

## LES DIFFICULTÉS AFFECTIVES ET COMPORTEMENTALES DES ADOLESCENTS AYANT UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET LA PRÉSENCE DE SERVICES D'ÉVALUATION ET D'INTERVENTION QUI LEUR SONT OFFERTS

Catherine Taieb-Lachance et Nathalie Poirier

Université du Québec à Montréal

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

*See end of text for English abstract*

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

### Introduction

#### TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

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

#### ÉMISSION DU DIAGNOSTIC DE TSA

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

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

## SERVICES THÉRAPEUTIQUES ASSOCIÉS AU TSA

Pour les enfants âgés de deux à six ans ayant reçu le diagnostic du TSA, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) vise l'implantation de programmes d'intervention ciblant la stimulation, l'intégration et la participation sociale de ceux-ci via les programmes en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (DI-TSA-DP) des centres intégrés de services en santé et services sociaux (CISSS). De plus, le MSSS spécifie la nécessité que ces jeunes soient desservis dans leur milieu naturel, soit à domicile ou en service de garde. À ces fins, l'intervention, basée sur une approche cognitivo-comportementale et implantée sous forme de programmes appliqués dans les divers milieux de vie de l'enfant, est employée au Québec auprès d'enfants d'âge préscolaire ayant un TSA (MSSS, 2003, 2012). À l'âge scolaire, l'émetteur principal des services spécialisés est le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES)<sup>1</sup>. En fait, une allocation de fonds basée sur le prorata du nombre d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDAA) est acheminée par le MEES aux écoles via les commissions scolaires (Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport [MELS], 2007). Ainsi, les professionnels scolaires, tels que les psychologues, les orthophonistes, les orthopédagogues et les psychoéducateurs, ont pour rôle de cibler les besoins des EHDAA et d'assurer l'application des services éducatifs spécialisés (Béland et Goupil, 2005; MELS, 2007). Au-delà des services professionnels prodigués par le réseau de l'éducation, des services analogues sont offerts dans la communauté par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Une collaboration étroite entre ces deux réseaux vise à combler l'entière des besoins des jeunes et à promouvoir leur épanouissement par un partage des responsabilités dans l'offre des services spécialisés (Comité consultatif des services aux élèves à besoins particuliers [CCSEHDAA], 2018; MSSS, 2012).

## ÉVOLUTION DU PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES JEUNES PRÉSENTANT UN TSA

Lors de la petite enfance, les symptômes caractéristiques du TSA, tels que le contact visuel fuyant, le manque de réciprocité dans les interactions sociales, l'utilisation peu fonctionnelle des jouets ou les rigidités dans le style de jeu, peuvent nuire à l'adaptation et à

l'intégration sociale du jeune présentant un TSA (APA, 2013; Lussier, Chevrier et Gascon, 2017; Schall et McDonough, 2010; Seltzer, Shattuck, Abbeduto et Greenberg, 2004). Cependant, grâce à l'intervention et au développement de stratégies compensatrices, ces symptômes peuvent s'atténuer et devenir moins apparents avec l'âge. En fait, certains jeunes ayant un TSA montrent des améliorations constantes depuis l'enfance et compensent plus efficacement leurs difficultés. Par conséquent, la trajectoire développementale de l'enfant présentant un TSA peut être marquée par une amélioration de la communication et des capacités interactionnelles ainsi que par une diminution des comportements, d'activités ou d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés (Schall et McDonough, 2010; Seltzer *et al.*, 2004).

Bien que des améliorations menant à une normalisation du fonctionnement global puissent survenir, le profil des personnes ayant un TSA se distingue par l'émergence accrue de problèmes en santé mentale en comparaison avec leurs pairs du même âge (Gurney, McPheeters et Davis, 2006; Joshi *et al.*, 2010). En fait, 58 % à 97 % des enfants ayant un TSA présentent au moins un trouble psychologique en plus de leur diagnostic de TSA (Gjevik, Eldevik, Fjæran-Granum et Sponheim, 2011; Leyfer *et al.*, 2006; Mannion, Leader et Healy, 2013; Mattila *et al.*, 2010; Mukaddes et Fateh, 2010; Mukaddes, Hergüner et Tanidir, 2010; Simonoff *et al.*, 2008; van Steensel, Bögels et de Bruin, 2013). De plus, 75 % de ceux-ci requièrent des services thérapeutiques pour pallier à des difficultés développementales, affectives ou comportementales, et cette prévalence surpasse considérablement celle de la population générale, qui se situe plutôt à 7 % (Gurney *et al.*, 2006). Parmi les troubles concomitants rapportés dans la littérature scientifique, il est commun que ces jeunes présentent des troubles neurodéveloppementaux, dont le handicap intellectuel, le trouble de la communication, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble spécifique des apprentissages, le trouble développemental de la coordination (TDC) et le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) (APA, 2013). Les troubles anxieux, le trouble obsessionnel compulsif (TOC), les troubles dépressifs et le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) sont également fréquents chez la population présentant un TSA (APA, 2013; Gjevik *et al.*, 2011; Leyfer *et al.*, 2006; Mannion *et al.*, 2013; Mattila *et al.*, 2010; Mukaddes et Fateh, 2010; Mukaddes *et al.*, 2010; Poirier, Abouzeid, Taieb-Lachance et Smith, 2017; Simonoff *et al.*, 2008; van Steensel *et al.*, 2013).

Par conséquent, la présence de troubles psychologiques concomitants au TSA est un enjeu important affectant les capacités d'adaptation ainsi que le fonctionnement global de l'enfant et nécessitant l'allocation de services thérapeutiques diversifiés (Gurney

<sup>1</sup> Depuis 2016, le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) détient la nouvelle appellation Ministère de l'Éducation et de

l'Enseignement Supérieur (MEES). Bien que la nouvelle appellation soit favorisée, l'utilisation de l'appellation antérieure sera employée dans le référencement de documents publiés avant 2016.

et al., 2006). Pourtant, sur les 150,000 personnes ayant un TSA et/ou un handicap intellectuel au Québec, seulement 80,000 d'entre elles reçoivent des services. Ceci implique que 46 % n'ont aucun soutien malgré la présence d'un diagnostic de nature neurodéveloppementale (McKinsey et Compagnie, 2014). Similairement, selon les données rapportées par Noiseux (2019) en 2016-2017, 45 % des Québécois ayant un TSA et âgés de 1 à 24 ans ne reçoivent aucun service en santé mentale. De plus, Noiseux (2019) soulève que ceux-ci utilisent proportionnellement moins de services psychologiques en vieillissant. En effet, 44 % des adolescents âgés de 10 à 17 ans et 61 % des adultes de 18 à 24 ans n'ont reçu aucun service en santé mentale pour l'année 2016-2017, tandis que cette proportion est de 36 % chez les enfants de 1 à 9 ans (Noiseux, 2019). L'adaptation et l'intégration sociale dépendent grandement de l'accès à l'intervention. Toutefois, les données récentes suggèrent la présence de lacunes importantes sur le plan de la reconnaissance des difficultés psychologiques que peuvent vivre les personnes présentant un TSA ainsi que sur la mise en place des interventions nécessaires pour répondre à l'entièreté de leurs besoins (Noiseux, 2019).

### Objectif de l'étude

L'objectif principal de la présente étude, qui s'inscrit dans une recherche plus vaste, est d'explorer la présence de difficultés affectives et comportementales chez vingt adolescents ayant un TSA. De plus, elle identifie les services d'évaluation et d'intervention qui leur sont octroyés.

### Méthode

#### PARTICIPANTS

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

#### INSTRUMENTS

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

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

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

#### **Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch).**

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

**Behavior Assessment System for Children (BASC-2).** Le BASC-2 est un inventaire basé sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Quatrième édition – Révisé (DSM-IV-TR) qui mesure les comportements et la personnalité et qui sert à identifier la présence de symptômes psychologiques. L'inventaire pour les répondants parents (*Parent Rating Scale ou PRS*) a été administré (Reynolds et Kamphaus, 2009). Le PRS emploie une échelle de Likert de 4 points et se remplit en 10 à 20 minutes. Les difficultés ciblées par l'utilisation de ce questionnaire concernent l'anxiété, la dépression, l'inattention, l'hyperactivité, l'agressivité ainsi que les difficultés émotives et comportementales. Des seuils cliniques sont établis selon des scores T, des scores supérieurs à 64 représentent un niveau de difficulté important comparativement à la norme. Le BASC-2 présente de bonnes qualités psychométriques. Ce questionnaire a une bonne cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach supérieur à .80. Les corrélations pour la fidélité test-retest sont supérieures à 0,70 et la fidélité inter-évaluateurs demeure puissante (supérieure à 0,53). Cet inventaire assure une bonne validité de construit ( $r = 0,70$  à  $0,80$  entre les sous-échelles portant sur un contexte similaire). La validité convergente ( $r =$

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

**Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS).** Le YGTSS est un inventaire, destiné à toute personne âgée de 6 ans et plus, servant à dépister la présence de tics moteurs et vocaux (Leckman *et al.*, 1992; Storch *et al.*, 2005). Comparativement au rappel libre, où les parents nommeraient des tics selon leurs souvenirs et ainsi sans structure pour les guider dans leur rappel, le YGTSS offre une liste exhaustive de tics moteurs et vocaux communs, permettant aux parents de cocher l'entière des tics qu'ils observent chez leur adolescent. Le temps d'administration du questionnaire est de 15 à 30 minutes. Le YGTSS présente une excellente cohérence interne avec des coefficients alpha de Cronbach se trouvant entre 0,92 et 0,94. Ce questionnaire fait également preuve d'une stabilité temporelle avec des corrélations se rapprochant de la valeur de 1 entre les scores du test et retest. Le YGTSS fait preuve d'une excellente validité convergente et divergente (Storch *et al.*, 2005).

## PROCÉDURES

**Sélection des participants.** Suite à l'approbation du comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants (CERPE) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), les participants ont été sollicités par le biais de contacts ressources en TSA ainsi que par l'affichage d'une annonce sur le site internet de la Fédération Québécoise de l'Autisme (FQA) et sur les réseaux sociaux. L'expérimentatrice a aussi obtenu un accord de collaboration avec la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île. L'annonce a ainsi été diffusée dans les écoles secondaires de cette commission scolaire. Tout adolescent âgé entre 13 et 16 ans présentant un TSA et vivant dans la région montréalaise a été invité à participer à l'étude. En vertu de difficultés liées au recrutement, une plus grande flexibilité dans les âges de participation a dû être apportée. L'étude a ainsi inclus des adolescents âgés de 12 à 17 ans.

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

adolescents, tel que des psychostimulants et des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), a été maintenu au cours de l'expérimentation. Le Tableau 1 résume les procédures expérimentales.

**Tableau 1**

### Procédures expérimentales

Répondant	Séance 1	Séance 2	Séance 3
Parent	Fiche de renseignements personnels		
Adolescent	BASC-2 YGTSS	WISC-V	TEA-Ch

## ANALYSE DES DONNÉES

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

## Résultats

### DESCRIPTION DES PARTICIPANTS

**Fonctionnement intellectuel.** Une appréciation du fonctionnement intellectuel des adolescents a été obtenue à l'aide des 10 sous-tests principaux du WISC-V. Ces scores reflètent les performances de 19 des 20 participants. Les scores d'équivalence obtenus à l'ICV pour chacun des participants varient entre 73 et 133, avec une moyenne de 100,68. Sur le plan des capacités non-verbales, les scores de l'IVS sont entre de 72 à 126 et ceux de l'IRF sont de 74 à 131. Une moyenne de 98,52 et de 101,57 est obtenue respectivement pour l'IVS et l'IRF. Les participants présentent des scores entre 67 et 127 à l'IMT, avec une moyenne de 89,47. À l'IVT, les scores varient entre 60 et 125, avec une moyenne de 81,73. Globalement, les scores d'équivalence de l'EGQI sont entre 75 et 139. En fait, 8 jeunes ont un EGQI au niveau de la moyenne (entre 90 et 109), 4 présentent un score dans la moyenne faible (entre 80 et 89) et 1 obtient un score dans la moyenne élevée

(entre 110 et 119). Par ailleurs, 5 participants ont un EGQI limite, alors qu'un jeune présente un score d'intelligence très supérieur à la norme. La moyenne du quotient intellectuel des 19 participants est 95,68. Le Tableau 2 présente les résultats aux échelles du WISC-V.

**Fonctionnement attentionnel.** Le fonctionnement attentionnel des vingt adolescents a été évalué à l'aide des 10 sous-tests du TEA-Ch. Les scores d'équivalence obtenus aux épreuves d'attention sélective (Recherche dans le ciel et Carte géographique) pour chacun des participants varient entre 1 et 15, avec une moyenne de 8,1. Les épreuves d'attention soutenue (Coup de fusil et Transmission de code) atteignent des scores entre 1 et 14, avec une moyenne de 7,3. Les participants présentent des scores entre 1 et 13 sur le plan de l'attention divisée (Faire deux choses à la fois et Écouter deux choses à la fois), avec une moyenne de 6,7. Concernant la flexibilité (Mondes contraires à l'endroit, Mondes contraires à l'envers et Petits hommes verts), la moyenne des scores d'équivalence est de 8,0 avec une étendue de 1-17. L'épreuve d'inhibition/impulsivité rejoint un score moyen de 12,1 avec une étendue de 1-16. Les capacités

attentionnelles globales de ces jeunes reflétées par la moyenne des scores aux 10 épreuves se trouvent dans la moyenne avec un score de 8,0 et une étendue de 1-17. Le Tableau 3 résume les résultats obtenus au TEA-Ch.

#### SERVICES D'ÉVALUATION

**Émission du diagnostic de TSA.** Les adolescents ont obtenu leur diagnostic de TSA entre l'âge d'un an et 17 ans par l'entremise d'une équipe interdisciplinaire ( $n=5$ ) ou par un professionnel, tel qu'un psychiatre ( $n=10$ ) et un psychologue ( $n=5$ ). Quatre parents rapportent avoir reçu le diagnostic précocement, avant l'âge de deux ans. Huit autres jeunes auraient été diagnostiqués au préscolaire, entre l'âge de 3 et 5 ans. Cinq parents mentionnent l'avoir reçu plus tardivement, lors de l'école primaire, entre les âges de 6 et 11 ans. De plus, le diagnostic de TSA aurait été octroyé qu'au secondaire, soit entre l'âge de 12 et 17 ans, pour trois des participants. Le Tableau 4 présente le moment et l'âge de l'émission du diagnostic de TSA des adolescents de cette étude.

**Tableau 2**

*Fonctionnement intellectuel des adolescents ayant un TSA au WISC-V*

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

**Tableau 3**

*Fonctionnement attentionnel des adolescents ayant un TSA au TEA-Ch*

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

**Troubles concomitants diagnostiqués.** La presque totalité des adolescents présente des diagnostics concomitants au TSA ( $n=17$ ). En fait, 10 des jeunes ont un seul trouble concomitant, alors que les sept autres adolescents possèdent entre deux et quatre diagnostics en plus du TSA. Une moyenne de 1,8 trouble concomitant est ainsi identifiée par adolescent. Le Tableau 5 expose le nombre de diagnostics concomitants que possèdent les adolescents ayant un TSA.

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

adolescent. Le Tableau 6 énumère les diagnostics concomitants que possèdent les adolescents de cette étude.

#### SERVICES THÉRAPEUTIQUES

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

**Traitements pharmacologiques.** La majorité des adolescents ( $n=15$ ) reçoivent entre un et trois traitements pharmacologiques. En fait, la quasi-moitié de ceux-ci ( $n=9$ ) utilisent une seule médication tandis que presque le quart ( $n=4$ ) en prend deux. Par ailleurs, deux participants reçoivent une combinaison de trois traitements pharmacologiques. Une moyenne de 1,5 médicament est prescrite à ces jeunes. Le Tableau 7 révèle le nombre de traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents de cette étude.

**Tableau 4**

*Moment et l'âge de l'émission du diagnostic de TSA*

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

**Tableau 5**

*Nombre de diagnostics concomitants que possèdent les adolescents ayant un TSA*

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

**Tableau 6**

*Diagnostics concomitants que possèdent les adolescents ayant un TSA*

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

Parmi les adolescents bénéficiant de traitements pharmacologiques ( $n=15$ ), tous sauf un jeune ( $n=14$ ) possèdent une médication psychostimulante ( $n=13$ ) ou non-psychostimulante ( $n=1$ ) pour le TDAH. En fait, un total de douze adolescents de cette étude détient un diagnostic officiel de TDAH. Tous ont été traités à l'aide d'une médication et deux participants n'ayant pas un diagnostic formel le sont également. De plus, le quart des jeunes de cette étude ( $n=5$ ) reçoivent des ISRS pour apaiser la présence de symptômes affectifs, soit anxieux ou dépressifs. Seul un participant possède une médication (Clonidine) pour réduire la manifestation de tics. Le Tableau 8 indique la problématique ciblée par les traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents.

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

Plus du tiers des jeunes de cette étude ( $n=7$ ) consultent en psychologie afin de pallier des symptômes anxieux ( $n=3$ ) ou des comportements perturbateurs ( $n=2$ ) ainsi

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

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

**Tableau 7**

*Nombre de traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents ayant un TSA*

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

**Tableau 8**

*Types de traitements pharmacologiques dispensés aux adolescents ayant un TSA*

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

**Tableau 9**

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

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

**Tableau 10**

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

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

#### SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES RAPPORTÉS PAR LES PARENTS

##### Analyse de la fiche de renseignements personnels.

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

continuel de réassurance par autrui sont aussi des caractéristiques relevées par les parents face à l'anxiété que vivent leurs jeunes. Le tiers des parents ( $n=6$ ) observent des tics moteurs et vocaux chez leurs adolescents. De plus, des comportements agressifs seraient observables chez certains ( $n=3$ ). Les parents concernés expliquent que leurs adolescents peuvent déclencher des crises de colère explosives, vandaliser (p.ex., lancer et briser des objets) ainsi que se blesser soi-même et blesser autrui (p.ex., se cogner la tête volontairement contre une structure, donner des coups de coude à un proche). Par ailleurs, des symptômes dépressifs sont rapportés ( $n=2$ ) et caractérisés par de l'autodénigrement, des variations de l'humeur et des verbalisations suicidaires. Certains parents ( $n=2$ ) observent une détresse chez leurs jeunes face à la régulation des comportements liés à leurs émotions, menant à des crises émotives ou des comportements perturbateurs. De l'inattention ( $n=1$ ) et de

l'hyperactivité/impulsivité ( $n=1$ ) sont indépendamment identifiées chez deux jeunes de l'étude n'ayant pas déjà un diagnostic de TDAH. Le Tableau 11 énumère les symptômes psychologiques observés chez les adolescents et rapportés par les parents dans la fiche de renseignements personnels.

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

comportements perturbateurs liée à la violation de règles, dont la tricherie, le mensonge et le vol. Le Tableau 12 présente certains symptômes psychologiques rapportés par les parents au BASC-2 atteignant un seuil clinique significatif (Score  $T > 64$ ).

**Analyse du YGTSS.** Les parents ont été invités à rapporter la présence de tics chez leurs adolescents à l'aide du questionnaire YGTSS. Grâce à cet outil qui permet de faire un inventaire exhaustif des tics que peuvent présenter leurs adolescents, tous sauf trois parents ( $n=17$ ) ont relevé des tics. Parmi les tics moteurs rapportés, presque la moitié des jeunes ( $n=8$ ) feraient des mouvements des mains et le tiers ferait des mouvements de la bouche ( $n=6$ ). À une plus basse fréquence, des mouvements des bras ( $n=3$ ) ainsi que des jambes, des pieds ou des orteils ( $n=3$ ) sont relevés. Certains jeunes feraient des grimaces faciales exagérées ou inadéquates au contexte social ( $n=3$ ) et d'autres se pencheraient ou s'étireraient à une fréquence démesurée ( $n=3$ ). Le mouvement des yeux ( $n=2$ ) et du nez ( $n=2$ ), le secouement de la tête ( $n=2$ ) et le haussement des épaules ( $n=2$ ) sont également des tics observés chez ces adolescents. Les parents rapportent aussi le clignement des yeux ( $n=1$ ), le serrement des dents ( $n=1$ ) et le grattage de la tête ( $n=1$ ). De plus, un parent rapporte la compulsion de son jeune à sentir ses doigts ( $n=1$ ). Le Tableau 13 énumère les tics moteurs rapportés par les parents au questionnaire YGTSS.

**Tableau 11**

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

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

**Tableau 12**

*Symptômes psychologiques rapportés par les parents au questionnaire BASC-2*

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

Sur le plan des tics vocaux, le reniflement ( $n=4$ ), l'écholalie ( $n=4$ ), la toux ( $n=3$ ) et l'éclaircissement de la gorge ( $n=3$ ) sont observés. Quelques adolescents présenteraient un discours désinhibé, caractérisé par un langage vulgaire ( $n=3$ ). L'émission de sons d'animaux ( $n=3$ ), tels que le jappement ou le grognement d'un chien, ainsi que l'imitation de voix de personnages de films ( $n=3$ ) sont relevés. Les bruits de bouche ( $n=2$ ) et le bâillement compulsif ( $n=1$ ) sont présents chez certains jeunes. Le Tableau 14 expose les tics vocaux rapportés par les parents au questionnaire YGTSS.

### Discussion

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

### PROFIL DESCRIPTIF DES ADOLESCENTS AYANT UN TSA

**Fonctionnement intellectuel.** Sur le plan intellectuel, la majorité des jeunes présentent des EGQI dans ou avoisinant la moyenne (moyenne faible à moyenne élevée), le tiers des participants ont un EGQI limite et un jeune présente un score d'intelligence très supérieur à la norme. Une hétérogénéité est ainsi révélée au niveau du profil intellectuel des adolescents de cette étude. De tels résultats exposent la grande variabilité intellectuelle qu'existe chez les enfants présentant un TSA (Fountain, Winter et Bearman, 2012; Masi, DeMayo, Glozier et Guastella, 2017). Sur le plan de la recherche, les enfants présentant un TSA tendent à sous-rapporter leurs symptômes psychologiques (Cartwright-Hatton, McNicol et Doubleday, 2006; Mazefsky, Kao et Oswald, 2011; Taylor *et al.*, 2018). Aussi, moins de symptômes sont rapportés par ces enfants plus leur EGQI est faible (Witwer et Lecavalier, 2010). Considérant ces facteurs et

**Tableau 13**

*Tics moteurs rapportés par les parents au questionnaire YGTSS*

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

**Tableau 14**

*Tics phoniques rapportés par les parents au questionnaire YGTSS*

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

l'hétérogénéité du profil intellectuel des adolescents de la présente étude, le dépistage de symptômes psychologiques par le biais des parents est appuyé afin de mieux cibler les difficultés que vivent ces jeunes.

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

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

**Services thérapeutiques reçus.** Une étude nationale américaine menée par Gurney et ses collaborateurs (2006) rapporte que 75 % des jeunes ayant un TSA requièrent des

services thérapeutiques pour pallier à des difficultés développementales, affectives ou comportementales. Similairement, 85 % des adolescents de la présente étude ont recours à des services thérapeutiques pour pallier les difficultés concomitantes au TSA, qu'elle soit de nature pharmacologique ou sous forme de service d'intervention spécialisée. Sur le plan de la pharmacothérapie, Gurney et ses collaborateurs (2006) précisent que 55 % des jeunes ayant un TSA bénéficient d'un traitement pharmacologique. Selon des données de l'an 2010 provenant du régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ), 32 % des enfants présentant un TSA ont bénéficié d'au moins un traitement pharmacologique. Parmi eux, une moyenne de 1,5 médicament leur a été prescrite (INESSS, 2014). Dans la présente étude, cette prévalence se situe à 75 % avec une moyenne d'usage identique, soit de 1,5 médicament par adolescents. En effet, ces jeunes peuvent avoir jusqu'à trois différentes sortes de médicaments à la fois. L'utilisation de traitements pharmacologiques variés chez la population d'enfants présentant un TSA semble être une pratique thérapeutique courante. Par ailleurs, 65 % des jeunes obtiennent entre un et quatre types de services d'intervention pour pallier à une variété de difficultés, ce qui représente une moyenne de 1,9 service d'intervention par adolescent qui en bénéficie. Il est possible de constater le besoin important de services diversifiés, tel que la psychologie, la psychoéducation, l'orthopédagogie, l'éducation spécialisée, l'orthophonie et le tutorat, pour ces jeunes qui requièrent un soutien autant sur le plan affectif et comportemental que sur le plan académique (Gurney *et al.*, 2006).

#### PROFIL AFFECTIF DES ADOLESCENTS AYANT UN TSA

**Anxiété et dépression.** Seulement 10 % des adolescents présentent un trouble affectif reconnu, soit un trouble anxieux diagnostiqué. Pourtant, la problématique la plus fréquemment nommée par les parents dans la fiche de renseignements personnels est l'anxiété, affectant 70 % des adolescents, et atteignant un seuil clinique significatif au BASC-2 chez 55 % de ceux-ci. De telles données corroborent celles de la littérature scientifique, car le trouble anxieux représenterait la problématique la plus fréquente chez les enfants ayant un TSA d'âge scolaire (Ghaziuddin, 2002). La prévalence de ces troubles chez cette population se situant généralement entre 42 % et 54 % (Bradley, Summers, Wood et Bryson, 2004; Gjevik *et al.*, 2011; Kuusikko *et al.*, 2008; Mattila *et al.*, 2010; Mukaddes et Fateh, 2010; Pearson *et al.*, 2006; Simonoff *et al.*, 2008; Sukhodolsky *et al.*, 2007) et pouvant affecter jusqu'à 78 % de ceux-ci (Mukaddes *et al.*, 2010). Outre la présence de symptômes anxieux, plusieurs adolescents présentent des difficultés sur le plan de l'humeur. Alors que 10 % des parents relèvent des symptômes dépressifs perturbant le fonctionnement de leurs jeunes dans la fiche de renseignements personnels, des symptômes significatifs de dépression au BASC-2 sont rapportés chez

45 % des participants. Ce taux dépasse celle de la littérature scientifique, laquelle identifie des prévalences de troubles dépressifs variant entre 10 % et 37 % chez les jeunes présentant un TSA (Gjevik *et al.*, 2011; Mazefsky *et al.*, 2011; Mukaddes et Fateh, 2010; Mukaddes *et al.*, 2010; van Steensel *et al.*, 2013). En fait, une incongruence existe entre la reconnaissance diagnostique de problématiques affectives chez les participants et les taux élevés de symptômes anxieux et dépressifs rapportés par les parents ainsi que par la littérature scientifique. Bien que, d'une part, cette divergence puisse refléter un biais perceptuel des parents face à l'ampleur des difficultés affectives que vivent leurs adolescents (Cartwright-Hatton *et al.*, 2006; Taylor *et al.*, 2018), d'autre part, celle-ci peut refléter des lacunes systémiques quant à l'identification de problématiques affectives chez les jeunes présentant un TSA (Le Protecteur du Citoyen, 2012). Les données de cette étude révèlent que le nombre de jeunes ayant recours à des services thérapeutiques pour pallier des difficultés affectives dépasse la reconnaissance diagnostique associée à celles-ci. En effet, 25 % des adolescents profitent d'un traitement pharmacologique pour apaiser la présence de symptômes anxieux ou dépressifs. De plus, un suivi en psychologie visant une problématique affective, soit la gestion de l'anxiété, est assuré chez 15 % des jeunes. Parmi eux, un jeune bénéficie d'un suivi public via le réseau de l'éducation ou le RSSS alors que les deux autres adolescents profitent de services psychologiques en milieu privé. Considérant la proportion importante de jeunes atteignant des symptômes affectifs significatifs au BASC-2 et considérant la pertinence jugée d'un traitement pharmacologique ou d'un suivi psychologique pour certains malgré l'absence d'un diagnostic, des questions se posent concernant l'efficacité du réseau de l'éducation et du RSSS dans l'identification et l'intervention de problématiques affectives (Le Protecteur du Citoyen, 2012; Noisieux, 2019).

#### PROFIL COMPORTEMENTAL DES ADOLESCENTS AYANT UN TSA

**Inattention et hyperactivité/impulsivité.** Les résultats au BASC-2 révèlent que 50 % des adolescents de cette étude présentent des symptômes significatifs d'inattention et que 55 % manifestent de l'hyperactivité/impulsivité. À cet effet, 60 % des jeunes ont un diagnostic de TDAH. Chez les enfants et les adolescents ayant un TSA, le taux de prévalence du TDAH varie entre 17 % et 83 % (Gjevik *et al.*, 2011; Gurney *et al.*, 2006; Joshi *et al.*, 2010; Kim, Szatmari, Bryson, Streiner et Wilson, 2000; Lee et Ousley, 2006; Leyfer *et al.*, 2006; Mannion *et al.*, 2013; Mattila *et al.*, 2010; Mazefsky *et al.*, 2011; Mukaddes et Fateh, 2010; Mukaddes *et al.*, 2010; Simonoff *et al.*, 2008; Sinzig, Walter et Doepfner, 2009; van Steensel *et al.*, 2013). En fait, selon plusieurs études scientifiques, le TDAH atteindrait la moitié et même jusqu'à la majorité de cette population (Gurney *et al.*, 2006; Joshi *et al.*, 2010; Lee et Ousley, 2006; Mukaddes et Fateh, 2010; Mukaddes *et al.*,

2010; Sinzig *et al.*, 2009), ce qui est réaffirmé par les données de la présente étude. Contrairement aux troubles affectifs, le dépistage et la reconnaissance diagnostique du TDAH semblent représentatifs du taux de prévalence observé chez la population ayant un TSA ainsi que de l'ampleur des symptômes rapportés par les parents. Par ailleurs, la prise en charge pour le traitement du TDAH sur le plan pharmacologique est facilement accessible, et ce, particulièrement au Québec où 6,4 % des enfants possèdent une médication pour le TDAH alors que la prévalence atteint que 2,4 % dans le reste du Canada. Plus spécifiquement, chez la population adolescente âgée entre 13 et 17 ans, la prévalence de l'usage de ces médicaments se situe à 14,5 % au Québec alors qu'elle est à 4,3 % dans le reste du Canada (INESSS, 2017). De plus, la médication spécifique au traitement du TDAH est celle la plus souvent prescrite aux enfants présentant un TSA (INESSS, 2014). En effet, parmi les jeunes de la présente étude ayant un diagnostic de TDAH (60 %), tous possèdent un traitement pharmacologique pour réduire les symptômes de ce trouble. De plus, selon les données tirées de la fiche de renseignements personnels, deux adolescents (10 %) présenteraient des symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité importants et bénéficieraient d'une médication pour le TDAH sans reconnaissance formelle de ce trouble. Aussi, lorsqu'évaluées à l'aide d'une batterie de test standardisé (TEA-Ch), les capacités attentionnelles globales des adolescents rejoignent la moyenne. Considérant que 70 % des adolescents possèdent une médication psychostimulante ou non-psychostimulante pour pallier les symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité, il est possible de croire qu'il existe une adhérence et une efficacité face aux traitements pharmacologiques permettant de minimiser l'impact des symptômes du TDAH de ces jeunes. Nonobstant, cette étude met en évidence l'absence de services d'intervention spécialisés spécifiques au TDAH, et ce, malgré l'importance documentée d'une approche d'intervention multimodale basée sur la combinaison d'un traitement pharmacologique et d'une approche cognitive et comportementale, dont la thérapie d'approche cognitive-comportementale (TCC), la guidance parentale et l'entraînement des compétences sociales (Canadian ADHD Resource Alliance [CADDRA], 2018). En effet, l'attribution de services d'intervention complémentaires à la médication ne semble pas être une pratique commune dans le RSSS et le réseau de l'éducation. Pourtant, celle-ci est fortement recommandée et bénéfique au pronostic du TDAH (CADDRA, 2018).

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

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

**Tics.** La présence de tics représente la plus importante problématique non diagnostiquée chez les adolescents de cette étude et est rapportée par 30 % des parents dans la fiche de renseignements personnels. Cependant, lorsque les parents sont guidés par le questionnaire YGTSS, la prévalence des tics documentés augmente à 85 %. Ainsi, la quasi-totalité des adolescents présenterait des tics. Il importe de mentionner que certains tics rapportés par les parents au YGTSS peuvent être confondus avec des comportements répétitifs et stéréotypés du TSA (p.ex., écholalie, mouvement des mains, secouement de la tête) et, ainsi, ne représentent pas nécessairement des tics. La quantité et la diversité de tics identifiés par les parents sont tout de même importantes, alors que les tics sont rares chez la population générale, atteignant que 0,3 % à 0,5 % de

celle-ci (APA, 2013; CHU Sainte-Justine, 2010). Chez les enfants ayant un TSA, une prévalence variant entre 11 % et 41 % est observée (Gjevik *et al.*, 2011; Joshi *et al.*, 2010; Mattila *et al.*, 2010; Mukaddes et Fateh, 2010; Mukaddes *et al.*, 2010). La présente étude confirme la présence accrue de tics chez les jeunes ayant un TSA en comparaison avec la population générale, atteignant même une prévalence plus élevée que celles identifiées chez les enfants ayant un TSA. Bien que la manifestation de tics soit documentée chez 85 % des adolescents de cette étude, un seul jeune présente un diagnostic de Syndrome de Gilles de la Tourette. De plus, seul ce jeune reçoit un service thérapeutique, soit une médication, visant à diminuer la manifestation des tics. Aucun parent ne nomme l'attribution d'un service d'intervention spécialisé permettant d'améliorer le pronostic de leur jeune face aux tics. D'une part, il est inquiétant que la reconnaissance clinique des tics ne soit établie chez qu'un seul jeune alors que la presque totalité des adolescents présente des tics observables. D'autre part, lorsque le besoin d'intervention face aux tics a été constaté chez un participant, le choix thérapeutique a été exclusivement de nature pharmacologique. À cet effet, la pharmacothérapie serait une pratique courante dans l'intervention face aux tics (Leclerc *et al.*, 2018; Woods, Conelea et Himle, 2010). Pourtant, la médication n'est recommandée que pour le traitement de tics causant des blessures, une détresse significative, des difficultés sociales persistantes ou une altération importante du fonctionnement global en vertu du risque d'effets secondaires considérables (Woods *et al.*, 2010). Ainsi, la technique de renversement des habitudes est une TCC de premier choix dans le traitement des tics (Leclerc *et al.*, 2018). Cette thérapie qui se base sur un entraînement par phases (prise de conscience, relaxation musculaire progressive, apprentissage d'une réponse comportementale antagoniste, gestion de contingences et généralisation des acquis) serait fortement recommandée, mais peu employée au sein du RSSS et du réseau de l'éducation (Leclerc *et al.*, 2018).

#### RECONNAISSANCE DES BESOINS DES ADOLESCENTS AYANT UN TSA

La littérature scientifique confirme la prévalence élevée de problèmes en santé mentale chez les jeunes présentant un TSA (Gjevik *et al.*, 2011; Leyfer *et al.*, 2006; Mannion *et al.*, 2013; Mattila *et al.*, 2010; Mukaddes et Fateh, 2010; Mukaddes *et al.*, 2010; Simonoff *et al.*, 2008; van Steensel *et al.*, 2013) et encourage l'intervention précoce face aux difficultés affectives et comportementales que ceux-ci peuvent vivre afin de les outiller et d'optimiser leur adaptation ainsi que leur intégration sociale (Bernstein, Bernat, Victor et Layne, 2008; Durham, 2007; Le Protecteur du Citoyen, 2012; Rivard, Paquet et Mainville, 2011). Au Québec, l'absence de stratégies pour dépister précocement ces signes de difficulté ainsi que la variabilité dans l'offre des services de suivi en santé mentale représente un obstacle important face à l'accès à l'évaluation et à l'intervention (Le

Protecteur du Citoyen, 2012; Noiseux, 2019). En effet, une proportion considérable des parents de cette étude relève la présence de difficultés affectives et comportementales chez leurs jeunes atteignant un niveau de sévérité pouvant mériter l'accès à des services thérapeutiques. Malgré cette réalité et à l'exception du dépistage des symptômes liés au TDAH, la reconnaissance clinique de ces difficultés par l'attribution d'un diagnostic n'est vraie que chez une faible minorité de ces adolescents. L'accès à l'intervention étant typiquement approuvé qu'à la pose officielle d'un diagnostic, le manque d'efficacité dans le dépistage et l'évaluation retarde l'éligibilité à des services pouvant influencer la trajectoire développementale de ces jeunes (MSSS, 2012). En fait, aucun cadre référentiel n'existe face à l'évaluation ultérieure de la population TSA afin d'optimiser le suivi des difficultés psychologiques que peuvent vivre les jeunes présentant un TSA. Ainsi, l'implantation d'une procédure de surveillance au sein du RSSS ou du réseau scolaire mérite d'être considérée afin d'améliorer l'identification précoce de problématiques psychologiques et assurer l'attribution de services thérapeutiques pertinents.

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

clinique implique l'existence d'obstacles importants entravant la propagation de pratiques thérapeutiques recommandées. Parmi ces obstacles, le manque d'information à la population, le manque de formation des professionnels et la réticence à adopter des pratiques basées sur des preuves qui nécessiterait une modification des pratiques courantes sont souvent relevés (Barlow, Bullis, Comer et Ametaj, 2013; Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin et Lutzman, 2013; McHugh et Barlow, 2010).

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

Les résultats de cette recherche doivent être interprétés en tenant compte de limites. D'abord, cette étude est exploratoire et comporte ainsi un nombre limité de participants. Bien que les résultats ne peuvent être généralisables, ceux-ci contribuent à exposer les difficultés psychologiques que peuvent présenter les adolescents ayant un TSA ainsi que leur expérience quant à l'accès aux services en santé mentale au Québec. Des divergences perceptuelles existent entre l'enfant, son parent et son enseignant ou son intervenant lorsque ceux-ci rapportent la présence et la sévérité de symptômes chez un même jeune. Notamment, les enfants ayant un TSA tendent à sous-rapporter la présence et la sévérité de symptômes cliniques (Cartwright-Hatton *et al.*, 2006; Mazefsky *et al.*, 2011; Taylor *et al.*, 2018). Ainsi, similairement à plusieurs autres études scientifiques (Bradley *et al.*, 2004; Gurney *et al.*, 2006; Lee et Ousley, 2006; Mannion *et al.*, 2013; Pearson *et al.*, 2006; Pfeiffer, Kinnealey, Reed et Herzberg, 2005; Sinzig *et al.*, 2009; Sukhodolsky *et al.*, 2007; Thede et Coolidge, 2007), les données de la présente étude face au dépistage de

symptômes cliniques reposent exclusivement sur la perception des parents de ces jeunes. Certaines études ont corroboré la perception parentale avec celle des adolescents ou des intervenants de l'enfant dans un tel dépistage (Bellini, 2004; Goldstein et Schwebach, 2004; Kanne, Abbacchi et Constantino, 2009; Kuusikko *et al.*, 2008; White et Roberson-Nay, 2009), ce qui n'a pas été le cas pour la présente étude. Il importe ainsi de considérer l'écart pouvant être observé entre la perception du parent et celle du jeune ou des intervenants œuvrant auprès du jeune. Des recherches futures comprenant un échantillon de participants plus large et recueillant des informations de nombreuses sources, telles que le jeune lui-même, son parent et son enseignant ou son intervenant, ainsi que l'utilisation de divers outils d'évaluation, dont des questionnaires, des tests standardisés, des entrevues et des observations directes, serait à envisager. Ceci permettrait une meilleure identification et une meilleure généralisation des symptômes psychologiques chez les adolescents ayant un TSA (Cartwright-Hatton *et al.*, 2006; Mazefsky *et al.*, 2011; Mazzone, Ruta et Reale, 2012; Rivard *et al.*, 2011).

### Conclusion

En lien avec la littérature scientifique (Gjevik *et al.*, 2011; Gurney *et al.*, 2006; Simonoff *et al.*, 2008), la présente étude démontre que les adolescents ayant un TSA présentent un nombre important de symptômes cliniques pouvant découler d'une variété de troubles concomitants. Bien qu'une facilité d'accès est établie quant à la pharmacothérapie (INESSS, 2014, 2017; Leclerc *et al.*, 2018; Woods *et al.*, 2010), les TCC méritent de faire partie des services thérapeutiques typiquement offerts à la population de jeunes présentant un TSA, particulièrement pour ceux ayant un niveau de sévérité léger (CADDRA, 2018; INESSS, 2014; Leclerc *et al.*, 2018; McGillivray et Evert, 2014; Rivard *et al.*, 2011; Ung *et al.*, 2014). En effet, lorsque les capacités du jeune le permettent, la réduction de symptômes psychologiques devrait comprendre la mise en place de stratégies cognitives et comportementales aidant les adolescents, ainsi que leurs parents, à développer un certain niveau d'autonomie et de maîtrise sur la gestion des symptômes (Bernstein *et al.*, 2008). Par ailleurs, comparativement à la pharmacothérapie dont l'effet thérapeutique est maintenu que pendant la durée d'action de la médication, les TCC ont un effet durable grâce à l'acquisition de techniques permettant d'outiller le jeune à long terme (Durham, 2007; Katzman, 2009). En vertu de l'efficacité des TCC et de leur potentiel de durabilité dans la réduction de symptômes psychologiques, une surveillance et un dépistage systématique auprès de cette population sont recommandés afin d'assurer une reconnaissance de leurs besoins et d'intervenir précocement (Bernstein *et al.*, 2008; Durham, 2007; Le Protecteur du Citoyen, 2012; Rivard *et al.*, 2011).

---

### Abstract

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

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

---

### Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition TR*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S. et Ametaj, A. A. (2013). Evidence-Based Psychological Treatments : An Update and a Way Forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1–27.
- Béland, K. et Goupil, G. (2005). Pratiques et perceptions des psychologues scolaires face à l'évaluation des élèves en difficulté d'apprentissage au Québec. *Canadian Journal of School Psychology*, 20(1/2), 44–61.
- Bellini, S. (2004). Social Skill Deficits and Anxiety in High-Functioning Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 19(2), 78–86.
- Bernstein, G. A., Bernat, D. H., Victor, A. M. et Layne, A. E. (2008). School-Based Interventions for Anxious Children: 3-, 6-, and 12-Month Follow-ups. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1039–1047.
- Bradley, E. A., Summers, J. A., Wood, H. L. et Bryson, S. E. (2004). Comparing rates of psychiatric and behavior disorders in adolescents and young adults with severe intellectual disability with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 151–161.
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2018). *Canadian ADHD Practice Guidelines Fourth Edition*.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. et Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: Prevalence

- of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 817–833.
- Chawarska, K., Klin, A., Paul, R. et Volkmar, F. (2007). Autism spectrum disorder in the second year : stability and change in syndrome expression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 128–138.
- CHU Sainte-Justine. (2010). *Syndrome Gilles de la Tourette: Dépliant destiné aux parents pour mieux comprendre et vivre avec un enfant atteint du syndrome*. Montréal.
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec. (2012). *Les troubles du spectre de l'autisme: L'évaluation clinique*. Québec.
- Comité consultatif des services aux élèves à besoins particuliers [CCSEHDAA]. (2018). *Guide pratique pour les parents d'élèves à besoins particuliers de la CSDM*. Montréal.
- Community-University Partnership for the Study of Children Youth and Families. (2011). *Review of the Behavior Assessment System for Children - Second Edition (BASC-2)*. Edmonton, Alberta, Canada.
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Development and Psychopathology*, 20(3), 775–803.
- De Giacomo, A. et Fombonne, E. (1998). Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7(3), 131–136.
- Durham, R. C. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183–187.
- Fombonne, E., Zakarian, R., Bennett, A., Meng, L. et McLean-Heywood, D. (2006). Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: Prevalence and links with immunizations. *Pediatrics*, 118(1), e139–e150.
- Fountain, C., Winter, A. S. et Bearman, P. S. (2012). Six developmental trajectories characterize children with autism. *Pediatrics*, 129(5), e1112–e1120.
- Ghaziuddin, M. (2002). Asperger syndrome: Associated psychiatric and medical conditions. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 17(3), 138–144.
- Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran-Granum, T. et Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS reveals high rates of DSM-IV disorders in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(6), 761–769.
- Goldstein, S. et Schwebach, A. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorder and attention deficit hyperactivity disorder: results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(3), 329–339.
- Granpeesheh, D., Dixon, D. R., Tarbox, J., Kaplan, A. M. et Wilke, A. E. (2009). The effects of age and treatment intensity on behavioral intervention outcomes for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 1014–1022.
- Green, J., Gilchrist, A., Burton, D. et Cox, A. (2000). Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(4), 279–293.
- Gurney, J. G., McPheeters, M. L. et Davis, M. M. (2006). Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health. *Archives of Pediatrics et Adolescent Medicine*, 160(8), 825–830.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014). *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). *État des pratiques : Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins*.
- Jancarik, A.-S. (2010). *Recherche documentaire sur les taux de prévalence et le processus d'évaluation des troubles du spectre de l'autisme*. Longueuil.
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., ... Biederman, J. (2010). The Heavy Burden of Psychiatric Comorbidity in Youth with Autism Spectrum Disorders: A Large Comparative Study of a Psychiatrically Referred Population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(11), 1361–1370.
- Kanne, S. M., Abbacchi, A. M. et Constantino, J. N. (2009). Multi-informant ratings of psychiatric symptom severity in children with autism spectrum disorders: The importance of environmental context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(6), 856–864.
- Katzman, M. A. (2009). Current considerations in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs*, 23(2), 103–120.
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L. et Wilson, F. J. (2000). The Prevalence of Anxiety and Mood Problems among Children with Autism and Asperger Syndrome. *Autism*, 4(2), 117–132.
- Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M. L., Ebeling, H., ... Moilanen, I. (2008). Social anxiety in high-functioning children and adolescents with autism and Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1697–1709.
- Lazoff, T., Zhong, L., Piperni, T. et Fombonne, E. (2010). Prevalence of Pervasive Developmental Disorders among Children at the English Montreal School Board. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(11), 715–720.
- Le Protecteur du Citoyen. (2012). *Les services aux jeunes et aux adultes présentant un trouble envahissant du développement : de l'engagement gouvernemental à la réalité*. Québec.
- Leckman, J. ., Riddle, M. A., Maureen, T. ., Sharoni,

- Swartz, K. L., Stevenson, J. et Cohen, D. J. (1992). The Yale global tic severity scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 28(4), 566–573.
- Leclerc, J. B., Pabst, A., Valois, P., Bombardier, M., Berthiaume, C. et O'Connor, K. P. (2018). TCC spécialisées pour le TOC et le syndrome de Gilles de la Tourette chez l'enfant et l'adolescent : état des connaissances. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 28(3), 160–171.
- Lee, D. O. et Ousley, O. Y. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(6), 737–746.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 849–861.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L. et Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883–900.
- Lussier, F., Chevrier, E. et Gascon, L. (2017). *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent : Troubles développementaux et de l'apprentissage* (3e édition). Paris: Dunod.
- Manly, T., Anderson, V., Nimmo-Smith, I., Turner, A., Watson, P. et Robertson, I. H. (2001). The differential assessment of children's attention: The Test of Everyday Attention for Children (TEA-Ch), normative sample and ADHD performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(8), 1065–1081.
- Mannion, A., Leader, G. et Healy, O. (2013). An investigation of comorbid psychological disorders, sleep problems, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(2007), 35–42.
- Masi, A., DeMayo, M. M., Glozier, N. et Guastella, A. J. (2017). An Overview of Autism Spectrum Disorder, Heterogeneity and Treatment Options. *Neuroscience Bulletin*, 33(2), 183–193.
- Mattila, M. L., Hurtig, T., Haapsamo, H., Jussila, K., Kuusikko-Gauffin, S., Kielinen, M., ... Moilanen, I. (2010). Comorbid psychiatric disorders associated with asperger syndrome/high-functioning autism: A community- and clinic-based study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(9), 1080–1093.
- Mazefsky, C. A., Kao, J. et Oswald, D. P. (2011). Preliminary evidence suggesting caution in the use of psychiatric self-report measures with adolescents with high-functioning autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 164–174.
- Mazzone, L., Ruta, L. et Reale, L. (2012). Psychiatric comorbidities in asperger syndrome and high functioning autism: diagnostic challenges. *Annals of General Psychiatry*, 11(16), 1–13.
- McGillivray, J. A. et Evert, H. T. (2014). Group cognitive behavioural therapy program shows potential in reducing symptoms of depression and stress among young people with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 2041–2051.
- McHugh, R. K. et Barlow, D. H. (2010). The Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Treatments: A Review of Current Efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73–84.
- McKinsey et Compagnie. (2014). *Une stratégie ambitieuse pour aider les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience intellectuelle*.
- Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. (2007). *L'organisation des services éducatifs aux élèves à risque et aux élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2003). *Un geste porteur d'avenir: Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2012). *Des services aux personnes présentant un trouble envahissant du développement, à leur famille et à leurs proches: Bilan 2008-2011 et perspectives*. Québec.
- Mukaddes, N. M. et Fateh, R. (2010). High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(2 Pt 2), 486–492.
- Mukaddes, N. M., Hergüner, S. et Tanidir, C. (2010). Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(8), 964–971.
- Noisieux, M. (2019). *Trouble du spectre de l'autisme et autres handicaps: Portfolio thématique. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique, équipe Surveillance*.
- Pearson, D. A., Loveland, K. A., Lachar, D., Lane, D. M., Reddoch, S. L., Mansour, R. et Cleveland, L. A. (2006). A comparison of behavioral and emotional functioning in children and adolescents with Autistic Disorder and PDD-NOS. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 12(4–5), 321–333.
- Pfeiffer, B., Kinnealey, M., Reed, C. et Herzberg, G. (2005). Sensory modulation and affective disorders in children and adolescents with Asperger's disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*.

- Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 59(3), 335–345.
- Poirier, A. et Goupil, G. (2008). Processus diagnostique des personnes présentant un trouble envahissant du développement au Québec: expérience des parents. *Journal on Developmental Disabilities*, 14(3), 19–28.
- Poirier, N., Abouzeid, N., Taieb-Lachance, C. et Smith, E. L. (2017). Le programme de formation et les stratégies éducatives déclarées offerts aux adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme qui fréquentent une classe spécialisée. *Canadian Journal of Education*, 40(4), 457–485.
- Reynolds, C. R. (2009). Behavior Assessment System for Children. *The Corsini Encyclopedia of Psychology*.
- Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (2009). *Behavior assessment system for children* (2nd editio). Bloomington, MN: Pearson Assessments.
- Rivard, M., Paquet, A. et Mainville, J. (2011). Thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(3), 97–102.
- Saracino, J., Noseworthy, J., Steiman, M., Reisinger, L. et Fombonne, E. (2010). Diagnostic and assessment issues in autism surveillance and prevalence. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 317–330.
- Schall, C. M. et McDonough, J. T. (2010). Autism spectrum disorders in adolescence and early adulthood: Characteristics and issues. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(2), 81–88.
- Seltzer, M. M., Shattuck, P., Abbeduto, L. et Greenberg, J. S. (2004). Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 10(4), 234–247.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T. et Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.
- Sinzig, J., Walter, D. et Doepfner, M. (2009). Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder: symptom or syndrome? *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 117–126.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Sajid, M., Allen, P., Roberti, J. W. et Goodman, W. K. (2005). Reliability and validity of the Yale Global Tic Severity Scale. *Psychological Assessment*, 17(4), 486–491.
- Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D., Arnold, L. E., Aman, M. G., McDougle, C. J., ... Vitiello, B. (2007). Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: Frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(1), 117–128.
- Taylor, J. M., Volker, M. A., Rispoli, K. M., Rodgers, J. D., Thomeer, M. L., Lopata, C., ... Smerbeck, A. (2018). Depression, Anxiety, and Hyperactivity in Youth with HFASD: A Replication and Extension of Symptom Level Differences in Self-Report Versus Parent Report. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–15.
- Thede, L. L. et Coolidge, F. L. (2007). Psychological and neurobehavioral comparisons of children with Asperger's disorder versus high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 847–854.
- Ung, D., Selles, R., Small, B. J. et Storch, E. A. (2014). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Youth with High-Functioning Autism Spectrum Disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(4), 533–547.
- van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M. et de Bruin, E. I. (2013). Psychiatric Comorbidity in Children with Autism Spectrum Disorders: A Comparison with Children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 22(3), 368–376.
- Wechsler, D. (2016). *WISC-V: Manuel technique et d'interprétation*. (PsychCorp, Ed.). Don Mills: Pearson.
- White, S. W. et Roberson-Nay, R. (2009). Anxiety, social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(7), 1006–1013.
- Witwer, A. N. et Lecavalier, L. (2010). Validity of comorbid psychiatric disorders in youngsters with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22(4), 367–380.
- Woods, D. W., Conelea, C. A. et Himle, M. B. (2010). Behavior Therapy for Tourette's Disorder: Utilization in a Community Sample and an Emerging Area of Practice for Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 518–525.
- Zachor, D. A., Ben-Itzhak, E. et Rabinovich, A. (2007). Change in autism core symptoms with intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1(4), 304–317.