtant, affirme le Dr Jacques Leroux, la proportion de ce

trouble dans la population est stable : 5 %. Mais la perception varie considérablement selon l'observateur, précise-t-il : « *Le pourcentage change en fonction de la personne à qui vous posez la question. Si vous demandez au patient s'il est inattentif, impulsif et hyperactif, la très grande majorité vous répondra que non. Environ 1 % se sentira concerné. Demandez-le à un père relativement tolérant, les réponses positives seront légèrement plus élevées. Si vous répétez l'exercice avec les mères qui vivent quotidiennement avec l'enfant, l'incidence augmentera encore. Et si finalement vous posez la question aux professeurs, vous aurez près de 20% de réponses positives, car ils œuvrent dans un milieu où les capacités de l'enfant sont fortement sollicitées* ». Dans les faits, le pourcentage de gens affectés ne varie pas. Mais on les diagnostique davantage et même sur plus d'une génération, ajoute le Dr Leroux. « *Ce qu'on observe actuellement, c'est qu'on diagnostique beaucoup d'enfants. Ces enfants ont des parents qui, à leur tour, constatent qu'ils étaient comme leur enfant au même âge et qu'ils ont probablement le même diagnostic. Par voie de conséquence, on entend beaucoup plus souvent parler du TDAH qu'auparavant, non pas à cause de l'incidence, mais de la hausse de la sensibilisation de la société en général.* »

Génétique, chronique et évolutif

Le TDAH est d'origine génétique. Si l'environnement peut accentuer les symptômes, en aucun cas il ne peut causer le trouble par lui-même. On estime d'ailleurs la corrélation génétique parentale à ,76. Cela signifie que dans 76 % des cas, un ou l'autre des parents a également un TDAH. Pour cette psychopathologie, l'adage « *la pomme ne tombe jamais loin du pommier* » s'applique tout particulièrement. Aussi, le trouble de déficit d'attention n'est pas une maladie de l'enfance qui disparaît à l'âge adulte. Les caractéristiques du TDAH accompagnent celui qui en est atteint toute sa vie. Cependant, entre la moitié et les deux tiers de ceux qui vivent avec un TDAH verront leurs symptômes diminuer au tournant de la trentaine, précise le Dr Philippe Lageix, pédopsychiatre à la CTA : « *Dans une large proportion des gens qui présentent le TDAH de 6 à 12 ans, la maturation du cerveau est retardée. Il faut comprendre que le cerveau mature de l'arrière vers l'avant tout au long de l'enfance, de l'adolescence et jusqu'à l'âge de 30 ans. Ainsi, 50 à 70 % d'entre eux présenteront un retard de développement dans la partie frontale du cerveau, évalué à cinq ans par le célèbre psychologue américain Russel Barkley, qui se résorbera avec le temps* ».

Les symptômes selon l'âge

Le TDAH comporte trois catégories de symptômes : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Pour chacun d'eux, il existe neuf critères d'évaluation. Le diagnostic est posé lorsque six critères dans une catégorie sont satisfaits. Depuis l'arrivée du DSM-5, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinq critères suffisent chez l'adulte. Si des problèmes d'attention sont observables dans tous les cas de TDAH, l'hyperactivité et l'impulsivité affectent environ les trois quarts des patients. Majoritairement les garçons.

Chez les patients les plus jeunes, ceux de 3 à 6 ans, c'est l'intensité de l'hyperactivité et de l'impulsivité qui amène les parents à consulter. La petite bombe d'énergie explose trop souvent.

Chez les enfants de 6 à 12 ans, la difficulté à s'adapter aux exigences scolaires est souvent évoquée pour consulter, explique la psychologue Carine Chartrand. « *L'entrée à l'école comporte d'énormes défis pour un enfant avec TDAH. Lorsqu'on compare par exemple les compétences transversales ciblées par le ministère de l'Éducation et la liste des déficits associés au TDAH, on réalise que les similitudes sont nombreuses. Ça ne s'annonce pas facile pour ce type d'enfants. En plus des apprentissages scolaires, l'enfant doit faire preuve de coopération et de maturité, être capable de comprendre des enjeux de société, etc. Il doit aller au service de garde le matin, gérer les conflits avec ses pairs, être disponible aux apprentissages. Toutes ces exigences deviennent lourdes rapidement pour un enfant avec un trouble d'attention qui, chaque jour, de 8 h à 16 h, est contraint de répondre à toutes ces de-*

mandes. Il n'est pas le mieux équipé pour y faire face. »

Le profil des adolescents TDAH, quant à lui, se caractérise par la présence fréquente de troubles associés, parmi lesquels se retrouvent les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. À la longue, le TDAH expose celui qui en souffre à d'autres psychopathologies « opportunistes ». Un TDAH non diagnostiqué ou non soigné durant l'enfance sera un terreau fertile pour le développement des pensées anxieuses et de comportements dépressifs chez celui qui, rendu au secondaire, ne parvient plus à gérer les obligations et les attentes de plus en plus nombreuses à son égard. Aussi intelligent soit-il. Alors, il faudra à son arrivée traiter le TDAH en plus des pathologies secondaires. À cet âge, le TDAH se présente rarement seul.

Des traitements probants

Une fois le TDAH diagnostiqué et ses troubles associés bien identifiés, le traitement promet un taux de réussite qui dépasse celui de toutes les autres psychopathologies, affirme le Dr Lageix : « *Les fins sont habituellement heureuses dans nos histoires de cas. Je dis souvent aux parents "vous allez voir, ça va s'arranger". Et en général, ils me reviennent un peu plus tard en me disant "c'est vrai, ça s'est arrangé". C'est un des seuls domaines de la psychiatrie où on a un tel succès, car près de 90 à 95 % des jeunes traités vont s'améliorer d'au moins 75 %* ».

Pour parvenir à ces résultats éloquentes, l'équipe de la CTA jumèle la pharmacothérapie à la thérapie cognitive-comportementale. Une combinaison indispensable, affirme le Dr Leroux : « *La pharmacothérapie est habituellement essentielle au trai-*

tement du TDAH, mais elle est généralement insuffisante, surtout en présence de comorbidité. Le traitement pharmacologique n'est désormais plus controversé dans le monde médical. À la CTA, près de 100 % de nos patients doivent recevoir de la médication. Pour les patients qui ne fréquentent pas notre clinique parce que la forme de TDAH est plus légère, je crois que la majorité devrait malgré tout être médicamenteuse. Il faut comprendre que le déficit d'attention, c'est d'abord et avant tout un problème neurologique qui implique deux neurotransmetteurs, la dopamine et la norépinephrine. La seule façon de régulariser dans le cerveau le dosage de ces deux molécules, c'est la médication. Mais quelle qu'en soit l'importance, elle ne peut pas être donnée seule ».

Apprendre à diriger son attention

La Dre Annick Vincent a publié en 2007 un livre d'accompagnement pour les parents ayant un enfant avec TDAH intitulé « *Mon cerveau a besoin de lunettes* ». L'analogie est intéressante. La médication est au TDAH ce que sont les lunettes au myope. Mais il faut un coup de pouce de plus pour y voir clair, car le patient a toujours eu la vue embrouillée, nuance le Dr Leroux. « *Dans le cas du TDAH, il faut ajuster la paire de lunettes, ce qui est le rôle du médecin. Mais il faut surtout accompagner le patient dans l'approvisionnement de sa nouvelle vision. D'abord, le patient doit accepter de porter la paire de lunettes. Une fois qu'il la porte, il faut qu'il veuille regarder dans la bonne direction. Ensuite, il a besoin d'une personne pour lui expliquer ce qu'il découvre parce qu'il ne l'a jamais vu auparavant. Finalement, le jeune doit être dans de bonnes dispositions pour écouter la personne qui le guide afin d'in-*

tégrer l'information. » En somme, la médication permet d'atteindre le niveau d'attention nécessaire aux apprentissages et à l'application des stratégies d'adaptation recommandées pour le TDAH. Cependant, n'ayant jamais été en contrôle de son attention, le jeune patient n'a jamais appris à s'en servir. La médication lui offre cette opportunité. La thérapie lui permettra par la suite d'apprivoiser ses nouvelles capacités et d'actualiser son potentiel.

Trois sphères affectées

On pourrait croire que l'inattention n'affecte que les capacités cognitives : concentration, organisation, capacités d'apprentissage. Mais ce trouble interfère également sur les dimensions affectives et motrices. Elles sont toutes à travailler en thérapie, rappelle le Dr Jacques Leroux : « Aussi bizarre que ça puisse paraître, l'inattention est également émotive et motrice. Par exemple, les patients avec TDAH ne sont pas conscients de leurs sentiments. Ils ont de la difficulté à nommer ce qu'ils ressentent. L'hyperactivité peut aussi s'exprimer dans l'émotion. Ils peuvent montrer un débordement d'affection qui, en soi, est un sentiment adéquat, mais dont l'intensité est tout à fait inappropriée. On n'y pense pas spontanément, mais l'inattention affecte aussi la motricité des jeunes avec TDAH. Ces enfants-là bougent énormément, mais n'apprennent pas. Quand on les observe, on réalise qu'ils sont malhabiles. Leurs parents confirment qu'ils se blessent souvent. Les enfants avec TDAH ont trois à cinq fois plus d'accidents que les autres parce qu'ils ne sont pas conscients du danger ».

Prise de conscience

Malgré une intelligence souvent supérieure à la moyenne, le jeune avec TDAH

accusera un retard de développement par rapport à la cohorte de son âge et présentera des difficultés dans ses interactions sociales. Le problème auquel seront confrontés les intervenants, c'est que le patient ignore ses difficultés et ce qu'est une attention normale, explique le Dr Leroux. « Quand un patient fait une crise d'asthme, il comprend tout de suite l'objectif du traitement : il veut respirer normalement. Un patient TDAH à qui l'on dit "je vais t'aider à diriger ton attention" n'a aucune idée de quoi on parle. Il ne l'a jamais vécu. En plus, puisque c'est génétique, il y a de fortes probabilités que le parent soit aussi atteint du même trouble. On part de loin. C'est une des rares pathologies où le patient ne comprend pas quand on lui dit "ça va aller mieux". Il ne se rend pas vraiment compte des conséquences du TDAH sur sa vie. »

Ainsi, quel que soit l'âge, la thérapie va généralement cibler la prise de conscience des émotions et le développement des habiletés sociales. Car ces patients n'ont ni accès à leurs sentiments ni conscience de ce qu'ils font à autrui et de l'impact de leur comportement sur leur socialisation. Afin de rejoindre ces jeunes plutôt actifs, le jeu et le mouvement seront employés, mentionne le Dr Leroux : « Comme ce sont des enfants qui sont incapables de s'asseoir et de parler, on va les faire bouger. On a une salle de thérapie pour les plus jeunes avec des jeux, des matelas, des tables pour dessiner, des casse-têtes. Pour les plus vieux, on va les amener au gymnase pour leur faire faire de l'escalade, de la poutre, du trampoline, du labyrinthe. L'idée étant de leur faire prendre conscience de leurs émotions. Quand un patient est rendu en haut du mur d'escalade, qu'il a un pouls à 140, qu'il est en sudation extrême, que la peur est bien présente, c'est plus facile

pour lui d'identifier ce qu'il ressent. En provoquant des sensations fortes, on aide à la prise de conscience des émotions ».

Quatre groupes selon l'âge

La thérapie cognitive-comportementale est employée pour tous les patients, mais adaptée selon l'âge du jeune grâce à quatre groupes thérapeutiques : Papillon pour les 3 à 5 ans, Vers les étoiles pour les 6 à 7 ans, Multipropulsion pour les 8 à 12 ans et le groupe Aventure pour les adolescents. Carine Chartrand, psychologue à la CTA, illustre le principe en décrivant ce qui est proposé aux tout-petits. « Ce qu'on fait avec les enfants de 3 à 5 ans s'appuie sur les mêmes principes de base que pour les plus vieux. Des études américaines ont démontré que la combinaison gagnante pour traiter le TDAH associe la TCC à la pharmacothérapie. Mais pour les plus petits, on n'ira pas immédiatement avec une pharmacothérapie. On va proposer une TCC avec le parent et l'enfant, car à long terme, c'est le traitement avec les meilleurs résultats pour diminuer les symptômes. On montre les mêmes techniques d'auto-contrôle, peu importe l'âge. Mais avec les plus petits, on emploie des moyens plus concrets, par exemple la technique de la tortue : "tu entres dans ta carapace, tu prends des respirations, il faut que tu te calmes". Au début, ils ne veulent pas trop le faire. Mais après quelques semaines, ils intègrent la technique. Rendus à 7-8 ans, ils appliquent spontanément la technique à l'école. Plus vieux, quand ils auront à travailler d'autres moyens de contrôle, avec la psychoéducatrice de l'école par exemple, ils sauront déjà vers quoi on les amène. Ils vont faire le lien avec la tortue. On peut refléter aux tout-petits qu'ils ne sont pas attentifs, peu concentrés, qu'il faut se calmer. Ils intègrent des mots qui

font partie de leur quotidien. Ce vocabulaire va leur servir toute leur vie à décrire ce qu'ils ressentent et à avoir de l'emprise sur leur état. »


Intervenir en amont des impulsions

Ce vocabulaire sera partagé avec les partenaires significatifs du jeune afin de mieux contenir les comportements inappropriés et de prévenir leur apparition, comme à l'école, décrit Vanessa St-Pierre, psychoéducatrice à la CTA. « L'enfant TDAH a tendance à développer des comportements oppositionnels et à faire des crises. On outille les gens pour gérer la crise, mais notre but premier c'est qu'elle survienne moins fréquemment et que l'enfant fonctionne et se sente mieux. Je vais donc me rendre en classe pour analyser ce qui provoque ces épisodes. Je cherche à connaître le moment où la crise se produit, ce qui la précède, etc. Par exemple, est-ce qu'elle éclate toujours après la ré-

création? Si oui, l'enfant a-t-il de la difficulté à reprendre le contrôle après un moment très stimulant? Est-ce que le comportement se manifeste avant la dictée? On pourrait alors le faire évaluer en orthophonie pour vérifier s'il a des difficultés d'apprentissage? En identifiant le besoin, on tentera d'y répondre avant qu'il ne se fasse sentir. Par exemple, on proposera à l'élève surexcité au sortir de la récréation de regagner la classe deux minutes avant les autres pour se détendre. Ou on développera l'habitude avec tous les élèves de prendre de grandes respirations avant de reprendre la tâche. De petits moyens tout simples, mais efficaces, car ils répondent précisément au besoin. »

Des jeunes attachants au grand potentiel

Il y a tout lieu d'être optimiste lorsqu'un jeune reçoit un diagnostic de TDAH. Il s'agit du premier pas vers un mieux-être

durable. Ce trouble est de mieux en mieux compris et soigné. Autant la médication prédispose à une attention de meilleure qualité, autant la psychothérapie apporte un éclairage et des outils concrets afin de reprendre le contrôle de sa vie, malgré les conséquences indésirables de la maladie. Pour le Dr Leroux, il n'y a pas que des effets importuns associés au TDAH. Le trouble peut aussi comporter des avantages que l'on peut canaliser à son profit, rappelle-t-il : « Ça peut être le fun d'avoir le TDAH. Ce sont naturellement des leaders très attachants. Ce sont des gens créatifs, curieux, intuitifs, spontanés. Quand on les soigne, on ne veut pas les réfréner. On souhaite plutôt les aider à doser leur impulsivité pour qu'ils puissent mieux utiliser leur créativité, leur générosité et l'énergie fabuleuse qui les habitent à leur avantage et en l'optimisant. On travaille à ce que leurs forces émergent ». 



CONSEILS AUX PARENTS

Garder ça simple

- Il faut éviter les phrases longues. Trois à cinq mots suffisent.
- Il ne faut pas se perdre en explications et en justifications. On risque de provoquer une escalade d'arguments et d'émotions sans fin.

Utiliser les repères visuels

- Il est utile de disposer des pictogrammes pour rappeler à l'enfant les routines quotidiennes.

Être attentif au lever

- Il faut laisser le temps à la médication de faire effet. Les 30 premières minutes le matin seront nécessairement plus difficiles pour l'enfant qui se montrera moins attentif et plus turbulent.

Le calme est particulièrement de rigueur à cette heure.

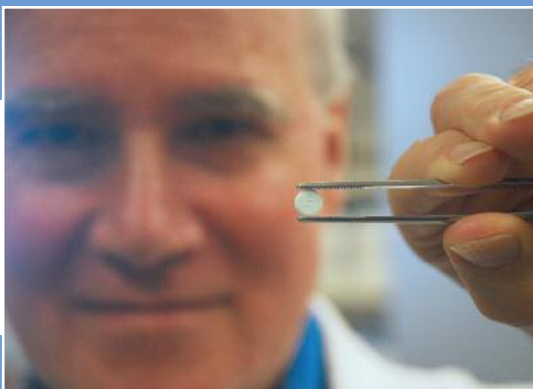
Être constant

- Peu importe le style parental, les valeurs, le milieu, il est important d'être constant dans les interventions. Il faut intervenir sur les mêmes choses et de la même façon. Ainsi, l'enfant va apprendre plus facilement et ce sera plus aisé pour lui de modifier ses comportements. Un enfant avec TDAH a plus de difficulté à intérioriser et à analyser les conséquences de ses comportements. Il doit donc être exposé plusieurs fois à la même conséquence avant de bien saisir la portée d'un comportement et de le modifier. Lorsqu'on intervient de manière un peu

aléatoire, il ne parviendra pas à intégrer la règle. Il faut aussi choisir les comportements sur lesquels on intervient et ceux qu'on accepte de laisser passer. On ne peut pas travailler sur toutes les attitudes en même temps.

Garder confiance

- Avec un bon soutien thérapeutique et une médication bien ajustée, les perspectives d'une amélioration notable de l'état du jeune patient sont excellentes. Le Dr Lageix a l'habitude de dire aux parents en début de consultation : « Vous allez voir, ça va s'arranger. Et un peu plus tard, ils reviennent en me disant : "vous aviez raison, ça s'est arrangé" ».



Le point sur la médication

Pierre Grondin, pharmacien à l'HRDP

Le débat fait rage depuis une décennie: la médication pour traiter le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est-elle prescrite à la légère pour calmer des enfants normalement actifs? Parents et professeurs, débordés par les exigences du quotidien, exercent-ils une pression indue sur les médecins pour ralentir avec une pilule des jeunes simplement énergiques? Ou avons-nous une réticence compréhensible, mais irraisonnée, à donner un médicament neuropsychiatrique à un enfant et un adolescent qui en ont pourtant besoin? Pour le Dr Philippe Lageix, pédopsychiatre à la CTA, la réponse est claire. Lorsque le diagnostic est posé dans les règles de l'art, il justifie l'emploi de la médication pour le mieux-être du jeune. Contrairement à ce qui est véhiculé dans les médias, il n'y a pas trop de prescriptions de Ritalin et compagnie en circulation. Peut-être même en faudrait-il davantage?

« Tout le monde s'inquiète du nombre important d'enfants qui, au Québec et plus généralement en Amérique du Nord, reçoivent de la médication pour traiter leur déficit de l'attention, constate le Dr Lageix. Pourtant, le nombre de jeunes qui ont un déficit d'attention entre 6 et 12 ans est constant. Il affecte bon an mal an 5 % des jeunes. Au Québec, lorsqu'on comptabilise les ordonnances émises, on constate que moins de la moitié des jeunes qui présentent un TDAH prennent de la médication. Loin de constituer un scandale, on a plutôt affaire au problème inverse, c'est-à-dire que beaucoup de jeunes ne sont ni diagnostiqués ni traités. Ce fait gâche considérablement leurs chances de réussir dans la vie. »

Pour le Dr Lageix ainsi que pour le Dr Leroux, pédiatre à la CTA, il n'y a plus de doute sur la nécessité de prescrire une médication à un patient atteint d'un TDAH à partir du moment où les critères diagnostiques sont bien balisés. De surcroît, la médication a fait l'objet de nombreuses études chez les enfants et les adolescents. Elle est donc bien connue et bien comprise. Ses bénéfices sont considérables et ses effets secondaires généralement bien circonscrits et bien contrôlés. Le TDAH étant un trouble d'origine neurochimique, la médication sert moins à contraindre un comportement qu'à rétablir un équilibre dans le cerveau. Il ne s'agit en aucun cas d'une catégorie de somnifère pour ralentir un symptôme d'agitation. La médication cible précisément la capacité d'attention afin qu'elle se révèle.

Deux familles de médicaments

La médication disponible se divise en deux grandes catégories : les psychostimulants et les non-stimulants. Les premiers sont les

plus connus. Dans cette catégorie, deux molécules se partagent les patients : le méthylphénidate (Ritalin, Concerta, Biphentin) et la dextroamphétamine (Addérial, Vyvance, Dexedrine). Les effets secondaires les plus courants de cette classe de médicaments sont des difficultés transitoires à s'endormir et une perte d'appétit. Ces effets indésirables sont généralement faciles à compenser, précise le Dr Lageix. « Pour les troubles momentanés de sommeil, l'utilisation de la mélatonine, un produit naturel en vente libre, règle habituellement le problème. Afin de contrer la baisse d'appétit, il suffit de réaménager l'horaire des repas. Comme le patient mange très peu sur l'heure du midi, il est conseillé de concentrer les repas copieux le matin et au souper. En ajoutant une collation substantielle avant d'aller au lit, le jeune aura suffisamment mangé pour que son foie ait fait une réserve satisfaisante de glycogène. »

Il arrive plus rarement que des effets secondaires davantage problématiques apparaissent (anxiété, trouble de l'humeur, tics). Dès ce moment, on fera appel à une autre famille de médicaments : les « non-stimulants ». Ils se divisent aussi en deux groupes. Il y a les inhibiteurs sélectifs, qui s'apparentent aux antidépresseurs, mais dont l'action est très différente (Atomoxetine et Strattera). Plus récemment, sont apparus également les antagonistes sélectifs,

connus sous le nom de Guanfacine (IntunivXR), qui ressemblent un peu aux médicaments antihypertenseurs. Dans les deux cas, ils offrent une alternative efficace aux molécules traditionnelles pour traiter le TDAH.

Bien plus qu'un médicament pour calmer le jeu

Plusieurs pensent à tort que la médication est donnée pour calmer l'agitation et induire un ralentissement moteur. Ce n'est ni l'objectif escompté ni l'effet principal de la pharmacothérapie. En fait, un médicament est proposé lorsque les manifestations du TDAH nuisent clairement au fonctionnement. Bien sûr, on remarquera une modération de l'hyperactivité (quand elle est présente), ce que plusieurs parents apprécieront. Mais si cette énergie débordante ne nuit ni au développement, ni aux apprentissages ou à la socialisation, il n'y a pas lieu d'intervenir. Le jeune avec TDAH n'est pas un patient à contrôler, mais plutôt à libérer. Ses difficultés d'attention lui imposent des perceptions altérées qui l'empêchent de développer son plein potentiel. Incapable de diriger son attention de façon soutenue, il a du mal entre autres à intégrer l'information. Souvent impulsif, ses relations interpersonnelles peuvent être souffrantes. Comme il accuse fréquemment un retard de développement, il montre une certaine immaturité et des habiletés moindres que ses pairs au même âge. Pour combler l'écart, la médication devient un outil presque incontournable. Sinon, l'enfant ou l'adolescent atteint d'un trouble de déficit de l'attention ne se développe pas à armes égales, comparativement aux autres jeunes de sa cohorte.

On pourrait supposer aussi que la prise de médication à un jeune âge et sur une pé-

riode prolongée prédisposerait plus tard à la dépendance aux drogues et à l'alcool. En fait, il s'agit plutôt d'un facteur de protection, affirme le Dr Lageix : « *La proportion des jeunes qui prennent des drogues et qui ont un déficit de l'attention est très élevée. Mais l'utilisation de médication pour focaliser leur attention prévient la consommation de substance. Il est bien démontré que traiter un déficit d'attention permet de réduire la consommation de drogue et non l'inverse* ».


Jamais seule, ni sans acceptation

S'il est admis que la médication est d'une utilité remarquable, il est de mise de la proposer en respectant les craintes de la famille et de la combiner avec de la psychothérapie, souligne le Dr Jacques Leroux : « *La seule façon de régulariser le dosage de la dopamine et de la norépinephrine que nous connaissons actuellement, c'est la médication. Toutefois, autant j'insiste pour dire que la médication est nécessaire, autant je dois mettre l'accent sur le fait que la médication ne doit pas être administrée seule. Au fond, la médication joue le rôle de catalyseur dans un traitement multimodal où le soutien psychoéducatif est important. Aussi, on ne doit donner de la médication que lorsque les parents sont d'accord. Si vous l'imposez en dépit de la volonté du milieu familial, vous risquez qu'il se braque et de vous priver d'un outil qui éventuellement pourra être très utile* ». La patience et l'écoute sont donc des alliées cliniques lorsqu'il s'agit d'aborder un sujet aussi délicat que la prise par un enfant d'un médicament neuropsychologique.

Pertinente, même plus tard

La médication est particulièrement aidante dans les périodes de changement où les fonctions exécutives sont fortement sollici-

tées, notamment plus tard au début de l'âge adulte. Elle n'est pas réservée à la période de l'enfance, rappelle le Dr Lageix. « *On assiste actuellement à une explosion des demandes de consultation chez les jeunes adultes. Pourquoi? Parce que le passage du collège à l'université constitue une très grosse marche lors qu'on est atteint d'un TDAH. Les jeunes qui, jusqu'à la fin de leur cégep, arrivaient à se débrouiller tant bien que mal avec beaucoup de soutien, l'apport par exemple d'une aide pédagogique individuelle (API) qui les rencontraient régulièrement, se retrouvent soudain à l'université où ils doivent s'autogérer. C'est extrêmement difficile pour eux. C'est un phénomène important à l'université. L'autre défi, c'est quand ces jeunes arrivent sur le marché du travail où les règles sont très différentes et où la performance se mesure de toute autre façon. J'ai le souvenir d'une jeune comptable, première de classe pendant toutes ses études, qui a passé ses examens brillamment. Lorsqu'elle s'est retrouvée dans un bureau de comptable, elle était totalement perdue et incapable de faire son travail du fait d'un déficit d'attention très sévère qu'elle avait compensé en travaillant trois fois plus que les autres. C'est aussi à cette clientèle que la médication apporte son aide.* »

Beaucoup de mythes sont entretenus sur l'utilisation du « Ritalin » et autres molécules associées. Mais quand le diagnostic est posé avec professionnalisme, qu'un suivi adéquat est offert, il appert que la médication constitue un outil remarquable qui aide des milliers de jeunes à reprendre le contrôle de leur vie. 



Le rôle déterminant de la neuropsychologie

Stéphanie Sylvain-Roy, Jolyane Plante-Beaulieu et Emilie Boisseau

Dès que l'on soupçonne un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez un jeune, c'est qu'il présente des symptômes d'inattention, d'hyperactivité ou d'impulsivité. Toutefois, ces symptômes peuvent aussi dissimuler d'autres problématiques, comme un trouble affectif, un trouble d'apprentissage, de langage ou d'anxiété. C'est pourquoi l'évaluation neuropsychologique permet de préciser l'origine de ces symptômes en déterminant notamment si le profil cognitif du jeune est compatible avec un TDAH. Nous avons rencontré Emilie Boisseau, une des trois neuropsychologues de la Clinique des troubles de l'attention de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, pour nous expliquer l'importance de l'évaluation neuropsychologique dans la précision du diagnostic de TDAH.

D'emblée, Emilie Boisseau, neuropsychologue à la Clinique des troubles de l'attention (CTA), précise que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un problème neurodéveloppemental causé par des facteurs génétiques et environnementaux. « Ces enfants qui

souffrent d'un TDAH ont des difficultés dans leurs fonctions attentionnelles et exécutives. Parfois, ils peuvent donner l'impression qu'ils nous manipulent ou qu'ils font des caprices, mais c'est réellement un problème neurologique en lien avec les fonctions cognitives. Ils ne le font pas exprès », souligne-t-elle. En effet, il s'agit d'un retard de la maturation du cerveau qui cause un déficit dans les fonctions attentionnelles et exécutives. Autrement dit, il y aurait une mauvaise transmission entre les synapses dans les régions frontales du cerveau ou dans les autres régions qui sont en connexion avec ces dernières pour nous permettre de faire des activités complexes, comme réfléchir, se maîtriser et se concentrer.

Préciser le diagnostic

Le pédiatre et le psychiatre de la CTA font appel aux neuropsychologues pour faire une évaluation neuropsychologique lorsqu'ils suspectent d'autres comorbidités avec le TDAH chez un enfant, notamment pour ceux ayant déjà reçu un diagnostic de TDAH, dont la médication n'a pas fonctionné. « Souvent, il faut réévaluer l'enfant pour vérifier s'il y a un trouble associé au TDAH, comme un trouble d'apprentissage. D'autres professionnels de l'équipe de la CTA peuvent aussi être sollicités pour participer à l'évaluation, comme l'ergothé-

rapeute et l'orthophoniste. Il arrive d'emblée que le médecin soupçonne un trouble de langage chez un patient. Il ira alors chercher l'orthophoniste et la neuropsychologue pour évaluer l'enfant », indique Emilie Boisseau. Le rôle de l'évaluation neuropsychologique est complémentaire à l'évaluation du médecin de la CTA pour préciser le diagnostic et pour orienter le plan de traitement.

Ce que l'on vérifie

« L'évaluation en neuropsychologie cherche à faire des liens entre le fonctionnement du cerveau et les symptômes du TDAH. Il faut rappeler que le trouble déficitaire de l'attention a une base neurologique, c'est-à-dire que certaines dysfonctions cérébrales se manifesteront par des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. Ainsi, le fonctionnement du cerveau sera évalué à l'aide de tests cognitifs. Si les symptômes observés sont liés à des dysfonctions cérébrales, des difficultés ressortiront lors de nos tests cognitifs », explique la neuropsychologue de la CTA.

Ces tests cognitifs consistent à réaliser des tâches standardisées où l'enfant aura des consignes à respecter. On exposera l'enfant à des tâches d'attention pour vérifier sa capacité à diriger son attention sur une



MYTHES ET RÉALITÉS

activité, à soutenir son attention longtemps et à partager son attention avec plusieurs tâches à réaliser. On vérifiera aussi s'il réagit bien aux transitions, s'il est flexible. D'autres tâches exécutives montreront sa capacité à s'organiser, à planifier, à se maîtriser et à contrôler son impulsivité. « On évalue un peu tout, mais surtout l'attention et les fonctions exécutives. C'est principalement dans ces tâches-là que les personnes qui ont un TDAH auront des difficultés. Ces difficultés peuvent aussi avoir des répercussions sur leurs habiletés à organiser leurs idées, à s'organiser dans leurs travaux scolaires et dans leurs activités quotidiennes. S'il n'y a pas de difficultés cognitives, on peut alors s'orienter vers un trouble affectif, un trouble d'anxiété ou peut-être que l'enfant vit un divorce, un deuil, un changement d'école et présente des comportements qui ressemblent à un TDAH sans en être un », dit Émilie Boisseau.

Établir le profil des forces et des faiblesses


Outre la partie technique de précision du diagnostic de TDAH, le bilan de l'évaluation en neuropsychologie comprend le profil des forces et des faiblesses de l'enfant ou de l'adolescent ainsi que des recommandations pour le plan de traitement.

« Ce bilan facilite la compréhension des parents et du jeune sur ce qui se passe. Le fait de mettre des mots sur ce que l'on a observé vient valider les impressions des parents. Parfois, cette compréhension permet aux parents de se déculpabiliser un peu et de réaliser que leur enfant a vraiment des difficultés. Certains parents nous disent : C'est pour ça que quand je lui demande de

faire sa chambre, il ne sait pas quoi faire, ni par où commencer. Ce bilan permet aussi de remettre en valeur les forces de l'enfant. Lorsqu'il y a beaucoup de problèmes, on a tendance à ne plus voir les forces de l'enfant », avance-t-elle.

Des recommandations concrètes

Les recommandations comprennent entre autres, les grandes lignes du résultat de l'évaluation pour faciliter le plan de traitement ainsi que les grandes orientations pour les milieux qui accueillent l'enfant, comme à l'école. Ces recommandations peuvent être la fréquentation d'une classe spéciale, le recours à des services d'orthopédagogie, d'orthophonie, de psychologie ou la présence d'un psychoéducateur. « Il y aura également des recommandations plus spécifiques selon l'enfant. Par exemple, si l'enfant a de la difficulté à se concentrer, on peut recommander de le placer en petit groupe ou près du bureau de l'enseignante dans la classe. On peut suggérer de mettre en place des routines ou un système avec des récompenses pour garder l'attention de l'enfant. En tant que neuropsychologue, on peut se rendre à l'école pour discuter d'un enfant avec les enseignants ou le psychologue scolaire. » Des rencontres qui facilitent le partage des connaissances et favorisent une meilleure collaboration dans le suivi de l'intervention pour aider l'enfant à s'adapter et à fonctionner dans la classe.

En somme, Émilie Boisseau perçoit son rôle à la CTA comme un travail d'enquête pour trouver la source des difficultés chez un jeune afin d'orienter avec les autres professionnels de son équipe un plan de traitement adéquat et efficace. 

Le TDAH est une réalité surtout nord-américaine, peu présente ailleurs dans le monde

Il est bien démontré que le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité est présent sur tous les continents et que sa prévalence est partout la même, soit environ 5 % de la population.

Donner des psychotropes à un enfant peut favoriser plus tard sa dépendance à l'alcool et aux drogues

Il est établi que c'est plutôt le TDAH lui-même qui prédispose à la dépendance. Le fait de traiter le TDAH protège ou à tout le moins diminue le risque de dépendance aux substances.

La prescription de « Ritalin » très jeune est contrindiquée

Le traitement donné précocement améliore les résultats scolaires, prévient les autres psychopathologies et favorise l'intégration sociale.

Les conditions de l'environnement sont à l'origine de l'apparition du TDAH

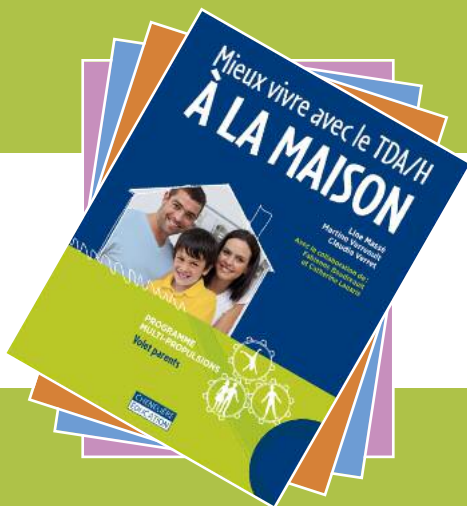
Le TDAH est un trouble génétique et neuropsychologique. L'environnement peut favoriser l'intensification de symptômes déjà existants, mais en aucun cas il ne provoque l'apparition du trouble.

Le TDAH disparaît par lui-même avec le temps

Il est prouvé que la majorité des enfants qui présentent un TDAH vont encore éprouver certaines difficultés à l'âge adulte. Les difficultés cependant évoluent. L'enfant qui saute à trois ans sur le divan ne le fera plus à 22 ans. Par contre, il aura encore du mal à se concentrer, trouvera difficile de suivre un cours de trois heures à l'université. Il aura plus de peine à maintenir son attention dans une conversation qui se déroule dans un restaurant bruyant. Il sera plus impulsif dans ses achats, conduira plus vite, etc. L'impact est moins flagrant à l'âge adulte, mais reste néanmoins présent.

Les enfants avec TDAH n'ont qu'un surplus d'énergie à dépenser que les sports permettent de contrôler facilement

Le sport est un bon moyen de canaliser leur énergie, ce qui les aide à mieux se contrôler et à sentir plus calme. Mais les difficultés d'attention demeurent présentes et ne disparaissent pas avec l'activité physique.



Quatre outils cliniques développés à l'HRDP

La Clinique des troubles de l'attention (CTA) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies a développé quatre programmes d'intervention pour outiller les enfants et les adolescents qui présentent un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Il s'agit des programmes Papillon pour les 3 à 5 ans, Vers les étoiles pour les 6 à 7 ans, Multi-Propulsions pour les 8 à 12 ans et du Programme d'auto-régulation par des activités d'aventure pour les adolescents. Ces programmes de stimulation cognitive et de thérapie comportementale, sauf pour le programme aventure, comprennent un volet enfant et un volet parent pour maximiser l'efficacité de l'intervention. La psychologue Carine Chartrand et la psychoéducatrice Vanessa St-Pierre animent ces groupes d'intervention avec d'autres professionnels de la CTA. Nous les avons rencontrés pour qu'elles nous en parlent.

Programme Papillon

Le programme Papillon pour les 3 à 5 ans s'adresse aux enfants à risque de présenter des déficits d'attention, un retard de développement, soit au niveau du langage ou de la motricité, et un problème d'opposition. C'est un programme de stimulation

cognitive et d'interventions comportementales qui a été développé à partir d'activités de lecture interactive sous forme de dialogue. Il comprend aussi des activités d'attention et d'autocontrôle spécifiques pour les enfants qui présentent un TDAH.

« Pour les jeunes enfants, le traitement de la TCC (thérapie cognitivo-comportementale) n'élimine pas le TDAH, sauf que le pronostic est meilleur si on fait de l'intervention précoce. Les enfants qui présentent un trouble de l'attention ont souvent des symptômes du trouble de l'opposition, cela explique leurs difficultés d'intégration sociale à la garderie et à l'école », indique Carine Chartrand, psychologue à la Clinique des troubles de l'attention de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

D'une certaine façon, ce programme prépare les enfants de 3 à 5 ans à la maternelle, selon Vanessa St-Pierre, psychoéducatrice à la CTA. Elle précise que ce programme vise à développer les habiletés de l'enfant au niveau du langage, de la motricité, mais aussi de l'autocontrôle afin qu'il soit capable d'être dans un groupe et de bien fonctionner. « Par exemple, d'être capable de lever la main avant de parler. En fait, ce sont des habiletés simples que l'on s'attend d'un enfant de 3 à 5 ans, mais ces dernières sont plus difficiles à acquérir pour un enfant présentant un TDAH. »

Plus spécifiquement, les professionnels de la CTA vont travailler les mots de vocabulaire de base pour s'assurer que l'enfant a un bon vocabulaire en apprenant plusieurs catégories, comme les fruits, les légumes, les moyens de transport, etc. « Ces activités vont améliorer l'attention de ces enfants. Au début du programme, les enfants apprennent à rester assis 20 minutes, ce qui représente un effort pour eux. Plus les semaines avancent, plus on augmente le temps d'intervention avec la psychoéducatrice et les autres intervenants, passant de 20 à 40 minutes d'intervention dans le groupe. En parallèle, on travaille avec les parents pour qu'ils implantent des techniques comportementales à la maison, comme la formulation de consignes, le retrait, le renforcement positif, etc. On leur montre aussi des techniques de lecture interactive pour stimuler le vocabulaire, travailler des concepts spécifiques qu'ils auront à reproduire à la maison trois fois par semaine », explique Carine Chartrand. Ainsi, plus le programme avance, plus le temps de stimulation à la maison augmente pour créer un effet intensif afin que le langage et la motricité progressent. Les parents sont d'ailleurs sollicités pour impliquer la garderie dans le programme afin de multiplier les impacts de l'intervention.

Programmes Vers les étoiles et Multi-Propulsions

Le programme Vers les étoiles s'adresse aux enfants de 6 à 7 ans et le programme Multi-Propulsions aux enfants de 8 à 12 ans qui présentent un trouble de l'attention et des comportements perturbateurs. « Ces groupes sont divisés pour répondre aux besoins de l'âge, mais les objectifs sont similaires. Il s'agit de travailler avec l'enfant pour qu'il apprenne à reconnaître ses émotions. L'enfant doit alors apprendre à reconnaître l'émotion qui est en émergence avant de se fâcher, avant que la crise arrive. On travaille beaucoup sur la reconnaissance des émotions, sur les moyens à utiliser pour se calmer et sur les habiletés sociales. Pour les enfants qui ont un TDAH, les interactions avec les pairs sont plus difficiles parce qu'ils ont souvent un caractère plus impulsif, comme dire un peu tout ce qu'il pense ou faire des crises dans la classe. On va travailler avec eux à apprendre à entrer en relation avec les autres de façon plus harmonieuse », indique Vanessa St-Pierre.

Le volet parent est basé sur le programme Mieux vivre avec le TDAH à la maison¹. Les parents apprennent à adopter des stratégies éducatives pour favoriser le remplacement de certains comportements inadéquats de leur enfant par d'autres, plus appropriés.

Programme d'autorégulation par des activités d'aventure

Pour les adolescents qui ont un TDAH, le programme d'autorégulation par des activités d'aventure propose des activités sportives en gymnase, comme de l'escalade et du trampoline, pour les amener à reconnaître leurs émotions au moment où ils les ressentent. « On va travailler sur les émotions un peu plus profondément avec


des activités sportives. Parce qu'ils sont plus aptes à reconnaître les émotions et à les gérer lors de ces activités », dit Vanessa St-Pierre.

Tout au long du programme, les jeunes apprendront des stratégies pour reconnaître et gérer leurs émotions. Ils développeront leur capacité d'auto-observation sur leurs signes physiologiques provoqués par les émotions. Ils apprendront à identifier sur le thermomètre des émotions le meilleur moment pour mettre en pratique les moyens d'autocontrôle et ainsi apprendre à exprimer plus clairement ce qu'ils ressentent. « Nous travaillons aussi avec eux le fait de reconnaître quand ils ont besoin d'aide et d'être capable de demander cette aide au besoin, ce qui est souvent difficile pour les adolescents », ajoute Vanessa St-Pierre. Pour en savoir plus, un dossier complet de l'Inter-Mission de l'été 2013 est dédié au programme d'Aventure.

Volet parents

Dans les programmes Papillon, Vers les étoiles et Multi-Propulsions, le parent est au cœur de l'intervention. Le volet parent de ces programmes consiste à leur transmettre des techniques comportementales à utiliser à la maison : comment gérer les crises, comment les désamorcer, comment utiliser le retrait de façon efficace, comment solliciter l'enfant à utiliser ses moyens d'autocontrôle, comment diminuer l'opposition, comment améliorer la relation parent-enfant, etc.

Carine Chartrand mentionne que les parents arrivent à la clinique avec un niveau de stress élevé parce qu'ils ont un enfant qui ne fonctionne pas à la garderie ou à l'école. Ils se sentent démunis et font face à beaucoup de jugements sur leur façon

d'éduquer leur enfant de la part de leur entourage. « Quand ces parents terminent le programme d'intervention, ils sont mieux outillés pour compenser et gérer les comportements de leur enfant. Ils se sentent plus solides. Même si l'enfant fait une crise, ils savent qu'ils ont les moyens pour gérer cette crise-là. Ce qui diminue beaucoup le stress à la maison parce que si les parents sont moins stressés, l'enfant l'est moins aussi et sera capable de s'adapter aux situations », conclut la psychologue. 

¹. Massé, L., Verreault, M., Verret, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDAH à la maison*. Producteur : CECOM de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (DVD) / Éditeur : Chenelière Éducation (livre).

PROFILS DE LA CTA ET DE SA CLIENTÈLE



- La CTA procède à 250 évaluations par année.
- Elle accueille une clientèle de 3 à 18 ans.
- La clientèle de 3 à 6 ans est principalement référée pour une confirmation du diagnostic qui est particulièrement difficile à établir à ce jeune âge.
- La clientèle de 6 à 18 ans doit déjà avoir reçu un diagnostic de TDAH et ne pas répondre aux traitements standards. Elle présente généralement d'autres psychopathologies.
- 80% de la clientèle a été orientée à la CTA par un médecin de première ligne. 20 % des références provient d'une autre clinique de l'HRDP.
- Le trouble de déficit de l'attention étant génétique et neurologique, on ne guérit pas le TDAH. Toutefois, le taux de soulagement est très élevé chez les patients de la CTA, ce qui est particulièrement gratifiant pour les médecins et professionnels de la clinique.

Pareil, pas pareil?

Par Carole Boulé

Les garçons sont plus à risque de présenter un trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) que les filles. Ils sont aussi diagnostiqués plus jeunes que les filles, car ces dernières présentent plus des symptômes d'inattention que d'hyperactivité. Petit tour d'horizon sur les points communs et les différences entre les filles et les garçons qui présentent un TDAH avec les experts de la Clinique des troubles de l'attention de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

Si les symptômes du TDAH se manifestent dès l'enfance, ils sont moins visibles chez les filles par rapport aux garçons. Ces derniers sont d'ailleurs plus nombreux à présenter des symptômes d'hyperactivité que les filles. Ils sont turbulents, agités et ont souvent des troubles de comportement. « C'est six gars pour une fille qui présentent les symptômes d'un profil mixte, soit à la fois hyperactif, impulsif et inattentif », précise le Dr Philippe Lageix, psychiatre à la Clinique des troubles de l'attention de l'HRDP. Le pédiatre Jacques Leroux renchérit en soulignant que le profil de TDAH est complètement différent chez les filles. En effet, les filles qui présentent de l'hyperactivité ne manifestent pas les mêmes symptômes que les garçons. Elles ont souvent un meilleur comportement et n'attirent pas l'attention de la même façon que les garçons.

Pour le sous-type de TDAH où l'inattention est prédominante, la proportion de garçons et de filles est toutefois équivalente. Le Dr Lageix ajoute que ce sous-type représente environ 5 % des enfants qui ont un diagnostic de TDAH. Ils sont perçus comme des enfants sages et tranquilles en classe, car ils sont lunatiques, distraits et perdus dans leurs pensées. C'est pourquoi l'inattention chez les filles passe souvent inaperçue.

Gare à l'impulsivité

Pour sa part, la psychologue Carine Chartrand indique que l'hyperactivité diminuera avec l'âge pour les garçons, mais que l'impulsivité chez les filles deviendra plus intense avec l'âge de la puberté. « Les parents se demanderont ce qui se passe avec leur fille qui ne présentait pas d'impulsivité en bas âge. L'impulsivité qui était latente chez elle deviendra alors explosive à l'adolescence. On verra aussi plus d'anxiété chez les filles à l'adolescence que chez les garçons. D'ailleurs, elles vont d'abord consulter pour leur anxiété plutôt que pour leur trouble de l'attention. »

Degré de sévérité

En ce qui concerne la sévérité des symptômes du TDAH, on ne constate pas de différence entre les filles et les garçons. « Même s'il y a plus de garçons que de filles qui ont un TDAH, ça ne veut pas dire qu'il y a plus de gars qui ont des symptômes plus sévères. Lorsqu'on a un profil de TDAH, on peut avoir les mêmes symptômes et le même degré de sévérité, peu importe le sexe. Cependant, les filles qui ont un TDAH vont avoir des symptômes plus sévères parce que l'impulsivité et l'hyperactivité vont être diagnostiqués plus tôt et se maintenir plus longtemps », conclut Carine Chartrand.

QUELQUES RESSOURCES CONSEILLÉES PAR LA CTA

À qui d'abord s'adresser?

- Votre médecin de famille.
- Les professionnels des milieux scolaires
- Les intervenants des CIUSSS, sites CSSS (travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs).
- Les cliniques privées en psychologie (voir le site Web de l'Ordre des psychologues du Québec).

Les associations d'entraide

- PANDA – Parents aptes à négocier le déficit d'attention
Regroupement des associations de parents Panda du Québec
www.associationpanda.qc.ca
1 877 979-7788
- AQETA – Association québécoise des troubles d'apprentissage
www.aqeta.qc.ca
514 847-1324
- Association des parents de l'enfance en difficulté de la rive sud de Montréal
apedrsm@apedrsm.org
450 679-9310

Ressources téléphoniques

- La LIGNE parents
Intervention et soutien téléphonique pour les parents d'enfants de 0 à 18 ans
514 288-5555
1 800 361-5085
- Éducation Coup-de-fil
Consultation professionnelle de septembre à juin pour les relations parents-enfants
514 525-2573
1 866 329-4223
- Tel-Jeunes
514 288-2266
1 800 263-2266



L'importance de soutenir le parent

Dominique Demers

Parce qu'il a un trouble de déficit de l'attention, un enfant ou un adolescent n'a pas moins besoin que les autres d'être écouté, réconforté et aimé. Ces ingrédients affectifs demeurent essentiels à son développement. Il en a d'autant besoin que cette psychopathologie affecte le développement. Or, le TDAH met à l'épreuve la relation parent/enfant. Un enfant inattentif, impulsif et hyperactif en fait souvent voir de toutes les couleurs à ses parents. Malgré toute la bonne volonté de ces derniers, le lien affectif peut sérieusement en souffrir. De surcroît, on convient qu'il est plus difficile de traiter un déficit d'attention auquel s'ajoute un déficit d'affection. Il est alors approprié de soutenir le milieu avec l'introduction d'une travailleuse sociale dans le plan d'intervention.

Aider à mieux discerner

Travailleuse sociale à la CTA, Dominique Demers est appelée à accompagner la famille lorsqu'elle peine à trouver son équilibre avec le TDAH à la maison. À la longue, quand systématiquement leur enfant n'écoute pas les consignes, s'oppose aux demandes, oublie ce qui lui ait dit,

s'agite exagérément, la fatigue, l'incompréhension et la détresse des parents peuvent s'installer. Il est à craindre qu'aux yeux du parent, l'enfant aimé s'efface derrière ses symptômes déplaisants. La personnalité du jeune est confondue avec sa maladie, explique Dominique Demers. « J'accompagne le parent en l'amenant à départager ce qui appartient à l'enfant et ce qui est une manifestation de son trouble. J'explique concrètement comment l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité induites par le TDAH affectent le fonctionnement quotidien de l'enfant. Quand il oublie, ce n'est pas un signe de mauvaise volonté. C'est une manifestation de son TDAH. »

Une interprétation plus juste des comportements de son fils ou de sa fille aidera le parent à apporter des ajustements bénéfiques. Lorsqu'on ne comprend pas la pathologie, il est normal d'avoir des exigences trop élevées envers son enfant. Il est naturel aussi de se sentir confronté par une apparente attitude de provocation ou d'indifférence. Mais une fois que l'on saisit ce qui se passe réellement, on est plus à même d'aider son enfant plutôt que de réagir instinctivement. De cette façon, on sera dans de meilleures dispositions pour accompagner plus patiemment son enfant à mettre en pratique ses stra-


tégies apprises en thérapie. Il y aura un impact positif sur l'évolution du jeune, constate Dominique Demers : « L'enfant qui présente un TDAH a une plus grande vulnérabilité que les autres. Il est fragile, surtout au niveau de l'estime de soi. Il est facilement rejeté par les autres, et cela inclut ses parents. En préservant le lien parental, en évitant les propos blâmant par exemple, on l'encourage à croire en lui et en ses capacités malgré ses difficultés. Il faut apprendre à découvrir les belles qualités d'un enfant qui a un TDAH, soit l'énergie, la spontanéité, la créativité ».

Les parents ont eux aussi besoin de soutien

Le TDAH étant une pathologie d'origine génétique, il est fréquent que les parents eux-mêmes aient le trouble sans avoir officiellement le diagnostic. Ils peuvent donc éprouver des difficultés à gérer leur quotidien et, par conséquent, à composer avec les comportements de leur enfant, ajoute Dominique Demers. « Le parent présente souvent ses propres vulnérabilités. Déjà, le fait de devoir s'occuper d'une autre personne peut grandement le déstabiliser s'il a lui-même ce diagnostic, souvent sans même le savoir. Fréquemment, le parent montre des signes dépressifs. Il faut en prendre soin, sans le juger. Il est nécessaire de lui laisser beaucoup de place, de

reconnaitre ses bons coups, même s'il commet des erreurs lui aussi et de le considérer comme un partenaire à part entière. Il est l'expert de son enfant, celui qui partage sa vie. C'est précieux. En reconnaissant sa souffrance, on sème de petites graines qui participent au mieux-être de tous les membres de la famille. »

La travailleuse sociale a aussi le mandat de participer à la concertation de tous ceux qui peuvent contribuer au mieux-être du jeune. Elle verra donc à tisser des liens entre les collaborateurs et l'équipe traitante, soit les intervenants du centre jeunesse, du CLSC et de l'école, lorsque nécessaire.

N'oublions pas que le parent doit faire le deuil de l'enfant rêvé. Un deuil amplifié par les manifestations d'une psychopathologie particulièrement tangible qui lui rappelle tous les jours que son enfant est différent. C'est le rôle de Dominique Demers, travailleuse sociale, de soutenir ce processus d'adaptation hors normes. 

LAURENT MOTTRON

Psychiatre et chercheur régulier

The costs of generality

Un commentaire du Dr Laurent Mottron a été publié en ligne le 8 décembre dernier dans *The national Austitic Society* – SAGE publication sur la sortie d'un nouvel article scientifique du groupe de recherche Kate Plaisted.

La plasticité du cerveau est au cœur des recherches visant à mieux intervenir auprès des autistes

La capacité à traiter certains types d'information de façon accrue, observée chez bon nombre d'autistes, résulterait d'un processus de plasticité du cerveau qui les mène à privilégier le contenu qui les intéresse au détriment des données à caractère social. (...) C'est la piste qui se dégage des plus récents travaux du Dr Laurent Mottron et de ses collègues qui ont développé un tout nouveau modèle de compréhension du trouble du spectre de l'autisme (TSA) sur la base d'études antérieurement publiées en génétique, imagerie cérébrale et cognition de l'autisme.

Qu'est-ce que le trouble du spectre de l'autisme?

Touchant un pour cent de la population, le trouble du spectre de l'autisme (TSA) regroupe un ensemble de différences dans le traitement de l'information sociale et non sociale, et particulièrement la perception. Il se manifeste en bas âge – généralement entre 18 mois et trois ans – d'abord par des interactions sociales atypiques avec

l'entourage. (...) « Parce qu'il n'a ni début ni fin, l'autisme n'est pas une maladie : il s'agit plutôt d'une variation neurodéveloppementale qui est caractérisée par divers comportements sociaux et non sociaux », explique le neuroscientifique en cognition Laurent Mottron, chercheur à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et au Centre d'excellence en troubles envahissants du développement de l'Université de Montréal.

Ces deux articles avec le Dr Mottron ont paru dans un dossier spécial sur l'autisme du *Journal Forum* de l'Université de Montréal le 1^{er} décembre dernier.

Incursion dans les multiples univers de l'autisme

Étienne D. Lorrain ne s'en cache pas : il n'est pas très sociable. Il le dit clairement : il en a marre d'être forcé à créer des liens avec tous ceux qui l'entourent. « Sincèrement, je n'ai jamais eu l'intention de me sociabiliser. C'est une idée de mes enseignants, une conception qu'ils ont eue en tête et qu'ils m'ont imposée depuis des années », lance-t-il, soulignant l'ampleur de l'effort consenti pour parler de son trouble du spectre de l'autisme (TSA) en entrevue. Cet article, paru le 12 novembre dernier dans le journal *Le Devoir*, reprenait les propos du Dr Laurent Mottron qui parlait de ce trouble comme étant « une forme d'adaptation de l'organisme humain à des variations de conditions de vie initiale qui peuvent donner d'énormes difficultés dans la vie de tous les jours ».

BAUDOUIIN FORGEOT D'ARC

Psychiatre et chercheur régulier

Les autistes perçoivent les visages différemment

Cette personne a-t-elle l'air gentil? Intelligent? Têtu? Pour la plupart des gens, la perception des émotions sur un visage est évidente. C'est différent pour les personnes atteintes d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). « Nous avons demandé à 71 sujets de nous dire, entre deux visages, lequel avait l'air le plus gentil. Pour les volontaires "normaux", les réponses allaient dans le même sens. Pour les personnes souffrant d'un TSA, aucun consensus ne ressortait clairement », explique le psychiatre Baudouin Forgeot d'Arc, chercheur à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Cet article avec le Dr Forgeot d'Arc a paru dans un dossier spécial sur l'autisme du *Journal Forum* de l'Université de Montréal le 1^{er} décembre dernier.

Jugement des visages par les personnes autistes : une question de perception?

Nous basons fréquemment notre jugement d'une personne à partir d'une simple observation de son visage. Chez les personnes atteintes du trouble du spectre de l'autisme (TSA), une analyse des traits du visage pourrait expliquer des jugements différents en comparaison avec les personnes non autistes. Telle est la conclusion d'une étude franco-canadienne à laquelle des chercheurs de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, affilié à l'Université de Montréal, ont participé. (...) « L'évaluation du visage d'un individu est un processus rapide qui influence nos relations ultérieures avec cet individu », explique Baudouin Forgeot d'Arc, premier auteur de l'étude. Une étude publiée le 28 novembre 2014.

L'étude du Dr Forgeot d'Arc a connu un rayonnement dans plusieurs médias au moment de sa publication, dont le *Daily Mail*, *Autism Daily News*, *Science Daily*, *Zeenews India*, le *Psychocentral*, *Journal de Montréal*, *Psychomédia*, etc.

CYNTHIA BROSEAU

Travailleuse sociale et psychothérapeute

Parler de l'autisme

Au début du mois de novembre, l'Hôpital Rivière-des-Prairies lançait une vidéo qui traite du vécu des parents d'enfants autistes, de l'annonce du diagnostic jusqu'à l'adaptation à cette réalité parsemée de défis. *Sur le chemin de l'autisme* présente des témoignages des parents issus de quatre familles accompagnés de spécialistes. Cynthia Brosseau ainsi que l'une des participantes de la vidéo *Sur le chemin de l'autisme*, Véronique Dupont, maman de deux petits garçons autistes, étaient les invitées de Marianne Paquette à l'émission « C'est bon pour la santé » au *Canal M*, la radio de *Vues et Voix* pour en parler le 19 novembre dernier.

ÉVELYNE MARTELLO

Infirmière à la Clinique des troubles du sommeil

Problèmes de sommeil : des troubles et des solutions à tous les âges

Le 23 février dernier, Évelyne Martello était invitée à l'émission radiophonique « Medium large » d'*ICI Radio-Canada Première* pour parler des problèmes de sommeil des enfants, des adolescents et, par ricochet, de leurs parents.

Facteurs de protection des conduites suicidaires à l'adolescence

Plusieurs de nos chercheurs ont signé des articles de recherches cliniques sur les facteurs de protection des conduites suicidaires à l'adolescence dans un supplément qui a été publié dans la *Revue canadienne de psychiatrie* en février dernier. Il s'agit entre autres du Dr Jean-Jacques Breton, Réal Labelle, Dre Pascale Abadie, Claude Berthiaume, Sylvie Raymond, Bogdan Balan, Terry Zaloum, etc. Ce supplément est le fruit d'une coopération universitaire franco-québécoise initiée en 2005 par la Clinique des troubles de l'humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

ROGER GODBOUT

Psychologue et responsable de la Clinique et du Laboratoire du sommeil à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et professeur en psychiatrie à l'Université de Montréal

Liens entre les activités cliniques et de recherche

Lors de la journée annuelle de la recherche du Département universitaire de psychiatrie qui s'est tenue le 27 novembre dernier, le psychologue Roger Godbout a fait une présentation sur le Laboratoire et la Clinique du sommeil de l'HRDP. Il a pu mettre en évidence les liens entre les activités cliniques et de recherche avec des exemples concrets.

Dévoré des séries télé, pour le meilleur et pour le pire

Roger Godbout participait à un reportage sur les effets des séries télé sur notre sommeil dans un article sur la boulimie télévisuelle paru le 27 novembre dernier sur le site Web d'ICI Radio-Canada. M. Godbout expliquait entre autres que les séries télévisées n'entraînent pas un problème de dépendance plus qu'une autre activité.

Sommeil et âge

À mesure que nous avançons en âge, le sommeil évolue. Nous dormons moins longtemps, moins profondément. Le sommeil devient fragile. Les chercheurs tentent de comprendre pourquoi notre sommeil change avec l'âge. Pour cela, ils explorent ce qui se passe dans le cerveau. C'est donc pour expliquer ces recherches que le psychologue Roger Godbout participait à l'émission *Découverte* sur les ondes d'ICI Radio-Canada Première le 30 novembre dernier.

BRUNO GAUTHIER

Neuropsychologue à la Clinique des troubles de l'attention à l'Hôpital Rivière-des-Prairies

PHILIPPE LAGEIX

Pédopsychiatre à la Clinique des troubles de l'attention à l'Hôpital Rivière-des-Prairies

Exploring the dynamics of design fluency in children with and without ADHD using artificial neural networks

Un projet de recherche sur le processus de résolution de problèmes chez les enfants avec ou sans TDAH a été mené à la

Avant de s'endormir, rien de mieux que le bon vieux livre papier

Le 22 décembre dernier, un article sur *ICI Radio-Canada.ca* portant sur une étude américaine qui souligne que la lumière bleue émise par les tablettes électroniques perturbe le sommeil reprenait les propos de Roger Godbout sur les effets sur le sommeil lorsqu'une personne regarde des séries télévisées pendant plusieurs heures sur un écran de télévision, un ordinateur ou une tablette électronique.

Les bienfaits de la sieste

Le 28 janvier dernier, Roger Godbout a discuté des bienfaits de la sieste chez l'enfant et l'adulte à l'émission « C'est bon pour la santé » au *Canal M*, la radio de *Vues et Voix*.

Le sommeil des ados

Le 19 février dernier, Roger Godbout participait à un reportage sur les problèmes de sommeil des adolescents à l'émission « Une pilule, une petite granule » à *Télé-Québec*. Il y mentionnait entre autres que l'impact du manque de sommeil sur la réussite scolaire a été bien documenté. « Une grande enquête réalisée sur plusieurs milliers d'étudiants montrait que ceux qui ont des C ou des D dorment 45 minutes de moins que ceux qui ont des A et des B, disait Roger Godbout. On le voit donc aussi en classe : ceux qui dorment le moins bien sont aussi ceux qui réussissent le moins bien. »

Clinique des troubles de l'attention de l'HRDP, dont les auteurs sont le neuropsychologue Bruno Gauthier, le pédopsychiatre Philippe Lageix ainsi que la neuropsychologue de l'Université de Sherbrooke Véronique Parent. Les résultats de cette recherche ont paru dans la revue *Child Neuropsychology : A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence* et mis en ligne le 11 décembre dernier.

Les résultats de cette recherche ont d'ailleurs été soulignés dans un article paru dans *La Presse+* le 9 février dernier.



Crédit photo:
Maxime Tremblay

Un mot de la directrice générale

Printemps 2015

Des chiffres et du 2015

L'année 2015 sera sportive dans le secteur de la santé, nous le savons tous. Nous devons apprendre à naviguer en zone inconnue, ce qui ne sera pas évident. Nous sommes de tout cœur avec vous et soyez assurés que nous continuerons à mettre l'expertise de l'Hôpital Rivière-des-Prairies et la santé mentale pédopsychiatrique en avant.

Notre spécificité nous permet d'espérer le meilleur de cette refonte.

Nous nous devons, plus que jamais, de poursuivre et consolider notre mission. Ce ne sont pas les défis qui manquent, et votre engagement nous est plus que jamais nécessaire, même essentiel.

Merci de persévérer!

Notre espoir

Nous sommes de plus en plus nombreux à connaître les difficultés traversées au quotidien par tous ces enfants et adolescents ainsi que leurs familles. Mais il y a de l'espoir! On peut soulager, soigner, permettre à ces enfants de mieux vivre avec leur différence. Ils sont en droit d'espérer devenir des adultes heureux et engagés dans leur communauté, comme chacun d'entre nous.

Merci de nous être fidèles, de nous aider à poursuivre nos efforts afin de franchir cette ultime frontière en matière de santé, celle qui nous permettra d'enfin comprendre le fonctionnement du cerveau humain et d'en faire bénéficier les enfants afin que leurs cerveaux en pleine croissance se développent comme ils le devraient.

Merci de contribuer à libérer nos petits trésors.

Sylvie Lauzon

Notre engagement

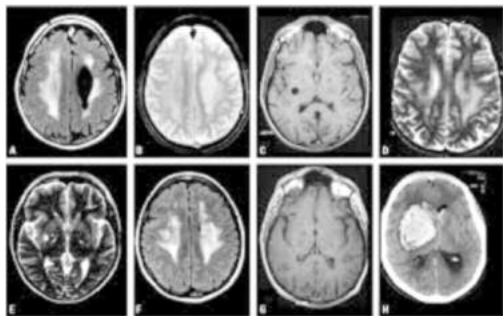
En 2014, plus de **330 000 \$** ont été remis à l'HRDP!

131 335 \$ en autisme

QUELQUES PROJETS :

- ♥ Cartographie du cerveau des autistes. Ce projet dirigé par le Dr Mottron est soutenu par la Fondation depuis 2013. Il le sera jusqu'en 2017. Nous y aurons versé 175 000\$ en 5 ans.
- ♥ Projet de recherche sur la mémoire associative des autistes afin de mieux comprendre les modes d'apprentissage des enfants et adolescents autistes.
- ♥ Projet d'une cour intérieure pour l'hôpital de jour Pas à Pas. Le financement étant pratiquement complété, la construction devrait commencer en 2015.
- ♥ Recherche sur le désir mimétique des autistes. Imiter c'est apprendre, et bien souvent les petits autistes ne le font pas. Ce projet du Dr Forgeot d'Arc s'est poursuivi en 2014 et a fait l'objet de présentations ici et à l'étranger.

Nous sommes bien fiers de nos équipes de chercheurs dont l'expertise devrait bientôt être reconnue à l'échelle nationale. Merci de permettre aux jeunes autistes de continuer à développer cette « autre forme d'intelligence ».



Imagerie cérébrale

90 000 \$ pour la Clinique des troubles de l'humeur

QUELQUES PROJETS :

- ♥ Une banque de données en santé mentale des enfants au Canada. Entrepris en 2013, ce projet continue à se développer. Il s'agit d'un projet dans lequel nous aurons investi conjointement avec Bell 197 000 \$.
- ♥ Une bourse de recherche doctorale en prévention du suicide.
- ♥ Le logiciel Dominique interactif, pour évaluer les problèmes de santé mentale et le risque suicidaire chez les adolescents de 12 à 15 ans. La Fondation y aura contribué 225 000\$ en trois ans.

33 000 \$ en pédopsychiatrie

- ♥ Étude électrophysiologique des troubles langagiers chez la population pédopsychiatrique âgée de 4 à 6 ans. En 2013-2014, la Fondation a avancé les fonds pour développer le projet de recherche. En 2014, nous avons entrepris de financer l'achat de casques EEG. Globalement ce sont un peu plus de 120 000\$ qui auront été investis.

56 000\$ pour la clinique des troubles anxieux

- ♥ Trousse pour le traitement des troubles anxieux chez les 8-12 ans. En 2014, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a désigné les troubles anxieux comme une priorité. Notre projet de trousse pour le traitement de troubles anxieux chez les 8-12 ans n'en devenait que plus pertinent. À terme 750 000 \$ seront investis dans le développement, la production et la distribution de ces trousse destinées autant aux spécialistes et professionnels de la santé qu'aux intervenants du monde scolaire et aux parents.
- ♥ Bourse d'études doctorale sur les déficits exécutifs des enfants aux comportements perturbateurs. Cette bourse permettra de consolider un secteur dans lequel l'Hôpital excelle, celui des neurosciences et de permettre le développement d'une chercheuse prometteuse.

4 000\$ en projets spéciaux et hébergement des familles

- ♥ Achat d'un vélo spécialisé pour un jeune autiste suivi à l'Hôpital afin qu'ils puissent améliorer sa condition physique, sa motricité globale et la qualité de ses relations familiales.
- ♥ Journée de l'infirmière : un permis d'exercice est offert depuis quelques années par la Fondation à une infirmière.
- ♥ Achat d'une tablette pour un jeune autiste afin que certains outils thérapeutiques électroniques lui soient accessibles.

Je ne suis pas un **monstre**



Notre grande campagne « Je ne suis pas un monstre » a connu un franc succès depuis 2013. Au printemps 2014, un nouveau partenaire, le Groupe de pharmacies Brunet s'engageait avec nous. Devant le succès de cette première initiative, nous récidiverons au printemps 2015.

En mai, chez **Brunet**, on changera encore une fois votre petit change en **petits trésors**.

3

2014 nous a aussi permis de développer un nouveau partenariat avec Alimentation Couche-Tard.

De décembre 2014 à mars 2015, nous avons mis en vente dans les 545 Couche-Tard du Québec une collection de 4 rondelles de hockey illustrant les moments forts de la carrière de notre porte-parole, Guy Lafleur.

Nous tenons à remercier bien sûr Alimentation Couche-Tard, Jocelyne Bouchard, l'artiste, qui a fait de ces rondelles de véritables œuvres de collection, Guy Lafleur qui s'est prêté au jeu et Québecor qui nous a permis de bénéficier d'une visibilité sans pareille sur toutes ses plateformes.



Lancement de l'offensive rondelles : Jocelyne Bouchard, Guy Lafleur, Sylvie Lauzon et Mélissa Lessard



Guy Lafleur signe des autographes pour les employés de Couche-Tard



Un autre partenaire important s'est manifesté à la fin 2014! Les Cinémas Guzzo ont gracieusement accepté de diffuser le making of de notre campagne « **Je ne suis pas un monstre** » dans toutes leurs salles de cinéma lors de toutes les projections de films en Français.

Ainsi du 6 novembre 2014 au 9 janvier 2015 des milliers de personnes ont été sensibilisées à la réalité des jeunes qui vivent avec des troubles de santé mentale. Une belle visibilité pour la Fondation durant une période très achalandée dans les salles de cinéma. Merci à Maria et Vincent Guzzo pour ce généreux soutien!

L'avenir

En 2015, nous continuerons à bâtir. Nous franchirons également un cap important : **la Fondation dépassera les deux millions de dollars versés à l'Hôpital Rivière-des-Prairies depuis 2010!** C'est dire à quel point nous croyons à l'importance d'investir en santé mentale pédopsychiatrique.

4

Nous avons également revu nos activités de financement annuelles. En 2014, notre Grande Journée Golf et Vélo a permis de recueillir près de 200 000 \$. En 2015, nous tiendrons l'évènement en septembre plutôt qu'en juillet et nous déménageons au Mont-Tremblant afin d'offrir une nouvelle expérience à nos golfeurs et cyclistes. Nous sommes à développer un projet afin de perpétuer la mémoire de Steven Lanthier, notre ami disparu lors de notre randonnée cycliste. On vous tient au courant.



Du nouveau également à venir en juin 2015 : la première édition de notre Défi les petits trésors. Ce grand défi de course à relais nous permettra de parcourir le Québec à la course pendant quatre jours et de faire parler de santé mentale pédopsychiatrique partout où nous passerons.

Nous tenons à remercier tout particulièrement cette année le Groupe Perron et en particulier son vice-président, Gérald Perron, qui grâce à leur évènement annuel au Domaine les Brome, nous ont versé à ce jour plus de 300 000 \$. L'évènement célébrera cette année son 10e anniversaire. Quel accomplissement.



Voir grand

La campagne majeure de financement que nous avons préparée en 2014 est prête à prendre son envol. Des géants du monde corporatif et des Fondations québécoises seront rencontrés et sensibilisés à notre cause. Nous espérons qu'ils nous appuieront dans l'atteinte de notre objectif de 5 millions de dollars sur 5 ans.

Contribuez à nous aider à libérer le trésor!

Des projets d'envergure seront développés en relation avec cette campagne. Ces projets permettront de mieux outiller les intervenants de première et deuxième ligne en santé mentale pédopsychiatrique. Le développement de programmes de sensibilisation se trouve aussi au cœur de notre grande campagne.





Merci à tous les lecteurs

LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS
ET DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

RÉDACTRICE EN CHEF

Johanne Gagnon

RÉDACTEURS

France Beaudoin

Carole Boulé

Jessica Lambert-Fandal

Alexandra Perron

Johane Roy

Stéphane Trépanier

RÉVISEURE ET CORRECTRICE

France Beaudoin

CONCEPTION GRAPHIQUE

Johane Roy

PHOTOGRAPHES

Johane Roy

Stéphane Trépanier



www.hrdp.qc.ca