



ACPEA

**L'ACADÉMIE CANADIENNE DE
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT
ET DE L'ADOLESCENT
LE 38E CONGRÈS ANNUEL**

**DU 16-18 SEPTEMBRE 2018
WESTIN NOVA SCOTIAN**

WWW.CACAP-ACPEA.ORG

Programme



APPLICATION MOBILE

N'oubliez pas de télécharger l'application mobile du congrès afin d'avoir accès aux informations importantes!

Appareils mobiles

- Téléchargez l'application sur votre appareil en cherchant « The Event App By EventsAir » dans Apple Store ou Google Play
- Après l'installation, entrez le code de l'événement : **38acpea**
- Connectez-vous à l'aide du même courriel que vous avez utilisé pour vous inscrire au cours, et du NIP (numéro d'identification personnel) que vous avez reçu ce matin par courriel

Ordinateur

- Consultez notre application des participants avec votre navigateur Web :
<https://uottawacpd.eventsair.com/attendeeapp/cacap2018/38acpea/>
- Connectez-vous à l'aide du même courriel que vous avez utilisé pour vous inscrire au cours, et du NIP (numéro d'identification personnel) que vous avez reçu ce matin par courriel



ÉVALUATIONS EN LIGNE

Vos commentaires nous tiennent à coeur! Veuillez prendre un moment pour compléter les évaluations. Pour accéder aux formulaires d'évaluation des cours, veuillez vous connecter à l'application des participants, et suivez les instructions ci-dessous. Pour évaluer le congrès dans son ensemble, veuillez choisir la séance « Remarques finales et évaluation globale ».

- Sélectionnez Agenda
- Cliquez sur la séance que vous voulez évaluer
- Cliquez sur le nom du conférencier
- Cliquez sur évaluation



PRÉSENTATIONS

Les matériaux de cours seront disponibles en ligne. Les présentations seront affichées seulement avec la permission de l'auteur(e). Pour accéder les matériaux de cours, veuillez vous connecter à l'application des participants, et suivez les instructions ci-dessous.

- Sélectionnez Agenda
- Cliquez sur la séance
- Cliquez sur le nom du conférencier
- Cliquez sur présentation



ACCÈS WIFI

L'accès à un réseau Wi-Fi sans frais est disponible. Afin de se connecter, s'il vous plaît sélectionnez le réseau « Banquet Lobby ».



AGRÉMENT

La présente activité est une activité d'apprentissage collectif agréée (section 1), au sens que lui donne le programme de Maintien du certificate du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; elle a été approuvée par le Bureau de formation professionnelle continue de l'Université d'Ottawa. Vous pouvez déclarer un maximum de 15,75 heures (les crédits sont calculés automatiquement).

Ce programme d'apprentissage en groupe d'un crédit par heure répond aux critères de certification du Collège des médecins de famille du Canada et a reçu la certification du Bureau de formation professionnelle continue de l'Université d'Ottawa et donne droit jusqu'à 15,75 crédits Mainpro+.

Thème de 2018 et objectifs d'apprentissage

Le thème général sera « Défis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : comment soigner des populations aux besoins complexes. »

Objectifs d'apprentissage :

- Examiner l'information actualisée sur l'étiologie, la présentation clinique et les résultats des traitements de présentations psychiatriques complexes chez les enfants et les adolescents.
- Se sensibiliser à l'interaction complexe entre les caractéristiques sociales et individuelles et la présentation d'un trouble psychiatrique.

Conférenciers d'honneur de 2018

- **Dre Amy Bombay**, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Département de psychiatrie, Université Dalhousie
- **Dr Benjamin Goldstein**, chercheur principal, sciences évaluatives cliniques, Programme de recherche Hurvitz en sciences du cerveau, Sunnybrook Research Institute, directeur de la recherche, département de psychiatrie, Sunnybrook Health Sciences Centre, directeur, programme de cliniciens-chercheurs, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto, professeur, départements de psychiatrie, de pharmacologie et des sciences cliniques psychologiques, Université de Toronto, professeur agrégé adjoint, Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine.
- **Dr Shuvo Ghosh**, directeur, Projets de recherches scientifiques et des résidents (programme général de résidence en pédiatrie), chef, Programme de la variance du genre (GVP), coordonnateur, Child Development Research Alliance (CDRA), membre, McGill Global Child Health Initiative
- **Dr Gagan Joshi**, directeur, Programme des troubles du spectre de l'autisme en psychopharmacologie pédiatrique, directeur associé des Programmes de bourses du MGH pour les troubles du spectre de l'autisme, directeur médical, The Alan & Lorraine Bressler Program for Autism Spectrum Disorder, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, professeur agrégé de psychiatrie, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, chercheur affilié, McGovern Institute for Brain Research Massachusetts Institute of Technology, Cambridge Massachusetts
- **Dre Daphne Korczak**, directrice, programme Children's Integrated Mind and Body (CLIMB), psychiatre, The Hospital for Sick Children, professeure adjointe de pédiatrie, Université de Toronto, membre associée, Institute of Medical Science.
- **Dr Daniel Pine**, psychiatre principal, The Ross Center, membre, Scientific Research Council, Child Mind Institute; chef, Section des neurosciences affectives et du développement; chef, Direction du développement et de l'émotion; chef, Recherche sur les enfants et les adolescents du Programme des troubles de l'humeur et de l'anxiété, National Institute of Mental Health
- **Dre Susan Weiss**, directrice, Division de la recherche extra-muros, National Institute on Drug Abuse (NIDA)

Comité de direction

- Dre Daphne Korczak
- Dr Roberto Sassi
- M^{me} Elizabeth Waite
- Dr Chris Wilkes

Comité du programme scientifique et technique

- Dre Ademola Adeponle
- Dre Alexa Bagnell
- Dr Anthony Bailey
- Dre Danielle Baribeau
- Dre Khrista Boylan
- Dre Amy Cheung
- Dre Nathalie Gingras
- Dr Benjamin Goldstein
- Dr Daniel Gorman
- Dre Lily Hechtman
- Dr Sarosh Khalid-Khan
- Dre Daphne Korczak (vice-présidente)
- Dr Frank MacMaster
- Dr Rob Milin
- Dre Rachel Mitchell
- Dre Suneeta Monga
- Dre Kathleen Pajer
- Dr Roberto Sassi (président)
- Dr Noam Soreni
- Dr Ashley Wazana

Comité organisateur

- Dre Sabina Abidi
- Dre Alexa Bagnell
- M^{me} Megan Bellefontaine
- Mme Debi Follett
- Dre Johanna Zed



Chers(ères) collègues,

Il me fait vraiment plaisir de vous inviter à Halifax pour le 38^e congrès annuel de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

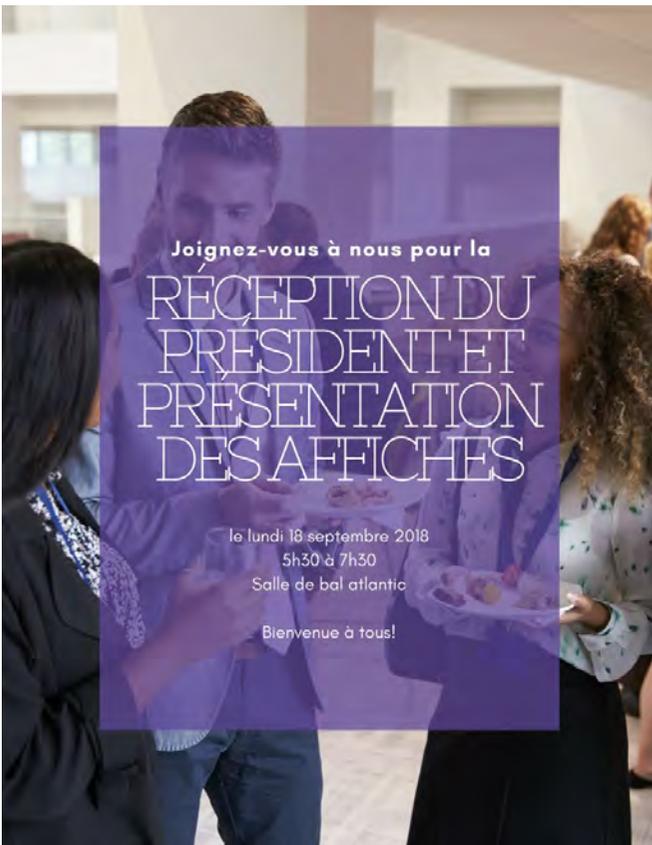
Je suis certaine que vous vous joindrez à nous pour exprimer notre appréciation sincère aux Drs Roberto Sassi et Daphne Korczak, président et vice-présidente du Comité de recherche scientifique et technique, pour leur dévouement, leur passion et leur travail acharné de préparation d'un programme splendide. Nous sommes privilégiés d'accueillir un certain nombre de conférenciers exceptionnels qui nous inspireront et nous feront part de leur expertise en matière de « Défis de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : les soins des populations aux besoins complexes ».

J'aimerais remercier du fond du cœur le Comité organisateur de l'ACPEA, les Drs Abidi, Bagnell, Zed, Mmes Bellefontaine et Follett, qui ont aidé à l'organisation et à l'élaboration du guide de thérapie par le jeu pour faire en sorte que votre visite soit éducative et divertissante. J'aimerais remercier Sheena Levesque, planificatrice de conférences du Bureau du développement professionnel continu de l'Université d'Ottawa, pour son excellent travail d'aide à toute l'organisation et aux détails liés au congrès.

Je vous invite à prendre le temps et l'occasion de partager avec vos collègues, d'apprendre ce qu'ils font au travail, leur passion et de prendre des nouvelles récentes de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Prenez un moment pour rencontrer et soutenir les étudiants en médecine et les résidents, et partager le plaisir de travailler auprès des enfants et de leur famille. J'ai hâte de vous rencontrer et de vous entendre à Halifax!

Dre Sophia Hrycko

Présidente, Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent



Chers(ères) collègues,

Bien le bonjour! Nous sommes impatients de vous accueillir au 38^e Congrès annuel de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans la magnifique ville d'Halifax, Nouvelle-Écosse. Notre thème cette année, « Défis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : comment soigner des populations aux besoins complexes », veut refléter la complexité croissante des cas que nous voyons dans notre pratique quotidienne.

Au fil des ans, la population que nous servons a été aux prises avec des niveaux plus élevés de comorbidités médicales, psychiatriques et psychosociales. Les cliniciens ont fait face à des dilemmes de traitement et à des présentations phénoménologiques qui sont particulières à certaines populations. Notre superbe brochette de conférenciers offrira une vaste gamme d'expertise clinique et de recherche sur une variété de dilemmes de traitement complexes : dimanche, le Dr Joshi (MGH/Harvard) examinera les options de traitement pharmacologique pour les enfants et les adolescentes souffrant du TSA, tandis que le Dr Pine (NIMH) présentera une mise à jour de la neurobiologie des troubles anxieux et de l'humeur chez les enfants. Lundi, le programme débute tôt par notre séance du Petit déjeuner avec les experts, avec la Dre Korczak (SickKids) et le Dr Goldstein (Sunnybrook), qui nous entretiendront des liens entre les troubles métaboliques et la santé mentale. Dans la matinée, le Dr Gosh (McGill) présentera les enjeux de santé mentale pour les adolescents transgenres, et la Dre Bombay (Dalhousie) examinera les problèmes de santé mentale chez les adolescents autochtones. Enfin, mardi, la Dre Weiss (NIDA) présentera la recherche la plus récente sur le cannabis et la santé mentale. Notre programme comprend également une série impressionnante de séminaires, de symposiums, et de présentations d'affiches sur divers sujets clés de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Au nom de tout le Comité du programme de recherche scientifique et technique, nous espérons que vous profiterez pleinement de réseauter avec vos collègues et que vos connaissances cliniques s'enrichiront durant notre congrès. Nous avons hâte de vous voir à Halifax!

Dr Roberto Sassi, Président, Comité de recherche scientifique et technique de l'ACPEA

Dre Daphne Korczak, Vice-présidente, Comité de recherche scientifique et technique de l'ACPEA





Chers(ères) collègues,

« Ciad Mile Failte », bienvenue 1000 fois en Nouvelle-Écosse! Nous sommes ravis d'accueillir le 38^e Congrès annuel de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le thème du congrès de cette année, « Comment soigner des populations aux besoins complexes », est au cœur de ce que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'efforce d'accomplir. Travailler avec des jeunes et leur famille dans le contexte de leur communauté et de leur culture, en vue d'obtenir de meilleurs résultats de santé et une fonction améliorée, voilà notre passion et notre priorité absolue.

La Nouvelle-Écosse accueille depuis longtemps les visiteurs et les néo-Canadiens. Nous sommes intimement mêlés à la mer, et notre histoire est fortement influencée par les Mi'kmaq, les Acadiens, les Afro-néo-écossais et les cultures celtiques et gaéliques. Halifax abrite le Pier 21, l'un des principaux points d'entrée qui a accueilli les immigrants au Canada, au 20^e siècle. Comme cité portuaire sur l'Atlantique, Halifax a été la base du transport et du commerce, des ressources navales et militaires, du gouvernement et du tourisme. Parcourir la ville à pied et au bord de l'eau vous fait merveilleusement ressentir l'histoire et la vitalité de cette région. Les gens sont chaleureux et généreux, le rythme est détendu et les mets et boissons de la région sont délectables.

Cette année, la faculté de médecine de l'Université Dalhousie fête son 150^e anniversaire, une longue histoire de la formation des médecins des Maritimes. Le centre de santé IWK est l'endroit spécialisé des Maritimes pour les enfants, les adolescents, la santé des femmes et les soins de santé mentale. L'IWK a ouvert le centre Garron, une unité psychiatrique de pointe pour adolescents hospitalisés âgés d'au plus 19 ans en 2014. Les deux campus sont à distance de marche du congrès.

Le congrès occupe un emplacement idéal pour explorer le bord de mer, le centre-ville et les parcs à pied. Le Guide de thérapie par le jeu offre d'excellentes suggestions de choses à faire, et le Festival du film international de l'Atlantique se déroule à Halifax durant le congrès. En souhaitant une chaleureuse bienvenue à tous et toutes nos collègues, nous prévoyons un congrès formidable. Nous espérons que vous aimerez votre séjour, et que vous aurez le temps de « venir jouer avec nous », et d'explorer la ville et la province.

Dre Alexa Bagnell, au nom du Comité organisateur de l'ACPEA

L'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : Le 38e congrès annuel

LE 15 SEPTEMBRE 2018 (RÉUNIONS PRÉ-CONGRÈS)

08h00 - 12h00	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Comité de surspécialité, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Salle commonwealth B
11h00 - 17h00	Conseil d'administration de l'ACPEA	Salle maritime
12h00 - 18h30	Pré-inscription	Foyer commonwealth
13h00 - 16h00	Réunion du groupe CAP COPE	Salle commonwealth B
18h00 - 21h00	Association des professeurs de pédopsychiatrie du Canada	Salle maritime

LE 16 SEPTEMBRE 2018

07h00 - 17h30	Inscription	Foyer commonwealth
08h00 - 08h20	Bienvenue et mot d'ouverture	Salle commonwealth A
08h20 - 08h30	Remarques du président du Comité du programme scientifique et technique	Salle commonwealth A
08h30 - 09h50	<p>Le traitement pharmacologique des TSA et de ses comorbidités à toutes les étapes de la vie <i>Dr Gagan Joshi, directeur, Programme des troubles du spectre de l'autisme en psychopharmacologie pédiatrique, directeur associé des Programmes de bourses du MGH pour les troubles du spectre de l'autisme, directeur médical, The Alan & Lorraine Bressler Program for Autism Spectrum Disorder, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, professeur agrégé de psychiatrie, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, chercheur affilié, McGovern Institute for Brain Research Massachusetts Institute of Technology, Cambridge Massachusetts</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Nommer les complexités et les difficultés du traitement pharmacologique des enfants et des adolescents souffrant du trouble du spectre de l'autisme (TSA). Décrire des options de traitement fondé sur des données probantes pour cette population. 	Salle commonwealth A
09h50 - 10h00	Présentation des prix n° 1	Salle commonwealth A
10h00 - 10h20	Pause rafraîchissements / Expositions	Mezzanine atlantic
10h20 - 11h40	<p>Neurobiologie des troubles anxieux et de l'humeur chez l'enfant <i>Dr Daniel Pine, psychiatre principal, The Ross Center, membre, Scientific Research Council, Child Mind Institute; chef, Section des neurosciences affectives et du développement; chef, Direction du développement et de l'émotion; chef, Recherche sur les enfants et les adolescents du Programme des troubles de l'humeur et de l'anxiété, National Institute of Mental Health</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Examiner l'information actualisée sur les modèles neurobiologiques pour l'étiologie et la présentation des troubles anxieux et de l'humeur chez les enfants et les adolescents. Discuter des implications de ces modèles neurobiologiques pour les décisions de traitement des cas complexes. 	Salle commonwealth A
11h40 - 12h05	<p>Le programme Youth Speak de la Laing House <i>Steph Young et Keith Maclsaac</i></p> <p>Youth Speak est un programme éducatif primé qui se sert d'une approche de pair-à-pair pour accroître les connaissances en santé mentale et réduire les stigmates. Les membres prennent contact avec les écoles, les entreprises, les groupes communautaires, les congrès et d'autres événements afin d'y partager leurs histoires personnelles de maladie mentale et le rôle qu'a joué la Laing House dans leur rétablissement.</p>	Salle commonwealth A
12h05 - 12h15	Présentation des prix n° 2	Salle commonwealth A
12h15 - 13h45	Déjeuner libre / Expositions	
12h15 - 13h45	Réunion du comité de l'éducation de l'ACPEA	Salle maritime
12h15 - 13h45	Réunion du comité du programme de recherche scientifique et technique de l'ACPEA	Salle boardroom
12h15 - 13h45	"World Café" de l'ACPEA (dîner compris)	Salle commonwealth B

13h45 - 15h15 Séances simultanées A (continue)		
A1	SYMPOSIUM DE RECHERCHE Nouvelles études familiales et génétiques du trouble obsessionnel-compulsif apparu dans l'enfance (n° 67) <i>Dr S. Evelyn Stewart, Dr Paul Arnold, Dre Clara Westwell-Roper</i>	Salle tradewinds
A2	ATELIER Santé mentale des étudiants du post-secondaire : une introduction pour les psychiatres canadiens (n° 27) <i>Dr Andrea Levinson</i>	Harbour A
A3	GROUPE D'ÉTUDE D'INTÉRÊT SPÉCIAL Répondre aux besoins complexes de la population médicale/santé mentale (n° 53) <i>Dr Claire De Souza, Dr Kelly Saran, Dr Tyler Pirlot, Dr Roberto Sassi, Dr Javeed Sukhera, Dre Sophia Hrycko, Dre Ruth Russell, Dr David Lovas, Dre Selene Etches</i>	Salle commonwealth B
A5	GROUPE D'ÉTUDE D'INTÉRÊT SPÉCIAL Appliquer les pratiques fondées sur des données probantes à la sélection de futurs pédopsychiatres (n° 46) <i>Dr Chetana Kulkarni, Dr Raj Rasasingham</i>	Harbour B
15h15 - 15h30	Pause rafraîchissements / Expositions	Mezzanine atlantic
15h30 - 17h00 Séances simultanées B		
B1	SYMPOSIUM DE RECHERCHE Prédiction et prévention de la psychopathologie dans des cohortes développementales (n° 60) <i>Dr Rudolf Uher, Dr Ashley Wazana, Dre Barbara Pavlova</i>	Salle tradewinds
B2	GROUPE D'ÉTUDE D'INTÉRÊT SPÉCIAL Approche en 4 phases pour traiter la somatisation (n° 66) <i>Dr Tyler Pirlot</i>	Salle commonwealth B
B3	SYMPOSIUM DE RECHERCHE Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle : une étude d'actimétrie cas-témoin (n° 49) <i>Dr Jean Marc Guile</i>	Harbour B
B4	ATELIER Démystifier les troubles alimentaires : les rudiments (n° 11) <i>Dr Clare Roscoe</i>	Harbour A
17h00 - 19h00	5-à-7 des résidents et professeurs	Salle de bal atlantic
18h15 - 19h15	Réunion du Groupe canadien d'intérêt pour les troubles intellectuels et le trouble du spectre de l'autisme	Boardroom

LE 17 SEPTEMBRE 2018

07h15 - 08h15	Réunion du comité des références de l'ACPEA	Boardroom
07h15 - 17h30	Inscription	Foyer commonwealth
08h00 - 08h15	Bienvenue et mot d'ouverture	Salle commonwealth A
08h15 - 09h15	Déjeuner avec les experts : l'intersection des enjeux métaboliques et de la santé mentale chez les jeunes <i>Dr Benjamin Goldstein, chercheur principal, sciences évaluatives cliniques, Programme de recherche Hurvitz en sciences du cerveau, Sunnybrook Research Institute, directeur de la recherche, département de psychiatrie, Sunnybrook Health Sciences Centre, directeur, programme de cliniciens-chercheurs, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto, professeur, départements de psychiatrie, de pharmacologie et des sciences cliniques psychologiques, Université de Toronto, professeur agrégé adjoint, Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine; Dre Daphne Korczak, directrice, programme Children's Integrated Mind and Body (CLIMB), psychiatre, The Hospital for Sick Children, professeure adjointe de pédiatrie, Université de Toronto, membre associée, Institute of Medical Science</i>	Salle commonwealth A
	<ul style="list-style-type: none"> Reconnaître et discuter l'association entre les troubles de l'humeur dans l'enfance et la morbidité accrue de la maladie cardiovasculaire à l'âge adulte. 	

09h15 - 09h25	Présentation des prix n° 3	Salle commonwealth A
09h25 - 10h30	<p>Jeunes transgenres <i>Dr Shuvo Ghosh, directeur, Projets de recherches scientifiques et des résidents (programme général de résidence en pédiatrie), chef, Programme de la variance du genre (GVP), coordonnateur, Child Development Research Alliance (CDRA), membre, McGill Global Child Health Initiative</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Reconnaître la présentation distincte des problèmes de santé mentale chez les jeunes transgenres. Décrire les approches cliniques efficaces pour cette population. 	Salle commonwealth A
10h30 - 10h50	Pause rafraîchissements / Expositions	Mezzanine atlantic
10h50 - 11h50	<p>Santé mentale de la jeunesse autochtone <i>Dre Amy Bombay, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Département de psychiatrie, Université Dalhousie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Énumérer et déterminer les difficultés qu'éprouvent les jeunes autochtones. Trouver comment mieux offrir des traitements de santé mentale à cette population. 	Salle commonwealth A
11h50 - 12h00	Présentation des prix n° 4	Salle commonwealth A
12h00 - 13h30	Assemblée générale annuelle	Salle commonwealth A
13h30 - 15h00	Séances simultanées C	
	<p>C1 SYMPOSIUM DE RECHERCHE Prédicteurs adolescents des résultats à l'âge adulte du TDAH (n° 41) <i>Dre Lily Hechtman</i></p>	Salle tradewinds
	<p>C2 ATELIER PANS/PANDAS : combler l'écart entre la recherche et la pratique clinique (n° 56) <i>Dre Susan Baer, Dre Megan MacFadden, Dre Evelyn Stewart, Dre Clara Westwell-Roper</i></p>	Harbour A
	<p>C3 GROUPE D'ÉTUDE D'INTÉRÊT SPÉCIAL Travailler avec des adolescents qui utilisent des substances et en abusent (n° 25) <i>Dre Selena Etches, M. Jeff Thoms</i></p>	Salle commonwealth B
	<p>C4 PERSPECTIVES UNIVERSITAIRES Soutenir le développement sain des troubles du spectre de l'autisme : problèmes et solutions (n° 3) <i>Dre Katharina Manassis, Dr Lukas Propper, Dre Celia Robichaud, Dre Pippa Moss, Dre Lila Amirali</i></p>	Harbour B
15h00 - 15h30	Pause rafraîchissements / Expositions	Mezzanine atlantic
15h30 - 17h00	Séances simultanées D	
	<p>D1 SYMPOSIUM DE RECHERCHE Intervention sur le sommeil en cybersanté transdiagnostique pour les parents d'enfants souffrant de troubles neurodéveloppementaux (n° 19) <i>Dre Penny Corkum, Dre Shelly Weiss, Mme Nikki Ali, Mme Jenny Tyler</i></p>	Salle tradewinds
	<p>D2 ATELIER Amener les connaissances en santé mentale dans les écoles (n° 5) <i>Dr Stan Kutcher, Dre Yifend Wei</i></p>	Harbour A
	<p>D3 ATELIER InCYT-Y (yoga thérapie intégrative cognitive pour adolescents) : une étude pilote (n° 23) <i>Dre Arianne St Jacques, Dre Upasana Krishnadev</i></p>	Salle commonwealth B
	<p>D4 SYMPOSIUM DE RECHERCHE Définir la complexité de la population pédiatrique pour la consultation-liaison (CL) en psychiatrie (n° 52) <i>Dre Claire De Souza, Hana Saab, Hina Ansari</i></p>	Harbour B
17h00 - 19h30	Réception du président et présentation des affiches	Salle de bal atlantic

LE 18 SEPTEMBRE 2018

07h00 - 17h30	Inscription	Foyer commonwealth
07:00 - 08:00	<p>Petit déjeuner de SickKids et CAMH (ouvert à 40 participants) <i>Vous souhaitez travailler pour SickKids (l'hôpital pour enfants malades) ou CAMH (Centre de toxicomanie et de santé mentale) ? Joignez-vous à des anciens et amis de SickKids et CAMH pour partager un petit-déjeuner et avoir des conversations enrichissantes, en plus d'en apprendre davantage sur d'intéressantes possibilités offertes par ces deux établissements.</i> Veillez confirmer votre présence ici : https://www.surveymonkey.com/r/SK_CAMH</p>	Salle lunenburg
08h00 - 09h30	Séances simultanées E	
E1	<p>GROUPE D'ÉTUDE D'INTÉRÊT SPÉCIAL Défis et stratégies de la prise en charge des besoins complexes des patients hospitalisés en psychiatrie (n° 32) <i>Dre Lila Amirali; Dr Andrew Hall</i></p>	Salle tradewinds
E2	<p>ATELIER Approches psychothérapeutiques pour soutenir les adolescents trans* ayant une dysphorie de leur corps (n° 65) <i>Dre Sue Zinck</i></p>	Harbour A
E3	<p>ATELIER Comment rédiger et réviser un article de revue scientifique (n° 13) <i>Dre Khrista Boylan, Dr Normand Carrey</i></p>	Salle commonwealth B
E4	<p>PERSPECTIVES UNIVERSITAIRES Apprentissage allégé à Halifax : changement du système de santé mentale ambulatoire (n° 64) <i>Dre Alexa Bagnell, Maureen Brennan, Onur Pakkanlilar, Dre Sabina Abidi, Dre Sharon Clark, Dre Jill Chorney</i></p>	Harbour B
09h30 - 09h45	Pause rafraîchissements / Expositions	Mezzanine atlantic
09h45 - 10h45	<p>Présentation du panel : présentations des trois principales affiches examinées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents familiaux de maladie mentale, adversité et psychopathologie chez les adolescents (n° 47) <i>Mme Alyson Zwicker</i> • Traitement pharmacologique d'entretien dans le trouble bipolaire pédiatrique : une revue systématique (n° 6) <i>Dre Caitlin S. Yee</i> • Les revues systématiques et les méta-analyses satisfont-elles aux normes de qualité internationales? (n° 43) <i>Dre Kathryn Bennett</i> 	Salle commonwealth A
10h45 - 10h50	Présentation des prix n° 5	Salle commonwealth A
10h50 - 12h05	<p>La consommation de cannabis et la santé mentale chez les jeunes <i>Dre Susan Weiss, directrice, Division de la recherche extra-muros, National Institute on Drug Abuse (NIDA)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'effet neurobiologique de l'utilisation du cannabis chez les enfants et les adolescents. • Décrire les conséquences potentielles de l'utilisation du cannabis sur la santé mentale dans cette population. 	Salle commonwealth A
12h05 - 12h15	Remise de prix et fin du congrès	Salle commonwealth A

L'ACPEA a bien compris que pour vous, en tant qu'organisation, elle joue un rôle essentiel de soutien du développement et de la diffusion des ressources éducatives et des possibilités dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Aujourd'hui, nous avons besoin de votre aide pour orienter ce processus et faire en sorte qu'il réponde à vos besoins. Veuillez remplir notre bref sondage en ligne sur l'Évaluation des besoins de formation pour nous aider à mieux comprendre quelles ressources et possibilités seraient les plus valables et pertinentes pour vous! Moins de 10 minutes suffiront pour répondre au sondage. <https://www.surveymonkey.com/r/9PPHSY>

Séances simultanées



N° 3 Soutenir un développement sain dans les troubles du spectre de l'autisme : problèmes et solutions

Perspectives universitaires

Dre Katharina Manassis

Objectifs d'apprentissage : Nommer les problèmes et les solutions potentielles des transitions développementales précoces dans le TSA; Nommer les problèmes et les solutions potentielles du passage à l'âge adulte dans le TSA; Discuter des modèles d'organisation de systèmes destinés à soutenir le développement sain dans le TSA.

Objectifs : Les présentations complexes et les différences individuelles dans le trouble du spectre de l'autisme (TSA) posent des problèmes aux prestataires de soins de santé mentale, particulièrement durant les transitions développementales. Nous présentons l'effet des périodes de transition majeures sur la santé mentale des jeunes personnes souffrant du TSA, le besoin de soutien et de services spécialisés de santé mentale, et les solutions potentielles du point de vue de la famille, des professionnels et des systèmes. Méthode : Les présentations mettent l'accent sur la transition de l'âge préscolaire à l'âge scolaire, la transition à l'école secondaire, et la transition à l'âge adulte dans le TSA, et sur l'organisation et l'intégration des systèmes nécessaires pour aider les enfants et les adolescents à piloter ces transitions avec succès. Les solutions potentielles aux difficultés transitionnelles sont illustrées à l'aide d'exemples cliniques détaillés, de résultats de sondage, de descriptions de systèmes organisationnels (p. ex., le modèle de soins Centre de médecine de famille [Medical Home] fondé sur des données probantes) et d'un examen des données probantes empiriques existantes. Conclusion : Les besoins variés des personnes souffrant du TSA, leur sensibilité au changement, et l'absence d'intégration parmi les systèmes médical, social et éducatif posent tous des problèmes durant les transitions développementales. Les solutions potentielles doivent comprendre les perspectives des personnes souffrant du TSA, les familles, les cliniciens sensibles, les gestionnaires de cas, et les experts des systèmes de santé. Le besoin de soins centrés sur la famille et coordonnés est souligné.

Séance n°1 : Problèmes liés aux transitions chez les enfants et les adolescents souffrant du trouble du spectre de l'autisme

Dr Lukas Propper, Dre Celia Robichaud

Objectifs d'apprentissage : Nommer les problèmes liés aux périodes de transition majeures chez les enfants et les adolescents souffrant du TSA; Discuter de l'effet des périodes de transition majeures sur la santé mentale des jeunes personnes souffrant du TSA; Déterminer le besoin de soutien et de services de santé mentale spécialisés pour les enfants souffrant du TSA.

Contexte : S'adapter à un changement des tâches quotidiennes est difficile pour nombre de jeunes personnes souffrant du trouble du spectre de l'autisme (TSA), et composer avec des situations imprévisibles impliquant de nouvelles personnes et de nouveaux environnements durant une période de transition peut causer un stress et provoquer la survenue ou l'exacerbation de leurs difficultés de santé mentale. Objectifs : Nous avons sélectionné 2 périodes de transition majeures (transition de l'âge préscolaire à l'âge scolaire et transition à l'école secondaire de premier cycle à l'adolescence) pour démontrer les difficultés communes associées aux transitions, indiquer les lacunes du système de soins de santé mentale existant, et le besoin d'une meilleure collaboration entre les systèmes de santé mentale et d'éducation. Méthode : Nous présenterons 2 cas complexes pour illustrer les problèmes de chacune des périodes de transition sélectionnées et examinerons les difficultés de santé mentale communément associées aux changements de vie liés à la transition pour les enfants et les adolescents souffrant du TSA. Conclusion : Il est important de surveiller la santé mentale chez les jeunes personnes souffrant du TSA, spécialement durant les changements de vie majeurs, car les transitions posent un risque accru de survenue ou d'exacerbation de leurs problèmes de santé mentale. Il est également important de préconiser un soutien adéquat durant les transitions ainsi que le développement de services de santé mentale adaptés aux besoins des enfants et des adolescents souffrant du TSA.

Séance n° 2 : Transition à l'âge adulte dans l'autisme : problèmes et solutions potentielles

Dre Katharina Manassis, Dre Pippa Moss

Objectifs d'apprentissage : Nommer les obstacles à une transition réussie à l'âge adulte chez les adolescents souffrant du TSA; Discuter des solutions potentielles aux problèmes transitionnels d'une perspective familiale; Discuter des solutions potentielles aux problèmes transitionnels d'une perspective professionnelle.

Objectifs : La Commission de la santé mentale du Canada a déterminé que la transition à l'âge adulte est une priorité des soins, et souligné le besoin d'éliminer les obstacles à l'intégration des services et des secteurs. Les personnes souffrant du trouble du spectre de l'autisme (TSA) font face à des difficultés transitionnelles particulières, avec des taux élevés de chômage adulte ou d'écart de QI dans l'emploi, d'isolement social, de décrochage post-secondaire, et de troubles internalisés chez les adolescents et leurs aidants. En outre, la participation communautaire décroît de l'adolescence à l'âge adulte dans le TSA. Nous présenterons les obstacles à une navigation réussie de cette transition pour les adolescents souffrant du TSA, et des solutions potentielles du point de vue familial et professionnel. Méthode : Les concepts clés seront illustrés par des exemples cliniques et les résultats d'un sondage de la Nouvelle-Écosse mené auprès de jeunes adultes souffrant du TSA. Les données probantes empiriques des soutiens transitionnels seront examinées brièvement. Résultats : Les obstacles transitionnels sont notamment la fausse information et les stigmates au sujet des adolescents souffrant du TSA, l'épuisement familial, les interventions axées sur les adolescents neurotypiques, et la mauvaise intégration des systèmes médical, éducatif, professionnel, et social. Les solutions demandent de porter attention aux différences individuelles parmi les adolescents souffrant du TSA et leur famille, aux soutiens adaptés à ces différences et à l'intégration des systèmes. Les données probantes de la recherche sont limitées en ce qui concerne la gestion de cas et les approches de groupe multifamiliales. Conclusion : Il faut d'autres études des soutiens optimaux pour les adolescents souffrant du TSA en transition à l'âge adulte, mais l'engagement de la famille et la communication entre les secteurs semblent essentiels.

Séance n° 3 : L'organisation des services pour les enfants autistes : le modèle de soins Centre de médecine de famille (Medical Home)

Dre Lila Amirali

Objectifs d'apprentissage : Nommer les problèmes de l'organisation des soins pour répondre aux multiples besoins de santé mentale et médicale des enfants autistes; Discuter du développement du modèle de soins Centre de médecine de famille et des données probantes de ses avantages; Nommer les problèmes de la mise en œuvre d'un Centre de médecine de famille, surtout dans des hôpitaux universitaires.

Objectifs : Les enfants autistes sont habituellement aux prises avec de multiples besoins de santé mentale et médicale, et les familles sont souvent laissées à elles-mêmes pour piloter un ensemble complexe, fragmenté de ressources communautaires, ce qui entraîne de nombreux besoins non comblés. Les soins de première ligne de grande qualité, illustrés par le modèle de soins Centre de médecine de famille proposé par l'American Pediatric Society, offre la promesse de répondre à une grande proportion de ces besoins. Cette présentation décrira le modèle, les données probantes qui y sont liées, et les difficultés de sa mise en œuvre. Méthode : Après une description du modèle et de ses ressemblances et différences d'avec les autres modèles de soins, la littérature sur l'utilisation du modèle de soins Centre de médecine de famille est examinée. Puis, les difficultés de la mise en œuvre sont illustrées par des exemples spécifiques tirés de la pratique de l'auteure en milieu hospitalier universitaire. Conclusion : Le modèle de soins Centre de médecine de famille semble être associé à une réduction des besoins non comblés chez les enfants souffrant du TSA. Les soins axés sur la famille et coordonnés sont des éléments très importants du modèle qui en représentent probablement les résultats favorables. Toutefois, il faut plus d'étude du modèle et les difficultés de mise en œuvre demeurent dans de nombreux milieux.

N° 5 Amener la littératie en santé mentale dans les écoles

Atelier

Dr Stan Kutcher, Université Dalhousie; Dre Yifeng Wei

Objectifs d'apprentissage : Discuter de la littératie en santé mentale et de son importance dans un parcours de soins complet; Discuter d'une ressource efficace de littératie en santé mentale appliquée par des enseignants titulaires du programme d'études de la 8^e à la 10^e année; Identifier une intervention de formation efficace pour une éducatrice qui aide à l'identification, au soutien, au triage et à la référence d'étudiants souffrant de troubles mentaux.

Une intervention unique, librement disponible, une ressource pour un cours de littératie en santé mentale et une formation d'éducateur pour l'identification, le triage et le soutien des élèves ayant des problèmes de santé mentale ont désormais été appliquées avec succès dans les écoles de presque toutes les provinces du Canada. La recherche démontre un effet positif significatif, substantiel et soutenu sur les résultats des élèves et des enseignants et un meilleur accès aux soins pour les élèves. Le modèle formation-des-formateurs original a été amélioré par une possibilité d'éducation professionnelle certifiée en ligne pour les titulaires de classe. La recherche a démontré l'effet de cette approche également. Connaître la disponibilité de cette intervention fondée sur des données probantes est important pour les pédopsychiatres qui travaillent avec les écoles ou qui cherchent des approches qu'ils peuvent offrir à leur communauté. Il existe maintenant des possibilités pour les pédopsychiatres qui souhaitent développer la capacité de livrer ces interventions dans le cadre de leur travail communautaire et cet atelier leur permet d'en apprendre davantage.

N° 11 Démystifier les troubles alimentaires : les rudiments

Atelier

Dre Clare Roscoe, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario

Objectifs d'apprentissage : Examiner les troubles alimentaires chez les enfants et les adolescents, et les comprendre du point de vue du patient; Connaître les habiletés pratiques pour évaluer, engager et traiter les adolescents souffrant de troubles alimentaires de bénins à modérés dans une pratique, et pour référer à un centre de traitement spécialisé; Identifier et évaluer les risques associés aux troubles alimentaires, y compris les effets psychologiques de la malnutrition, et comment inclure le dépistage dans le cadre d'une évaluation globale des risques psychiatriques.

Les troubles alimentaires sont des problèmes de santé mentale difficiles et compliqués. Ils peuvent être insidieux et dissimulés, égocentriques par nature, et peuvent faire que les prestataires de soins de santé mentale se sentent mal outillés pour offrir les meilleurs soins à leurs patients. Parallèlement, les troubles alimentaires semblent s'accroître en prévalence avec chaque génération successive (Hudson et al., 2007; Preti et al. 2009). Ils comportent aussi une morbidité élevée et le taux de mortalité le plus élevé de toute maladie mentale (Smink et al., 2012). Heureusement, les troubles alimentaires chez les enfants et les adolescents sont aussi hautement traitables, le taux de rétablissement complet se situant entre 50 et 70 % quand ils sont diagnostiqués et traités dans les 3 premières années (Strober et al., 1997). Cet atelier pratique et intéressant aidera les participants à comprendre la nature des troubles alimentaires, les risques et les comorbidités communes qui y sont associés. Dans cet atelier interactif et fondé sur des cas, les participants apprendront comment approcher, identifier, évaluer et catégoriser un adolescent souffrant d'un trouble alimentaire, et comment engager l'adolescent et sa famille dans un traitement.

N° 13 Comment rédiger et réviser un article de revue scientifique

Atelier

Dre Khrista Boylan; Dr Normand Carrey

Objectifs d'apprentissage : Énumérer différentes façons d'apporter des collaborations écrites au Journal; Rédiger confidentiellement une lettre à la rédaction ou un bref rapport; Énumérer au moins 4 étapes importantes pour mener une revue d'un manuscrit.

Le *Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* est un journal d'accès ouvert qui accueille les collaborations des membres et des amis de notre Académie. La soumission d'une lettre à l'éditeur, d'un article ou de la révision d'un manuscrit n'en sont que quelques exemples. Beaucoup d'entre nous aimeraient écrire un article mais ne sont pas certains du processus ou des types d'articles qui peuvent être soumis. Cet atelier vise entre autres à offrir un mentorat aux cliniciens et chercheurs sur la façon de publier avec succès dans le *Journal* en révisant des types d'articles et en présentant un processus de travail avec l'éditeur, qui apprécie grandement la participation des membres de l'ACPEA à la révision d'articles ou au processus de l'équipe de rédaction. L'atelier vise également à démontrer comment réviser un article étape par étape.



SUNOVION

Innovation today, healthier tomorrows

N° 19 Intervention sur le sommeil en cybersanté transdiagnostique pour les parents d'enfants souffrant de troubles neurodéveloppementaux

Symposium de recherche

Dre Penny Corkum, Université Dalhousie; Dre Shelly Weiss, l'Hospital for Sick Children/Université de Toronto, Mme Nikki Ali, Université Dalhousie; Mme Jenny Tyler
Co-auteur(s) : Mme Kim Tan-MacNeill, Université Dalhousie; Dre Gabrielle Rigney

Objectifs d'apprentissage : Examiner les problèmes de sommeil des enfants souffrant de troubles neurodéveloppementaux (TND); Discuter des études de recherche fondamentale éclairant une intervention en cybersanté transdiagnostique; Identifier comment faire l'expérience de Bonnes nuits, Jours meilleurs pour les enfants souffrant de TND.

Jusqu'à 90 % des enfants souffrant de troubles neurodéveloppementaux (TND) éprouvent des problèmes de sommeil, particulièrement d'insomnie (c.-à-d., difficultés à s'endormir, à rester endormi, et problèmes avec les réveils au matin). Malgré des preuves définies que les problèmes de sommeil peuvent avoir des conséquences significatives sur la santé physique et psychosociale des enfants, ainsi que sur le bien-être des parents, moins de 15 % de ces enfants reçoivent des traitements fondés sur des données probantes (c.-à-d. des interventions comportementales). Les principaux obstacles à l'accès sont notamment une formation limitée pour les prestataires de soins de santé (PSS) et peu de programmes d'intervention disponibles qui sont accessibles aux parents et axés sur les enfants souffrant de TND. Pour déterminer si une intervention en cybersanté transdiagnostique dégagerait ces obstacles à l'accès, nous avons mené quatre études fondamentales. Les deux premières études, une revue systématique et une étude Delphi, ont recueilli de l'information auprès des intervenants – chercheurs et experts de contenu. Mme Nicole Ali, une doctorante de PhD de 3^e année en psychologie clinique, partagera les résultats de ces deux études. Les deux études suivantes, dont une étude de groupe de discussion et une étude de facilité d'utilisation, ont obtenu des preuves d'interventions sur le sommeil auprès des consommateurs – parents et prestataires de soins de santé. Les résultats de ces deux études seront communiqués par la Dre Shelly Weiss, neurologue pédiatrique à l'Hospital for Sick Children. Les quatre études offrent toutes des preuves de la faisabilité d'une intervention en cybersanté transdiagnostique. La Dre Penny Corkum partagera comment les résultats de ces quatre études servent à éclairer le développement de Bonnes nuits, Jours meilleurs pour les parents d'enfants souffrant de troubles neurodéveloppementaux.

Séance n° 1 : Que disent les intervenants?

Objectifs d'apprentissage : Examiner la littérature de recherche portant sur les interventions sur le sommeil des enfants souffrant de TND; Définir comment une étude Delphi peut contribuer à l'élaboration d'interventions; Discuter de ce que les experts du domaine du sommeil et des TND croient être des éléments clés d'une intervention.

Introduction : Les enfants souffrant de troubles neurodéveloppementaux (TND) sont à risque élevé de problèmes de sommeil, spécialement d'insomnie. Il n'est pas présentement défini si les interventions comportementales sur le sommeil, mises au point pour des enfants au développement typique (DT), sont efficaces pour les enfants souffrant de TND, et si les interventions doivent être modifiées pour chaque groupe diagnostique. Pour traiter cette question, nous avons mené deux études – une revue systématique et une étude Delphi. Méthodes : La revue systématique a été menée pour repérer et évaluer les commonalités, les tendances des résultats, et la qualité méthodologique des interventions comportementales sur le sommeil livrées par les parents pour les enfants souffrant de TND. Neuf bases de données ont fait l'objet d'une recherche, et 5 602 études uniques ont été repérées. Un total de 40 études satisfaisait aux critères d'admissibilité après révision du texte intégral. Le but de l'étude Delphi était d'atteindre un consensus des experts du domaine sur les principaux éléments d'un programme d'intervention en cybersanté mis en œuvre par les parents. Les participants (n = 27) ont répondu à des questions ouvertes, en plusieurs tours répétés, et ont classé les recommandations faites par le groupe (131 recommandations au total). Résultats : La revue systématique a conclu que les enfants souffrant de TND présentaient des problèmes de sommeil similaires, et les interventions qui ont été utilisées étaient semblables à celles utilisées pour les enfants au développement typique. Toutes les études ont indiqué qu'au moins une intervention comportementale était efficace. Sur les 131 recommandations de l'étude Delphi, 52 articles avaient une haute importance et un consensus élevé, et étaient jugés prioritaires. En outre, 75 % des recommandations étaient estimées s'appliquer à tous les groupes TND. Conclusions : Du point de vue des intervenants, ces résultats suggèrent la faisabilité d'élaborer une intervention comportementale transdiagnostique sur le sommeil qui convienne aux enfants souffrant d'une gamme de TND.

Séance n° 2 : Que disent les consommateurs?

Objectifs d'apprentissage : Discuter des opinions des parents et des prestataires de soins de santé au sujet des obstacles et des facilitateurs à l'accès aux interventions comportementales sur le sommeil pour les enfants souffrant de TND; Discuter de ce que pensent les parents qu'il faille modifier des interventions comportementales sur le sommeil destinées aux enfants au développement typique pour qu'elles soient utiles aux enfants souffrant de TND; Mener des groupes de discussion et des études de facilité d'utilisation pour élaborer des interventions.

Introduction : Les parents d'enfants souffrant de TND ont dit avoir de la difficulté à accéder aux interventions qui sont appropriées pour leurs enfants. Les parents et les prestataires de soins de santé (PSS) ont déclaré que ces interventions doivent cibler le trouble spécifique de l'enfant pour être efficaces. Il y a des données limitées pour décider si une intervention transdiagnostique serait acceptable et efficace. Nous avons mené deux études pour traiter cette question – une étude de groupe de discussion et une étude de facilité d'utilisation. Méthodes : Pour l'étude de groupe de discussion, un total de 86 personnes a participé à des groupes de discussion virtuels ou à des entrevues individuelles (20 parents et 21 PSS). Des analyses qualitatives ont été menées pour déterminer les thèmes liés aux obstacles et aux facilitateurs. L'étude de facilité d'utilisation incluait 27 participants (parents d'enfants souffrant de TND) qui ont suivi le programme de cybersanté *Bonnes nuits, Jours meilleurs* (BNJM) qui a été conçu pour les enfants souffrant de TND. À l'aide d'une méthode mixte de recherche, la rétroaction quantitative et qualitative a été recueillie afin d'identifier les perceptions des éléments du programme BNJM et du contenu de la séance qui exigent une modification. Résultats : Les groupes de discussion ont fourni des données qualitatives sur des éléments d'une intervention comportementale en ligne appuyée par des utilisateurs compétents, et sur l'efficacité perçue d'une approche de traitement transdiagnostique. L'étude de facilité d'utilisation a conclu que les parents d'enfants souffrant de TND étaient généralement satisfaits du programme BNJM et recommandait seulement des changements mineurs de sorte qu'il soit approprié à utiliser pour les enfants souffrant de TND. Conclusions : Du point de vue des consommateurs, ces résultats suggèrent la faisabilité d'utiliser une intervention comportementale transdiagnostique sur le sommeil qui convienne aux enfants souffrant d'une gamme de TND.

Séance n° 3 : Construire une intervention transdiagnostique

Objectifs d'apprentissage : Nommer les éléments les plus importants d'une intervention en cybersanté; Décrire ce qu'est une intervention transdiagnostique et comment concilier l'information transdiagnostique avec l'information spécifique au diagnostic; Examiner comment nous avons modifié Bonnes nuits, Jours meilleurs pour qu'il soit approprié aux parents d'enfants souffrant de TND.

Introduction : Bonnes nuits, Jours meilleurs (BNJM) est une intervention en cybersanté pour les parents d'enfants qui font de l'insomnie. Elle est conçue pour les parents d'enfants en santé qui ne souffrent pas de troubles médicaux ou de santé mentale. Elle fait présentement l'objet d'une évaluation à la faveur d'un essai randomisé contrôlé (ERC) pancanadien comprenant plus de 500 familles. L'essai devrait se terminer en juin 2018. Nous nous intéressons à savoir si cette intervention pouvait être modifiée afin d'être acceptable et efficace pour les enfants souffrant de TND. Méthodes : À l'aide de l'information obtenue des études de recherche fondamentale mentionnées ci-dessus et de l'expertise clinique, BNJM est présentement modifiée pour les enfants souffrant de TND. Les études fondamentales étaient conçues pour identifier les éléments fondés sur des données probantes, soutenus par les experts, et approuvés par les parents, des interventions comportementales pour l'insomnie chez les enfants souffrant de TND. Nous appliquons les résultats de ces études fondamentales liés à la prestation de l'intervention, au contenu, et aux considérations spécifiques des populations diagnostiques, ainsi que l'expertise clinique des chercheurs multidisciplinaires afin de modifier le programme BNJM existant pour qu'il convienne aux parents d'enfants souffrant de TND. Résultats : Une intervention transdiagnostique complète en cybersanté pour traiter l'insomnie chez les enfants souffrant de TND sera finalisée en mai 2017. Cette intervention sera éprouvée dans un ERC pancanadien à compter de l'été 2018. Conclusions : L'approche systématique, empirique et axée sur le patient-employée pour modifier le programme BNJM afin qu'il convienne aux enfants souffrant de TND produira probablement une intervention acceptée et efficace qui a le potentiel d'améliorer le sommeil et la qualité de vie des enfants souffrant de TND et de leur famille.

N° 23 InCYT-Y (yoga thérapie intégrative cognitive pour adolescents) : une étude pilote

Atelier

Dre Arianne St-Jacques; Dre Upasana Krishnadev

Objectifs d'apprentissage : Discuter des données probantes à l'appui de l'utilisation du yoga pour traiter les difficultés de santé mentale : examiner l'étude pilote, l'InCYT-Y, la yoga thérapie intégrative cognitive pour adolescents, un nouveau traitement de yoga accompagné d'un manuel; Discuter des orientations futures pour l'application élargie du yoga comme modalité de traitement.

La psychologie du yoga présente une relation multidirectionnelle entre l'expérience comportementale d'une personne, des mouvements de la pensée faussés (vrittis) dans l'esprit, et son bien-être général. Le yoga implique un processus qui distingue et aborde ces pensées faussées par une pratique mentale et comportementale, afin de mieux comprendre soi-même et la réalité. La pratique du yoga vise à améliorer le mouvement naturel du corps, à développer la conscience de soi moment par moment, à améliorer la souplesse mentale et physique, et à cultiver une conscience accrue de la connexion esprit-corps. L'application combinée de la respiration, de l'exercice, de la méditation, de la relaxation et d'une alimentation saine favorise la pleine conscience et la capacité de se « tourner vers l'intérieur ». Dans son ensemble, le yoga met l'accent sur l'acquisition d'un ensemble d'habiletés qui permet à la personne qui le pratique de passer doucement entre des pratiques d'acceptation et orientées sur le changement afin de parvenir à une meilleure autorégulation interne et externe. Il y a des données probantes qui soutiennent la pratique de l'exercice et du yoga pour la santé mentale, qui servent d'interventions primaires et secondaires. Malgré la croissance des initiatives de recherche, il y a de nombreuses limitations des études, dont de petites tailles d'échantillon et des détails insuffisants liés à l'intervention et à l'amélioration des participants, ce qui limite la réplication des études ou, étant donné les petites tailles d'échantillon, empêche l'agrégation en méta-analyses. Les lacunes de la base de données probantes fiables influent en fin de compte sur la disponibilité de l'intervention, affectant ainsi le soin des patients. À ce titre, nous avons entrepris d'étudier l'efficacité du yoga comme modalité thérapeutique documentée pour les adolescents présentant des symptômes d'anxiété. Notre pilote quasi-expérimental qui utilise le manuel d'InCYT-Y progresse présentement et nous prévoyons présenter nos résultats préliminaires, et discuter des futures orientations de la recherche.

N° 25 Travailler avec les adolescents qui utilisent des substances et en abusent

Groupe d'étude d'intérêt spécial

Dre Selene Etches, Université Dalhousie; M. Jeff Thoms

Objectifs d'apprentissage : Explorer les facteurs de risque et de protection de troubles concurrents pour les adolescents et comment employer des formules axées sur les forces dans la planification du traitement; Discuter des interventions de traitement adaptées aux phases du changement pour les troubles d'utilisation de substances chez les adolescents (y compris les adolescents qui sont en phase précontemplative) en ce qui concerne les comportements risqués changeants; Explorer les interventions fondées sur des données probantes pour soutenir le sous-groupe d'adolescents qui utilisent des substances et sont actifs dans la rue et dans les soins.

L'abus de drogues et d'alcool touche une proportion substantielle d'adolescents et contribue directement à la précipitation, à l'exacerbation et à la perpétuation des problèmes comorbides de santé mentale. Les adolescents sans abri et dans la rue au Canada portent un fardeau de santé mentale et de problèmes d'utilisation de substances proportionnellement plus lourd qui a un effet direct sur leur fonctionnement et leur bien-être. Souvent, ces adolescents ont une prévalence élevée de traumatismes passés, des comportements sexuels à risque, et des besoins de santé physique mais sont réticents à rechercher ou à accepter un traitement. Les interactions et les relations avec les fournisseurs de soins de santé ou de logement peuvent influencer directement sur la recherche d'aide des adolescents et changer leur comportement. Ces quatre dernières années, l'1WK Health Centre d'Halifax, Nouvelle-Écosse, a exploité une clinique de soins spécifiques pour troubles concurrents, dont l'un des mandats était de fournir des initiatives d'approche à des adolescents au logement précaire. Cela comprend l'offre d'une consultation psychiatrique et d'un soutien thérapeutique directement aux adolescents, mais aussi la mise en œuvre d'un modèle innovateur de soutien du travail exécuté par les employés d'un foyer de groupe pour adolescents. La compétence et la capacité ont été développées en partie par la formation de fournisseurs de soins résidentiels en entrevue motivationnelle, suivie d'une supervision continue en entrevue motivationnelle et de séances d'éducation en troubles concurrents. Ce travail a favorisé la croissance tant au niveau individuel que des systèmes.

N° 41 Prédicteurs à l'adolescence du résultat du TDAH à l'âge adulte

Symposium de recherche

Dre Lily Hechtman

Objectifs d'apprentissage : Déterminer quels facteurs de l'adolescence influencent le résultat du TDAH à l'âge adulte; Discerner comment les prédicteurs dans l'enfance des résultats à l'âge adulte diffèrent des prédicteurs à l'adolescence de ce résultat du TDAH; Énumérer quels prédicteurs à l'adolescence sont les plus importants pour influencer le résultat du TDAH à l'âge adulte.

Chez les personnes souffrant du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les facteurs de l'enfance comme la gravité des symptômes du TDAH, la comorbidité, et l'adversité familiale ont modestement prédit le résultat à l'âge adulte. Récemment, plusieurs études longitudinales prospectives contrôlées ont conclu que l'adolescence et les années de la fin de l'enfance peuvent être la « période critique » qui influence le résultat à l'âge adulte. L'objectif de ce symposium est d'explorer les symptômes et le fonctionnement dans la période de l'adolescence, plus temporellement proximale et sensible sur le plan du développement, afin de déterminer si et comment cette « période critique » peut influencer le résultat à l'âge adulte. Les résultats de deux études longitudinales prospectives contrôlées seront décrits. Le Dr Roy rendra compte des 33 ans de suivi du TDAH du Dr Klein et de participants témoins de l'étude de New York, comportant les prédicteurs à l'adolescence du résultat à l'âge adulte. La Dre Hechtman abordera les prédicteurs à l'adolescence du résultat à l'âge adulte dans l'étude du traitement multimodal du TDAH (MTA). Les deux études montrent que le fonctionnement à l'adolescence a un effet important sur les résultats fonctionnels à l'âge adulte dans les domaines éducatif, professionnel, et émotionnel. Quatre prédicteurs importants à l'adolescence se distinguent : persistance et gravité des symptômes du TDAH, faible rendement scolaire, faible statut socio-économique, et comorbidité, particulièrement le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC). Les problèmes des adolescents souffrant du TDAH ont un effet important sur les résultats fonctionnels à l'âge adulte et doivent donc être pris en charge sérieusement. Ces problèmes comprennent la persistance et la gravité des symptômes du TDAH, la comorbidité, particulièrement le TOP et le TC, les difficultés scolaires, et le faible statut socio-économique.

Séance n° 1 : Prédicteurs à l'adolescence du résultat du TDAH à l'âge adulte. : résultats de l'étude longitudinale de New York

Objectifs d'apprentissage : Déterminer quels facteurs de l'adolescence influencent le résultat du TDAH à l'âge adulte dans l'étude de New York; Discerner comment les prédicteurs dans l'enfance des résultats à l'âge adulte diffèrent des prédicteurs à l'adolescence de ce résultat du TDAH dans l'étude de New York; Énumérer quels prédicteurs à l'adolescence sont les plus importants pour influencer le résultat du TDAH à l'âge adulte dans l'étude de New York.

Contexte : Nous en savons peu sur les résultats à long terme du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des facteurs qui prédisent de mauvais résultats à l'âge adulte. L'étude de New York est l'étude prospective contrôlée du TDAH la plus longue, ayant suivi les participants pendant 33 ans jusqu'à l'âge moyen de 41 ans, et est donc particulièrement bien positionnée pour explorer les prédicteurs de l'enfance et de l'adolescence des résultats à l'âge adulte du TDAH de l'enfance. Objectifs : Déterminer les facteurs de l'enfance et de l'adolescence qui influencent les résultats à l'âge adulte des enfants souffrant du TDAH. Méthodes : L'étude de New York comprenait 207 garçons blancs souffrant du TDAH et âgés de 6 à 12 ans (âge moyen 8 ans), sans trouble des conduites, qui ont été suivis à l'adolescence (âge moyen 18 ans), au début- (âge moyen 25 ans) et au milieu de l'âge adulte (âge moyen 41 ans). Au premier suivi, 178 garçons appariés selon l'âge et le statut socio-économique (SSE) de la même communauté ont été recrutés. Les mesures de l'enfance étaient entre autres le QI, les aptitudes à la lecture, la gravité du TDAH, et les problèmes de conduite. Les mesures à l'adolescence étaient le décrochage scolaire, la gravité des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité, le nombre de comportements antisociaux, l'utilisation de substances non alcooliques, les objectifs éducatifs et professionnels, et la santé mentale parentale. À l'âge moyen de 41 ans, les résultats incluaient la réussite éducative et professionnelle, le fonctionnement social et global, et les troubles mentaux du DSM-IV. Des régressions ont été utilisées pour déterminer les associations entre les facteurs de l'enfance et de l'adolescence et les résultats à l'âge adulte. Résultats : Les facteurs de l'enfance n'étaient pas des prédicteurs significatifs des résultats à l'âge moyen de 41 ans. Par contre, de multiples fonctions de l'adolescence étaient associées à la dysfonction à l'âge adulte : décrochage scolaire, gravité de l'hyperactivité et de l'inattention, et comportements antisociaux à l'adolescence étaient significativement associés à la persistance du TDAH à l'âge adulte. Les décrochages scolaires, les comportements antisociaux, un diagnostic de trouble des conduites, le trouble d'utilisation de substances non alcooliques, le mauvais fonctionnement professionnel, le mauvais fonctionnement social et l'APD parental prédisaient tous un trouble de personnalité antisociale au suivi. La gravité des symptômes d'inattention durant l'adolescence était associée à une réussite éducative et professionnelle relativement médiocres. Le décrochage scolaire prédisait d'autres résultats négatifs dont une fonction globale relativement pire. Des antécédents parentaux de durée de vie de problèmes d'utilisation de substances étaient associés à une réussite professionnelle pire chez les descendants. Des objectifs éducatifs et professionnels positifs exprimés durant l'adolescence prédisaient un meilleur fonctionnement à l'âge adulte. Conclusions : De multiples facteurs de l'adolescence influencent le fonctionnement à l'âge adulte des enfants souffrant du TDAH qui sont exempts du trouble des conduites. Les facteurs de l'adolescence sont notamment le développement de problèmes de conduite/antisociaux, le décrochage scolaire, les troubles d'utilisation de substances non alcooliques, et les objectifs éducatifs. La connaissance de ces prédicteurs devrait améliorer l'identification des personnes à risque, et éclairer l'élaboration de la prévention secondaire.

Séance n° 2 : Prédicteurs à l'adolescence du résultat du TDAH à l'âge adulte : résultats de l'étude du traitement multimodal du TDAH (MTA)

Objectifs d'apprentissage : Déterminer quels facteurs de l'adolescence influencent le résultat du TDAH à l'âge adulte dans l'étude MTA; Discerner comment les prédicteurs dans l'enfance des résultats à l'âge adulte diffèrent des prédicteurs à l'adolescence de ce résultat du TDAH dans l'étude MTA; Énumérer quels prédicteurs à l'adolescence sont les plus importants pour influencer le résultat du TDAH à l'âge adulte dans l'étude MTA.

Objectifs : Explorer l'importance du fonctionnement adolescent pour prédire le fonctionnement adulte des participants avec et sans TDAH. Méthodes : Dans l'étude MTA, 576 participants avec TDAH et 258 sans TDAH ont été suivis prospectivement pendant 16 ans jusqu'à l'âge moyen de 25 ans. Le fonctionnement professionnel, éducatif, émotionnel, le comportement sexuel, et les contacts avec la justice ont été évalués à l'âge adulte. Les prédicteurs à l'adolescence explorés étaient entre autres le revenu du ménage, la perte d'emploi des parents et recevoir de l'aide publique, séparation / divorce des parents, habiletés scolaires (lecture, orthographe et math), gravité des symptômes du TDAH, et comorbidité (TOP/TC) Résultats : Le fonctionnement professionnel à l'âge adulte était mesuré par le total des emplois perdus, le fait de recevoir l'aide publique ou non, et les niveaux de revenu. Une plus grande gravité du TDAH à l'adolescence était associée à des pertes d'emploi plus élevées à l'âge adulte. Un niveau faible de revenu et de faibles habiletés scolaires (math) à l'adolescence étaient liés à la réception d'aide publique à l'âge adulte. Recevoir de l'aide publique et de faibles habiletés scolaires (math) à l'adolescence étaient associés à de faibles niveaux de revenu à l'âge adulte. En matière de fonctionnement éducatif, les adolescents ayant de faibles habiletés scolaires (math) étaient moins susceptibles d'obtenir un diplôme de baccalauréat à l'âge adulte. Le fonctionnement émotionnel était mesuré par la labilité émotionnelle à l'âge adulte et était associé à une plus grande gravité des symptômes du TDAH, et des symptômes plus élevés du TOP ainsi que de faibles habiletés scolaires (math) à l'adolescence. Le comportement sexuel à risque était mesuré par l'âge du premier contact sexuel et le nombre de partenaires sexuels. Le jeune âge du premier contact sexuel et le nombre élevé de partenaires sexuels étaient associés à un faible revenu du ménage et des symptômes élevés du TOP à l'adolescence. Les contacts avec la justice à l'âge adulte (nombre de contacts avec la police) étaient associés à de faibles habiletés scolaires (math) à l'adolescence. Généralement, les associations prédictives étaient semblables pour les participants avec TDAH et sans TDAH. Conclusions : D'importants prédicteurs à l'adolescence des résultats fonctionnels à l'âge adulte sont entre autres : la gravité du TDAH, la comorbidité, p. ex., la gravité du TOP, le faible revenu ou SSE du ménage, et de faibles habiletés scolaires qui peuvent refléter un QI faible. Il est donc important d'intervenir dans ces domaines afin de promouvoir des résultats plus positifs à l'âge adulte.

N° 46 Appliquer les pratiques fondées sur des données probantes à la sélection de futurs pédopsychiatres

Groupe d'étude d'intérêt spécial

Dr Chetana Kulkarni, Hospital for Sick Children, Université de Toronto, Dr Raj Rasasingham, MD, FRCP

Objectifs d'apprentissage : Décrire les données probantes pour l'utilisation d'une entrevue individuelle modifiée (EIM) pour remplacer les entrevues individuelles standards dans les admissions en médecine; Résumer comment le programme de surspécialité en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Université de Toronto a discerné des « attributs » clés sur lesquels baser la sélection des résidents; Discuter comment les pratiques fondées sur des données probantes peuvent s'appliquer aux processus d'admission à leur centre.

Les premiers programmes de formation en surspécialité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) agréés par le Collège royal au Canada ont débuté en juillet 2012. Depuis, 16 programmes canadiens ont été agréés, chaque programme élaborant indépendamment son propre processus d'admission. Ce Groupe d'étude d'intérêt spécial (GEIS) offrira la possibilité aux programmes de PEA de tout le pays de discuter de la sélection des résidents et de la façon dont les pratiques d'admission fondées sur des données probantes peuvent s'appliquer à leur milieu. L'expérience de l'Université de Toronto sera partagée à titre d'exemple de l'application de pratiques fondées sur des données probantes à la sélection des résidents de la PEA. Le programme de PAE de l'Université de Toronto a travaillé à appliquer les données probantes de la littérature aux admissions à la faculté de médecine afin d'accroître la transparence et de réduire le biais dans la sélection des résidents en surspécialité de PEA. En 2017, le programme a utilisé une entrevue individuelle modifiée (EIM) pour remplacer l'entrevue individuelle plus traditionnelle qui était utilisée auparavant. En 2018, le programme incorporera les « attributs » clés à la sélection des résidents, lesquels ont été déterminés à l'aide d'un processus collaboratif fondé sur des données probantes. Les avantages et les inconvénients potentiels de ces changements seront discutés.

N° 49 Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle : une étude d'actimétrie cas-témoin

Symposium de recherche

Dr Jean Marc Guile

Co-auteur(s) : Delaplace R, Lecoeuvre M, Garry de La Rivière S, Lahaye H

Objectifs d'apprentissage : Nommer les caractéristiques cliniques des troubles disruptifs avec dysrégulation émotionnelle; Examiner l'association entre les comportements suicidaires et les troubles du sommeil; Discuter de l'utilisation des appareils d'actimétrie en recherche.

Objectifs : Explorer les caractéristiques cliniques et le profil moteur des enfants et adolescents suicidaires présentant un trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (TDDE). Méthodes : Trente jeunes suivis pour comportements suicidaires dans une clinique ambulatoire de pédopsychiatrie ont porté un actimètre au poignet durant neuf jours consécutifs (y compris les journées d'école et les journées sans école). Les jeunes souffrant de TDDE ont été appariés avec des jeunes sans le TDDE selon l'âge et le sexe. Aucun participant ne prenait de médicament durant l'étude. Les paramètres suivants ont été enregistrés : compte et amplitude des activités, latence du sommeil, efficacité du sommeil, et nombre et durée des périodes d'éveil après endormissement (EAE). Nous avons divisé les séances d'enregistrement d'actimétrie de nuit en trois sections, et comparé le premier et le dernier tiers de la nuit. Résultats : Les journées sans école, le début de l'alitement et le début de l'activité avaient lieu environ une heure plus tard que d'habitude. Dans le groupe de TDDE, il n'y avait pas de différence significative entre les journées d'école et les journées sans école en ce qui a trait au total du temps de sommeil. L'efficacité du sommeil était significativement plus grande les journées sans école. Le sommeil était fragmenté tant durant les journées d'école que les journées sans. Relativement au premier tiers de la nuit, nous avons observé un nombre significativement plus grand d'épisodes d'EAE durant le dernier tiers de la nuit dans le groupe de TDDE. Conclusion : Explorer l'activité et le profil du sommeil par actimétrie peut offrir des aperçus pertinents des caractéristiques diagnostiques et des besoins cliniques des jeunes souffrant de TDDE.

N° 52 Définir la complexité de la population pédiatrique pour la psychiatrie de consultation-liaison (CL)

Symposium de recherche

Dre Claire De Souza, Hospital for Sick Children, Hana Saab, Hina Ansari

Objectifs d'apprentissage : Identifier les caractéristiques démographiques, les raisons des références, et la complexité des patients servis par la psychiatrie de CL; Discuter et évaluer le fardeau significatif des ressources de cette population de patients en comparaison avec le patient hospitalisé moyen; Discuter des implications pour la planification et la prestation des services.

Introduction : Les troubles psychiatriques sont un important vecteur de la consommation accrue des ressources hospitalières. La psychiatrie de consultation-liaison (CL) est bien placée pour servir cette population croissante en milieu hospitalier. Il y a une rareté de la littérature qui décrit la population pédiatrique de la psychiatrie de CL. Méthodes : À l'aide des données administratives de l'hôpital, nous avons repéré les hospitalisations pour les patients de 0 à 18 ans qui étaient servis par la psychiatrie de CL à notre hôpital entre les exercices financiers de 2012-2013 et de 2016-2017. Les caractéristiques sociodémographiques, le volume d'utilisation, les raisons des références, les services de référence, les comorbidités, les groupes de maladies analogues (GMA), la durée de séjour (DDS), les taux de réhospitalisation, et les coûts ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives. Résultats : Le nombre de patients référés en psychiatrie de CL a augmenté de 31 % en 2016-2017 en comparaison avec la moyenne des 4 années précédentes. Plus de 80 % des patients avaient entre 8 et 18 ans, dont 50 % étaient d'âge transitionnel. Environ 90 % des patients avaient un diagnostic médical primaire, avec des affections psychiatriques co-occurentes. Les patients détenant 6 diagnostics documentés ou plus représentaient 65 % des hospitalisations. Le taux moyen des DDS et de réhospitalisation était 3 fois plus élevé que celui du patient hospitalisé moyen (DDS : 20,3 jours contre 6,3 jours; taux de réhospitalisation : 16,9 % contre 6,0 %). Le coût moyen par patient de psychiatrie de CL était 3,5 fois plus élevé que le coût moyen d'un patient hospitalisé typique. Conclusions : Il est essentiel de caractériser la population pédiatrique de la psychiatrie de CL et la complexité de la santé mentale et médicale associée afin de mieux aligner les services de psychiatrie de CL avec les demandes uniques de cette population de patients complexe. Il est également vital pour les planificateurs du système de santé de soutenir l'allocation de ressources suffisantes.

Séance n° 1 : Psychiatrie de CL – une étude descriptive du profil des patients

Objectifs d'apprentissage : Identifier les caractéristiques démographiques des patients servis par la psychiatrie de CL; Énumérer les sources de référence et les raisons de référer à la psychiatrie de CL; Discuter de la composition médicale contre psychiatrique des patients.

Introduction : La psychiatrie de consultation-liaison (CL) sert une population de patients très complexe à la croissance rapide, caractérisée par des affections médicales et de santé mentale co-occurentes. L'objectif de notre étude est de décrire le profil des patients servis par la psychiatrie de CL dans un hôpital pédiatrique de l'Ontario. Méthodes : À l'aide des données administratives de l'hôpital, nous avons repéré les hospitalisations pour les patients de 0 à 18 ans qui étaient servis par la psychiatrie de CL à notre hôpital entre les exercices financiers de 2012-2013 et de 2016-2017. Les caractéristiques sociodémographiques, le volume d'utilisation, les raisons des références, les services de référence, et la composition des diagnostics ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives. Résultats : Le nombre d'hospitalisations référées aux services de psychiatrie de CL a augmenté de 31 % en 2016-2017 en comparaison avec la moyenne des 4 années précédentes. Les services hospitaliers qui demandaient le plus communément les services de consultation pour patients hospitalisés de la psychiatrie de CL étaient la pédiatrie, la neurologie, l'oncologie, la transplantation de moelle osseuse et les soins intensifs. Globalement, environ deux tiers des patients étaient de sexe féminin, mais il y avait proportionnellement plus de garçons chez les patients de moins de 8 ans. Plus de 80 % des patients avaient entre 8 et 18 ans, dont 50 % étaient d'âge transitionnel. Environ 90 % des patients avaient un diagnostic médical primaire, avec des affections psychiatriques co-occurentes, contrairement à 10 % des patients qui étaient hospitalisés pour une affection psychiatrique primaire. Les 5 raisons les plus prévalentes d'une référence en 2016-2017 étaient la somatisation, l'anxiété, le ou les comportements difficiles, le risque de suicide, et la dépression. Conclusions : Nos données servent à caractériser la population de patients qui est servie par la psychiatrie de CL dans un hôpital pédiatrique. Comprendre la population de patients est une étape clé pour éclairer et personnaliser la prestation de services de CL.

Séance n° 2 : Psychiatrie de CL – complexité des patients et utilisation des ressources de l'hôpital

Objectifs d'apprentissage : Discuter de l'ampleur des comorbidités auxquelles font face les patients servis par la psychiatrie de CL; Quantifier la durée de séjour et l'utilisation des ressources des patients servis par la psychiatrie de CL; Identifier le fardeau significatif de cette population de patients en comparaison avec le patient hospitalisé moyen.

Introduction : L'objectif de notre étude est de décrire la complexité des patients de la psychiatrie de CL et de présenter l'intensité de leur utilisation des ressources pour un hôpital pédiatrique de l'Ontario. Méthodes : À l'aide des données administratives de l'hôpital, nous avons repéré les hospitalisations pour les patients de 0 à 18 ans qui étaient servis par la psychiatrie de CL à notre hôpital entre les exercices financiers de 2012-2013 et de 2016-2017. Les comorbidités, les groupes de maladies analogues (GMA), la durée de séjour (DDS), les taux de réhospitalisation, et les coûts ont été analysés à l'aide de statistiques descriptives. Résultats : Environ 90 % des patients avaient un diagnostic médical primaire, avec des affections psychiatriques co-occurentes. Les patients détenant 6 diagnostics documentés ou plus représentaient 65 % des hospitalisations. Le taux moyen des DDS était 3 fois plus élevé que celui du patient hospitalisé moyen (20,3 jours contre 6,3 jours). Le groupe d'âge le plus jeune (patients < 1 an) était associé à la DDS la plus longue. Les trois GMA utilisant le plus intensément des ressources qui sont associées à notre population étaient la transplantation du foie/pancréas/duodénum, l'intervention cardiovasculaire chez les bébés, et la transplantation de moelle osseuse/cellules souches. En 2016-2017, le taux de réhospitalisation était de 16,9 %, alors que 60 % des réhospitalisations étaient pour des raisons urgentes. Le total des coûts engagés par l'hôpital en 2016-2017, attribuable à la population de patients servie par la psychiatrie de CL, se chiffrait à 19,04 millions de dollars. Le coût moyen par patient dans notre population de patients était 3,5 fois plus élevé que le coût moyen de traiter un patient hospitalisé typique à notre hôpital. Conclusions : Nos données illustrent que la psychiatrie de CL sert une population de patients gravement malades et utilisant très intensément des ressources. Les résultats contribueront à établir des normes d'utilisation des ressources pour cette population, et à éclairer la planification et la prestation des services.

N° 53 Répondre aux besoins complexes de la population médicale/de santé mentale

Groupe d'étude d'intérêt spécial

Dre Claire De Souza, Hospital for Sick Children, Dre Kelly Saran, Dr Tyler Pirlot, Dr Roberto Sassi, Dr Javeed Sukhera, Dre Sophia Hrycko, Dre Ruth Russell, Dr David Lovas, Dre Selene Etches

Objectifs d'apprentissage : Décrire des cas complexes dans la population médicale/de santé mentale; Comparer et contraster différents modèles de prestation des services en psychiatrie de CL; Plaider pour la construction de programmes de psychiatrie de CL dans tout le pays.

La littérature cite des difficultés de coordination des services de psychiatrie de consultation liaison pédiatrique (PCLP) et de la variabilité du financement, de la structure et de la prestation des services (Shaw et DeMaso 2006). L'offre de possibilités de collaboration, de soutien et de mentorat est importante afin de recruter et de garder les effectifs en place. Durant le congrès de l'ACPEA de 2010, un Groupe d'étude d'intérêt spécial (GEIS) en PCLP a rassemblé des collègues de tout le Canada, ce qui a facilité la mise sur pied d'un Comité de direction de PCLP au Canada. L'adhésion au groupe de PCLP est interdisciplinaire et comprend des cliniciens, des chercheurs, des éducateurs et des administrateurs travaillant dans des services de PCPL au pays. Le but de ce groupe est l'avancement de la PCLP au Canada par l'établissement d'un réseau pour un partage d'expertise en soins cliniques, en recherche, en administration et en enseignement afin de déterminer des pratiques exemplaires. Le groupe se rencontre chaque mois par téléconférence et collabore à des initiatives universitaires/cliniques. Il y a eu un GEIS de PCLP presque tous les ans depuis 2010 au congrès de l'ACPEA ce qui a amélioré la collaboration entre les sites, et a augmenté le serveur de liste et le répertoire des collègues de PCLP. Durant ce GEIS, un aperçu de la complexité des cas et des modèles de prestation des services de psychiatrie de CL sont résumés. Des présentations de cas complexes médicaux/de santé mentale des programmes de psychiatrie de CL du pays qui reflètent l'ampleur de la population sont discutées, de même que la manière dont sont organisés les services de psychiatrie de CL pour répondre au besoin. La discussion porte sur l'importance des services de psychiatrie de CL et sur le besoin d'une dotation en personnel adéquate dans l'espoir de construire des programmes de psychiatrie de CL partout au pays.

N° 56 PANS/PANDAS : combler l'écart entre la recherche et la pratique clinique

Atelier

Dre Susan Baer, BC Children's Hospital, Université de la Colombie-Britannique; Dre Megan MacFadden; Dre Evelyn Stewart, Dre Clara Westwell-Roper MD PhD

Objectifs d'apprentissage : Examiner les nouvelles données probantes d'une connexion entre des syndromes neuropsychiatriques d'apparition brutale et des troubles auto-immuns; Réviser les lignes directrices nouvellement publiées sur le traitement des PANS/PANDAS; Nommer les stratégies pratiques pour aborder la prise en charge clinique des enfants chez qui l'on soupçonne des PANS/PANDAS.

Ces dernières années, il y a eu une sensibilisation accrue aux troubles neuropsychiatriques auto-immuns pédiatriques associés à des infections streptococciques (PANDAS) ainsi qu'au syndrome neuropsychiatrique pédiatrique d'apparition brutale (PANS) dans le public. En grande partie, cette sensibilisation a été l'œuvre de groupes de défense de parents. Malheureusement, la recherche en ce domaine traîne de l'arrière, laissant des questions cliniques sans réponses et divisant certains parents et professionnels de la santé en « croyants » et « non-croyants ». Dans cet atelier, nous examinerons la base de recherche actuelle sur les PANS/PANDAS, en mettant un accent particulier sur les connexions naissantes entre le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et les tics et les troubles auto-immuns. Nous examinerons les lignes directrices nouvellement publiées sur le traitement. En utilisant des présentations vidéo et de cas, nous présenterons la perspective des parents et des patients. Nous examinerons les articles des médias sur les troubles et préciserons les lacunes existantes dans la littérature. Enfin, nous discuterons de stratégies et d'idées pratiques pour aborder la prise en charge clinique des enfants et des adolescents souffrant d'un TOC d'apparition brutale et de troubles de tic, et présenterons les interventions médicales et psychiatriques de même que le soutien des parents. L'atelier sera codirigé par des cliniciens d'expérience en traitement des PANS/PANDAS (Dre MacFadden et Dre Baer) avec Dre Stewart, une clinicienne scientifique qui a étudié les PANS/PANDAS et est membre de longue date du réseau des médecins des Pandas.



À propos de Purdue Pharma (Canada)

Purdue Pharma (Canada) est une entreprise de recherche pharmaceutique et de soins de santé grand public présente au Canada depuis plus de 60 ans. Ses 400 employés ont pour objectif d'améliorer la santé et la qualité de vie des Canadiens. L'entreprise offre une vaste gamme de médicaments sur ordonnance et en vente libre, notamment des traitements sur ordonnance contre la douleur, le TDAH,

les nausées et vomissements induits par la chimiothérapie, diverses affections ophtalmiques et des produits de soins de santé aux consommateurs. L'entreprise soutient la formation fondée sur des données probantes en appui à l'innocuité de ses produits. Des activités de recherche et développement intégrés, de formulation pharmaceutique et de fabrication se déroulent à son siège social de Pickering, en Ontario. Société privée fondée par des médecins, Purdue Pharma (Canada) est associée de manière indépendante au réseau d'entreprises multinationales Purdue/Napp/Mundipharma. Pour en savoir plus, veuillez visiter www.purdue.ca.

N° 60 Prédiction et prévention de la psychopathologie dans des cohortes développementales

Symposium de recherche

Dr Rudolf Uher, Université Dalhousie

Objectifs d'apprentissage : Discuter des implications des origines développementales de la santé et de la maladie pour la pratique de la pédopsychiatrie; Décrire les types et donner des exemples des continuités développementales dans la psychopathologie; Évaluer le potentiel des interventions préventives précoces pour prévenir la maladie mentale.

Les vues traditionnelles selon lesquelles les troubles pédiatriques sont des problèmes limités dans le temps et que la maladie mentale majeure commence au début de l'âge adulte ont été contestées par les données probantes d'études de cohorte à long terme qui ont démontré de fortes continuités de la psychopathologie durant le développement de la personne. Au vu des données probantes développementales, la maladie mentale semble plus prévisible qu'on ne le croyait auparavant, ce qui soulève la possibilité d'une prévention ciblée. Si la maladie mentale est une continuation prévisible des troubles de l'enfance, les interventions préventives ciblant la psychopathologie de l'enfance peuvent-elles prévenir la maladie mentale? Le présent symposium réunit les nouveaux développements des cohortes développementales qui étendent les continuités aux facteurs prénataux, établissent des prédicteurs cliniquement significatifs de troubles de l'humeur et psychotiques majeurs, et appliquent les connaissances des antécédents au développement d'interventions précoces préventives. Le Dr Wazana présentera de nouvelles données combinées de multiples cohortes sur la façon dont l'environnement prénatal façonne le risque de psychopathologie de l'enfant selon la susceptibilité génétique et le sexe. Le Dr Uher démontrera comment l'apparition d'une maladie mentale grave peut être prévenue d'après les antécédents psychopathologiques de l'enfance. Dans l'exemple de l'anxiété, la Dre Pavlova démontrera comment un antécédent prédicteur est traité dans des interventions précoces préventives dans le cadre d'un essai de cohorte. À la lumière des nouveaux résultats, nous inviterons l'auditoire à discuter des futures orientations de la recherche de parcours de vie et de la nécessité, de l'éthique, de la chronologie, et de la nature des interventions précoces préventives.

Séance n° 1 : Effets dimorphes entre les sexes de la détresse maternelle prénatale sur la psychopathologie des descendants

Dr Ashley Wazana

Objectifs d'apprentissage : Nommer les pratiques d'harmonisation des données recommandées pour mener une recherche impliquant de multiples et vastes études de recherche indépendantes et aux méthodes diversifiées dans le but de faciliter la reproductibilité et la généralisabilité des résultats; Examiner un modèle développemental qui incorpore des facteurs environnementaux, biologiques et sexospécifiques ainsi que des théories influentes de la psychopathologie développementale (c.-à-d., programmation fœtale, susceptibilité différentielle) et qui a le potentiel d'éclairer des stratégies de prévention et d'intervention plus ciblées pour atténuer la détresse maternelle durant la grossesse et identifier les enfants qui peuvent être particulièrement vulnérables à développer des problèmes de santé mentale.

Introduction : En lien avec l'hypothèse de la programmation fœtale, la détresse maternelle durant la grossesse peut avoir des effets durables sur la santé mentale des descendants. Néanmoins, ceux qui sont exposés à l'adversité prénatale ne développeront pas tous une psychopathologie, ce qui suggère un rôle important des différences individuelles, dont la susceptibilité génétique. Des études sur les animaux offrent des preuves que les sexes masculin et féminin peuvent être touchés différemment par la programmation fœtale. Ici, nous demandons si la détresse maternelle prénatale interagit avec la susceptibilité génétique des descendants pour influencer leur risque de développer une psychopathologie durant l'enfance. Méthodes : Nous avons utilisé les données de 3 cohortes de naissance du réseau de recherche DREAM-BIG : l'étude ALSPAC (R.-U.; N = 11 612); l'étude Génération R (Pays-Bas; N = 7 946); et le projet MAVAN (Canada; N = 408). Les mesures de la dépression maternelle prénatale, de l'anxiété et des réactions à la grossesse ont été examinées pour construire des facteurs latents comparables de la détresse maternelle dans les 3 cohortes. La psychopathologie de l'enfance a été évaluée à répétition (4-8 ans) à l'aide des rapports de multiples informateurs, qui ont servi à extraire un facteur général de psychopathologie et des facteurs plus spécifiques d'internalisation et d'externalisation. Le risque polygénique de dépression était dérivé de données génétiques pangénomiques basées sur une étude d'association pangénomique indépendante. Résultats : Les associations significatives entre la détresse maternelle prénatale et la psychopathologie de l'enfant étaient reproduites dans toutes les cohortes. Les effets de l'interaction de la détresse maternelle prénatale par la susceptibilité génétique de l'enfant seront présentés en relation avec le risque de psychopathologie et contrastés entre filles et garçons. Conclusions : En plus d'offrir un aperçu des liens spécifiques entre l'adversité prénatale, la susceptibilité génétique, et la santé mentale des descendants, cette étude est un exemple probant de l'harmonisation des mesures dans les études longitudinales en vue de faciliter la reproductibilité et la généralisabilité des résultats.

Séance n° 2 : Les antécédents transdiagnostiques prédisent l'apparition de troubles de l'humeur et psychotiques majeurs chez les adolescents

Dr Rudolf Uher, Université Dalhousie

Objectifs d'apprentissage : Énumérer les antécédents transdiagnostiques de l'enfance des troubles de l'humeur et psychotiques majeurs; Quantifier la valeur prédictive des antécédents de l'enfance et l'adolescence pour estimer le risque de troubles de l'humeur et psychotiques majeurs; Évaluer le potentiel des antécédents comme cibles des interventions précoces préventives.

Introduction : Nous devons identifier les personnes qui sont à risque de développer des troubles psychotiques et de l'humeur pour rendre possibles les interventions préventives. Nous entendons vérifier la valeur prédictive des antécédents psychopathologiques dont la labilité affective, l'anxiété, les symptômes psychotiques et les symptômes de base dans le contexte des antécédents familiaux de maladie mentale. Méthodes : Dans une cohorte de 223 adolescents, dont des enfants de parents souffrant de schizophrénie, de trouble bipolaire et de dépression majeure, nous avons évalué la labilité affective, l'anxiété, les symptômes psychotiques et les symptômes de base de 9 à 21 ans. Nous avons invité les participants à des évaluations annuelles de 1 à 4 ans afin de repérer les nouvelles apparitions de troubles de l'humeur et de troubles psychotiques grâce à des entrevues diagnostiques. Résultats : Dans 520 suivis annuels d'adolescents à risque (âge moyen 15 ans; ET 4 ans; rétention 92 %), nous avons identifié 31 nouvelles apparitions : 3 de schizophrénie, 4 de trouble bipolaire et 24 de trouble dépressif majeur. Une apparition est survenue dans les 153 suivis d'adolescents sans antécédents, et 30 apparitions ont eu lieu dans les 367 suivis d'adolescents avec un antécédent ou plus (rapport de cotes 11,3; IC à 95 % 1,8 à 52; p = 0,003). La labilité affective, l'anxiété, les symptômes psychotiques et les symptômes de base étaient associés à un risque accru de nouvelles apparitions selon des rapports de cotes de 1,8, 5,5, 4,0 et 1,9 respectivement. Le risque de nouvelles apparitions augmentait proportionnellement au nombre d'antécédents (rapport de cotes 1,8; IC à 95 % 1,3 à 2,4; p < 0,001). Conclusions : La combinaison des antécédents familiaux et des antécédents psychopathologiques offre une stratégie efficace d'identification du risque précoce et peut aider à sélectionner des adolescents pour des interventions préventives ciblées.

Séance n° 3 : L'anxiété dans le contexte développemental : de la prédiction à la prévention

Dre Barbara Pavlova

Objectifs d'apprentissage : Décrire l'anxiété dans le contexte développemental; Évaluer le rôle de l'anxiété dans le développement du trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire et la psychose; Discuter des pour et des contre du moment opportun entre l'âge préscolaire et l'adolescence de mener des interventions précoces préventives axées sur l'anxiété chez les adolescents.

Introduction : Les troubles anxieux sont l'affection co-occurrence la plus commune chez les personnes souffrant de trouble dépressif majeur et de trouble bipolaire. Les troubles anxieux sont également communs chez les personnes souffrant de troubles psychotiques, y compris la schizophrénie, et il y a un continuum de psychopathologie de l'anxiété aux idées délirantes. L'anxiété apparaît typiquement dans l'enfance ou au début de l'adolescence, des années avant les premiers épisodes majeurs de l'humeur ou psychotiques. Nous visons à rechercher expérimentalement le rôle de l'anxiété dans le développement des troubles de l'humeur et psychotiques majeurs. Méthodes : Dans une cohorte d'adolescents à risque familial, nous vérifions deux formes d'interventions anti-anxiété. L'intervention Parents courageux Enfants courageux (COACH; NCT03224845) vise à prévenir le développement des troubles anxieux dans l'enfance par des interventions cognitivo-comportementales et parentales en deux phases chez des parents anxieux d'enfants dont le comportement est inhibé. L'intervention Aptitudes au bien-être (SWELL, NCT01980147) est axée sur les enfants et adolescents plus âgés dans le but explicite de prévenir l'apparition de troubles de l'humeur et psychotiques majeurs. Les effets à long terme des deux interventions sont mis à l'épreuve à l'aide du protocole Trial-within-Cohort (TwiC) intégré dans la cohorte Familles surmontant les risques et créant des possibilités de mieux-être (FORBOW). Résultats : Les premières expériences suggèrent que les interventions anti-anxiété sont acceptables et efficaces chez des adolescents qui ne recherchent pas de traitement. Conclusions : L'anxiété est une cible potentielle pour les interventions précoces qui peuvent modifier le risque de développer des troubles de l'humeur et psychotiques majeurs. Les avantages relatifs de prévenir le développement des troubles anxieux en âge préscolaire et d'intervenir tôt dans le cours des troubles anxieux à la fin de l'enfance et à l'adolescence sont d'éclairer la sélection et le moment opportun des interventions.

N° 64 Apprentissage allégé à Halifax : changement du système de santé mentale ambulatoire

Perspectives universitaires

Dre Alexa Bagnell, IWK Health Centre, Université Dalhousie

Objectifs d'apprentissage : Identifier les composantes des Soins de santé allégés dans le changement de système; Examiner des façons d'améliorer l'accès à des traitements fondés sur des données probantes, y compris le renforcement des capacités avec des cliniciens et la cartographie des flux dans la conception de service; Présenter les principales leçons tirées de l'importance de la science de la mise en œuvre et de l'engagement à la réussite des entreprises allégées, et des changements au niveau du système.

Comme la sensibilisation à la santé mentale s'accroît, les demandes des services existants et des ressources de santé mentale limitées augmentent également. Les longues listes d'attente pour des services de santé mentale pour enfants et adolescents sont un problème majeur au Canada, et internationalement. Défier la liste d'attente en créant un environnement d'amélioration continue tout en mettant en œuvre de nouveaux modèles de pratique allégée au sein de la santé mentale ambulatoire pour enfants et adolescents s'est avéré une réussite pour aider à élargir l'accès aux soins. Il y a des difficultés dans la mise en œuvre de nouveaux modèles de pratique et la conception de services pour la santé mentale et les toxicomanies des enfants et adolescents, notamment les ressources humaines requises pour changer la pratique des cliniciens. Le programme de santé mentale et de toxicomanies d'IWK a entamé le processus de mise en œuvre de l'approche Choix et partenariat (CAPA) (<http://www.capa.co.uk/>) en 2012, à titre de stratégie à éléments multiples pour améliorer la prestation des services de santé mentale pour enfants et adolescents, et leur famille. Dans le cadre de ce processus, la cartographie des compétences pour cliniciens ainsi que l'identification et le travail des domaines nécessaires pour le renforcement des capacités dans les traitements fondés sur des données probantes ont été intégrés dans les services ambulatoires. En juillet 2016, une formation additionnelle en méthodologie des Soins de santé allégés et en soutien de la mise en œuvre des changements de comportement a été initiée pour les cliniciens et les dirigeants cliniques. Il en est issu la transparence des résultats du système, une meilleure surveillance des résultats, une capacité accrue des traitements fondés sur des données probantes, et de nouvelles façons d'utiliser la rétroaction des cliniciens et des clients pour éclairer le changement du système.

Séance n° 1 Méthodologie allégée et résultats des soins de santé mentale de patients ambulatoires

Maureen Brennan, Onur Pakkanlilar

Objectifs d'apprentissage : Examiner les Soins de santé allégés et l'approche Choix et partenariat (CAPA) dans le changement du système de santé mentale; Discerner comment appliquer les principes des Soins de santé allégés dans les cliniques de santé mentale ambulatoires; Examiner les améliorations de l'accès et des temps d'attente des services de santé mentale ambulatoires grâce aux approches des Soins de santé allégés.

CAPA et les Soins de santé allégés sont des approches complémentaires du changement de système. L'un des bénéfices de CAPA et des Soins de santé allégés est la réduction des temps d'attente des soins. Cela se fait en gérant la demande des patients, en augmentant le flux de patients dans le système, en faisant en sorte que la liste des services d'une organisation correspond aux besoins de la population, et en jumelant les compétences des cliniciens aux problèmes des patients. Au centre de la philosophie de CAPA, il y a la perspective que le patient et sa famille sont les experts de leur vie et qu'ils doivent être activement engagés dans le processus des soins, y compris la prise de décisions cliniques partagée. Les Soins de santé allégés mettent l'accent sur les mesures de valeur ajoutée de la prestation des soins du point de vue du patient et de sa famille, et minimisent les mesures sans valeur ajoutée. Ce processus est facilité en impliquant tout le personnel dans l'identification de possibilités de changement. Le cadre CAPA intègre la notion allégée, mais par une intense concentration sur le travail allégé d'amélioration de la qualité, nous avons découvert de nouvelles façons de faire ressortir ces éléments pour les amener vers une plus grande amélioration. Le leadership et les diverses compétences de l'équipe dirigeante importent au succès. L'accès aux soins et les temps d'attente réduits selon la date de référence du premier rendez-vous se sont améliorés avec CAPA dans les premières années, mais ont atteint un plateau jusqu'à l'introduction de la stratégie des Soins de santé allégés qui a permis d'autres améliorations significatives des temps d'attente au cours des deux dernières années.

Séance n° 2 : Renforcement des capacités dans les traitements fondés sur des données probantes : utiliser l'expertise à bon escient

Dre Sabina Abidi, Dre Alexa Bagnell

Objectifs d'apprentissage : Examiner les modèles de renforcement des capacités dans l'approche des Soins de santé allégés; Discuter des innovations de l'intégration des cliniques spécialisées avec la santé mentale communautaire pour accroître la capacité des traitements fondés sur des données probantes; Examiner les modèles de renforcement des capacités pour les troubles alimentaires, le TOC, la psychose précoce et les toxicomanies.

La pensée allégée est une approche à la grandeur du système pour améliorer l'utilisation des ressources et atteindre des objectifs, tout en améliorant les soins. Essentiellement, le but est de fournir le bon service, au bon endroit, au bon moment selon les buts exprimés par le patient et sa famille. Recevoir des soins près de son domicile est la préférence de la plupart des patients et de la famille car cela réduit les coûts, les déplacements, l'absence au travail et à l'école, et l'effet sur la famille est réduit. Toutefois, pour certains adolescents, le traitement dont ils ont besoin n'est peut-être pas offert à leur clinique communautaire parce qu'il n'y a pas de clinicien ayant cette expertise thérapeutique spécifique ou cet ensemble de compétences, ou ils ont besoin d'un traitement plus intensif qui ne peut être offert localement. Cela exige souvent une référence à des cliniques spécialisées dans un hôpital tertiaire, ce qui réduit l'accès pour nombre de patients et de familles qui ont peut-être trop loin à voyager, ou l'attente à ces cliniques est trop longue. À l'IWK, depuis que CAPA a été instauré et qu'on y utilise les principes des Soins de santé allégés, les cliniques spécialisées ont été réorganisées en vue d'obtenir plus de formation et de renforcement des capacités pour traiter les maladies mentales bénignes à modérées dans les cliniques communautaires. Les troubles alimentaires, le trouble obsessionnel-compulsif, la psychose précoce, et les toxicomanies ont mis au point des modèles de formation utilisant les principes des Soins de santé allégés. Grâce aux initiatives éducatives, aux cliniques de formation, aux modèles de consultation innovateurs et à la supervision, l'accès aux soins fondés sur des données probantes s'est amélioré.

Séance n° 3 : Science de la mise en œuvre et engagement des cliniciens au changement du système

Dre Sharon Clark, Dre Jill Chorney

Objectifs d'apprentissage : Nommer les difficultés de mettre en œuvre les changements de la prestation des services du système de santé mentale; Examiner la science de la mise en œuvre et l'importance de l'engagement des cliniciens au changement des comportements et du système; Discuter de l'expérience de mise en œuvre d'un changement de système allégé dans des milieux de santé mentale ambulatoires et comment incorporer l'engagement des cliniciens et des médecins à titre d'éléments clés de la réussite à long terme de l'amélioration du système.

Au cours des processus d'amélioration du système des 7 dernières années, nous avons demandé à nos cliniciens d'adhérer à de nouveaux modèles de soins et de prestation de services comme moyen d'améliorer l'accès aux soins et de promouvoir l'excellence de la prestation de services. Changer de modèles dans un système établi peut être difficile et engager les cliniciens à faire le changement exige de nouveaux modes de pensée. Souvent, les meneurs du changement ne sont pas préparés à gérer le degré de changement requis et les systèmes ont sous-estimé l'effet du leadership durant ces processus de changement de système. Le changement de système vers des Soins de santé allégés a démontré qu'il y avait un coût de ressources humaines lié aux équipes faisant ces investissements. À l'IWK, les temps d'attente se sont progressivement améliorés et la satisfaction des clients s'est accrue avec CAPA et les améliorations allégées. Toutefois, l'engagement des cliniciens et des médecins a décliné avec l'augmentation des demandes, et le recrutement et la rétention causaient de plus en plus de soucis. La science de la mise en œuvre et l'engagement à un changement de comportement étaient des éléments clés de l'amélioration de ce processus. Les résultats indiquent que de multiples méthodes du changement de système et de l'engagement actif des cliniciens au processus ont produit un flux de patients accru, des temps d'attente réduits, et un plus grand engagement de la famille aux soins. En mettant davantage l'accent sur le changement de comportement, nous commençons à comprendre différemment les processus de changement parallèles – l'engagement avec les clients, le personnel, et les dirigeants pour optimiser les améliorations au niveau du système.

N° 65 Approches psychothérapeutiques pour soutenir les adolescents trans* ayant une dysphorie de leur corps

Atelier

Dre Sue Zinck, Université Dalhousie, département de psychiatrie, division de la pédopsychiatrie

Objectifs d'apprentissage : Nommer la variété d'expériences de dysphorie du corps chez les adolescents trans et de diverses identités de genre, dans un contexte développemental; Discuter et déterminer l'intersection entre le trouble d'anxiété sociale et les symptômes de la dépression et les expériences de dysphorie du genre et du corps; Nommer les techniques psychothérapeutiques spécifiques qui aident les adolescents qui éprouvent une dysphorie du genre et du corps, avec et sans troubles anxieux et dépressifs comorbides.*

La dysphorie de genre qui est soit éprouvante soit persistante chez les adolescents est mieux soulagée par des interventions psychosociales (transition sociale, y compris des changements de nom légal et de marqueur de genre), et pour beaucoup, 75 % ou plus, également des traitements hormonaux et chirurgicaux. Les données probantes laissent croire que ces traitements améliorent le bien-être de ceux qui s'identifient trans* et des personnes non binaires. La période entre la référence et les services médicaux et chirurgicaux peut être un temps de détresse accrue et peut même comporter des idées accrues d'automutilation. L'expérience de l'attente, bien que dysphorique, est difficile. La détresse causée par le fait d'avoir des caractéristiques corporelles qui ne correspondent pas encore à la présentation idéale que s'en fait l'adolescent entraîne souvent des difficultés d'estime de soi, de réactivité de l'humeur, de faible concentration, et si elles sont graves, elles peuvent mener à l'absentéisme à l'école ou au refus et au retrait social. Comprendre les expériences de dysphorie de corps et de genre, leur nature fluctuante et la manière dont elles font intersection avec l'émergence de l'identité typique peut aider le clinicien non seulement à soutenir l'adolescent dysphorique, mais aussi à lui enseigner les aptitudes que l'adolescent peut appliquer à réduire l'intensité de la détresse et de la déficience causées par la dysphorie du corps. Utilisant les outils de la thérapie cognitivo-comportementale comme fondement, cet atelier enseignera des techniques spécifiques pour explorer la dysphorie de genre et de corps. Ces techniques aideront les adolescents à s'exprimer avec authenticité et à accomplir leurs tâches développementales nécessaires en même temps qu'ils renforcent leur identité émergente. L'atelier utilisera des exemples de cas, des diapositives didactiques, des vidéos avec voix, et de l'art pour illustrer ces approches.

N° 66 Approche en 4 phases pour traiter la somatisation

Groupe d'étude d'intérêt spécial

Dr Tyler Pirlot, Alberta Health Services / Alberta Children's Hospital

Co-auteur(s) : Dre Claire De Souza

Objectifs d'apprentissage : Examiner les problèmes historiques auxquels font face les patients et leur famille pour diagnostiquer et traiter les troubles de symptôme somatique (TSS); Examiner une nouvelle approche collaborative intégrée pour travailler avec cette population de patients; Acquérir une expérience pratique de cette approche en travaillant avec un exemple de cas.

Les paramètres de la pratique de l'ACPEA concernant le travail avec le trouble de symptôme somatique (TSS) demandent des soins collaboratifs et pourtant, la plupart des institutions ne les pratiquent pas encore. Historiquement, les familles prenant soin d'enfants souffrant du TSS dans nos systèmes hospitaliers ont été référées maintes fois entre les surspécialités sans plan ou message cohérent ou même sans un diagnostic. Ce GEIS examinera une approche systématique du TSS en 4 phases, dont les auteurs sont des membres de la psychiatrie de consultation-liaison pédiatrique canadienne (membres Dr Pirlot, Dre De Souza). Spécifiquement, une clinique pilote de somatisation intégrée qui utilise cette approche améliore l'engagement déficient et les délais de diagnostics, et elle partage le fardeau financier avec la pédiatrie, la médecine de réadaptation et la santé mentale (SM). L'équipe clinique intégrée comprend un psychiatre, un pédiatre, un psychologue, un physiothérapeute, un conseiller en éducation et un psychologue. La cogestion par la réadaptation et la SM aide à la clarification des rôles entre spécialistes, et à créer une expérience de travail avec le TSS plus satisfaisante. Dans le GEIS, nous travaillerons avec un exemple de cas et traverserons les 4 phases du traitement de la somatisation après avoir décrit à l'auditoire le contenu de ces phases : confusion, connexions corps-esprit, traitement intégré, et enfin, rétablissement et prévention de la rechute.

N° 67 Nouvelles études familiales et génétiques du trouble obsessionnel-compulsif apparu dans l'enfance

Symposium de recherche

Dre S. Evelyn Stewart, Université de la Colombie-Britannique

Objectifs d'apprentissage : Examiner les marqueurs génétiques contribuant aux traits obsessionnels-compulsifs dans un vaste échantillon communautaire; Discuter des marqueurs de risque de l'émergence du TOC dans l'enfance; Explorer la prévalence des affections comorbides immunes et inflammatoires du TOC apparu dans l'enfance.

Le symposium proposé portera sur les aspects familial et génétique du trouble obsessionnel-compulsif apparu dans l'enfance (TOC-AE) et des traits obsessionnels-compulsifs (OC). Il est connu que le TOC ait des fondements génétiques, mais les marqueurs génétiques spécifiques et leurs mécanismes d'influence sur l'apparition éventuelle du TOC demeurent vagues. Trois présentations décriront les récentes études moléculaires génomiques, d'endophénotypes et familiales liées au TOC pédiatrique, suivies d'une période de discussion interactive. La première présentation fera état des marqueurs génomiques dans un échantillon communautaire ayant des traits OC définis (n = 5 366). Elle identifie des variantes communes et des variations rares du nombre de copies, et le premier résultat significatif pangénomique des traits OC. Curieusement, les gènes identifiés étaient impliqués dans le développement du système nerveux central et les traits OC augmentés étaient associés aux duplications des gènes exprimés dans le cerveau. La deuxième exposera de nouveaux résultats concernant le marqueur trait du risque de TOC dans un échantillon de 89 adolescents souffrant du TOC, de 61 frères et sœurs à risque non affectés, et de 72 témoins en santé. Des tests neurocognitifs, un examen physique et des rapports des parents contenant des mesures de la réactivité sensorielle et de la fonction exécutive ont été menés. La planification, les signes neurologiques latents et la déficience de la fonction exécutive ont été identifiés comme endophénotypes, alors que la réactivité sensorielle et la mémoire de reconnaissance spatio-visuelle ont été identifiées comme étant des marqueurs état du TOC. La troisième étude suit de nouvelles données probantes impliquant des facteurs immunes et inflammatoires connexes dans la maladie mentale. Les taux de prévalence auto-déclarés de maladies comorbides ont été examinés dans 2 cohortes comprenant 1615 proposants souffrant du TOC-AE qui ont été comparés aux estimations nationales dans la population les plus élevées. Les résultats suggèrent des taux plus élevés que prévu de comorbidités spécifiques infectieuses/inflammatoires dans le TOC-AE.

Séance n° 1 : « Spit for Science » : génomique du TOC pédiatrique communautaire

Dr Paul Arnold

Co-auteur(s) : P. Arnold, C.L. Burton, B. Xiao, M. Zarrei, L. Erdman, D. Merico, C. Marshall, S. Scherer, J., Crosbie, R. Schachar

Objectifs d'apprentissage : Examiner les variantes génomiques communes associées aux traits OC dans une population communautaire; Examiner les variations rares du nombre de copies associées aux traits OC dans une population communautaire; Discuter des trajectoires OC supposées impliquées ci-dessus.

Introduction : Des données probantes substantielles indiquent que les traits obsessionnels-compulsifs (OC) sont largement distribués dans la population générale et qu'ils partagent un risque génétique avec le TOC clinique. Dans l'étude « Spit for Science », nous tentons de découvrir les gènes conférant le risque du TOC dans l'enfance en examinant des traits OC quantitatifs dans un vaste échantillon d'enfants et d'adolescents dans la population. Méthodes : Nous avons recueilli des données quantitatives sur les traits obsessionnels-compulsifs (OC) à l'aide de l'échelle obsessionnelle-compulsive de Toronto (TOCS) auprès de 17 263 adolescents (de 6 à 17 ans) vus au Centre des sciences de l'Ontario. Nous avons génotypé les blancs sans lien de parenté (n = 5 366) à l'aide des Illumina HumanCoreExome beadchips. Nous avons mené des analyses d'association pangénomique selon une hypothèse (GWAS-HD) pour identifier les variantes génétiques communes et nous avons aussi examiné l'association des traits OC augmentés avec le fardeau général des variations rares du nombre de copies (CNV) et des types de CNV spécifiques. Résultats : Nous avons identifié le premier résultat pangénomique significatif pour les traits OC qui se reproduisaient dans un échantillon indépendant d'adolescents ayant subi un dépistage du TOC. Les gènes impliqués dans le développement du système nerveux central étaient significativement associés aux traits OC. Les traits OC augmentés étaient associés aux duplications de gènes exprimés dans le cerveau ou ayant une fonction cérébrale. Conclusions : Nous avons identifié le premier résultat pangénomique pour les traits OC et identifié une trajectoire biologique potentielle liée aux traits OC. Jusqu'ici, les résultats démontrent la faisabilité, l'efficacité et l'utilité d'utiliser des approches quantitatives basées sur les traits dans un échantillon communautaire afin de découvrir l'architecture génétique sous-jacente du TOC dans l'enfance. L'identification des gènes et des trajectoires biologiques associés au TOC peut permettre le développement de nouveaux traitements et des approches médicales de précision de ce trouble commun et débilisant.

Séance n° 2 : Marqueurs état et trait du TOC pédiatrique

Dre S. Evelyn Stewart, Université de la Colombie-Britannique

Co-auteur(s) : S. Evelyn Stewart MD FRCPC, Juliana Negreiros PhD, Fern Jaspers-Fayer PhD, Laura Belschner MSc, Sarah Lin MSc et Diana Franco Yamin MSc
Objectifs d'apprentissage : Discuter de la pertinence d'endophénotypes putatifs (marqueurs intermédiaires du risque génétique) dans le TOC pédiatrique; Examiner les domaines de la neurocognition et de la fonction dans le TOC pédiatrique et chez les frères et sœurs à risque; Explorer les marqueurs physiques dont les signes neurologiques latents et la réactivité sensorielle dans le TOC pédiatrique et chez les frères et sœurs à risque.

Introduction : Le TOC pédiatrique a une influence génétique considérable, si bien que les frères et sœurs des adolescents affectés ont un risque accru plusieurs fois de développer le trouble. Même si ce fait est bien connu, les données probantes disponibles sont limitées pour guider l'identification des personnes

spécifiques qui deviendront affectées. Le repérage des marqueurs de risque endophénotypique peut être utile à cet égard. Méthodes : Les participants à l'étude, recrutés entre 2013 et 2017, comprenaient 89 adolescents ayant reçu un diagnostic de TOC confirmé du DSM-IV, 61 frères et sœurs d'un adolescent souffrant du TOC, pleinement biologiques, non affectés et à risque, et 72 adolescents sans antécédents familiaux de maladie mentale ou de TOC/trouble de tic. Des tests neurocognitifs CANTAB, un examen physique et des rapports des parents contenant des mesures de la réactivité sensorielle et de la fonction exécutive ont été menés. Résultats : Des différences significatives ont été constatées dans les groupes du TOC et des frères et sœurs quand ils ont été comparés avec le groupe témoin en santé en ce qui concerne le rendement à la tâche de planification ($F = 4,97$; $p = 0,009$), les rapports des parents sur les effets sur la fonction exécutive quotidienne ($F = 38,3$; $p < 0,001$) et la présence de signes neurologiques latents ($F = 11,95$; $p = 0,001$). Les différences de mémoire de reconnaissance spatio-visuelle et de réactivité sensorielle ($F = 5,06$; $p = 0,022$) par rapport aux témoins en santé étaient présentes dans le groupe du TOC mais pas dans les groupes de frères et sœurs. Conclusions : Les effets de la planification et de la fonction exécutive et les signes neurologiques latents semblent être des marqueurs trait du risque de TOC, alors que la mémoire de reconnaissance spatio-visuelle et l'hyper-réactivité sensorielle semblent en être des marqueurs état.

Séance n° 3 : Comorbidités d'origine immunologique dans le TOC apparu dans l'enfance : étude multicentrique de la prévalence de durée de vie

Dre Clara Westwell-Roper

Co-auteur(s) : Clara Westwell-Roper MD PhD, S. Evelyn Stewart MD FRCPC et le collaboratif de l'association sur la génétique obsessionnelle-compulsive (OCGAS)

Objectifs d'apprentissage : Examiner la prévalence des maladies auto-immunes, inflammatoires et infectieuses dans le trouble obsessionnel-compulsif apparu dans l'enfance (TOC-AE); Examiner les corrélats cliniques des maladies ci-dessus dans le TOC-AE; Comparer les résultats ci-dessus entre les échantillons de la cohorte et avec les estimations nationales dans la population.

Introduction : Malgré la spéculation sur les risques communs génétiques et environnementaux, nous en savons peu sur les comorbidités auto-immunes, inflammatoires et infectieuses dans le trouble obsessionnel-compulsif apparu dans l'enfance (TOC-AE). Cette étude a évalué la prévalence de durée de vie des maladies d'origine immunologique dans les 2 cohortes de patients souffrant du TOC-AE. Méthodes : Des questionnaires médicaux ont été remplis par 1401 proposants de l'étude multicentrique de l'OCGAS sur le TOC et par 214 patients participant au programme provincial du TOC du BC Children's Hospital (BCCH-POP). La prévalence de durée de vie a été comparée avec les estimations nationales les plus élevées dans la population et rapportée comme une estimation ponctuelle avec l'intervalle de confiance de Wald ajusté à 95 %. La gravité du pire épisode a été évaluée à l'aide de l'échelle obsessionnelle-compulsive de Yale-Brown (Y-BOCS). Résultats : Les proposants de l'OCGAS ont déclaré une prévalence plus élevée qu'escomptée d'encéphalite ou de méningite (1,4 [0,9-2,1] % contre 0,1-0,4 %; $p < 0,000$; $n = 1393$), de scarlatine (4,0 [3,1-5,2] % contre 1,0-2,0 %; $p < 0,0001$; $n = 1389$), de fièvre rhumatismale (0,6 [0,3-1,2] % contre 0,1-0,2; $p < 0,0001$; $n = 1390$), et d'arthrite rhumatoïde (1,1 [0,6-2,0] % contre 0,2-0,4 %; $p < 0,0001$; $n = 949$). Des antécédents de fréquentes infections des oreilles ou de la gorge étaient associés à la gravité du symptôme de contamination/nettoyage. Les participants du BCCH-POP ont déclaré une prévalence élevée de la maladie de Crohn (1,9 [0,4-5,8] % contre 0,5-0,1 %; $p = 0,008$; $n = 155$), d'eczéma (36,5 [29,4-44,3] % contre 10-20 %; $p < 0,001$; $n = 156$), et d'urticaire chronique (9,9 [5,9-16,0] % contre 0,5-1 %; $p < 0,001$; $n = 142$). Il n'y avait pas d'association entre l'état de comorbidité et l'épisode le plus grave. Conclusions : Ces données suggèrent des taux élevés de comorbidités infectieuses/inflammatoires spécifiques dans le TOC-AE. Les limitations sont notamment le rapport de biais, d'efficacité, et l'absence d'un groupe témoin clinique. Il faut d'autres études multicentriques pour caractériser les grappes de maladies et leurs interactions. Ces travaux peuvent améliorer notre compréhension de la pathogenèse du TOC-AE et aider à la mise au point de thérapies d'appoint qui modulent la réponse immunitaire.

Présentation des affiches



N° 1 Atténuer le stress procédural chez les enfants ayant des besoins médicaux complexes

Dr Benjamin Rotberg, Hospital for Sick Children

Co-auteur(s) : Dr Jean Wittenberg, Dr Jake Crookall

Objectifs d'apprentissage : Les participants seront en mesure de décrire le cadre définitionnel des enfants ayant des besoins médicaux complexes; Les participants seront en mesure de discuter des façons d'évaluer le stress procédural chez les enfants ayant des besoins médicaux complexes; Les participants seront en mesure de proposer des façons d'atténuer le stress des procédures médicales pour les enfants ayant des besoins médicaux complexes.

Les enfants ayant des besoins médicaux complexes représentent 1 % de tous les enfants ayant besoin de soins pédiatriques. Ils subissent de multiples hospitalisations, des traitements intrusifs et des interventions douloureuses à la maison et à l'hôpital. Beaucoup souffrent également de troubles neurologiques et de déficiences intellectuelles. Ils présentent souvent des preuves de détresse consécutive à ces interventions et procédures nécessaires à les maintenir en vie. Quand le stress est chronique, répétitif et insuffisamment amorti, il peut devenir toxique. Il est prouvé que le stress toxique est nuisible pour le développement du cerveau et pour d'autres systèmes de l'organisme. Les enfants ayant des besoins médicaux complexes peuvent être particulièrement vulnérables à éprouver le stress toxique car ils subissent nombre de procédures stressantes chaque jour, ils sont plus fragiles et ont moins de ressources pour amortir le stress en comparaison avec les enfants dont le développement est normal. Cependant, il est très difficile d'évaluer le stress chez les enfants ayant des besoins médicaux complexes car ils sont souvent non verbaux et que leurs manifestations comportementales du stress sont individuelles et idiosyncratiques contrairement aux apparences plus prévisibles du stress chez les enfants au développement normal. Dans notre présentation, nous ferons état d'une série de cas de jeunes enfants ayant des besoins médicaux complexes et des interventions que nous avons utilisées pour atténuer le stress causé par des procédures médicales. Nous décrirons aussi une échelle de chevet que nous élaborons afin de mesurer le stress des procédures médicales chez les enfants ayant des besoins médicaux complexes.

N° 2 Une évaluation réaliste des programmes de réduction des stigmates implicites

Dr Javeed Sukhera, Université Western

Co-auteur(s) : Mme Kristina Miller, Mme Christina Scerbo, Mme Alexandra Milne, Dr Rod Lim, Dr Chris Watling

Objectifs d'apprentissage : Apprendre comment la recherche sur la cognition sociale implicite a été appliquée à l'élaboration et à l'évaluation des programmes de réduction des stigmates; Examiner les résultats d'une évaluation réaliste des programmes de réduction des stigmates implicites; Explorer les orientations futures de la recherche sur la réduction des stigmates.

Introduction : Les stigmates de la maladie mentale ont des conséquences désastreuses pour les patients. De meilleures approches pour réduire les stigmates liés à la santé mentale chez les professionnels de la santé sont nécessaires. La reconnaissance et la gestion des biais implicites constituent un nouveau domaine de recherche qui peut éclairer la conception des programmes de réduction des stigmates. Nous décrivons l'évaluation d'un nouvel atelier de réduction des stigmates pour les professionnels de la santé, lequel a été créé à partir de cette recherche. Méthodes : Nous avons mené une évaluation réaliste à l'aide d'une approche d'étude longitudinale de cas multiples. Nous avons d'abord établi un modèle conceptuel initial pour notre intervention d'après une recherche précédente. Nous avons ensuite mené trois études de cas avec des médecins et des infirmières (n = 69) dans un hôpital universitaire canadien. Dans chaque cas, nous avons recueilli les échelles d'attitudes avant et après, et analysé les données qualitatives des entrevues semi-structurées. Conformément aux principes de l'évaluation réaliste, nous avons analysé les modèles de la configuration contexte-mécanisme-résultat pour modifier, élaborer et réviser la compréhension de notre modèle initial. Résultats : Notre intervention a produit des changements statistiquement significatifs des attitudes des participants dans deux contextes sur trois. L'évaluation qualitative a révélé une divergence des données quantitatives, décrivant les perceptions de changements durables en perspective et dans la pratique. Le degré auquel les participants individuels ont appris avec les équipes interprofessionnelles et en travaillant auprès d'elles a influencé les résultats. Conclusions : La reconnaissance et la gestion des biais implicites constituent une stratégie utile de réduction des stigmates; toutefois, le degré auquel les participants individuels apprennent avec les membres des équipes et au sein de celles-ci influence les résultats de l'éducation en matière de réduction des stigmates implicites. Quand les stigmates implicites sont reconnus, les interventions pédagogiques peuvent favoriser un changement de comportement en encourageant des comportements de rechange explicites qui sont soutenus par un renforcement social au sein des équipes interprofessionnelles.

N° 7 Initiative de formation clinique et de recherche pour un programme avancé de thérapie comportementale dialectique

Dr Alex Hocko, London Health Sciences Centre

Co-auteur(s) : Dre Chloe Hamza, Dre Sandra Fisman, Brenda Davidson, Dr Raymond Egan, Dre Shannon Stewart, Jennifer Wilson, David Bogaert, Dr Javeed Sukhera, Patrizia Travis, Dr Alex Hocko

Objectifs d'apprentissage : Estimer l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique (TCD) dans les soins et le rétablissement de patients adolescents; Mieux comprendre les échelles d'évaluation utilisées pour évaluer le fonctionnement, les émotions, l'automutilation et l'idéation suicidaire des adolescents; Connaître l'utilisation de statistiques descriptives dans les analyses de données préliminaires.

Introduction : Il y a une pénurie d'études sur la thérapie comportementale dialectique (TCD) pour adolescents en Ontario. Cette étude longitudinale examine si la TCD influence les soins et le rétablissement des adolescents par des mesures de régulation émotionnelle et de fonctionnement. Méthodes : Des adolescents en traitement ambulatoire qui suivent un programme de TCD dans deux hôpitaux de London en Ontario ont participé à l'étude, qui comprend trois points d'évaluation : le début de la TCD, la fin de la TCD, et un suivi à 3 mois. Les évaluations comprennent : l'échelle multidimensionnelle de la déficience fonctionnelle pour enfants et adolescents (MAFS), l'échelle des difficultés de régulation émotionnelle (DERS), l'InterRAI ChYMH-items du profil d'évaluation clinique de la gravité de l'automutilation (CAP), et l'échelle abrégée des déficiences (BIS). Les analyses descriptives sont exécutées quand n est inférieur à 30. Résultats : Vingt et un participants (n = 21) ont complété le programme de TCD. Évaluation de l'idéation ou des tentatives d'automutilation : moyenne pré-traitement, 3,29 (ET = 1,23); moyenne post-traitement, 3,00 (ET = 1,12), et moyenne au suivi, 2,85 (ET = 1,77). Pour les difficultés de régulation émotionnelle : moyenne pré-traitement, 3,56 (ET = 0,61); moyenne post-traitement, 2,88 (ET = 0,85), et moyenne au suivi, 3,26 (ET = 0,63). Évaluation du fonctionnement social et familial à l'échelle BIS : moyenne pré-traitement, 26 (ET = 15,60) et moyenne post-traitement, 22,60 (ET = 11,89). Moyenne pré-traitement à l'échelle MAFS, 2,45 (ET = 0,51) et moyenne post-traitement, 2,611 (ET = 0,53). Conclusions : La rétention des participants pose problème. Bien que la taille de n n'ait pas permis d'analyses de signification statistique, les résultats préliminaires indiquent que la TCD peut jouer un rôle dans la diminution de l'idéation suicidaire, des tentatives de suicide, de l'automutilation, de la dérégulation émotionnelle et de la déficience comportementale. Une légère amélioration est apparue depuis le pré-traitement au post-traitement dans le fonctionnement des adolescents en général.

N° 6 Traitement pharmacologique d'entretien dans le trouble bipolaire pédiatrique : une revue systématique

Dre Caitlin S. Yee, médecin résidente

Co-auteur(s) : Dr Gustavo Vazquez, MD, PhD, Professeur, Département de psychiatrie, Université Queen's

Objectifs d'apprentissage : Faire une analyse critique de la valeur des essais ouverts par opposition aux ERC de même que de leurs limitations respectives; Identifier et comparer les taux de réponse à divers agents pharmacologiques pour le traitement à long terme du trouble bipolaire pédiatrique; Discerner la prévalence des effets secondaires et les principales raisons de l'interruption de diverses options de traitement pharmacologique du trouble bipolaire pédiatrique.

Introduction : Les lignes directrices actuelles sur le traitement d'entretien du trouble bipolaire pédiatrique (TBP) ont été élaborées surtout d'après les données probantes d'études pour adultes. Cependant, les données probantes existantes à l'égard de l'efficacité relative de diverses interventions pharmacologiques sont principalement basées sur des études à court terme, sans prendre en compte adéquatement l'efficacité à long terme. Objectif : Présenter une revue systématique et une analyse combinée de l'efficacité des traitements pharmacologiques d'entretien d'une monothérapie ou d'une combinaison pour le TBP, en mettant l'accent sur les essais randomisés contrôlés (ERC) et les études ouvertes \geq 24 semaines. Méthode : Une recherche systématique de la littérature a été menée dans les bases de données PubMed, OVID Medline, Embase et Psycinfo du début de l'étude jusqu'en décembre 2017 afin de repérer les ERC et les études ouvertes qui évaluent l'utilisation de stratégies pharmacologiques d'entretien (\geq 24 semaines, durée du traitement) pour le traitement à long terme du TBP. Cette revue était conforme aux lignes directrices PRISMA. Résultats : La recherche informatique systématique a produit 18 études aptes à l'analyse des taux récurrents et à leur association aux traitements (N = 2131, TB-I 97,2 %; âge moyen : 13,2 \pm 2,2 ans; durée moyenne des études : 42,72 semaines; 83,4 % étaient des études ouvertes et 16,6 % étaient des ERC). Le taux de rechute moyen était de 44,4 \pm 22,7 %. Le taux global regroupé d'abandon était de 45,9 \pm 24,2 % et le taux d'interruption attribuable aux effets secondaires était de 11,5 % \pm 7,4 %. Conclusion : Une majorité de traitements pharmacologiques, dont le lithium, le valproate et plusieurs antipsychotiques de la deuxième génération se sont révélés, par opposition au placebo, prévenir les rechutes du trouble bipolaire pédiatrique. Toutefois, le contrôle des rechutes chez les jeunes patients du TB demeure particulièrement insatisfaisant.

N° 8 Évaluation du TSPT chez des enfants haïtiens après un tremblement de terre : une étude pilote

Dre Audrey McMahon, Université de Sherbrooke

Co-auteur(s) : Dre Audrey McMahon, Dre Fritzna Blaise, Mme Claudia Thomas Riché, Mme Claudine Larocque, Dr Gilles Delatour, Dr Jean-François Lemay, Dr Yves-Marie Mérat, Dre Lucie Brazeau-Lamontagne

Objectifs d'apprentissage : Examiner les données probantes et la littérature actuelle sur la prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les enfants haïtiens avant et après le tremblement de terre de 2010; Présenter les aspects difficiles et essentiels de l'adaptation sensible aux différences culturelles des instruments de recherche; Cerner la prévalence du TSPT, les types d'événements traumatiques et comment le traumatisme se manifeste chez ces enfants, afin de proposer des interventions complètes adaptées sur le plan socio-culturel.

Introduction : Dans les dix dernières années, diverses études ont fait état de problèmes de santé mentale post-traumatiques chez les enfants par suite de catastrophes naturelles variées. À notre connaissance, seulement quatre études ont fait des recherches sur les traumatismes psychologiques des enfants après le tremblement de terre destructeur de 2010 en Haïti. Les objectifs du projet pilote étaient : 1) déterminer la faisabilité/acceptabilité de notre projet; 2) valider la version créole du questionnaire choisi; 3) déterminer la prévalence du trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les enfants de l'école primaire à Port-au-Prince (PAP); et 4) colliger des données explorant les types et les manifestations des traumatismes chez les participants. Méthodes : À la fin de 2017, cette étude transversale a recruté 73 enfants sur 104 (70 %) de 7 à 12 ans après avoir obtenu le consentement de leurs parents. Le questionnaire UCLA-PTSD indice de réaction du DSM-5 pour enfants/adolescents, a été traduit et adapté en créole, avec autorisation, et utilisé pour recueillir les données qualitatives et quantitatives chez les enfants recrutés. Résultats : Les résultats révèlent que la méthodologie de l'étude est faisable et bien acceptée des parents et des enfants. Le questionnaire en créole est validé. Les résultats préliminaires indiquent qu'au moins 15 enfants satisfaisaient aux critères du TSPT et que plus que 50 % ont certains symptômes du TSPT. Les types assortis de traumatismes sont répertoriés, la violence domestique et intra-communautaire dans l'environnement étant la plus répandue. L'exposition au tremblement de terre est mentionnée mais curieusement, ce n'est pas le thème prédominant. Conclusion : Le TSPT chez les enfants de PAP exposés semble être prévalent. Cette étude pilote prépare le terrain à une étude à plus grande échelle, adaptée aux différences culturelles, dans l'épicentre de Léogâne du tremblement de terre de 2010, afin de proposer des interventions adaptées aux différences culturelles pour les soins des problèmes de santé mentale chez les enfants touchés.

N° 9 Contact avec les soins de première ligne d'enfants référés pour une évaluation psychiatrique urgente

Dr Marcelo Crespín, Université Queen's, département de psychiatrie

Co-auteur(s) : Dr Marcelo Crespín, Mme Karen Gillis, Mme Leanne Repetti, Dr Nasreen Roberts

Objectifs d'apprentissage : Les participants seront en mesure de : Apprendre ce qui concerne l'accès aux soins de première ligne pour les enfants et les adolescents ayant des problèmes de santé mentale; Partager leurs connaissances des recommandations faites par les soins de première ligne pour les enfants et adolescents en crise de santé mentale; Apprendre des solutions possibles de renvoi au SU et aux services psychiatriques d'urgence.

Objectif : a) Étudier la source de la référence des enfants et des adolescents évalués durant une période de 6 mois. b) Examiner le nombre de patients vus dans les soins de première ligne avant d'être renvoyés à la clinique psychiatrique d'urgence. Méthode : C'est une étude prospective de 6 mois de toutes les évaluations effectuées par la clinique CAMHUCC. Cette clinique en milieu hospitalier a un taux de référence de 30 à 40 nouveaux patients par mois. Les données sont recueillies pour les variables démographiques et cliniques, dont la source de la référence. Aux fins de cette étude, des données additionnelles seront recueillies : 1. Si le patient a un médecin de première ligne ou un pédiatre. 2. Si le patient leur a confié ses problèmes de santé mentale. 3. Si les médecins des soins de première ligne ont recommandé : une médication, les services de santé mentale pour enfants ou les a dirigés vers le service d'urgence. Des statistiques descriptives serviront à présenter les résultats. Résultats : Nous prévoyons évaluer 160 à 180 patients durant la période de l'étude. La source de la référence et la répartition des sexes seront mentionnées, tout comme le pourcentage de patients vus par les médecins de première ligne avant d'être renvoyés à une consultation urgente. Nous indiquerons le pourcentage de patients/parents qui ont confié leurs problèmes émotionnels ou comportementaux au médecin ou pédiatre des soins de première ligne et à qui on a fait des recommandations de suivi. Conclusion : Le service d'urgence général et le service d'urgence psychiatrique sont les principaux portails d'accès à une évaluation de la santé mentale pour des symptômes communs non urgents. L'accès limité aux soins de première ligne et pédiatriques peut entraîner une utilisation inappropriée du service d'urgence et des cliniques de spécialité pour des troubles communs non comorbides. Un accès élargi aux soins de première ligne et la formation médicale continue peuvent aider à améliorer la prise en charge et le triage des troubles psychiatriques communs et non morbides des enfants et adolescents.

N° 10 Prévalence du TSA dans une population psychiatrique d'adolescents hospitalisés

Dre Graciela Kriegel, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences

Co-auteur(s) : Dre Graciela Kriegel, Mme Riley Whitchurch, Dre Alexandra Hernandez, Mme Kate Leonard, Dr Paul Sandor

Objectifs d'apprentissage : Examiner la prévalence du trouble du spectre de l'autisme (TSA) dans une population psychiatrique d'adolescents par opposition à une population générale d'adolescents; Examiner les facteurs de risque associés au TSA; Examiner les taux de comorbidités associées au TSA et en discuter les implications pour les soins.

Introduction : L'épidémiologie du trouble du spectre de l'autisme (TSA) (1) change. La prévalence a augmenté ces dernières décennies, mais la cause est mal définie. Cette étude est la première à explorer la prévalence du TSA dans des unités d'adolescents hospitalisés en Ontario. Nous examinons plusieurs facteurs réputés être associés au TSA, ainsi que des affections psychiatriques comorbides. Méthodes : Cent soixante-treize adolescents hospitalisés en psychiatrie ont été recrutés au centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores et au centre de traitement Youthdale afin de déterminer la prévalence du TSA, l'association à des facteurs prénataux et périnataux, l'âge avancé du père et de la mère, le lieu de naissance maternel, et les affections psychiatriques comorbides du TSA. Résultats : La prévalence du TSA était de 11,56 % (20 sur 173) comparativement à 1,06 % à 1,47 % (2) dans la population générale malgré le fait que les clients souffrant du TSA n'aient pas tous participé. Aucune différence significative entre les centres n'a été constatée, sauf l'âge des patients. Contrairement aux résultats précédents (3, 4, 5, 6), les facteurs prénataux et périnataux, l'âge du père et de la mère, et le lieu de naissance maternel n'étaient pas significativement associés au TSA. Enfin, 75 % des patients du TSA au centre Ontario Shores avaient une comorbidité psychiatrique contre 33 % à Youthdale. Conclusions : La prévalence du TSA est significativement plus élevée chez les patients psychiatriques hospitalisés que dans la population générale. La différence des taux de morbidité aux différents centres peut être liée aux différentes populations. Les résultats peuvent fournir un aperçu de la prévalence élevée du TSA chez les patients hospitalisés et peuvent servir à la planification de services adéquats pour la population du TSA.

N° 12 Imagerie du tenseur de diffusion chez des enfants autistes, dysphasiques et des témoins en santé

Dre Iva Dudova, MD, PhD, professeure agrégée

Co-auteur(s) : Prof. Michal Hrdlicka, Charles University Second Faculty Of Medicine; Ing. Jan Sanda; Prof. Tomas Urbanek; Prof. Pavel Krsek; Prof. Vladimir Komarek

Objectifs d'apprentissage : Mieux comprendre la structure et la fonction cérébrale dans les troubles neurodéveloppementaux; Explorer les usages de l'imagerie du tenseur de diffusion (ITD) pour la pédopsychiatrie; Rechercher le concept de la connectivité cérébrale en relation avec l'autisme et la dysphasie développementale.

Introduction : L'imagerie du tenseur de diffusion (ITD) est l'un des outils les plus efficaces pour investiguer la connectivité anatomique cérébrale (Aoki et al., 2013), et a été utilisée pour étudier les personnes souffrant d'autisme (Travers et al., 2012; Ismail et al., 2016) ainsi que les personnes ayant des troubles du langage spécifiques ou une dysphasie développementale selon la Classification internationale des maladies, 10^e édition (CIM-10) (Vydrova et al., 2015). Notre étude visait à comparer la connectivité cérébrale chez les enfants souffrant du trouble du spectre de l'autisme (TSA), de dysphasie développementale (DD), et des témoins en santé (TS). Méthodes : Notre échantillon se composait de 63 enfants de 5 à 12 ans (46 garçons, 17 filles) répartis en 3 groupes : TSA (n = 21), DD (n = 30), et TS (n = 12). Les diagnostics se basaient sur la CIM-10. Les images d'ITD ont été recueillies à l'aide d'un système 1.5T Phillips Achieva MR imaging. Nous avons mis l'accent sur quatre tractus : le fascicule arqué (FA), le fascicule fronto-occipital inférieur (FFOI), le fascicule longitudinal inférieur (FLI), et le fascicule unciné (FU). Résultats : Les statistiques spatiales basées sur les tractus (SSBT) ont révélé une réduction statistiquement significative de l'anisotropie fractionnelle (AF) dans le groupe du TSA comparativement au groupe des TS dans les 4 tractus bilatéralement ($p < 0,05$). Les différences de SSBT entre les groupes de DD et de TS n'étaient pas significatives. Des analyses détaillées de l'AF ont révélé des différences significatives dans les groupes de TSA, DD et TS dans le FA gauche ($p = 0,015$) et droit ($p = 0,007$), le FFOI gauche ($p = 0,015$), et le FLI droit ($p = 0,025$), mais pas dans le FU. Conclusions : Le modèle de connectivité du TSA diffère des modèles de connectivité de la DD et des TS. Soutenu par le ministère de la Santé, République tchèque (subvention N° 16-31754A).

N° 14 Le rôle des antidépresseurs dans la paralysie du sommeil isolée : une étude de cas

Dre Ewa Bieber, Clinique Mayo

Co-auteur(s) : Dre Ewa Bieber, Dre Magdalena Romanowicz, Dre Jennifer Vande Voort, Dr David Biebe, Dr Alastair McKean

Objectifs d'apprentissage : Reconnaître les classifications des parasomnies et de la psychopathologie associée chez les adolescents; Examiner les facteurs de risque de la paralysie du sommeil; Examiner la littérature actuelle sur les effets des antidépresseurs sur le sommeil, évaluer les limitations et déterminer l'orientation des futures études.

Introduction : Les médicaments antidépresseurs ont été liés à l'insomnie, à l'hypersomnolence, et aux parasomnies (1). En dehors du trouble du comportement du sommeil paradoxal, peu d'écrits portent sur les parasomnies induites par les médicaments, surtout chez les jeunes. J est une jeune femme de 15 ans souffrant de trouble dépressif majeur qui a présenté des épisodes récurrents de paralysie du sommeil par suite d'une cessation abrupte du bupropion. Méthodes : Le dossier de J a été examiné. Des articles sur les effets des antidépresseurs sur le sommeil, en particulier sur les parasomnies ont été révisés. Résultats : Par suite de l'échec du traitement par ISRS et par un IRSN, J s'est soumise à un essai de 300 mg de bupropion à libération prolongée pour le trouble dépressif majeur. Le bupropion a été discontinué abruptement suite à une seule convulsion. Au cours du mois suivant, sans aucun médicament, J a connu quatre brefs épisodes d'incapacité à bouger ou à parler en se réveillant, même si elle était consciente de ce qui l'entourait. Deux autres épisodes sont survenus après l'initiation et la cessation de 15 mg de mirtazapine, mais pas autrement. Aucune preuve d'un trouble convulsif ou de narcolepsie n'a été observée. Les structures du sommeil ont été analysées par actigraphie et polysomnographie. Conclusions : La paralysie du sommeil isolée est un phénomène relativement commun bien que peu soit écrit à ce sujet dans la population pédiatrique et adolescente. Elle est particulièrement prévalente dans les troubles anxieux et chez ceux qui ont une mauvaise hygiène du sommeil (2), ce qui place les patients adolescents à risque élevé. Elle peut annoncer d'autres troubles du sommeil et demander une attention clinique (3). Les données probantes actuelles sont manquantes pour associer directement la paralysie du sommeil à l'utilisation d'antidépresseurs. Toutefois, cela peut être attribuable à une pénurie de recherche, surtout pour les antidépresseurs atypiques (4).

N° 16 Instaurer la résilience et l'attachement chez les adolescents vulnérables : une étude pilote

Dre Clare Gray, Université d'Ottawa

Co-auteur(s) : Dre Clare Gray, Dre Allison Kennedy, Mme Paula Cloutier, Dr Mario Cappelli, Mme Alicia Biafore, M. Michael Ranney

Objectifs d'apprentissage : Identifier les composantes d'une nouvelle courte intervention de groupe pour adolescents suicidaires; Reconnaître l'importance d'une accessibilité rapide pour les patients et les familles en crise; Nommer les difficultés de mener un essai randomisé contrôlé d'une intervention de groupe.

Introduction : Le suicide est la deuxième cause principale de mortalité pour les adolescents canadiens (1). Offrir un suivi ponctuel et approprié aux adolescents qui se présentent aux services d'urgence avec une idéation suicidaire (IS) de bénigne à modérée est difficile (2). Cette étude a évalué l'efficacité d'une nouvelle courte intervention de groupe pour adolescents ayant une IS de bénigne à modérée et leurs aidants, qui puise à deux interventions fondées sur des données probantes : la thérapie comportementale dialectique et la thérapie familiale fondée sur l'attachement. Méthodes : Les adolescents se présentant aux services de crise de santé mentale avec une IS de bénigne à modérée ont été invités à participer à l'étude avec leurs aidants. Le traitement de groupe consistait en 6 séances hebdomadaires de 90 minutes de thérapie de groupe pour les adolescents et leurs aidants qui se sont déroulées en même temps. Une batterie de mesures a été effectuée au début de l'étude et dans des entrevues au terme de l'étude. Résultats : Vingt-sept adolescents (26 filles et 1 garçon de 13 à 17 ans) et 36 aidants ont participé à l'intervention de groupe et répondu aux entrevues du début et de la fin. L'IS, la dépression, l'anxiété et le stress perçu des adolescents se sont améliorés significativement par suite du traitement ($p \leq 0,01$). Des taux élevés de satisfaction générale pour les groupes des aidants et des adolescents ont été déclarés durant tout le traitement. Conclusions : Cette étude démontre que l'IS des adolescents s'est significativement améliorée après une courte intervention de groupe pour adolescents vulnérables et leurs aidants. Des taux élevés de satisfaction jumelés à des résultats positifs suggèrent que les adolescents et leurs aidants se sont investis dans le traitement et en ont tiré parti. Les élévations cliniques des mesures post-traitement indiquent que certains participants peuvent nécessiter d'autres interventions après le court traitement de groupe.

N° 17 La fréquentation intergénérationnelle des pensionnats indiens prédit un risque de suicide précoce chez les adolescents

M. Flint Schwartz, Université Dalhousie

Co-auteur(s) : M. Flint Schwartz, Dre Amy Bombay, Dre Robyn Jane McQuaid, M. Alex Thomas, Dr Hymie Anisman, Dre Kim Matheson

Objectifs d'apprentissage : Les participants apprendront les effets intergénérationnels de la fréquentation des parents des pensionnats indiens (PI) sur les enfants et les adolescents des Premières nations; Les participants apprendront la variation des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les enfants et les adolescents dans les réserves des Premières nations en relation avec les fréquentations des parents des PI; Les participants auront l'occasion d'explorer comment les résultats de cette étude peuvent entraîner une meilleure compréhension des facteurs de risque et des stratégies d'intervention précoce adaptées à la culture pour les enfants et les adolescents autochtones qui ont subi des traumatismes intergénérationnels.

Introduction : Des générations d'enfants autochtones au Canada ont été exposées à l'adversité chronique dans l'enfance dans les pensionnats indiens (PI), avec des conséquences profondes pour les générations suivantes. La présente étude recherche l'idéation suicidaire chez les adolescents des Premières nations vivant dans une réserve qui ont été ou pas exposés au traumatisme intergénérationnel par la fréquentation parentale des PI. Méthode : La proportion des idées et des tentatives de suicide est examinée dans un échantillon canadien représentatif des adolescents des Premières nations vivant dans une réserve à l'aide des données de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (10/2008) (N = 2 883). L'analyse est menée à l'aide de la régression logistique et de tableaux croisés pour évaluer les interactions. Résultats : Il y a une interaction significative entre la fréquentation parentale des PI et l'âge prédicteur des pensées et des tentatives de suicide, avec une proportion plus grande des jeunes adolescents (12 à 14 ans) par rapport aux adolescents plus âgés (15 à 17 ans) qui ont pensé au suicide et/ou ont fait une tentative l'année précédente. De même, un examen de l'idéation suicidaire dans l'année précédente a révélé une interaction bidirectionnelle significative entre la fréquentation parentale des PI et l'âge et le sexe, de sorte que les effets d'avoir un parent ayant fréquenté un PI étaient plus importants chez les filles. Il y a également une interaction significative entre l'âge et le sexe qui fait en sorte que les filles plus jeunes étaient à risque accru de tentative de suicide. Conclusion : Ces résultats suggèrent que l'examen du stade de développement où apparaissent les symptômes relativement à l'exposition intergénérationnelle à un traumatisme peut être important pour identifier les facteurs de risque et de protection chez les adolescents autochtones. Les résultats soulignent le besoin d'interventions précoces adaptées à la culture pour de vastes proportions d'enfants et d'adolescents qui subissent de manière intergénérationnelle l'influence des PI et d'autres traumatismes collectifs.

N° 18 Somatisation au service d'urgence pédiatrique : intéresser les familles à la psychoéducation

Dr Jacob Ellis, BC Children's Hospital

Co-auteur(s) : Dre Amrit Dhariwal, M. Punit Virk, Dre Andrea Chapman, Dre Quynh Doan

Objectifs d'apprentissage : Établir la prévalence d'une composante de la somatisation dans l'environnement d'un service d'urgence pédiatrique (SUP) telle que déterminée par un outil de dépistage mis au point par un clinicien de SUP; Évaluer l'acceptabilité d'une intervention proposée du point de vue des familles; Déterminer la faisabilité de l'intervention proposée du point de vue des cliniciens du SUP.

Introduction : La somatisation est une détresse psychologique qui se manifeste par des symptômes physiques produits involontairement, en l'absence ou en présence d'une maladie physique vérifiable (1). La somatisation est commune dans la population pédiatrique générale (2), elle cause une morbidité substantielle (3) et est associée à une forte utilisation des ressources de santé (4). Les cliniciens du service d'urgence pédiatrique (SUP) sont on ne peut mieux placés pour identifier la somatisation; cependant, les outils de dépistage opérationnalisés du SUP sont inexistantes. Méthodes : Cette étude prospective transversale vise à 1) déterminer la proportion des visites au SUP du BC Children's Hospital ayant une composante de somatisation et 2) explorer la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention psychoéducative instaurée au SUP. Un outil en 5 items de dépistage de la somatisation à utiliser au SUP a été mis au point par consensus d'experts. Un dépistage positif est défini par des réponses « Oui » OU « Peut-être » à l'item « Soupçonnez-vous que la présentation de votre patient soit liée à la somatisation? » Le clinicien du SUP est ensuite avisé de présenter le concept de la somatisation pour dépister les familles positives à l'aide d'un script. Un psychiatre achèvera ensuite une évaluation structurée dont la pertinence sera prise en compte pour une séance d'information au suivi des parents. La collecte de données aura lieu pendant 12 quarts de travail du SUP, d'avril à juin 2018. Résultats : Les proportions des patients dont le dépistage est positif détermineront la prévalence. L'acceptabilité de l'intervention sera déterminée par la proportion des familles : qui acceptent de voir un psychiatre, qui sont estimées convenir à la séance d'information et à y participer. La faisabilité sera explorée à la faveur de la rétroaction des médecins du SUP. Conclusions : Cette étude pilote vise à améliorer la compréhension du fardeau de la somatisation pour le SUP, à ce que les cliniciens acquièrent des compétences pour identifier et communiquer la somatisation, et à faire participer des familles à la psychoéducation de soutien.

N° 21 Enfants/adolescents canadiens souffrant du TDAH et de comorbidités et recevant de la guanfacine à libération prolongée : un examen des dossiers **Dr Kenneth Handelman**

Co-auteur(s) : Dr Kenneth Handelman, Dre Simerpal Gill, Dr Christopher Reaume, Dre Judy van Stralen

Objectifs d'apprentissage : Les participants comprendront mieux les données du monde réel sur l'usage clinique de la GXR pour les enfants/adolescents souffrant du TDAH; Les participants comprendront mieux les données canadiennes indiquant que la GXR est utilisée au Canada pour les patients souffrant du TDAH, dont ceux ayant des comorbidités communes qui nécessitent un traitement additionnel du TDAH; Les participants comprendront les données d'innocuité additionnelles sur la GXR obtenues d'une étude rétrospective sur l'examen des dossiers.

Introduction : La guanfacine à libération prolongée (GXR) est utilisée pour traiter le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants/adolescents (1, 2); certains patients souffrant du TDAH ont des besoins complexes. Nous présentons des analyses a posteriori d'une étude rétrospective sur l'examen des dossiers, et catégorisons les changements des résultats cliniques chez les enfants/adolescents ayant des comorbidités choisies à qui l'on a prescrit la GXR pour le TDAH dans une pratique clinique régulière canadienne. Méthodes : Les données des dossiers d'enfants/adolescents (6 à 17 ans) souffrant du TDAH à qui on a prescrit la GXR (monothérapie/traitement d'appoint) avec des données de suivi à ≥ 6 mois ont été extraites. Les changements des symptômes du TDAH et de fonctionnalité (rendement à la maison/scolaire) selon les évaluations des médecins ont été classés dans les catégories amélioration, aucun changement ou détérioration, et analysés en général et chez les patients ayant des comorbidités spécifiques. Les effets indésirables issus du traitement (EII) ont été enregistrés. Résultats : Étaient inclus 330 patients souffrant du TDAH. Après l'initiation de la GXR, 70 %, 63 % et 65 % des patients en général avaient des améliorations des symptômes du TDAH, de la vie à la maison et du rendement scolaire, respectivement. Chez ceux souffrant d'un trouble oppositionnel avec provocation (92/330), 70 %, 55 % et 59% avaient des améliorations des symptômes du TDAH, de la vie à la maison et du rendement scolaire, respectivement. Chez ceux souffrant de difficultés d'apprentissage (70/330), 74 %, 69 % et 73 % avaient des améliorations des symptômes du TDAH, de la vie à la maison et du rendement scolaire, respectivement. Chez ceux souffrant d'anxiété (53/330), 74 %, 68 % et 72 % avaient des améliorations des symptômes du TDAH, de la vie à la maison et du rendement scolaire, respectivement. Chez ceux souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme (35/330), 69 %, 60 % et 69 % avaient des améliorations des symptômes du TDAH, de la vie à la maison et du rendement scolaire, respectivement. Des EII ont été signalés par 45 % des patients. Conclusion : Dans une population canadienne (milieu de vie réel), le traitement par GXR a amélioré les symptômes du TDAH et le fonctionnement au domicile et à l'école chez des patients souffrant du TDAH, y compris ceux ayant des comorbidités communes. Financement : Shire Development LLC

N° 22 Enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH par une consultation psychiatrique d'urgence : caractéristiques cliniques **Dr Marcelo Crespin, département de psychiatrie de l'Université Queen's**

Co-auteur(s) : Dr Marcelo Crespin

Objectifs d'apprentissage : Comprendre les facteurs qui influencent les visites lors d'une crise de santé mentale au service d'urgence (SU) pédiatrique et à une clinique de consultation psychiatrique d'urgence; Connaître les caractéristiques cliniques des enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH par une clinique de consultation psychiatrique d'urgence par opposition à leurs pairs non TDAH; Savoir comment les enfants souffrant du TDAH (sans problèmes aigus de sécurité) pourraient être mieux servis par des programmes communautaires et scolaires plutôt que par une clinique psychiatrique d'urgence.

Objectifs : Examiner les caractéristiques d'enfants de 5 à 12 ans référés à une consultation d'urgence d'une clinique psychiatrique pédiatrique en milieu hospitalier et ayant reçu un diagnostic de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH; groupe de l'étude). Méthodes : C'était une étude rétrospective de 12 mois qui comparait le groupe TDAH avec les pairs non TDAH de la même clinique. Les variables à l'étude comprenaient l'âge, le sexe, la raison de la référence, le diagnostic, le plan d'éducation individualisé (PEI), la participation d'un organisme de santé mentale communautaire (OSMC), et le résultat. L'analyse des données comportait des statistiques descriptives, des tests chi-carré de Pearson, et le test exact de Fisher pour les associations entre les variables dichotomiques d'intérêt. Résultats : En 2016-2017, 140 évaluations ont été menées; 61,4 % des références provenaient du SU pédiatrique, 22,1 % des soins de première ligne, et 6,5 % des écoles et d'un OSMC. Sur ceux qui ont été évalués, 57 % (N = 80) ont reçu un diagnostic de TDAH. Le groupe TDAH était associé au sexe masculin ($\chi^2 (1) = 12,37, p < 0,001$), à l'absence d'idéation suicidaire ($\chi^2 (1) = 6,75, p = 0,009$), au fait d'avoir un PEI ($p < 0,001$, test exact de Fisher), d'avoir une participation d'un OSMC ($\chi^2 (1) = 4,41, p = 0,036$) et à un bref suivi à la clinique d'urgence ($\chi^2 (1) = 9,55, p = 0,002$). Conclusion : Plus de la moitié des patients référés à une consultation psychiatrique d'urgence satisfaisaient aux critères du TDAH mais n'étaient pas susceptibles de présenter des problèmes aigus de sécurité. La formation des médecins de soins de première ligne, des pédiatres, des écoles et des organismes communautaires peut améliorer les services communautaires pour répondre aux besoins de ces enfants. Cela réduirait les visites de crise au SU pédiatrique et à la clinique psychiatrique de consultation d'urgence.

N° 24 Stress parental et temps d'écran des nourrissons, temps d'écran avec nourriture

Dre Katherine Tombeau Cost, The Hospital For Sick Children

Co-auteur(s) : Dre Katherine Tombeau Cost, Dre Daphne Korczak, Dre Alice Charach, Dre Catherine Birken, Dr Jonathon Maguire, Dr Pat Parkin, Dr Peter Szatmari

Objectifs d'apprentissage : Prévalence du temps d'écran et du temps d'écran avec nourriture dans un vaste échantillon d'enfants de 7 à 18 mois; Association du stress parental au temps d'écran du nourrisson; Prédicteurs du temps d'écran avec nourriture chez des enfants de 7 à 18 mois.

Introduction : L'exposition au temps d'écran (ECR) et au temps d'écran avec nourriture (ECR+N) pour les nourrissons et les tout-petits est associée à de multiples mauvais résultats de santé. La littérature existante aborde les facteurs démographiques de l'environnement et des médias maison. Notre objectif était d'explorer l'association entre le stress parental et l'ECR et l'ECR+N de l'enfant entre 7 et 18 mois. Méthodes : Les participants étaient du Groupe de recherche appliquée pour les enfants (TARGET Kids!), une cohorte longitudinale au Canada. Les parents ont rempli l'indice de stress parental quand les enfants avaient de 7 à 18 mois. Le temps d'ECR hebdomadaire typique et d'ECR+N ainsi que les caractéristiques utiles sur le plan clinique de la mère et de l'enfant, y compris l'âge de l'enfant, le tempérament, et le revenu familial ont été évalués avec les questionnaires remplis par les parents. Deux modèles distincts de régression linéaire multiple ont servi à déterminer l'association indépendante du stress parental à l'ECR et l'ECR+N. Résultats : Dans notre échantillon, 75,7 % des enfants de 7 à 18 mois avaient un ECR et 39,1 % avaient un ECR+N durant une semaine typique. Nous avons constaté que le stress parental n'était pas associé à l'ECR ($n = 525$, $p = 0,513$) ou à l'ECR+N ($n = 587$, $p = 0,826$). Le revenu auto-déclaré inférieur à 100 000 \$ par année ($p < 0,001$) et l'affectivité négative de l'enfant ($p = 0,019$) étaient associés à un ECR+N plus élevé. L'âge de l'enfant n'était pas associé à un ECR+N plus élevé ($p = 0,057$). Conclusions : Nous n'avons pas observé que le stress parental était associé au temps d'écran ou au temps d'écran avec nourriture dans notre échantillon. La future recherche peut utiliser des échantillons plus diversifiés, l'ubiquité et la normalisation de l'ECR pour les enfants de moins de 2 ans, et les caractéristiques de l'enfant comme le sexe dans l'utilisation de l'ECR et de l'ECR+N.

N° 26 Définir un « bon résultat » dans le trouble du spectre de l'autisme

Dre Katherine Tombeau Cost, The Hospital For Sick Children

Co-auteur(s) : Dre Katherine Tombeau Cost, Dre Terry Bennett, Dr Eric Duku, Dre Mayada Elsabbagh, Dr Stelios Georgiades, Dre Pat Mirenda, Dre Isabel M. Smith, Dre Wendy Ungar, Dre Tracy Vaillancourt, Dre Joanne Volden, Dre Charlotte Waddell, Dre Anat Zaidman-Zait, Dr Lonnie Zwaigenbaum, Dr Peter Szatmari

Objectifs d'apprentissage : Deux façons différentes de quantifier un « bon résultat »; Prévalence de 2 mesures de « bons résultats » dans 5 domaines : social, communication, activités quotidiennes, internalisation et externalisation chez les enfants de 8 à 10 ans souffrant du TSA; Congruence, indépendance, et stabilité de ces 2 mesures de « bons résultats » chez les enfants de 8 à 10 ans souffrant du TSA.

Introduction : L'étude des trajectoires du trouble du spectre de l'autisme (TSA) repère les facteurs associés à de bons résultats chez les enfants souffrant du TSA. Taylor (1) présente deux définitions d'un « bon » résultat : la « Connaissance » établit un seuil de compétence, tandis que la « Croissance » fixe une quantité d'amélioration. Nos objectifs sont d'examiner les « bons » résultats avec ces mesures Méthodes : Le recrutement a lieu dans des cliniques d'autisme de 5 provinces canadiennes ($N = 421$). Le Temps 1 (T1) est peu après le diagnostic de TSA (âge moyen 3,4 ans). Le Temps 2 (T2) est à l'âge de 8,7 à 10,8 ans. Les résultats sont des sous-échelles des échelles de comportement adaptatif de Vineland (VABS-II) et de la Liste de contrôle - comportement de l'enfant (CBCL). Les bons résultats sont quantifiés comme étant : Connaissance, score dans l'intervalle typique, et Croissance, amélioration du score de T1 à T2 d'au moins 1 ET. Nous avons examiné la prévalence, la congruence, la stabilité, et l'indépendance entre ces deux mesures à l'aide de kappa non pondéré. Résultats : Au T2, 20 à 49 % des enfants atteignent la Connaissance; 13 à 35 % atteignent la Croissance. Connaissance et Croissance ne sont pas congruentes à l'intérieur d'un domaine. La Connaissance d'un domaine donné n'est pas stable de T1 à T2. Dans la Connaissance, la non-indépendance est modérée ($\kappa = 0,43-0,57$) entre les domaines d'un instrument, mais pas entre les instruments. Dans la Croissance, la non-indépendance modérée ($\kappa = 0,43-0,45$) est entre 2 domaines des VABS et entre les domaines de la CBCL. Conclusions : Les « bons » résultats ne sont pas rares dans un échantillon représentatif d'enfants de 8 à 10 ans souffrant du TSA. Un enfant peut être classé Connaissant et/ou avoir la Croissance mais ce ne sont pas des classifications congruentes. En outre, un enfant peut être Connaissant à un point dans le temps, mais pas à un autre. Les domaines sont en quelque sorte indépendants l'un de l'autre.

N° 28 Qualité de vie et effets secondaires métaboliques au premier épisode, chez des jeunes naïfs aux antipsychotiques

Mme Nicole MacKenzie, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Co-auteur(s) : Dre Araba Chintoh, Nicole MacKenzie, Dr Mahavir Agarwal, William McIntyre, Dr Gary Remington, Dre Margaret Hahn

Objectifs d'apprentissage : Savoir que même les agents qui sont réputés être de responsabilité métabolique plus faible/moyenne peuvent rapidement induire des changements métaboliques chez cette jeune population; Déterminer la prescription judicieuse de ces agents étant donné l'effet négatif sur la santé métabolique; Comprendre les implications pour la présentation clinique et la qualité de vie.

Introduction : Les antipsychotiques (AP) atypiques, bien qu'efficaces (1), sont réputés causer une dérégulation métabolique, spécialement chez les adolescents en début de traitement (2). Cette étude par observation vise à comprendre les changements de présentation clinique et de qualité de vie (QdV) dans le contexte des changements métaboliques chez des jeunes naïfs aux AP durant les 3 premiers mois de leur traitement. Méthodes : Dix participants de 12 à 35 ans ont été suivis durant les 3 premiers mois de leur traitement par AP pour une indication quelconque. Les participants ont été évalués selon des indices métaboliques (c.-à-d., le poids, le tour de taille, l'indice de masse corporelle), la QdV (Index pédiatrique de qualité de vie et échelle de bien-être général) et la présentation clinique (l'échelle de l'impression clinique globale). Des tests descriptifs et non paramétriques ont été menés pour comparer les changements significatifs dans ces variables. Résultats : Une aggravation significative des indices métaboliques est observée au cours des 3 premiers mois de traitement, comme on le voit par la prise de poids, l'augmentation du tour de taille et de l'indice de masse corporelle. Cliniquement, les participants révèlent une amélioration de leur impression clinique globale. Cependant, la QdV demeure inchangée dans toutes les sous-catégories, y compris le bien-être psychosocial et général. Conclusions : Les effets secondaires métaboliques liés aux AP peuvent ne pas entraver l'amélioration clinique des débuts ou influencer sur la QdV. De même, il ne semble pas y avoir de relation entre la présentation clinique et la QdV, quand la QdV semble demeurer neutre à positive. Ces résultats suggèrent que la présentation clinique et les effets secondaires métaboliques n'influencent peut-être pas la QdV perçue par le patient. Ces résultats sont utiles sur le plan clinique car ils encouragent les cliniciens à tenir compte de l'interaction entre le traitement, la santé métabolique et la QdV qui y est liée.

N° 30 Problèmes de santé mentale chez les jeunes femmes

Dre Ellen Lipman, Université McMaster

Co-auteur(s) : Dre Ellen Lipman, Dr Ryan Van Lieshout, Calan Savoy, Heather Whitty, Dre Alison Niccols, Dre Susan Jack, Dr John Cairney, Dr Michael Boyle, Dre Kathy Georgiades

Objectifs d'apprentissage : Connaître la recherche existante sur les problèmes de santé mentale chez les jeunes mères; Apprendre de cette nouvelle recherche canadienne sur les problèmes de santé mentale chez les jeunes mères; Envisager les enjeux des services liés aux problèmes de santé mentale chez les jeunes mères.

Introduction : Les jeunes mères de < 20 ans à leur premier accouchement sont une population à risque caractérisée par des difficultés psychosociales et un risque élevé de problèmes de santé mentale. Les données canadiennes sur ce sujet sont claires. Nous examinons la prévalence des problèmes de santé mentale chez les jeunes mères d'Hamilton, Ontario, comparativement aux mères matures (> 20 ans à leur premier accouchement), et aux jeunes femmes nullipares. Méthodes : Les participantes à l'étude de la santé des jeunes mères (YMHS) sont 450 jeunes mères (anglophones, de 15 à 20 ans, habitant la région d'Hamilton, enceintes ou ≤ 24 mois depuis le premier accouchement), recrutées par des organismes communautaires (p. ex., assistance au revenu, santé publique, soins de première ligne), des cliniques en milieu hospitalier et des avis publics. Les mères matures ont été recrutées de la même manière. Les données sur les jeunes femmes proviennent de l'Étude sur la santé des jeunes Ontariens de 2014. Nous examinons les jeunes mères de l'étude YMHS (au total et en sous-groupe de 100 de 15 à 18 ans), comparativement aux mères matures et aux jeunes femmes (de 15 à 18 ans) respectivement. Les problèmes de santé mentale ont été évalués à l'aide de la mini entrevue internationale neuropsychiatrique pour enfants et adolescents (MINI-KID). Résultats : Les résultats préliminaires suggèrent que les jeunes mères ont des taux plus élevés de troubles anxieux et d'externalisation comparé aux jeunes femmes (rapports de cotes 2,0-4,5), et aux mères matures (rapports de cotes 2,4-15,5). Conclusions : Ces résultats seront discutés, sous l'angle des enjeux de la recherche et des services.

N° 31 Jeunes autochtones en crise : présentations en psychiatrie pédiatrique d'urgence

Mme Sinead Nugent, Université de la Colombie-Britannique

Co-auteur(s) : Mme Sinead Nugent, Mme Ellen Jopling, Dre Amanda Degenhardt, Dr Ali Eslami

Objectifs d'apprentissage : Les crises de santé mentale touchant la jeunesse générale de la C.-B.; Les crises de santé mentale touchant spécifiquement la jeune population autochtone en C.-B.; Régions ayant besoin de plus d'interventions et de recherche.

Introduction : Cette étude a examiné les présentations des jeunes autochtones hospitalisés au Child & Adolescent Psychiatric Emergency (CAPE) du BC Children's Hospital sur une période de 8 ans. Méthodes : Une revue rétrospective des dossiers des hospitalisations au CAPE entre 2009 et 2016 a examiné et divisé les patients en sous-groupes de cohortes non autochtones et de cohortes autochtones. L'information a été recueillie à l'aide de la base de données sur les congés des patients et complétée par une revue manuelle des dossiers électroniques et sur papier. Les données démographiques, les raisons de l'hospitalisation et les diagnostics psychiatriques ont été enregistrés aux fins de comparaison entre les groupes. Résultats : Un nombre de 2176 hospitalisations ont été consignées pour un total de 1533 patients; dont 278 hospitalisations et 188 patients individuels étaient de descendance autochtone, ce qui équivaut à 12 % de la population générale du CAPE. La suicidabilité (comprenant l'idéation, les tentatives et les menaces) était la raison commune de l'hospitalisation pour les deux groupes, ce qui représente 48 % des hospitalisations non autochtones et 53 % des hospitalisations autochtones. Les problèmes de comportement (comme l'agressivité, la dérégulation et les pulsions homicides) représentaient 30 % des hospitalisations non autochtones et 42 % des hospitalisations autochtones. Dans le groupe non autochtone, 50 % avaient des diagnostics de dépression et/ou d'anxiété comparé à 34 % et 55 % du groupe autochtone; 3 % du groupe non autochtone avaient un diagnostic de syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) comparé à 25 % du groupe autochtone. Le groupe autochtone avait aussi des taux plus élevés de trouble d'utilisation de cannabis/alcool et de TSPT. Conclusions : Huit pour cent de la population des enfants de la C.-B. s'identifie comme autochtone, et pourtant un nombre disproportionné d'entre eux nécessite une hospitalisation psychiatrique d'urgence pour des crises de santé mentale. Cela met en évidence le besoin essentiel de plus de recherche en santé mentale de ce groupe et de la mise au point d'interventions thérapeutiques culturellement adaptées.

N° 33 Besoins de formation en télépsychiatrie des pédopsychiatres

Dre Chetana Kulkarni, Hospital For Sick Children, Université de Toronto

Co-auteur(s) : Dre Chetana Kulkarni, Dr Antonio Pignatiello, Dre Katherine Boydell, M. Omar Ayad

Objectifs d'apprentissage : Décrire les facteurs influençant la décision des pédopsychiatres canadiens de pratiquer la télépsychiatrie; Valoriser la formation en télépsychiatrie et l'expérience d'orientation des pédopsychiatres canadiens; Discuter des besoins d'apprentissage continu des pédopsychiatres en télépsychiatrie.

Introduction : La télépsychiatrie (TP) est un modèle de prestation des services fondés sur des données probantes éprouvé, comparable aux modèles en personne. Étant donné la disponibilité limitée des psychiatres pour enfants et adolescents (PEA), l'usage de la TP s'accroît, spécialement en milieu rural et éloigné. Il est impératif que les programmes de formation fassent en sorte que les PEA diplômés soient expérimentés et prêts à pratiquer la TP. Ce projet aborde la formation des PEA en TP en tirant parti des connaissances des pratiques exemplaires d'enseignement de la TP. Il s'y trouve des données évaluant la participation des résidents dans une expérience de TP obligatoire, toutefois sans évaluation de son effet sur le recrutement pour la pratique de la TP à la diplomation. De même, nous en savons peu sur la formation en TP partout au Canada. Ce projet vise à déterminer les aspects de la formation en TP qui sont importants pour le recrutement des PEA en TP au Canada. Méthodes : 1. Sondage national des PEA actifs pour explorer les modèles de pratique et les expériences de formation liées à la TP. 2. Groupes de discussion aux centres provinciaux de TP des PEA de l'Ontario afin de mieux explorer l'expérience de la TP durant la formation et son effet sur la décision de pratiquer la TP. Résultats : L'étude est présentement soumise à l'approbation du Comité d'éthique de la recherche et nous prévoyons que les résultats préliminaires seront présentés au congrès de l'ACPEA en septembre. Une analyse des méthodes mixtes sera utilisée avec les résultats du sondage pour dégager les thèmes des groupes de discussion. Les résultats présentés comprendront des statistiques descriptives et une analyse thématique pour l'élément qualitatif. Conclusions : Nous escomptons que des expériences de TP plus intensives et officielles durant la formation influenceront grandement les décisions de continuer à pratiquer la TP. Nous escomptons également qu'un plus grand nombre de jeunes médecins auront des expériences de formation en TP plus officielles.

N° 34 Le TSA et le TDAH font-ils partie d'un seul trouble neurodéveloppemental?

Dre Aneta Krakowski, Université de Toronto

Co-auteur(s) : Dre Aneta Krakowski, Dre Katherine Tombeau Cost, Dr Peter Szatmari, Dr Russell Schachar, Dre Jennifer Crosbie, Dre Evdokia Anagnostou

Objectifs d'apprentissage : Estimer l'importance de garder en tête la structure phénotypique quand on traite de la comorbidité du TSA et du TDAH; Comprendre le rôle de l'analyse factorielle dans l'exploration de la structure phénotypique des symptômes combinés du TSA et du TDAH; Réaliser comment comparer différents modèles de mesure peut améliorer notre compréhension des troubles neurodéveloppementaux.

Introduction : Peu d'études ont examiné la structure phénotypique des symptômes combinés du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)(1-4). Notre premier objectif est de déterminer la structure factorielle des symptômes combinés du TSA et du TDAH dans un échantillon d'enfants souffrant du TSA et du TDAH. Notre deuxième objectif est d'examiner si un modèle hiérarchique avec un facteur neurodéveloppemental général et des facteurs orthogonaux du TSA et du TDAH convient significativement mieux qu'un modèle de facteur corrélé avec des facteurs du TSA et du TDAH. Méthodes : Les participants à l'étude ayant reçu un diagnostic de TSA (n = 303) ou de TDAH (n = 319) ont été sélectionnés dans la base de données en réseau des troubles neurodéveloppementaux de la province de l'Ontario. Les parents ont rempli le SCQ, une mesure des traits autistes, et le questionnaire SWAN, une mesure des traits du TDAH, pour tous les 622 enfants. Une analyse en composantes principales des symptômes combinés du SCQ et du SWAN a été exécutée. Des analyses factorielles confirmatoires ont ensuite été menées pour comparer l'adéquation des modèles factoriels hiérarchiques et corrélés. Résultats : Les analyses des SCQ-SWAN combinés révèlent une solution en quatre facteurs composée d'un facteur de communication sociale, d'un facteur de comportements et d'intérêts restreints et répétitifs, d'un facteur d'inattention et d'un facteur d'hyperactivité/impulsivité. Il n'y a pas de chevauchement entre les items du SCQ et du SWAN pour aucun des facteurs. Des analyses factorielles confirmatoires pour comparer l'adéquation des modèles factoriels hiérarchiques et corrélés sont en cours. Conclusions : Il y a une indépendance des mesures entre les symptômes du TSA et du TDAH lorsqu'ils sont examinés ensemble dans une analyse factorielle. Un modèle hiérarchique comprenant un facteur « neurodéveloppemental » prépondérant peut expliquer les taux élevés de comorbidité entre le TSA et le TDAH malgré l'indépendance des mesures aux niveaux plus faibles.

N° 38 Prescrire des antipsychotiques à des enfants souffrant du TDAH dans le RCSSSP

Mme Rachael Morkem, Université Queen's

Co-auteur(s) : Mme Rachael Morkem, Dr David Barber, Dr Richard Birtwhistle, Dr John Queenan, Dr Kenneth Handelman

Objectifs d'apprentissage : Créer et valider une définition des cas de TDAH dans les DME des soins primaires; Mesurer la fréquence des prescriptions d'antipsychotiques aux enfants souffrant du TDAH dans les soins primaires; Évaluer le changement des taux de prescriptions d'antipsychotiques aux enfants entre 2008 et 2015.

Introduction : Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est le trouble mental le plus souvent diagnostiqué chez les enfants (1, 2). Bien que les médicaments de première intention recommandés soient les stimulants, il y a des solutions de rechange dont l'atomoxétine, la clonidine et la guanfacine (2). En outre, plusieurs études suggèrent que des antipsychotiques sont utilisés pour traiter le TDAH, en particulier chez ceux qui démontrent une agressivité (3-5). L'objectif de cette étude est d'élaborer et de valider une définition de cas du diagnostic du TDAH au dossier médical électronique (DME) et d'évaluer la prescription d'antipsychotiques aux enfants souffrant ou pas du TDAH dans les soins primaires. Méthodes : Une étude d'observation des bases de données qui utilise les données cliniques des patients fournies par les prestataires de soins primaires au Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP), un dépôt pancanadien de données de DME. Une définition de cas de TDAH a été créée et validée à l'aide d'une extraction manuelle des dossiers. La fréquence des prescriptions d'antipsychotiques à des enfants de 4 à 17 ans souffrant ou pas du TDAH entre 2008 et 2015 est décrite. Résultats : La définition de cas du TDAH avait une sensibilité de 95,1 (IC à 95 % 89,0 à 98,4) et une spécificité de 97,9 (IC à 95 % 92,7 à 99,7). Nous avons identifié 6 672 enfants sur 195 601 qui souffraient du TDAH. Il n'y avait pas de changement significatif des prescriptions d'antipsychotiques aux enfants souffrant du TDAH entre 2008 (6,9 %; IC à 95 % 5,5 à 8,6) et 2015 (7,5 %; IC à 95 % 6,6 à 8,4). Il y a eu une hausse des prescriptions d'antipsychotiques à tous les enfants (0,27 %; IC à 95 % 0,24 à 0,32) en 2008; et en 2015 (0,53 %; IC à 95 % 0,49 à 0,57); dont 72,7 % donnaient le TDAH comme diagnostic provisoire. Conclusions : Les antipsychotiques sont de plus en plus prescrits dans les soins primaires, le plus souvent à des enfants souffrant du TDAH.

N° 40 Hyporéactivité de l'axe HHS chez des adolescentes souffrant du trouble des conduites

Dre Kathleen Pajer, Université d'Ottawa

Co-auteur(s) : Dre Kathleen Pajer, Dr Robert Rubin, Dr William Gardner, Dre Anna Taylor, Dre Elizabeth Susman, Dre Lorah Dorn, Dre Andrea Lourie

Objectifs d'apprentissage : Nommer deux types de réponses à l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HHS) qui ont été signalés chez des adolescentes souffrant du trouble des conduites (TC); Discerner trois limitations de l'ensemble actuel des recherches dans ce domaine; Décrire deux résultats de la réactivité de l'axe HHS chez des filles souffrant du TC.

Introduction : Les adolescentes souffrant du trouble des conduites (TC) ont des niveaux diurnes de cortisol plus faibles que ceux des filles sans aucun trouble (AT). La réactivité de l'axe HHS est peu connue, ni les effets des troubles internalisants comorbides (INT). Nous avons recherché : 1) la réactivité de l'axe HHS chez les filles souffrant du TC comparé aux sujets témoins, 2) la réactivité chez les filles avec et sans INT comorbides, et 3) si l'hormone humaine de libération de la corticotropine (h-CRH) éliminait des différences entre les groupes. Méthodes : Cent quarante filles de 15-16 ans de la communauté ont été classées en groupes de TC (N = 96) et d'AT (N = 37); 57 % du groupe de TC (N = 55) avaient un INT comorbide. Le test de stress social de Trier (TSST) et un test de stimulation de la CRH ont été administrés en deux jours. Les taux plasmatiques de l'hormone adrénocorticotrope (ACTH) et de cortisol étaient mesurés avant, durant et après chaque test. L'analyse de modèle linéaire hiérarchique (HLM) et des analyses de régression linéaire ont servi à vérifier les différences entre les groupes à l'égard des modèles de sécrétion et des quantités totales de chaque hormone. Résultats : Les filles souffrant du TC avaient une sécrétion totale d'ACTH plus faible et une réactivité brutale du cortisol au TSST. La réponse hormonale était semblable entre le TC seulement et le TC + INT. Le test de stimulation de la CRH n'a indiqué aucune différence des réponses à l'ACTH ou au cortisol dans aucun groupe. Conclusions : Les filles souffrant du TC présentaient une hyporéactivité de l'axe HHS au TSST. L'INT comorbide ne touchait pas ce modèle. L'administration exogène de CRH indiquait que l'hypophyse et le cortex surrénalien avaient la capacité de fonctionner normalement chez les filles souffrant du TC. Les orientations de la future recherche sont discutées.

N° 42 Amélioration des compétences d'organisation des enfants : rôle des caractéristiques parentales

Mme Julie Lapointe, Université De Montréal

Co-auteur(s) : Julie Lapointe, Sylvie Normandeau, Lily Hechtman

Objectifs d'apprentissage : Préciser la compréhension de l'efficacité des interventions; Expliquer comment les caractéristiques parentales peuvent influencer les variables des résultats; Discuter des stratégies visant à optimiser les avantages des interventions multimodales.

Introduction : Les chercheurs insistent sur l'importance d'évaluer les facteurs qui modèrent l'effet des interventions pour enfants, notamment les enfants souffrant du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (Bikic et al., 2016, Hinshaw, 2007). Il est généralement reconnu que la dépression parentale et un niveau de stress élevé peuvent entraver la capacité des parents d'appliquer correctement les stratégies éducatives acquises durant les interventions (Chronis et al., 2004; Langberg et al., 2016; Reyno et McGrath, 2006). Cette étude vise à examiner le rôle modérateur du stress des parents et de la dépression parentale dans l'amélioration des compétences d'organisation après la participation des enfants souffrant du TDAH et de leurs parents à une intervention multimodale. Méthodes : Quatre-vingts enfants souffrant de TDAH (23 filles et 57 garçons) et leurs parents ont été affectés au hasard soit à un groupe d'intervention (n = 36) soit à un groupe témoin (n = 44). Un questionnaire bidimensionnel a servi à mesurer les compétences d'organisation, c.-à-d., gestion du temps et planification (GTP) et mémorisation et gestion matérielle (MGM). Résultats : Les résultats ont montré que les compétences de GTP et de MGM des enfants s'amélioraient après leur participation à l'intervention. Moins de symptômes de la dépression parentale étaient associés à une plus grande amélioration des compétences de GTP, mais pas à une amélioration des compétences de MGM. Le stress parental n'était pas un modérateur significatif de l'amélioration des compétences de GTP ou de MGM. Conclusions : En général, l'intervention s'est révélée efficace pour soutenir les enfants souffrant du TDAH et leurs parents. L'intervention était efficace pour les familles malgré le niveau de stress des parents. Toutefois, il serait important de trouver des moyens de composer avec les symptômes de la dépression parentale afin d'optimiser les avantages de l'intervention.

N° 43 Les revues systématiques et les méta-analyses répondent-elles aux normes de qualité internationales?

Dre Kathryn Bennett, Université McMaster

Co-auteur(s) : Dre Kathryn Bennett

Objectifs d'apprentissage : Comprendre les normes de qualité internationales pour les revues systématiques et les méta-analyses; Comprendre les forces et les faiblesses méthodologiques des revues systématiques et des méta-analyses portant sur l'anxiété, la dépression et les comportements suicidaires; Comprendre comment les faiblesses méthodologiques peuvent être remédiées.

Contexte : Les revues systématiques et les méta-analyses (RS/MA) portant sur des interventions pour les troubles mentaux des enfants et adolescents sont de plus en plus disponibles. Lorsqu'elles sont menées à l'aide de méthodes rigoureuses, elles offrent une référence absolue de source d'information qui peut éclairer la prise de décisions de santé et les priorités de la future recherche. Nous avons appliqué les méthodes de la RS pour évaluer la qualité d'une RS/MA portant sur des interventions pour l'anxiété, la dépression et le suicide d'enfants et d'adolescents et faire des recommandations afin d'en améliorer la rigueur. Objectifs : (i) Quelle proportion de RS/MA admissibles satisfait aux normes de qualité minimales définies à l'aide des critères d'AMSTAR? (ii) La qualité des RS/MA s'est-elle améliorée après l'introduction d'AMSTAR? (iii) Le facteur d'impact de la revue prédit-il la qualité des RS/MA? Méthodes : Les critères d'inclusion pré-spécifiés ont identifié les RS/MA admissibles. Deux évaluateurs compétents ont appliqué AMSTAR à l'examen de la qualité des documents. La qualité minimale était définie par un score AMSTAR $\geq 5/9$ (RS) ou $\geq 6/11$ (MA). Résultats : Sur les 85 revues admissibles, 49,4 % obtenaient une cote de qualité minimale. Les taux d'échec à 3 critères AMSTAR associés à un risque élevé de biais étaient : la source de financement/conflit d'intérêt (68,2 %); l'évaluation de la qualité de l'étude (67,1 %); la prise en compte de la qualité de l'étude dans les conclusions (62,4 %). Une amélioration statistiquement significative des scores AMSTAR a été observée pour les revues publiées après l'introduction d'AMSTAR par rapport à auparavant. Une corrélation statistiquement significative ($r = 0,25$) entre les scores AMSTAR et le facteur d'impact de la revue a été observée. Conclusions : Des écarts de qualité existent dans les RS/MA portant sur des interventions pour l'anxiété, la dépression et le suicide d'enfants et d'adolescents. Heureusement, les faiblesses constatées peuvent être remédiées par une attention accrue aux normes de qualité internationales par les auteurs et rédacteurs en chef des revues, et un examen intensifié des collaborations des auteurs afin de réduire le fardeau associé aux normes intensives de temps/ressources.

N° 44 Matière grise-blanche du cerveau et risque de maladie mentale chez les adolescents

M. Vladislav Drobinin

Co-auteur(s) : M. Vladislav Drobinin, Holly Van Gestel, Mme Alyson Zwicker, M. Carl Helmick, Mme Lynn MacKenzie, Mme Emily Howes Vallis, Mme Victoria Patterson, Mme Jill Cumby, Dr Lukas Propper, Dre Sabina Abidi, Dr David Lovas, Dre Alexa Bagnell, Dr Chris Bowen, Dre Barbara Pavlova, Dr Martin Alda, Dr Matthias Schmidt, Dr Rudolf Uher

Objectifs d'apprentissage : Comment nous mesurons les antécédents antérieurs; les manifestations plus bénignes de psychopathologie dans l'enfance et l'adolescence; Comment les antécédents ont-ils rapport à l'apparition de la maladie mentale?; Quel effet ont-ils sur le cerveau en développement?

Introduction : Une recherche longitudinale suggère que la plupart des cas de maladie mentale sont précédés d'antécédents. Nous avons identifié la labilité affective, l'anxiété, les symptômes psychotiques et les symptômes de base comme étant des antécédents potentiels des troubles de l'humeur et psychotiques (Uher et al. 2014). Nous commençons à distinguer une relation dose-réponse entre le nombre d'antécédents et le degré de risque de maladie mentale. Il n'est pas encore déterminé si une relation dose-réponse semblable est présente entre le nombre d'antécédents et les mesures de la morphologie et de l'intégrité cérébrales. Méthodes : Nous avons recueilli des scans d'IRM 3T de 102 adolescents [âge moyen = 14,6, ET = 3,9], dont 31 n'avaient pas d'antécédents, et 71 avaient un ou plusieurs antécédents psychopathologiques. Les scans étaient traités avec des méthodes de source ouverte validées (Glasser et al. 2013). Nous avons mis en œuvre des modèles linéaires à effets mixtes pour examiner la relation entre le fardeau des antécédents et le volume, l'épaisseur, la superficie et la gyrification de la matière grise corticale, ainsi que le volume de la matière blanche et l'anisotropie fractionnaire tout en contrôlant les effets de l'âge, du sexe et d'autres covariables. Résultats : Un plus grand nombre d'antécédents était relié à un volume régional plus faible de matière grise et à une superficie plus faible de la région péricalcarine ($X^2 = 12,06$; $B = -0,26$; IC à 95 % $-0,11$ à $-0,41$; $p = 0,0005$, corrigé $p = 0,02$). En outre, le nombre d'antécédents était relié à l'anisotropie fractionnaire diminuée dans la radiation thalamique antérieure ($X^2 = 12,28$; $B = -0,21$; IC à 95 % $-0,09$ à $-0,46$; $p = 0,0005$, corrigé $p = 0,004$). Conclusions : Les antécédents des troubles psychotiques et de l'humeur sont associés à un volume de matière grise plus faible et à une intégrité plus faible de matière blanche chez les adolescents avant l'apparition de la maladie.

N° 45 CAYACC : améliorer les soins de santé mentale actifs pour les enfants et les adolescents

Dre Alice Charach, Hospital For Sick Children

Co-auteur(s) : Dre Alice Charach, Adair Roberts, Natasha Golding, Dre Krista Lemke, Dre Amy Cheung, Dr Peter Szatmari, Dr Molyn Leszcz

Objectifs d'apprentissage : Décrire un système d'apprentissage des soins de santé; Décrire un nouveau système interorganismes d'accès aux lits pour les enfants et les adolescents qui ont besoin de soins actifs de santé mentale et de toxicomanie; Démontrer la collaboration accrue dans le système par l'engagement à une initiative multicentrique d'amélioration de la qualité.

Introduction : Les soins de santé mentale et de toxicomanie (SMT) pour les enfants et les adolescents ont souvent des lacunes et de longues listes d'attente (1). En Ontario, de plus en plus, les adolescents se présentent d'abord aux services d'urgence (SU) pour des services de SMT (2). En 2015, le collaboratif de soins actifs pour enfants et adolescents (CAYACC) a été mis sur pied pour remédier à l'accès médiocre aux soins actifs de SMT à Toronto. Les buts prépondérants sont de mettre en œuvre : i) une communauté de pratique; ii) une collecte de données intégrées; iii) des processus pour des initiatives d'amélioration de la qualité (AQ). Méthodes : La première initiative d'AQ de CAYACC est la mise en œuvre d'appels téléphoniques quotidiens et d'un protocole normalisé pour les transferts du SU à des lits d'hospitalisation à d'autres sites, au besoin. Le principal indicateur de l'engagement du site se trouve dans les taux de participation quotidienne. Les indicateurs secondaires sont la collecte de données et l'assistance aux congrès annuels. L'évaluation de départ des besoins, menée à 6 sites, a recueilli des descriptions de programmes ainsi que des facilitateurs et des obstacles de la collaboration interorganismes. Des entrevues répétées après 2 ans ont noté des changements. Résultats : Les taux de participation quotidienne à l'An 1 pour 4 hôpitaux généraux se situaient de 88 % à 98 %, et dans 2 programmes de spécialité, de 14 % à 41 % : Les taux de participation à l'An 3 : hôpitaux généraux de 97 % à 98 %, programmes de spécialité de 30 % à 83 %. Bien que la collecte de données des contacts quotidiens soit constante, obtenir des indicateurs annuels se révèle plus difficile. Après 2 ans, les équipes notent une meilleure collaboration parmi les sites, et décrivent des changements de programmation pour améliorer l'accès aux soins. Conclusion : La mise en œuvre d'une communauté de pratique à la grandeur du système avec une collecte de données intégrées pour faciliter les initiatives d'AQ s'avère prometteuse comme modèle d'amélioration de l'accès aux soins actifs de SMT pour les enfants et les adolescents.

N° 47 Antécédents familiaux de maladie mentale, d'adversité et de psychopathologie chez les jeunes

Mme Alyson Zwicker, Université Dalhousie

Co-auteur(s) : Mme Alyson Zwicker, M. Vladislav Drobinin, Mme Lynn Mackenzie, Mme Emily Howes Vallis, Mme Niamh Campbell, Mme Victoria Patterson, Mme Jill Cumby, Dre Sabina Abidi, Dr Lukas Propper, Dr David Lovas, Dre Alexa Bagnell, Dre Barbara Pavlova, Dr Martin Alda, Dr Rudolf Uher

Objectifs d'apprentissage : Énumérer les types d'adversité qui sont associés au risque de psychopathologie; Quantifier les contributions relatives des expositions environnementales adverses et des antécédents familiaux à la psychopathologie chez les jeunes; Discuter de l'implication de l'exposition environnementale à l'adversité pour la prévention indiquée de la maladie mentale.

Introduction : Les antécédents familiaux de maladie mentale prédisent fortement la psychopathologie. Les facteurs environnementaux, comme la maltraitance dans l'enfance, et l'intimidation contribuent aussi mais chaque forme d'exposition est habituellement étudiée isolément. Nous examinons ici si la mesure cumulative des multiples adversités ajoute aux antécédents familiaux pour prédire la psychopathologie chez les jeunes. Méthodes : Chez 265 jeunes, de 9 à 24 ans, nous avons calculé un score d'antécédents familiaux en proportion des membres de la famille touchés par des troubles de l'humeur/psychotiques, pondéré par le lien de parenté. Nous avons construit un score d'adversité polyenvironnementale comme moyenne des 10 indicateurs (abus physique/sexuel/émotionnel, négligence, violence, intimidation, instruction des parents, revenu, statut de propriété). Nous avons défini le fardeau de la psychopathologie comme étant la somme de la labilité affective, l'anxiété, les symptômes psychotiques et les symptômes de base. Résultats : Les antécédents familiaux des troubles de l'humeur et psychotiques prédisaient significativement le fardeau de la psychopathologie chez les descendants (beta = 0,13; IC à 95 % 0,03 à 0,23; p = 0,0113), expliquant 3,5 % de variance de la psychopathologie chez les jeunes. Le score à l'adversité polyenvironnementale prédisait significativement le fardeau de la psychopathologie chez les descendants (beta = 0,23; IC à 95 % 0,13 à 0,33; p < 0,0001), expliquant 12,3 % de variance de la psychopathologie chez les jeunes. Tant les antécédents familiaux que l'adversité polyenvironnementale faisaient des contributions uniques significatives, expliquant conjointement 14,8 % de variance de la psychopathologie chez les jeunes. Conclusion : Les antécédents psychiatriques familiaux et l'exposition cumulative à l'adversité se combinent pour donner une prédiction puissante de la psychopathologie.

N° 48 Interventions cognitivo-comportementales pour la prévention de l'anxiété chez les enfants d'âge préscolaire

Mme Emily Howes Vallis, Université Dalhousie

Co-auteur(s) : Mme Emily Howes Vallis, Mme Alyson Zwicker, Dr Rudolf Uher, Dre Barbara Pavlova

Objectifs d'apprentissage : Décrire la raison d'être des interventions pour enfants d'âge préscolaire et de la prévention de l'anxiété; Expliquer l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales pour enfants d'âge préscolaire; Comparer l'efficacité de l'anxiété d'âge préscolaire selon la participation des parents.

Introduction : Les troubles anxieux sont communs et invalidants durant le cours de la vie (Hudson, 2017). Chez les enfants d'âge préscolaire, les taux de prévalence des troubles anxieux se situent entre 10 et 20 % (Whalen et al., 2017). Les troubles anxieux influencent significativement le développement des enfants d'âge préscolaire (Ezpeleta et al., 2001) et sont prospectivement associés à un risque accru de dépression et de trouble bipolaire à l'adolescence et à l'âge adulte. Par conséquent, il est nécessaire d'envisager une prévention ciblée précoce et un traitement (Hudson, 2017). Méthodes : Nous avons cherché dans les bases de données PsycINFO, PubMed, et Embase des termes liés à l'anxiété, à l'inhibition du comportement, à l'intervention, et à préscolaire. Des études ont été filtrées et sélectionnées selon des critères d'inclusion prédéterminés. Nous avons effectué une revue qualitative des études choisies. L'extraction des données pour une méta-analyse à effets aléatoires est en cours. Résultats : Une revue du texte intégral a repéré 24 études admissibles. Toutes les interventions comprennent des éléments comportementaux ou cognitivo-comportementaux. Sur les études, 5 interventions mettaient l'accent sur le parent, 4 sur l'enfant, et 15 sur le parent et l'enfant. La majorité des études (n = 17) portait sur le traitement des enfants d'âge préscolaire souffrant de troubles anxieux tandis que 7 études mettaient l'accent sur la prévention de l'anxiété chez les enfants d'âge préscolaire à risque accru. Une synthèse des 24 études suggère que les interventions données face à face aux parents et/ou aux enfants sont efficaces. Conclusions : Nous avons trouvé confirmation de l'efficacité des interventions comportementales ou cognitivo-comportementales pour le traitement et la prévention de l'anxiété chez les enfants d'âge préscolaire. Les interventions qui sont axées sur l'enfant, le parent ou le parent et l'enfant sont efficaces pour réduire l'anxiété préscolaire.

N° 50 Protocole: Validation d'un questionnaire de motivation parentale dans l'anorexie

Dr. Anne Trépanier, Université Laval

Co-auteur(s) : Mrs Chantal Mérette, Dr. Nathalie Gingras

Objectifs d'apprentissage : Reconnaître la pertinence de développer un questionnaire pour évaluer la motivation des parents dans le traitement de l'anorexie; Se familiariser avec un questionnaire pour évaluer la motivation des parents dans le traitement de l'anorexie; Connaître des questions à cibler pour évaluer la motivation des parents dans le traitement de l'anorexie

Introduction Les évidences actuelles pour le traitement des adolescents avec anorexie mentale tendent à démontrer que les parents doivent s'impliquer pour promouvoir la guérison et prévenir la rechute. Il apparaît en clinique que les interventions auprès des parents devraient être adaptées à leur niveau de motivation à changer leurs comportements. Toutefois, il n'existe pas dans la littérature d'outil adapté et validé permettant d'évaluer cet aspect spécifiquement auprès de cette population. Méthodologie Les objectifs principaux de l'étude sont d'évaluer et de valider un questionnaire développé pour mesurer le niveau de motivation au changement des parents dans le traitement de l'anorexie. Cette étude se déroule à Québec auprès de patients de 11 à 19 ans ayant reçu un diagnostic d'anorexie. Le questionnaire cible les changements demandés aux parents dans le traitement. Le questionnaire est complété par les parents à deux reprises à une semaine d'intervalle. Le médecin traitant a à identifier sa perception de la motivation des parents. Comme analyses, la validité de contenu est évaluée par un comité d'experts. La validité de construit, la validité factorielle, la cohérence interne et la stabilité dans le temps du questionnaire sont aussi évaluées. Résultats L'étude permettra d'ajuster le questionnaire afin d'en améliorer les propriétés psychométriques et d'en maximiser l'acceptabilité par les parents. Le questionnaire pourra être utilisé pour des études ultérieures sur la motivation des parents dans le traitement de l'anorexie. Conclusions Ce questionnaire répond à un besoin d'outil d'évaluation de la motivation des parents à s'impliquer dans le traitement des adolescents avec anorexie.

N° 51 Tentatives de suicide en psychiatrie pédiatrique d'urgence

Mme Sinead Nugent, Université de la Colombie-Britannique

Co-auteur(s) : Mme Ellen Jopling, Dr Ali Eslami

Objectifs d'apprentissage : Acquérir une compréhension de la présentation clinique et des caractéristiques démographiques des adolescents hospitalisés dans une unité d'urgence psychiatrique en raison d'une tentative de suicide; Comprendre l'importance de conceptualiser la létalité de la tentative de suicide tant à titre de létalité médicale réelle que de létalité potentielle; Comprendre les facteurs qui contribuent à la létalité accrue des tentatives de suicide chez les adolescents.

Dans la présente étude, nous entreprenons de rechercher la valeur pronostique des diverses caractéristiques démographiques et cliniques pour prédire la létalité médicale et la létalité potentielle des tentatives de suicide chez les adolescents. Notre échantillon (N = 112) comprend tous les patients hospitalisés à l'unité d'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents (CAPE) du BC Children's Hospital entre 2009 et 2015. L'information recueillie incluait le sexe, l'âge, la saison de l'hospitalisation, le type de tentative, la létalité médicale et la létalité potentielle de la tentative (avec des classements basés sur l'échelle Columbia d'évaluation de la gravité du suicide), le diagnostic primaire au congé, et les comorbidités psychiatriques. Des statistiques descriptives indiquaient un modèle bimodal de saisonnalité avec 12,5 % de présentations, chacune en avril et en octobre, et une sur-représentation des tentatives de suicide par auto-empoisonnement (78,4 % des hospitalisations) et des diagnostics de trouble dépressif majeur (TDM) chez les patients (36 % des patients). À 51,3 %, les tentatives de suicide ont entraîné un certain degré de dommages médicaux, nécessitant ce qui pouvait aller des soins médicaux jusqu'à une hospitalisation médicale et des soins intensifs. Les analyses de régression linéaire ont indiqué qu'ensemble, nos prédicteurs correspondaient à une proportion significative de la variabilité de la létalité médicale et de la létalité potentielle des tentatives de suicide. En ce qui concerne les prédicteurs individuels, la présentation durant les mois d'été et un diagnostic du trouble de la personnalité limite prédisaient indépendamment la létalité médicale de la tentative alors que la présentation durant les mois d'été et le sexe masculin prédisaient indépendamment la létalité potentielle. Ces résultats ont des implications directes pour les soins stratégiques des adolescents hospitalisés pour une tentative de suicide (réactive), et pour tous les adolescents présentant une idéation suicidaire (proactive).

N° 54 Prédire des réhospitalisations psychiatriques rapides chez des adolescents : une cohorte rétrospective sur cinq ans

Dre Brianna Turner, Université de Victoria

Co-auteur(s) : Dr Ali Eslami, Dre Brianna Turner, Sinead Nugent

Objectifs d'apprentissage : Décrire les variables démographiques, diagnostiques et cliniques qui prédisent les réhospitalisations psychiatriques chez les enfants et les adolescents; Discuter des variables démographiques, diagnostiques et cliniques qui prédisent la réhospitalisation en dedans d'un mois du congé; Décrire comment les plans de soins pourraient prendre en compte ces prédicteurs pour accroître le soutien communautaire.

Introduction : Les hospitalisations psychiatriques de patients adolescents ont augmenté de plus de 60 % entre 2006 et 2014, en raison partiellement des taux élevés des réhospitalisations [1]. En dedans d'un an du congé, 30-40 % des adolescents nécessitent une hospitalisation psychiatrique additionnelle [2-4]. Avant d'atteindre l'âge de la majorité, 11 % de ces adolescents nécessiteront 3+ hospitalisations psychiatriques [1]. Comprendre les prédicteurs de la réhospitalisation pourrait améliorer la planification des soins. Méthodes : Nous avons examiné une cohorte rétrospective de 1 324 enfants et adolescents (55,6 % filles, âge moyen = 13,66, ET = 2,48) qui ont été hospitalisés à l'unité d'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents (CAPE) du BC Children's Hospital, du 1^{er} janvier 2009 au 15 décembre 2014. Durant la période de l'étude, 22 % (n = 292) ont été réhospitalisés au moins 1 fois. Nous avons cherché dans les dossiers médicaux les données démographiques, les diagnostics psychiatriques primaires, et les raisons de l'hospitalisation. Résultats : La réhospitalisation est plus susceptible de se produire chez les adolescents ayant une première hospitalisation plus longue (RC = 1,03; IC à 95 % 1,00 à 1,05; p = 0,035), un trouble de la personnalité primaire (RC = 2,37; IC à 95 % 1,02 à 5,51; p = 0,046) et étant plus jeunes (RC = 0,92; IC à 95 % 0,88 à 0,97; p = 0,001), mais elle n'était pas liée au sexe ou à l'ethnicité. Dans la population de notre étude, 25 % des réhospitalisations ont lieu en dedans d'un mois du congé, 50 % en dedans de 100 jours, et 85 % en dedans d'un an. « La réhospitalisation rapide », en dedans d'un mois du congé, est significativement plus susceptible de se produire chez les filles ($\chi^2 = 3,97$; p = 0,046), et les adolescents souffrant d'un trouble primaire d'utilisation de substances ($\chi^2 = 4,07$; p = 0,044) ou d'un trouble anxieux ($\chi^2 = 9,37$; p = 0,002), et moins probable chez les adolescents ayant un trouble primaire d'abord diagnostiqué dans l'enfance ($\chi^2 = 3,96$; p = 0,046). Conclusions : Ces résultats peuvent sensibiliser davantage aux caractéristiques démographiques et cliniques qui accroissent le risque de crises psychiatriques répétées peu après le congé suivant une hospitalisation.

N° 55 Tendances de l'hospitalisation psychiatrique saisonnière d'urgence (THPSU)

Dr Ali Eslami, Université de la Colombie-Britannique

Co-auteur(s) : Sinead Nugent, Ryan Yan, Samiaa Rahman, Matthews Vicky

Objectifs d'apprentissage : Décrire les variables démographiques et cliniques qui prédisent une augmentation des hospitalisations psychiatriques attribuable à une catégorie spécifique de diagnostics chez les enfants et les adolescents; Discuter des variables saisonnières (période scolaire c. périodes de pauses scolaires) qui prédisent l'hospitalisation en raison de troubles externalisants et internalisants; Décrire comment les plans de soins devraient prendre en compte ces prédicteurs pour accroître le soutien des soins actifs.

Introduction : Il est important de comprendre les tendances des hospitalisations psychiatriques d'urgence parce que le nombre de présentations pour des crises de santé mentale est le segment des visites pédiatriques au service d'urgence (SU) qui croît le plus rapidement [1–3]. Les patients qui souffrent principalement de troubles internalisants sont hautement vulnérables au stress[4]. L'année scolaire, à cause des pressions scolaires et des pairs perçues, pourrait accroître les présentations aiguës potentielles. Les périodes des fêtes pourraient être difficiles parce que les aidants peuvent avoir du mal à maintenir les structures nécessaires pour la prise en charge des patients souffrant de troubles externalisants [5], ce qui pourrait entraîner plus de présentations d'urgence durant les pauses scolaires. Méthodes : Nous avons examiné une cohorte rétrospective de 1 776 hospitalisations (56,3 % filles, âge moyen = 13,66, ET = 2,48) à l'unité d'urgence psychiatrique pour enfants et adolescents (CAPE) du BC Children's Hospital, du 1^{er} janvier 2009 au 15 décembre 2014. Nous avons cherché dans les dossiers médicaux les données démographiques, les diagnostics psychiatriques primaires, et les raisons de l'hospitalisation. Des statistiques du chi-carré ont servi à comparer les troubles internalisants avec les troubles externalisants durant l'année scolaire contre les pauses de l'année scolaire. Résultats : Un test d'indépendance du chi-carré a été calculé pour comparer la fréquence des hospitalisations attribuables aux troubles externalisants et aux troubles internalisants durant les pauses de l'année scolaire contre l'année scolaire. Une interaction significative a été observée pour les hospitalisations attribuables aux troubles externalisants durant les pauses de l'année scolaire (χ^2 (1, N = 1776) = 10,23; p < 0,002), et une tendance à la signification pour les hospitalisations attribuables aux troubles internalisants durant l'année scolaire (χ^2 (1, N = 1776) = 3,38; p < 0,07). Aucune différence significative n'a été décelée pour les troubles non internalisants/externalisants (χ^2 (1, N = 1776) = 2,39; p < 0,2). Conclusions : Ces résultats peuvent sensibiliser davantage à certaines tendances significatives de diverses crises psychiatriques qui peuvent nécessiter une hospitalisation d'urgence dans les populations pédiatriques.

N° 57 De quoi a l'air le service d'appel et comment l'améliorer?

Dre Kelly Saran, BC Children's Hospital

Co-auteur(s) : Dr Simon Davidson, Dre Jana Davidson, Dr Ali Eslami, Dre Patricia Frew, Dre Julia Gibson, Dre Ashley Miller

Objectifs d'apprentissage : Partager les résultats d'un sondage sur le service d'appel de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent; Partager une approche pour améliorer les services d'appel de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Les psychiatres de l'enfant et de l'adolescent (PEA) du BC Children's Hospital de Vancouver, C.-B. offrent des services d'appel 365 jours par année. Ces services d'appel comprennent l'offre de consultations au service d'urgence (SU), aux patients hospitalisés, et une consultation officielle par téléphone en semaine par l'intermédiaire d'un programme provincial de consultation téléphonique (raceconnect.ca). Il importe de comprendre la perspective des personnes qui fournissent le service d'appel, et à cette fin, un sondage du service d'appel des PEA a été mené à l'été de 2017. Le taux de réponse était très élevé grâce à la participation de la plupart des départements des PEA. Les résultats principaux de ce sondage seront présentés dans cette affiche après avoir été divulgués à une réunion du département de psychiatrie. Il y a eu nettement consensus à cette réunion qu'un groupe de travail ou un « Comité d'appel » des PEA devrait être mis sur pied pour poursuivre les améliorations du service d'appel. Les membres du Comité d'appel des PEA ont ensuite tenu un certain nombre de réunions pour réfléchir aux résultats du sondage et aux améliorations possibles, le but ultime étant d'améliorer les soins des patients. Ces réunions ont livré un rapport contenant 18 recommandations, dont les principales seront présentées sur l'affiche. En plus de partager les résultats et les recommandations du sondage qui peuvent être utiles à d'autres départements de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous espérons que cette affiche stimulera les conversations et les liens relatifs au sujet de l'amélioration des services d'appel de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au Canada.

N° 58 Clinique ambulatoire spécialisée dans les troubles alimentaires pour adolescents : expérience du TF

Dr Herbert Orlik, Université Dalhousie, département de psychiatrie

Co-auteur(s) : Mme Jessica Wournell, Dre Brynn Kelly, Mme Kate MacPhee

Objectifs d'apprentissage : Obtenir une compréhension de base de ce qu'est le traitement familial (TF); Saisir le pouvoir et l'efficacité d'une formation intensive et soutenue d'un traitement avec manuel pour les troubles alimentaires, le TF; Être en mesure de réorganiser une clinique ambulatoire spécialisée d'après un modèle de soins.

Introduction : Les troubles alimentaires à l'adolescence, spécialement l'anorexie mentale, sont des affections ayant une morbidité et une mortalité élevées. Divers traitements ont été appliqués à ces troubles avec des taux de réponse plutôt faibles et des taux de rechute élevés. Le traitement familial (TF) détient présentement le niveau le plus élevé de données probantes sur l'efficacité. Le défi pour notre programme de santé mentale de taille moyenne était d'offrir le traitement le plus efficace à cette population spéciale. Méthodes : Une clinique de surspécialité a été désignée pour que son personnel reçoive une formation en TF à la faveur d'un atelier suivi d'une formation continue par des appels de téléconférence hebdomadaires avec un expert/formateur en TF qui enseigne au personnel à devenir certifié ou, au minimum, à devenir des apprenants du TF. Chaque séance de formation est suivie d'une réunion de consultation de l'équipe sans le formateur. Résultats : 1 Un membre du personnel a déjà été certifié. 2 D'autres membres du personnel l'ont aussi été depuis. 3 Le personnel suit présentement une formation pour être certifié, et il y a 5 apprenants. La formation est en continu. La formation a été partiellement ralentie par le départ de 2 employés et par des congés de maternité, ce qui a nécessité la formation d'un nombre suffisant d'employés en TF pour répondre aux demandes de TF. Une évaluation normalisée rapide complète suivie d'un démarrage presque immédiat de TF auprès des patients ambulatoires a entraîné une diminution des taux d'hospitalisation, des séjours raccourcis à l'hôpital, et une reprise du poids avec un bon fonctionnement chez les deux tiers des cas après un nombre moyen de 21 séances. Conclusions : La formation et la supervision/surveillance continue du personnel de TF, dans une clinique de surspécialité, ont augmenté la capacité de traitement et de meilleurs résultats.

N° 59 Traitement d'un traumatisme sous-cortical comme traitement d'appoint avec la thérapie comportementale dialectique

Dre Marjorie Robb

Co-auteur(s) : Mme Yehudis Stokes, Mme Heather Bragg, M. Michel Poirier

Objectifs d'apprentissage : Comprendre la contribution d'un traumatisme comme facteur de complication pour de nombreux jeunes participant à un traitement de TCD; Examiner la faisabilité du brainspotting, une thérapie de pleine conscience, axée sur l'aire sous-corticale pour aider à résoudre les symptômes liés au traumatisme à titre de thérapie d'appoint; Évaluer l'acceptabilité du brainspotting comme thérapie d'appoint pour les jeunes présentant des symptômes liés à un traumatisme qui participent à un traitement de TCD.

Introduction : De nombreux jeunes gens qui recherchent une thérapie comportementale dialectique (TCD) pour le traitement de l'idéation suicidaire (IS), de l'automutilation non suicidaire (AMNS) et d'autres symptômes comportementaux de la régulation émotionnelle ont subi des traumatismes physiques, sexuels ou psychologiques (p. ex., Ensink et al, 2015; Newnham et Janca, 2014; Yates, 2004). La TCD suggère que la phase 1 du traitement porte sur l'acquisition de compétences (pleine conscience, tolérance de la détresse, régulation émotionnelle, efficacité interpersonnelle). La phase 2 de la TCD est celle où le traumatisme est abordé, après que la jeune personne a amélioré ses aptitudes à l'auto-régulation (Linehan, 1993). Malheureusement, il est souvent difficile pour l'adolescent d'accéder au traitement du traumatisme, surtout en temps opportun. Le brainspotting (BSP) est une nouvelle thérapie qui aborde les symptômes liés au traumatisme, l'anxiété et d'autres symptômes en utilisant les positions des yeux pour accéder au cerveau sous-cortical (Corrigan et Grand, 2013). Ses principaux éléments sont la pleine conscience ciblée et les positions des yeux appropriées, de même que l'attention/harmonisation soutenue du thérapeute. Cette approche sous-corticale permet une procédure rapide qui mène à moins de détresse et à la résolution des symptômes. Méthodes : Dans cette étude, nous explorons la faisabilité et l'acceptabilité d'offrir 4 séances de BSP à des adolescents participant au programme de TCD dans un hôpital pour enfants. Les séances seront offertes à tout participant qui déclare subir des traumatismes et elles auront lieu durant la deuxième moitié de la TCD ou immédiatement après la fin de la TCD. Des mesures standards (SIQ, CDI, DERS) sont utilisées pour comparer les symptômes avant et après le traitement. Résultats et conclusions : Les résultats seront examinés et discutés dans le contexte de la littérature actuelle.

N° 62 Efficacité de la TCD chez les adolescents souffrant de troubles alimentaires : revue de dossiers rétrospective

Mme Priyanka Comfort, Université McMaster

Co-auteur(s) : Dre Priyanka Comfort, Dre Jennifer Summers, Mme Liah Rahman, Dre Jennifer Couturier

Objectifs d'apprentissage : Examiner les modalités psychothérapeutiques fondées sur des données probantes pour les troubles alimentaires chez les adolescents; Examiner les données probantes disponibles à l'appui du rôle de la thérapie comportementale dialectique pour les troubles alimentaires chez les adolescents; Apprendre des résultats de notre revue des dossiers rétrospective en ce qui concerne l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique dans le traitement des troubles alimentaires chez les adolescents.

Introduction : Les données probantes suggèrent des modèles de thérapie familiale très efficaces pour traiter les adolescents souffrant d'anorexie mentale, et des modèles de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) très efficaces pour la boulimie chez les adolescents. La TCC, la thérapie interpersonnelle (TIP), et la thérapie comportementale dialectique (TCD) sont aussi prometteuses en théorie. La recherche indique que mettre l'accent sur les émotions est une composante valable pour traiter les troubles alimentaires (TA). Le programme de TA d'hôpital de jour au McMaster Children's Hospital offre des soins basés sur la TCD, ce qui comprend des groupes d'une heure par jour qui portent sur les compétences de TCD pour les adolescents. Nous en avons évalué l'efficacité au sein du programme d'hôpital de jour, et comment il contribue à des résultats spécifiques, mesurés au début et au terme du traitement d'hôpital de jour (poids, taille, poids corporel idéal, indice de masse corporelle, fréquence des crises d'hyperphagie-purge, état menstruel, durée de séjour, mesures psychiatriques – inventaire des troubles alimentaires, inventaire de la dépression des enfants, échelle d'anxiété multidimensionnelle pour les enfants, questionnaire d'examen des troubles alimentaires). Méthodes : La revue de dossiers rétrospective a été menée au McMaster Children's Hospital pour des patients qui ont participé au traitement d'hôpital de jour et ont satisfait aux critères d'inclusion. Les mesures de 18 patients ont été analysées. L'échantillon comprenait des patients jusqu'à l'âge de 18 ans. Les données ont été analysées à l'aide de tests t appariés comparant des variables spécifiques du début à la fin de l'hospitalisation. Résultats : L'analyse préliminaire montre des résultats statistiquement significatifs dans la dépression et l'anxiété, et pour la dérégulation émotionnelle et d'autres comportements liés aux troubles alimentaires. Conclusions : Conformément aux études antérieures, nos résultats indiquent des symptômes comportementaux réduits dans les troubles alimentaires, et des résultats améliorés pour l'humeur et l'anxiété avec les soins basés sur la TCD. Il faut d'autres études pour soutenir l'utilisation de la TCD et d'autres modalités psychothérapeutiques dans les troubles alimentaires chez les adolescents.

N° 63 Psychoéducation multifamiliale en ligne contre en personne pour les enfants ayant des présentations psychiatriques

Dre Shelinderjit Dhaliwal, Université Queen's

Co-auteur(s) : Dre Shelinderjit Dhaliwal, Dre Caitlin Yee, Dre Sarosh Khalid-Khan, Amrita Pannu, Olivia Calancie

Objectifs d'apprentissage : Les participants seront en mesure d'apprendre l'effet d'une thérapie de groupe de psychoéducation multifamiliale (TGPMF) pour des enfants ayant une présentation psychiatrique commune; Les participants pourront nommer les mesures des changements par l'intervention de la TGPMF; Les participants seront en mesure de comparer l'efficacité de la TGPMF en ligne et en personne.

Introduction : Selon l'Organisation mondiale de la santé, 10-20 % des enfants et des adolescents du monde entier souffrent de troubles de santé mentale. Au Canada, on estime que 14 % (approximativement 1,1 million) d'enfants souffrent de troubles mentaux d'importance clinique. Une étude examinant les temps d'attente d'organismes offrant des services de santé mentale aux enfants et adolescents (SSMEA) au Canada a montré que les temps d'attente pour voir un pédopsychiatre pour une priorité clinique faible, moyenne, élevée et grave étaient de 109,5, 75,8, 29,4 et 3,4 jours respectivement. Cette étude a également conclu que 34,2 % des organismes déclaraient des temps d'attente plus longs comparé à il y a un an. Les études précédentes ont conclu que la psychoéducation est efficace dans le traitement et la prévention de la rechute de diverses affections de santé mentale dans la population pédiatrique. La psychoéducation, en particulier la TGPMF, est suggérée être la plus efficace pour les enfants de moins de 12 ans qui souffrent de troubles de l'humeur et anxieux. Méthodes : Nous comparerons les deux groupes avant et après la TGPMF à l'aide de questionnaires aux membres de la famille qui ont participé à cette étude. Des ateliers vont être menés à l'Hotel Dieu Hospital de Kingston, Ontario. Les échelles suivantes serviront, avant et après la TGPMF, à évaluer les changements des symptômes : la liste de contrôle du comportement de l'enfant (CBCL), l'évaluation clinique globale du fonctionnement, l'échelle d'impression globale clinique de la gravité, et pour évaluer le transfert des connaissances - liste de contrôle des émotions exprimées, questionnaire de compréhension des troubles de l'humeur et questionnaire de compréhension des troubles anxieux. Résultats : Nous avons émis l'hypothèse qu'il y aurait une augmentation des connaissances et une amélioration des symptômes chez les enfants grâce à des interventions de TGPMF en ligne et en personne.



hope

care

admire

And so we pursue

In the fight against rare disease, that next big breakthrough could drive change.

At Shire we are committed to transforming the treatment of rare diseases and championing the fight against them.

Champion the fight against rare disease with us at shire.com

support

persevere

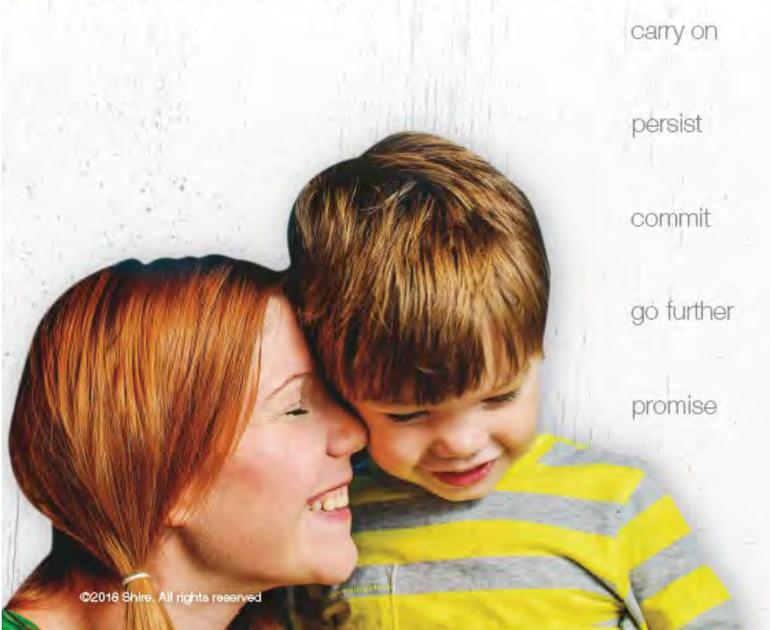
carry on

persist

commit

go further

promise



©2016 Shire. All rights reserved



WOOD'S HOMES
WORKING FOR CHILDREN'S MENTAL HEALTH
SINCE 1914



With 40+ programs, Wood's Homes is a nationally-recognized children's mental health centre based in Calgary. A therapeutic, research and training centre, we work with 20,000 children, youth and families every year from across Canada and are nationally accredited by Accreditation Canada.

Proud to be Gold Sponsor at the 38th Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry Conference

◆ Programs representing Wood's Homes at CACAP ◆

Whole Family Treatment Program

- A trauma-informed, intervention program that supports the whole family through complex mental health and crisis management challenges. Work is done over a series of weekends or a 5-day on-site stay.

Phoenix Program

- A unique treatment program (typically one year) for young males, 12-17, who exhibit sexually intrusive behaviour. Youth and caregivers are provided informed supervision training to better manage sexual behaviour risk.

Exceptional Needs Program (ENP)

- A 30-day, crisis program that works in partnership with Alberta Health Services. ENP works with adolescents and their families who are experiencing significant mental health issues that can't be managed on an outpatient basis.

Visit our booth or woodshomes.ca for more information.



Niveau or



WOOD'S HOMES
WORKING FOR CHILDREN'S MENTAL HEALTH
SINCE 1914

Niveau argent



Niveau bronze



Soutien du congrès

