

CORE CONCEPTS FOR EDUCATORS

LIVRE 1

French

FAMILIARISATION À LA SANTÉ MENTALE
(MENTAL HEALTH LITERACY)

RESSOURCE POUR L'ÉCOLE PRIMAIRE (ELEMENTARY SCHOOL RESOURCE)

Comprendre la santé mentale
(Understanding Mental Health)



Reconnaissance territoriale (Land Acknowledgement)

Mentalhealthliteracy.org est situé sur les territoires ancestraux des peuples autochtones de la région du Traité n° 7, dans le sud de l'Alberta, où vivent les Premières Nations Kainai, Siksika, Piikani, Tsuut'ina et Stoney Nakoda. La ville de Calgary abrite également la Nation métisse de l'Alberta, Région 3. Nous exprimons notre sincère gratitude pour ces terres ancestrales où nous vivons, travaillons et jouons.

Dans le cadre de la réconciliation, nous encourageons les établissements scolaires et les utilisateurs de cette ressource à explorer et à s'informer sur la richesse de l'histoire, des récits et des expériences des peuples et des communautés autochtones de leur région.

Ressource de familiarisation à la santé mentale dans l'enseignement primaire (EMHLR, Elementary Mental Health Literacy Resource) Aperçu et guide de l'enseignant (Elementary Mental Health Literacy Resource (EMHLR)) (Overview and Educator Guide)

Ce document fournit des informations de base pour l'enseignement EMHLR disponible à cette adresse :

<http://mhlcurriculum.org>

Le mot de passe est : **childh3alth**

2e édition 2023.

L'Ressource de familiarisation à la santé mentale dans l'enseignement primaire a été rédigée et créée par :

Andrew Baxter, MSW RSW ; Kyla Vieweger, MSW RSW CPT ;
Deb Nunziata, M.Ed R.Psych ; Dr. Yifeng Wei, MA PhD

Révision et édition du contenu :

Dr. Sterling Sparshu, MD FRCPC (Associé du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada) ; Katherine Jarrell, MSW RSW ; Drew Williams, B.Ed, M.Ed ;
Rob Mcweeny, B.Ed, candidat à un M.Sc

Conseillère en conception d'apprentissage virtuel :

Katherine Clarke B.A., B.Ed.

Couverture et illustrations :

Rich Farr, B.Des

Conception graphique et mise en page :

Crystal Bachura Cranston, BACMM-Epub ; Therese Bianca Boyce, BCMM-ID

Remerciements particuliers :

Alberta Children's Hospital Foundation et Alberta Health Services

Comité de pilotage du projet EMHLR (les enseignants et professionnels de la santé mentale en milieu scolaire qui ont donné de leur temps pour fournir des commentaires précieux tout au long du processus d'élaboration du projet EMHLR)

Dr. Wendy Carr, M.Ed PhD ; Divinea Miller, BA ; Darren Robinson (développeur Web) ; Emmanuel Ho, B.Des ; Dan Kim, B.Comm (licence en communication) CFA (analyste financier agréé) ; Hugo McLaughlin ; Bryn Evans

Cette ressource s'appuie sur le matériel de base du Dr. Stan Kutcher et de l'ancienne équipe de *teenmentalhealth.org*.

© Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il ne peut être altéré, modifié ou vendu. Il est destiné à des fins éducatives uniquement et ne constitue pas un guide de diagnostic ou de traitement. En cas de problème de santé mentale, veuillez consulter des professionnels de santé compétents.



Table des matières (Table of Contents)

6

Introduction et contexte
(Introduction and Background)



12

Module 1 : Comprendre la santé mentale
(Module 1: Understanding Mental Health)



18

Module 2 : La stigmatisation des troubles
mentaux/neurodéveloppementaux
(Module 2: The Stigma of Mental /
Neurodevelopmental Disorders)



22

Module 3 : Santé mentale et cerveau
(Module 3: Mental Health and the Brain)



30

Module 4 : Troubles mentaux/
neurodéveloppementaux courants
(Module 4: Common Mental /
Neurodevelopmental Disorders)



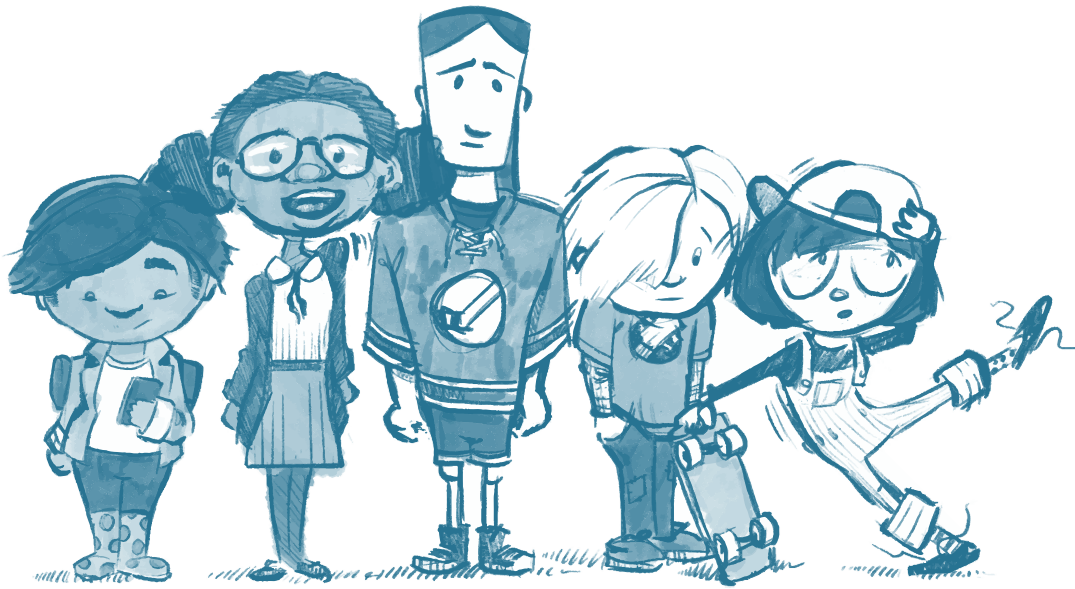
54

Module 5 : S'aider soi-même et aider
les autres
(Module 5: Helping Self and Helping Others)

60

Module 6 : Développer une bonne
santé mentale
(Module 6: Getting Mentally Healthy)

Ressource de familiarisation à la santé mentale dans l'enseignement primaire (EMHLR) (Elementary Mental Health Literacy Resource (EMHLR))



L'Elementary Mental Health Literacy Resource (EMHLR) est la première ressource de ce type conçue pour les enseignants et les parties prenantes concernées et destinée à enseigner la santé mentale aux élèves de la 4e à la 6e année.

Le cadre conceptuel de l'EMHLR s'inspire d'un programme de santé mentale fondé sur des données probantes pour l'enseignement secondaire, le guide pédagogique *La santé mentale et l'école secondaire (le Guide)* (<http://mhlcurriculum.org/about-the-guide/download-the-guide/>). *Le Guide* a fait l'objet d'une mise en œuvre et de recherches approfondies au Canada et à l'étranger. L'élaboration de l'EMHLR s'appuie également sur une étude Delphi impliquant 106 parties prenantes (enseignants, professionnels de la santé mentale en milieu scolaire tels que conseillers, psychologues, travailleurs sociaux, administrateurs scolaires, éducateurs spécialisés et concepteurs de programmes scolaires) de 13 provinces et territoires du Canada, ainsi que des professionnels de quatre autres pays : Japon, Royaume-Uni, Finlande et États-Unis. L'EMHLR s'appuie en outre sur une analyse environnementale des sites Internet canadiens consacrés à la santé mentale et sur une recherche documentaire approfondie et systématique des programmes d'éducation à la santé mentale fondés sur des données probantes. L'EMHLR a été développée en réponse aux nombreuses demandes émanant de partenaires scolaires connaissant *le Guide*, qui ont reconnu l'importance d'introduire les concepts de familiarisation à la santé mentale auprès des plus jeunes élèves.

Pourquoi familiariser les élèves des écoles primaires à la santé mentale ? (Why teach mental health literacy in the elementary classroom?)

L'enfance et la première phase de l'adolescence (de 7 à 11 ans) sont des périodes essentielles au cours desquelles les jeunes développent des capacités et des compétences qui favorisent des relations sociales et un développement personnel sains, des comportements éthiques et responsables, ainsi que des compétences professionnelles productives pour réussir dans la vie.

L'enfance et la première phase de l'adolescence sont également des périodes cruciales pour la survenue et l'identification de troubles mentaux et neurodéveloppementaux. Par exemple, la plupart des cas de trouble du spectre de l'autisme, de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (ADHD, Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder), de dépression et de trouble anxieux peuvent être identifiés pendant la première phase de l'adolescence. Alors qu'un travail considérable a été effectué dans l'enseignement secondaire/post-secondaire, il existe peu d'informations qui traitent de ce sujet dans l'enseignement primaire. Par conséquent, il est impératif qu'une ressource de familiarisation à la santé mentale soit créée à l'intention des enseignants pour cette tranche d'âge.

Quelle est la différence entre l'apprentissage socio-émotionnel (SEL, social emotional learning) et la familiarisation à la santé mentale (MHL, mental health literacy) ?

(What is the difference between social emotional learning (SEL) and mental health literacy (MHL)?)

Les écoles ont été le cadre de très nombreuses interventions, bien souvent désignées sous le terme générique « apprentissage socio-émotionnel » pour traiter des capacités sociales et émotionnelles (p. ex. identification des émotions, adoption de points de vue, maîtrise de soi, résolution de problèmes interpersonnels, résolution de conflits, stratégies d'adaptation et prise de décisions), des attitudes envers soi-même, les autres ou l'école, des comportements prosociaux, des résultats scolaires, des problèmes de comportement, des troubles émotionnels et de l'usage de substances. La familiarisation à la santé mentale diffère de l'apprentissage socio-émotionnel en ce qu'elle aborde quatre composants interdépendants. Bien qu'elle puisse recouper l'apprentissage socio-émotionnel dans l'élaboration de stratégies visant à atteindre une bonne santé mentale, la familiarisation à la santé mentale se concentre sur le développement de la capacité à comprendre les différents états de la santé mentale, à distinguer et identifier les troubles mentaux et les défis de la vie quotidienne, à faire tomber les barrières de la stigmatisation liée aux troubles mentaux et à leurs traitements, et à faciliter des comportements de recherche d'aide si nécessaire.



Le terme « trouble mental » englobe à la fois les maladies mentales et les troubles neurodéveloppementaux, conformément au DSM-5-TR.

Quel est l'objectif de l'EMHLR ? (What is the purpose of the EMHLR?)

L'EMHLR vise à aider les élèves à :

- développer des compétences pour obtenir et conserver une bonne santé mentale ;
- améliorer leur compréhension de la santé mentale et des troubles mentaux/neurodéveloppementaux ;
- lutter contre la stigmatisation des troubles mentaux/neurodéveloppementaux ; et
- promouvoir les intentions et les comportements de recherche d'aide en cas de besoin.

La conception de l'EMHLR est flexible et permet aux enseignants des classes de la 4^e à la 6^e année* de présenter les concepts de base et les activités en classe dans divers contextes scolaires. Les enseignants peuvent adapter les activités en utilisant les pédagogies qui leur sont familières afin de répondre au mieux aux besoins des élèves.

Composants de l'EMHLR (EMHLR Components)

L'EMHLR propose aux enseignants des plans de cours, des activités et des ressources facilement accessibles pour les aider à appliquer le contenu dans leurs classes (en présentiel, en ligne et de façon hybride). Les six modules sont conçus pour être enseignés dans l'ordre. Avant de présenter la ressource, veuillez étudier tous les modules afin de vous familiariser avec le contenu et les formats de présentation de l'EMHLR. Tous les modules sont structurés de manière similaire et incluent de nombreuses fonctionnalités.

Core Concepts for Educators (Livre 1) fournit des connaissances essentielles à réviser avant la présentation en classe des modules.

Lesson Plans (Livre 2) inclut différentes options de formats de présentation pour enseigner les concepts. Passez en revue et choisissez les activités les mieux adaptées aux besoins et au contexte de vos élèves.

- **Objectifs d'apprentissage** répertorie les compétences que les élèves doivent acquérir à l'issue du module.
- **Concepts principaux** présente les idées centrales qu'aborde le module.
- **Préparation de l'enseignant** fournit des instructions sur ce que vous avez besoin de préparer (p. ex. le matériel et les ressources requis) pour mener les activités des modules.

*Remarque :
le terme
« enseignants »
désigne toute
personne qui
présente cette
ressource.



Combien de temps faut-il pour achever l'EMHLR ? (How long does it take to complete the EMHLR?)

L'EMHLR peut être utilisée en tant que ressource scolaire dans le cadre des programmes existants afin d'améliorer la familiarisation à la santé mentale des élèves et des enseignants. L'EMHLR peut être intégrée en tant qu'élément d'un programme pédagogique dans une matière appropriée. Il est suggéré de l'enseigner par bloc (six modules enseignés consécutivement sur une période de 8 à 12 heures de cours). Chaque module est conçu pour être achevé en 50 minutes en classe, à l'exception du module qui traite des troubles mentaux/neurodéveloppementaux spécifiques (Module 4). Ce module nécessite à lui seul entre trois et cinq heures de cours.

Les enseignants doivent-ils suivre une formation pour mettre en œuvre l'EMHLR ? (Are teachers required to take training to implement the EMHLR?)

Ce manuel, *Core Concepts for Educators*, sert de matériel d'apprentissage et de formation de base pour préparer les enseignants à dispenser l'EMHLR dans leurs classes. En plus de ce livre, nous disposons de nombreuses autres ressources d'apprentissage pour celles et ceux qui souhaitent approfondir les concepts et gagner en confiance. Pour accéder à ces documents supplémentaires, rendez-vous sur le site Internet du programme de familiarisation à la santé mentale (<https://mhlcurriculum.org/>). L'équipe MHL se tient également à votre disposition pour répondre à vos questions ou vous accompagner.

Quels sont les liens entre l'EMHLR et le programme scolaire actuel ? (What are the connections between the EMHLR and current school curriculum?)

L'EMHLR peut être enseignée au sein d'une matière appropriée qui partage des objectifs d'apprentissage similaires à ceux de l'EMHLR. Les autorités chargées de l'enseignement dans chaque province et territoire du Canada peuvent exiger que les élèves de la 4e à la 6e année suivent différentes matières. Veuillez consulter l'exemple suivant de la manière dont l'EMHLR s'aligne sur les objectifs d'apprentissage du programme scolaire de l'Alberta.

Chaque module est prévu pour durer 50 minutes, sur un total de 8 à 12 heures de cours, mis à part le Module 4 qui nécessite entre 3 et 5 heures de cours.



Quels sont les liens entre l'EMHLR et le programme scolaire actuel ? (What are the connections between the EMHLR and current school curriculum?)

L'EMHLR peut être enseignée au sein d'une matière appropriée qui partage des objectifs d'apprentissage similaires à ceux de l'EMHLR. Les autorités chargées de l'enseignement dans chaque province et territoire du Canada peuvent exiger que les élèves de la 4e à la 6e année suivent différentes matières.

Veillez vous référer aux résultats d'apprentissage des matières de la 4e à la 6e année de votre province/territoire pour trouver des correspondances possibles avec les concepts de base de l'EMHLR. Afin de vous aider dans cette démarche, nous avons créé un outil interactif sur l'harmonisation des programmes scolaires au Canada : <https://mhlcurriculum.org/EMHLR>.

Les principes d'apprentissage des Premiers Peuples offrent une perspective précieuse pour explorer l'apprentissage dans ces modules :

<http://www.fnesc.ca/first-peoples-principles-of-learning/>

« L'apprentissage soutient en fin de compte le bien-être de l'individu, de la famille, de la communauté, du territoire, des esprits et des ancêtres.

~ Comité directeur de l'éducation des Premières Nations en Colombie-Britannique

Vous pouvez faire coïncider les objectifs d'apprentissage des matières obligatoires conçues pour les élèves de la 4e à la 6e année dans votre région avec ceux de l'EMHLR et identifier des stratégies pour intégrer l'EMHLR dans votre programme scolaire actuel.



Quels sont les principaux concepts de chaque module ? (What are the major concepts for each module?)

Module 1 : Comprendre la santé mentale (Module 1: Understanding mental health)

- Tout le monde a une santé mentale.
- La santé mentale recouvre un large éventail d'états, parmi lesquels l'absence de détresse, la détresse mentale (ou stress), les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux.
- La santé mentale est plus qu'une humeur positive (une bonne santé mentale ne consiste pas seulement à se sentir heureux).
- Il est important d'utiliser des mots appropriés pour décrire nos émotions, les réguler et y faire face.

Module 2 : La stigmatisation des troubles mentaux/neurodéveloppementaux (Module 2: The stigma of mental /neurodevelopmental disorders)

- La stigmatisation implique des pensées, des sentiments et des comportements négatifs à l'égard des troubles mentaux et de leurs traitements.
- Les personnes atteintes d'un trouble mental/neurodéveloppemental peuvent mener une vie épanouie.
- La stigmatisation empêche les personnes de demander de l'aide.
- Nous pouvons tous contribuer à réduire la stigmatisation des troubles mentaux (p. ex. en utilisant des mots appropriés pour décrire les pensées, les sentiments et les événements de la vie).

Module 3 : Santé mentale et cerveau (Module 3: Mental health and the brain)

- Le cerveau évolue avec le temps.
- Nos pensées, nos sentiments, nos comportements et nos réactions à l'environnement sont liés au cerveau.
- Le cerveau et le corps sont liés.
- La santé mentale est une composante de la santé générale.

Module 4 : Troubles mentaux/neurodéveloppementaux courants (Module 4: Common mental / neurodevelopmental disorders)

- Tous les troubles mentaux se traduisent par des difficultés dans les pensées, les émotions et les sentiments, les activités quotidiennes, la santé physique, les comportements et la signalisation.
- Plus les personnes reçoivent rapidement un traitement et un soutien adéquats, meilleurs sont les résultats.
- Il est important de distinguer les difficultés normales de la vie et les troubles mentaux/neurodéveloppementaux.

Module 5 : S'aider soi-même et aider les autres (Module 5: Helping self and helping others)

- Tout le monde a une santé mentale dont il faut prendre soin et qu'il faut préserver.
- Il existe de nombreuses façons de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux.
- Obtenir de l'aide à un stade précoce, pour soi et pour les autres, améliore les résultats positifs sur la santé mentale.

Module 6 : Développer une bonne santé mentale (Module 6: Getting mentally healthy)

- Ce qui est bon pour la santé physique est bon pour la santé mentale.
- Une gestion appropriée du stress permet d'acquérir une certaine résilience et de nouvelles compétences.
- Les cinq piliers de la santé (sommeil réparateur, liens sociaux forts, activité physique vigoureuse, alimentation saine et entraide) améliorent la santé mentale.

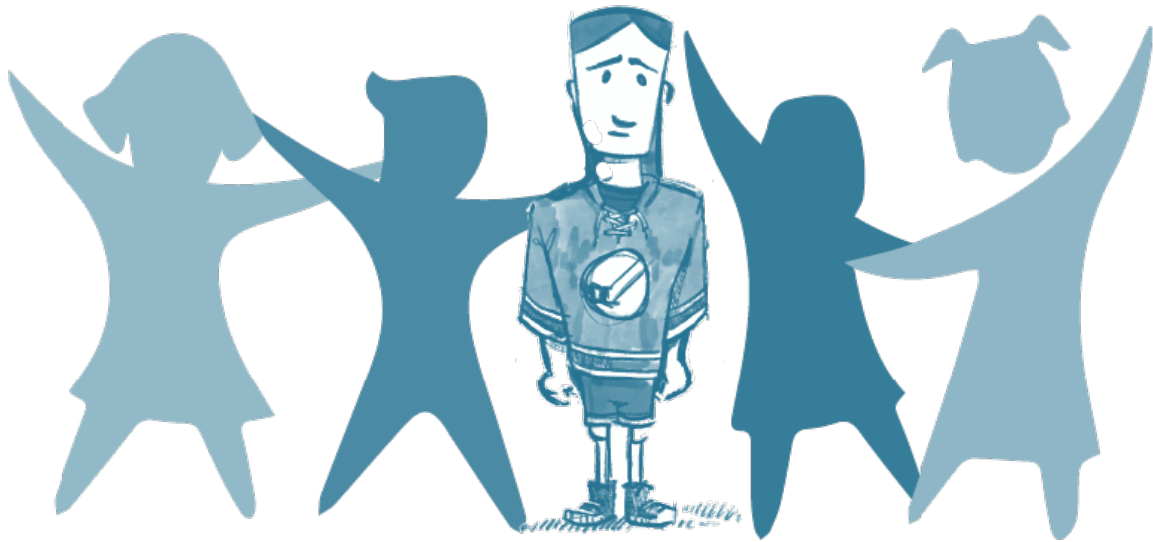
Module 1 :

Comprendre la santé mentale (Understanding Mental Health)

- Tout le monde a une santé mentale.
- La santé mentale recouvre un large éventail d'états, parmi lesquels l'absence de détresse, la détresse mentale (ou stress), les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux.
- La santé mentale est plus qu'une humeur positive (une bonne santé mentale ne consiste pas seulement à se sentir heureux).
- Il est important d'utiliser des mots appropriés pour décrire nos émotions, les réguler et y faire face.



Comprendre la santé mentale (Understanding Mental Health)



La santé mentale fait partie de notre santé générale et inclut des aspects sanitaires liés à notre réflexion/cognition, à nos émotions et à nos comportements. Il existe deux définitions largement acceptées de la santé mentale. L'Organisation mondiale de la Santé (WHO, World Health Organisation) définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». L'Administrateur de la santé publique des États-Unis donne cette définition de la santé mentale : « La santé mentale est un état de réussite des fonctions mentales, qui se traduit par des activités productives, des relations épanouissantes avec les gens et la capacité de changer et de faire face à l'adversité. » La définition de l'Administrateur de la santé publique souligne l'importance de développer des compétences pour faire face aux défis de la vie, tandis que celle de l'OMS se concentre davantage sur l'état de bien-être.

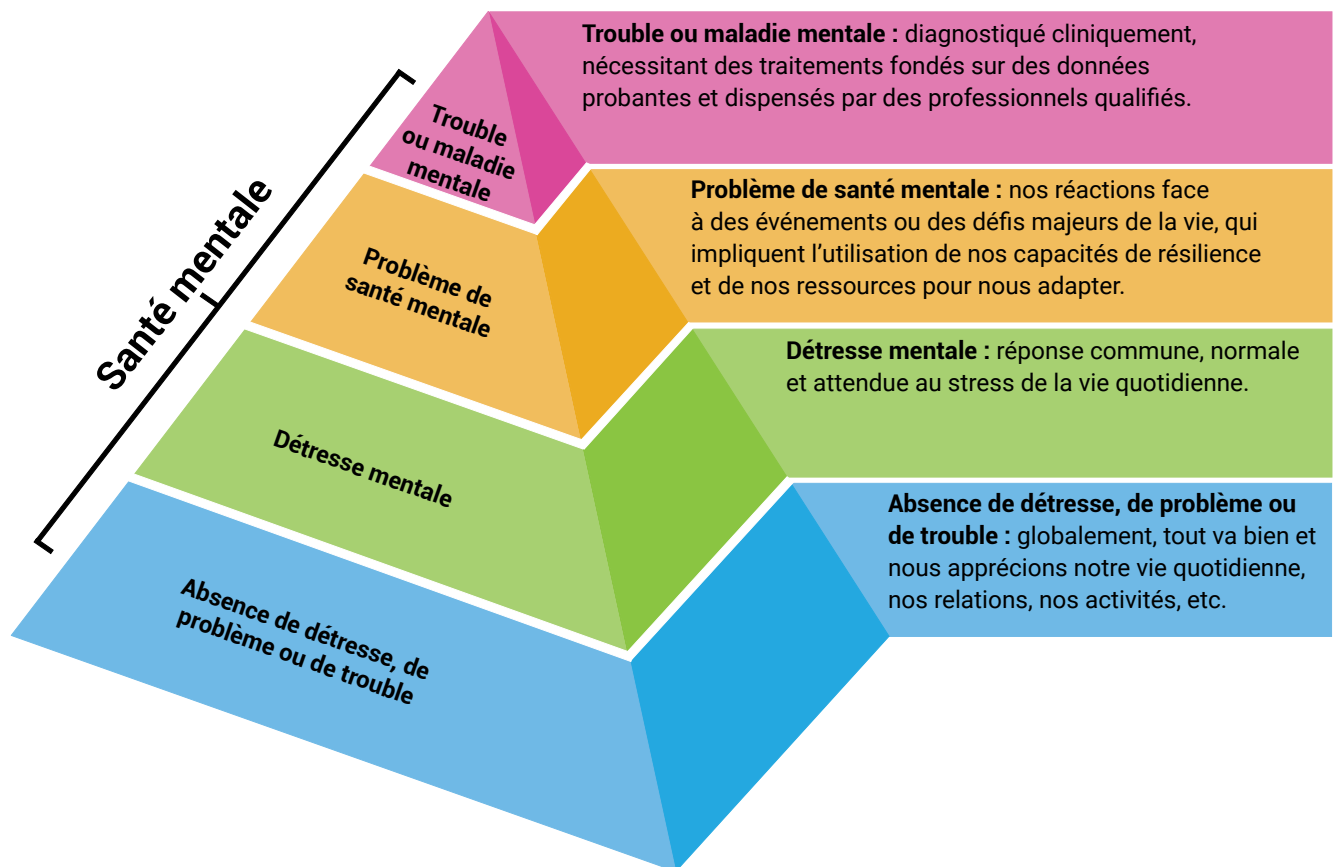


Il est essentiel d'aider les élèves à comprendre que tout le monde a une santé mentale qui regroupe un certain nombre d'états.

La santé mentale est...

- « Un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.
- Organisation mondiale de la Santé
- « Un état de réussite des fonctions mentales, qui se traduit par des activités productives, des relations épanouissantes avec les gens et la capacité de changer et de faire face à l'adversité.
- Administrateur de la santé publique des États-Unis

Pour présenter ce module, il est essentiel d'aider les élèves à comprendre que tout le monde a une santé mentale qui regroupe un certain nombre d'états, notamment : l'absence de détresse, la détresse mentale, les problèmes de santé mentale et, pour certains, les troubles mentaux.



Vous pouvez télécharger un PDF imprimable sur la pyramide des états de santé mentale à l'adresse suivante :

<https://mentalhealthliteracy.org/product/using-the-right-words/>

La détresse mentale ou le stress est la réponse commune, attendue et normale aux facteurs de stress de la vie quotidienne.

(Mental distress / stress is the common, expected, and normal response to the stresses of everyday life.)

Ces facteurs peuvent inclure l'arrivée dans une nouvelle école, la rédaction d'un devoir, une présentation devant une classe ou le fait de devoir se faire de nouveaux amis. La gestion de la détresse mentale n'exige pas d'interventions professionnelles. En règle générale, nous sommes capables de nous adapter et de répondre naturellement à la détresse mentale par nous-même, ainsi qu'avec le soutien de notre famille et de notre communauté. Par exemple, un élève peut se sentir en détresse parce qu'il n'a pas été choisi pour intégrer une équipe sportive et ce sentiment peut être apaisé en encourageant l'élève à s'entraîner davantage en vue de la prochaine occasion, ou bien en choisissant un autre sport ou activité. L'apprentissage de nouvelles compétences au travers de la gestion des événements stressants de la vie nous aide à faire face plus tard à des événements de la vie similaires en étant mieux armés. C'est ainsi que nous développons notre résilience. Un parallèle peut être établi avec le système immunitaire de notre corps. Chaque jour, nos corps sont envahis d'une multitude de germes (bactéries et virus) mais ils s'en débarrassent la plupart du temps. Il arrive parfois que nous nous sentions un peu malade, toussions ou éternuons, ou que nous ayons un léger mal de tête ou un peu mal au ventre, mais il s'agit simplement d'indicateurs qui montrent que notre corps fait exactement ce pour quoi il a évolué. Nous n'avons pas besoin de consulter un professionnel de santé pour demander de l'aide. Nous pouvons prendre soin de nous en adoptant des mesures comme une bonne hygiène des mains, mais gardez à l'esprit que notre corps gère seul et naturellement tous ces facteurs de stress. Une fois que notre corps a rencontré un germe, il est davantage préparé à y faire face à l'avenir.

Nous pouvons nous attendre à vivre une situation de détresse mentale presque chaque jour. Voici quelques exemples de mots utilisés pour décrire la détresse mentale : agité, nerveux, stressé, inquiet, malheureux, déçu, mécontent, gêné, irritable, etc.



Les états de santé mentale ne sont pas linéaires et les personnes ne passent PAS nécessairement de la détresse mentale au développement d'un trouble mental.



Regardez la vidéo *Mental Health Literacy Pyramid Explained* (Explication de la pyramide de la familiarisation à la santé mentale) :

<https://youtu.be/VgYmlsYmUIU>

**Les problèmes de santé mentale indiquent que notre adaptation à l'environnement est considérablement mise à mal.
(Mental health problems indicate that our adaptation to the environment is being significantly challenged.)**

Ces problèmes sont caractérisés par des émotions, une réflexion/cognition et des comportements négatifs qui peuvent parfois être graves, et de courte ou de longue durée. Le décès d'un proche, un divorce, la perte d'un ami, un licenciement ou un déménagement dans un nouveau pays sans un soutien suffisant sont des exemples d'événements pouvant entraîner un problème de santé mentale. Pour gérer les problèmes de santé mentale, nous pouvons bénéficier d'une aide professionnelle comme des conseils, en plus d'un soutien familial et communautaire. Pour revenir à la métaphore d'un nouveau germe puissant attaquant notre système immunitaire, notre santé peut être temporairement mise en danger, ce qui nous ferait ressentir des symptômes importants (p. ex. fièvre, mal de gorge, fatigue, douleurs musculaires, etc.). Cependant, nous retrouvons la plupart du temps une bonne santé et notre état habituel en l'espace de quelques jours avec des interventions appropriées (comme du repos, une bonne hydratation et des médicaments vendus sans ordonnance). En général, un traitement médical n'est pas nécessaire, sauf en cas de complications comme l'apparition d'une pneumonie. De même, presque tout le monde connaîtra des problèmes de santé mentale à différents moments de sa vie. Ces expériences sont décrites avec un vocabulaire approprié à la situation, par exemple, le chagrin, la démoralisation, l'abattement, etc.

« Il arrive qu'une personne connaisse plusieurs états en même temps.



Troubles mentaux (Mental Disorders)

L'édition actuelle du Manuel de diagnostic et de statistique, publiée par l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5-TR), définit les troubles mentaux comme une dysrégulation de l'humeur, de la pensée et/ou des comportements. Les troubles mentaux sont diagnostiqués sur la base de critères reconnus internationalement, tels que le DSM-5-TR ou la Classification internationale des maladies 11, et nécessitent les meilleurs traitements ou interventions fondés sur des données probantes dispensés par des professionnels de santé correctement formés. Ces traitements s'ajoutent au soutien souvent apporté aux personnes souffrant de détresse mentale ou d'un problème de santé mentale. Le parallèle est celui d'une maladie comme le VIH/SIDA ou la tuberculose, où l'organisme étranger submerge les défenses de notre corps. Dans ces cas, nous pouvons ressentir plusieurs symptômes évoquant un mauvais rhume ou une grippe. Toutefois, à la différence d'un rhume, sans les interventions médicales appropriées (accès rapide à un traitement fondé sur des données probantes), les résultats sont médiocres. Dans ce cas, l'aide d'un professionnel est à la fois nécessaire et indispensable. Des termes cliniques tels que « trouble dépressif caractérisé », « trouble anxieux généralisé » et « schizophrénie » sont utilisés pour connoter des troubles spécifiques.

En résumé, chaque personne traversera trois états de santé mentale (absence de détresse ou de problème mental ; détresse mentale ; problèmes de santé mentale) tout au long de sa vie. Ces trois états font tous partie de la vie normale. En outre, environ 20 % des personnes dans le monde souffriront de troubles mentaux. Par conséquent, un grand nombre d'entre nous connaîtront un trouble mental en tant qu'élément de notre santé mentale générale. Ensemble, ces états constituent notre santé mentale. Notez que les états de santé mentale ne sont pas linéaires et les personnes ne passent PAS nécessairement de la détresse mentale au développement d'un trouble mental.

Toute personne peut connaître certains ou l'ensemble de ces états de santé mentale sur une période courte (une heure par exemple) ou plus longue (des semaines, des mois, voire des années). Il arrive qu'une personne connaisse plusieurs états en même temps.



Téléchargez une brochure PDF sur la pyramide des différents états de santé mentale : <https://mentalhealthliteracy.org/product/using-the-right-words/>

Module 2 :

La stigmatisation des troubles mentaux/neurodéveloppementaux (The Stigma of Mental / Neurodevelopmental Disorders)

- La stigmatisation implique des pensées, des sentiments et des comportements négatifs à l'égard des troubles mentaux et de leurs traitements.
- Les personnes atteintes d'un trouble mental/neurodéveloppemental peuvent mener une vie épanouie.
- Nous pouvons tous contribuer à réduire la stigmatisation des troubles mentaux/neurodéveloppementaux.



La stigmatisation des troubles mentaux/neurodéveloppementaux (The Stigma of Mental / Neurodevelopmental Disorders)



Dans la Grèce antique, le terme « stigmaté » désignait un tatouage ou une marque utilisée à des fins décoratives ou religieuses, ou bien pour marquer les esclaves et les criminels afin d'indiquer respectivement leur maître et leurs transgressions sociales. Un bâton pointu appelé « stig » était utilisé pour tatouer, d'où l'origine du mot « stigmaté » et son association ultérieure à une marque ou un signe de honte (Oxford Dictionary).

Les troubles mentaux ne sont que quelques-unes des nombreuses pathologies qui ont été stigmatisées au fil du temps, par exemple la lèpre, l'épilepsie, le VIH/SIDA, le cancer, etc. Les stigmatisations liées à ces différentes pathologies présentent de nombreuses similarités. Une réflexion sur les changements ayant porté à une réduction de la stigmatisation liée à d'autres pathologies peut apporter des informations utiles pour réduire celle liée aux troubles mentaux.

Il existe de nombreuses définitions de la stigmatisation liée aux troubles mentaux/neurodéveloppementaux, et la plupart d'entre elles se concentrent sur les attitudes et comportements négatifs envers les personnes atteintes de ces troubles. Par exemple, la Commission de la santé mentale du Canada (2009) affirme :

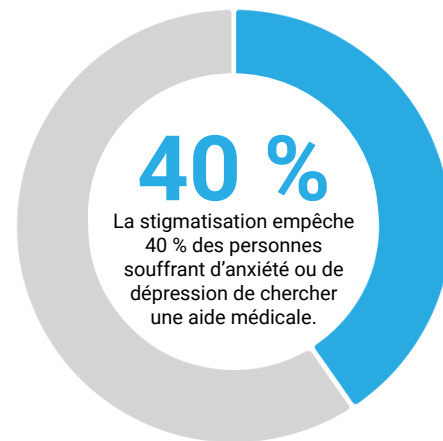
« La stigmatisation fait référence aux convictions et aux attitudes à l'égard des problèmes de santé mentale et des maladies mentales mentales qui conduisent à attribuer des stéréotypes négatifs aux personnes vivant avec ces problèmes et ces maladies, et à avoir des préjugés à leur encontre et à l'encontre de leurs familles.

La stigmatisation liée aux troubles mentaux implique des sentiments, pensées, attitudes (préjugés) et comportements (discriminations) négatifs envers les personnes atteintes de troubles mentaux. Les troubles mentaux/neurodéveloppementaux affectent environ une personne sur cinq dans le monde, avec une proportion similaire au Canada (Commission de la santé mentale du Canada). Nos connaissances, amis, parents, collègues et des célébrités peuvent être atteints de troubles mentaux. Statistiquement, environ un enseignant sur cinq au Canada souffrira d'un trouble mental. Cependant, nous avons tendance à considérer différemment les personnes atteintes de ces troubles, sans même nous en rendre compte.

La stigmatisation est très répandue dans la vie quotidienne, y compris parmi les prestataires de services. La stigmatisation peut provenir d'une personne (p. ex. « Je pense que les élèves atteints de troubles mentaux ne devraient pas intégrer une classe normale ») ou du grand public (p. ex. « Une personne ayant un trouble mental ne devrait pas se marier ni se porter candidate à une charge publique »). La stigmatisation peut se traduire par une négativité émotionnelle (p. ex. « Je suis gêné que mon enfant ait un trouble anxieux ») ou cibler le traitement des troubles mentaux (p. ex. « La psychothérapie, ce n'est que du vent »).



La stigmatisation des troubles mentaux/neurodéveloppementaux peut avoir des impacts significatifs sur les personnes atteintes de ces troubles. Elles peuvent se sentir désespérées et honteuses (auto-stigmatisation) et avoir des difficultés à trouver un emploi, à se faire des amis, à accéder aux soins médicaux ou à un logement. Cela peut les décourager encore davantage de chercher l'aide dont elles ont besoin. La stigmatisation empêche environ 40 % des personnes atteintes de troubles anxieux ou de dépression clinique de chercher une aide médicale (Thornicroft, 2007). La stigmatisation peut également mener à une isolation sociale et à des comportements discriminatoires de la part de tiers, comme la distanciation sociale (p. ex. « Je ne veux pas que des personnes atteintes de troubles mentaux vivent dans ma communauté »).



Les enseignants peuvent jouer un rôle majeur pour aider les élèves et les autres à changer la façon dont les personnes souffrant de troubles mentaux/neurodéveloppementaux sont perçues et traitées. Les stratégies suivantes sont efficaces pour aider enseignants et élèves, à combattre la stigmatisation contre les troubles mentaux :

- Éduquer à la santé mentale et aux troubles mentaux à l'aide d'informations fondées sur les meilleures connaissances scientifiques disponibles. Cette approche pour les enseignants et les élèves en milieu scolaire est étayée par des données probantes.
- Utiliser des mots adaptés. Évitez d'étiqueter les personnes atteintes de troubles mentaux/neurodéveloppementaux en utilisant des termes stigmatisants tels que « fou », « taré » ou « dingue ».
- Exprimer son opinion lorsque quelqu'un utilise des termes stigmatisants. Soutenez vos élèves à travers vos paroles et vos actes. Lorsqu'une personne que vous connaissez utilise de façon abusive un terme psychiatrique (tel que « schizophrénie », « bipolaire », « TOC », etc.), dites-le-lui et expliquez-lui le sens correct du terme. Lorsqu'une personne raconte une blague tournant quelqu'un en dérision ou fait des commentaires irrespectueux sur un trouble mental ou neurodéveloppemental, expliquez-lui que ses propos sont blessants et que vous les trouvez offensants et inacceptables.
- Soutenir et plaider pour les organisations qui luttent contre la stigmatisation.

Sources :

- Guide pédagogique La santé mentale et l'école secondaire : <http://teachmentalhealth.org>
- The Centre for Addiction & Mental Health : <https://camh.ca/en/driving-change/addressing-stigma>

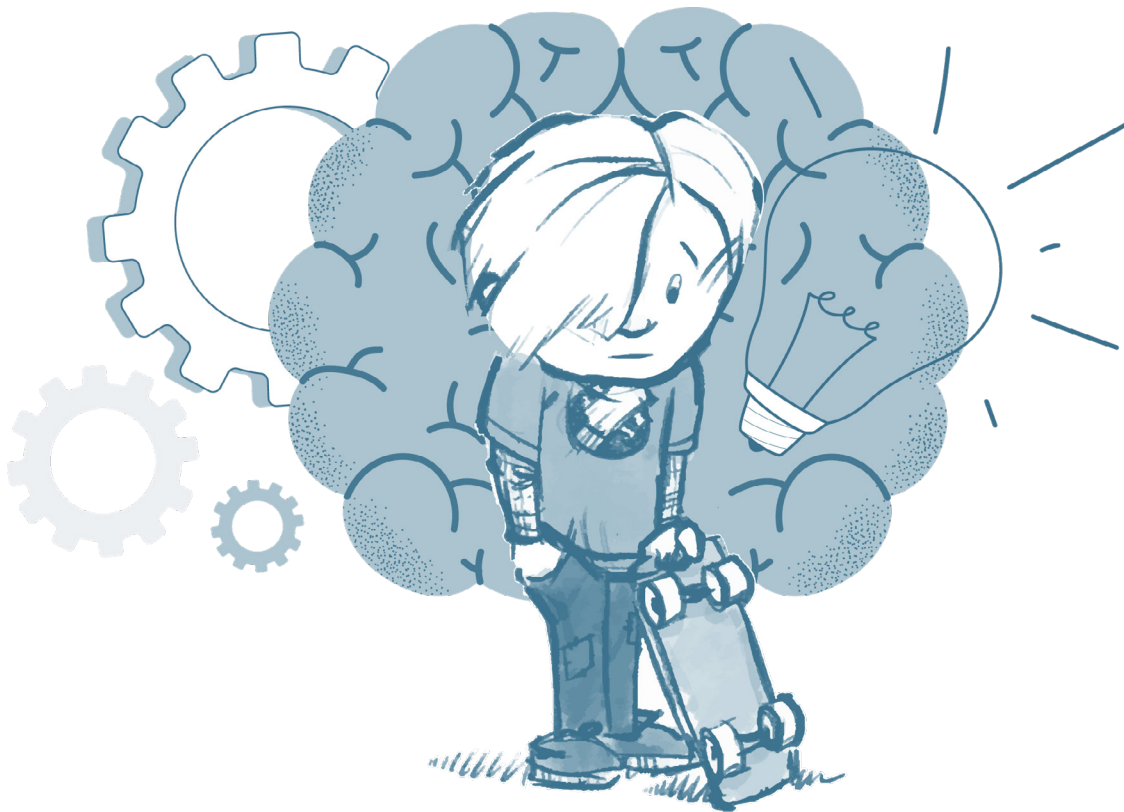
Module 3 :

Santé mentale et cerveau (Mental Health and the Brain)

- Le cerveau évolue avec le temps.
- Nos pensées, nos sentiments, nos comportements et nos réactions à l'environnement sont liés au cerveau.
- Le cerveau et le corps sont liés.
- La santé mentale est une composante de la santé générale.



Santé mentale et cerveau (Mental Health and the Brain)



La santé mentale correspond à la santé cérébrale. Il est important de comprendre la structure et les fonctions du cerveau lorsque nous explorons des sujets tels que la santé mentale et les troubles mentaux. Tout ce que nous faisons, ressentons, pensons ou vivons implique notre cerveau et les fonctions qu'il remplit. Le cerveau est un organe remarquable aux commandes d'activités complexes qui contribuent à définir notre humanité. Il n'est jamais entièrement développé, car il évolue et se remodèle en permanence en fonction de nos expériences.

Le cerveau est principalement constitué d'eau et de graisse (qui sont les éléments constitutifs des cellules appelées neurones), de cellules gliales (qui soutiennent les neurones et assurent diverses fonctions cérébrales) et d'autres composants. Les neurones envoient et reçoivent des informations à travers des composés chimiques appelés neurotransmetteurs et des signaux électriques. Les neurones sont connectés et forment des réseaux complexes appelés circuits. Ces circuits contrôlent des fonctions cérébrales spécifiques. Ils sont connectés directement ou indirectement à la plupart des autres circuits du cerveau et du système nerveux central. Les premières

années correspondent à la période la plus active pour établir des connexions neuronales. Cependant, de nouvelles connexions peuvent se former tout au long de la vie et les connexions inutilisées continuent d'être élaguées, ce qui permet aux circuits cérébraux de devenir plus efficaces. À tout âge, nos expériences d'interaction avec l'environnement entraînent une réorganisation et une modification permanentes des connexions dans notre cerveau, de sorte que de nouvelles connexions sont établies (p. ex. apprendre et se souvenir de nouveaux concepts en classe), des connexions existantes sont renforcées (p. ex. maîtriser une compétence apprise auparavant) ou bien des connexions existantes sont affaiblies (p. ex. oublier des informations qui ne sont plus perçues comme importantes).

Bien que les gènes fournissent le plan de la formation des circuits cérébraux, et s'activent et se désactivent en réponse à leurs propres horloges internes, aujourd'hui nous savons également que nos environnements jouent un rôle dans la façon dont ces gènes fonctionnent. C'est ce que l'on appelle l'« épigénétique ».

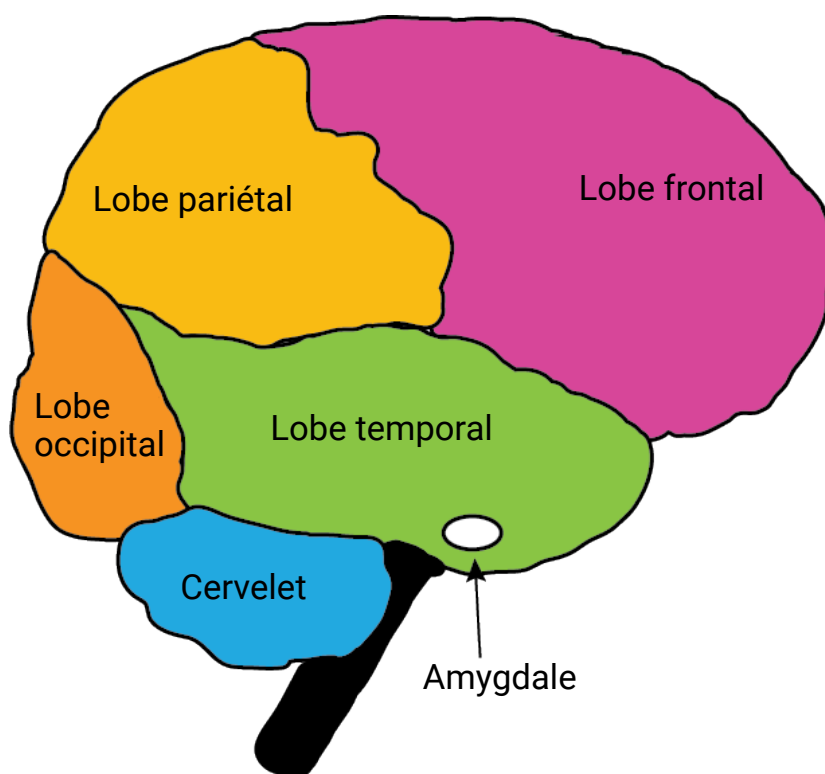
Les processus épigénétiques modifient l'activité des gènes sans en changer la séquence génétique, à savoir le « manuel d'instruction » qui dicte à un gène sa mission dans le corps. Fondamentalement, nos expériences et les circonstances de la vie peuvent soit « activer », soit « désactiver » des combinaisons de gènes susceptibles d'entraîner une maladie, qu'elle soit mentale ou physique. Le génome humain peut être décrit comme le « livre de recettes de la vie ». Notre génome est la recette cellulaire permettant à chaque personne d'observer, d'agir et d'exister en tant qu'être humain. De la même manière, nous pouvons voir l'épigénétique comme un cuisinier : chaque cuisinier préparera la recette de vie à sa façon. L'étude de l'épigénétique peut contribuer à expliquer pourquoi certaines personnes sont davantage susceptibles de souffrir de troubles mentaux, tandis que d'autres y sont plus résistantes, même dans des environnements plus difficiles. Il s'agit toujours d'une combinaison de facteurs naturels et héréditaires, et il reste encore beaucoup à découvrir.



« Notre génome est la recette cellulaire permettant à chaque personne d'observer, d'agir et d'exister en tant qu'être humain. De la même manière, nous pouvons voir l'épigénétique comme un cuisinier : chaque cuisinier préparera la recette de vie à sa façon.

Le cortex cérébral est la couche externe plissée du cerveau qui est responsable des cognitions supérieures et du traitement des informations sensorielles. Les plis ou rides du cortex maximisent la surface du cerveau, ce qui permet d'avoir davantage de neurones et plus de connexions entre eux. Le cortex est divisé en quatre zones appelées « lobes » qui remplissent différentes fonctions. Le lobe frontal est principalement responsable du traitement des tâches cognitives comme la planification, le raisonnement, la parole, le mouvement et la résolution des problèmes. Le lobe pariétal traite les informations sensorielles telles que l'odorat, le toucher, la pression, la température, la douleur et certaines informations motrices.

Alors...
c'est cool d'avoir
des rides ?



Le lobe temporal est important pour la mémoire, l'apprentissage, l'ouïe et le langage. Le lobe occipital est le centre visuel du cerveau. Ces zones sont toutes chargées d'assurer des fonctions cérébrales spécifiques. Cependant, la plupart des fonctions cérébrales impliquent en réalité de nombreuses zones différentes qui travaillent ensemble.

Il est possible de décomposer les principales fonctions du cerveau en six composants distincts mais intégrés. À savoir :

- 1) la réflexion ou la cognition,
- 2) la perception ou les sens,
- 3) les émotions ou les sentiments,
- 4) la signalisation,
- 5) l'aspect physique ou somatique, et
- 6) le comportement.

1. Réflexion/Cognition (1. Thinking / Cognition)

La réflexion ou la cognition inclut l'ensemble de nos fonctions et processus mentaux internes. En tant que « principal centre de contrôle », le cerveau travaille en permanence en recevant et en envoyant des signaux destinés à assembler les différentes pièces de notre monde. Celles-ci incluent :

- La planification
- Le raisonnement
- Le calcul
- Le décodage des symboles
- La conscience de soi
- La concentration
- Le séquençage
- La capacité à prêter attention
- La capacité à porter un jugement
- Le stockage des souvenirs
- La compréhension
- La contemplation
- La compréhension sociale
- La prise de décisions sociales

2. Perceptions/Sens (2. Perceptions / Senses)

Les perceptions et les sens sont des processus complémentaires qui déterminent la façon dont nous vivons notre monde. Une sensation se produit lorsque nos sens recueillent des informations sur notre environnement par le biais de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher, et les transmettent au cerveau par l'intermédiaire du système nerveux périphérique. La perception est la façon dont notre cerveau interprète ces sensations pour donner du sens à ce qui nous entoure. Nos expériences personnelles définissent la façon dont nous percevons les stimulus externes, ce qui rend notre sens de la perception quelque peu différent de celui des autres. Il est important de comprendre que le cerveau crée la perception que nous avons du monde. Nous ne voyons pas avec nos yeux mais avec notre cerveau. Nous ne touchons pas avec nos doigts mais avec notre cerveau.



3. Émotions/sentiments (3. Emotions / Feelings)

Notre cerveau est responsable de notre capacité à ressentir, étiqueter, décrire et exprimer des sentiments et des émotions. Il nous aide également à percevoir comment peuvent se sentir les personnes qui nous entourent. Bien que nos émotions soient personnelles et subjectives, le cerveau humain transforme nos expériences en sentiments que nous ressentons tous, par exemple :

- La joie
- La honte
- La colère
- La solitude
- La tristesse
- La culpabilité
- La consternation
- Le ressentiment
- La démoralisation
- La sérénité
- Le bonheur
- L'ennui

Nous avons développé un riche lexique pour catégoriser et décrire les nuances de nos états émotionnels. Par exemple, « mécontent » et « déçu » sont des états émotionnels assez similaires et pourtant très différents. Améliorer notre connaissance émotionnelle nous aide à mieux nommer et gérer nos émotions. Aider les enfants à élargir leur vocabulaire lié aux sentiments les aide à réguler plus efficacement leurs réactions émotionnelles.



4. Le système de signalisation/d'alarme (4. The Signalling / Alarm System)

Le système de signalisation/d'alarme est notre mécanisme de réponse programmée aux stimulus externes. Notre cerveau est constamment soumis à des signaux envoyés par l'environnement, auxquels il répond. L'une des tâches les plus importantes que réalise notre cerveau consiste à créer des réponses adaptées. Nous apprenons ensuite quelles réponses fonctionnent bien et lesquelles ne fonctionnent pas, pour nous y référer ultérieurement. C'est ce que l'on appelle l'« adaptation ».

Notre mécanisme de signalisation/d'alarme est ce qui nous permet d'utiliser nos mécanismes de « lutte ou de fuite » et nos mécanismes d'« excitation et de plaisir ». Il s'agit du signal qu'utilise notre cerveau pour nous indiquer qu'une adaptation est nécessaire pour relever un défi ou saisir une opportunité.

Notre système de signalisation/d'alarme est directement lié au stress et aux troubles anxieux. Le fait d'être confronté à des facteurs de stress quotidiens habituels est nécessaire à la croissance et au développement. La « réponse au stress » est en fait notre amie, pas notre ennemie. Elle nous pousse à nous adapter et à apprendre, à devenir résilients. Cependant, un dysfonctionnement dans un ou plusieurs circuits neuronaux du mécanisme de signalisation peut conduire à un trouble de l'anxiété.

5. Contrôle physique du corps (5. Physical control of the body)

L'ensemble de nos fonctions physiques sont contrôlées par notre cerveau. Cela inclut les systèmes respiratoire, cardiovasculaire, génito-urinaire, digestif, musculosquelettique, endocrinien et immunitaire. Voici quelques exemples :

- Régulation de notre respiration (système respiratoire)
- Régulation du rythme cardiaque et de la pression sanguine (système cardiovasculaire)
- Informations sensorielles envoyées par notre vessie (système génito-urinaire)
- Comportements alimentaires et contrôle conscient de nos muscles pour l'alimentation et l'élimination (système digestif)
- Récepteurs sensoriels de notre corps qui envoient des signaux entre le cerveau et les muscles, afin que notre corps reste équilibré et mobile

6. Comportement (6. Behaviour)

Le comportement désigne la façon dont nous agissons. Il s'agit de notre capacité à interagir avec les autres et avec notre environnement à travers ce que nous faisons. Notre comportement inclut nos actions en réponse à des stimulus internes ou externes. Chaque comportement est le résultat d'une interaction complexe entre toutes les autres fonctions cérébrales. Notre cerveau intègre toutes ces fonctions afin de nous permettre de réaliser des tâches à chaque seconde de notre existence. Ces comportements peuvent inclure :

- Les interactions sociales
- Les actes de bonté
- Les actes d'agression
- Les activités dirigées vers un but
- Les activités de relaxation

Toutes ces fonctions indiquent que le cerveau et le corps sont liés. Nos pensées, sentiments, émotions, comportements et sensations physiques sont tous contrôlés par le cerveau. Par exemple, le système limbique (constitué de plus petites structures telles que l'amygdale, l'hippocampe, le corps calleux et le thalamus) active la réponse de lutte, de fuite ou d'immobilisation lors d'un événement stressant, ce qui entraîne une série de réactions physiques comme des vertiges, des difficultés à se concentrer, une vision en tunnel, le rougissement du visage, une sécheresse de la bouche, des difficultés à avaler, des problèmes respiratoires, une oppression thoracique, des palpitations, une tension musculaire, des tremblements, la transpiration, des papillons dans l'estomac et des nausées.

Imaginez que vous êtes en train de randonner et que vous rencontrez un ours. Vos **sens** le voient et l'entendent, vos **pensées** reconnaissent l'ours comme une menace dangereuse, vous commencez à **ressentir** de la frayeur, votre réaction de lutte ou de fuite est déclenchée, votre corps envoie des **signaux** afin d'augmenter votre rythme respiratoire et cardiaque, et votre réponse **comportementale** est de vous enfuir en courant.

Sources :

- Guide pédagogique La santé mentale et l'école secondaire : <http://mhlcurriculum.org/about-the-guide/download-the-guide>
- Organisation Dana | Semaine du cerveau : <http://brainawareness.org/handouts-resources/>
- SickKids | Connexion entre le corps et l'esprit : <http://aboutkidshealth.ca/article?contentid=3667>



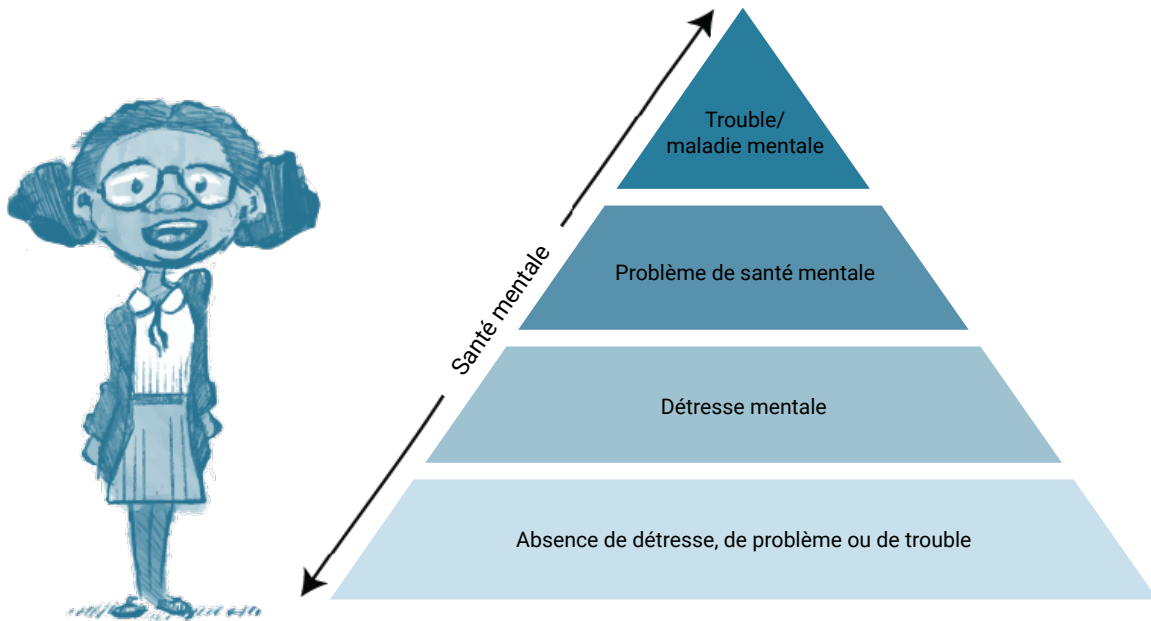
Module 4 :

Troubles mentaux/ neurodéveloppementaux courants (Common Mental / Neurodevelopmental Disorders)

- Tous les troubles mentaux reflètent des difficultés dans les pensées, les émotions, les activités quotidiennes, la santé physique, les comportements et la signalisation.
- Plus les personnes reçoivent rapidement un traitement et un soutien adéquats, meilleurs sont les résultats.
- Il est important de distinguer les difficultés normales de la vie et les troubles mentaux/neurodéveloppementaux.



Troubles mentaux/ neurodéveloppementaux courants (Common Mental / Neurodevelopmental Disorders)



Les troubles mentaux sont des pathologies courantes qui émergent souvent durant l'enfance et l'adolescence. Environ 50 % des troubles mentaux surviennent avant l'âge de 14 ans, ce qui fait de l'enfance une période cruciale pour promouvoir la santé mentale, réduire la stigmatisation des troubles mentaux et améliorer l'accès des jeunes aux services de santé mentale. Dans le Module 3, nous avons appris que le Manuel de diagnostic et de statistique, publié par l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5-TR), définit les troubles mentaux comme une dysrégulation de l'humeur, de la pensée et/ou des comportements. Les troubles mentaux/neurodéveloppementaux sont diagnostiqués par des cliniciens agréés qui utilisent des critères reconnus internationalement, tels que le DSM-5-TR ou la Classification internationale des maladies 11 (ICD-11, International Classification of Diseases 11). Le traitement¹ de ces troubles nécessite les meilleures interventions fondées sur des données probantes, planifiées et coordonnées par des professionnels de santé qualifiés. Il convient de souligner que le traitement est plus efficace lorsque plusieurs parties prenantes, telles que des enseignants, des médecins et des membres de la famille collaborent pour soutenir le plan de traitement d'un jeune vivant avec un ou plusieurs troubles mentaux.

¹ Les informations concernant les troubles suivants reposent principalement sur le DSM-5-TR. Toutes les statistiques, telles que les taux de prévalence ou l'héritabilité, sont tirées du DSM-5.

Les troubles mentaux/neurodéveloppementaux impliquent des troubles de la fonction cérébrale normale. Comme indiqué dans le Module 3, le cerveau a six fonctions clés : la pensée, la perception, les émotions, la signalisation, les mouvements physiques et les comportements. Un trouble mental peut survenir lorsque l'une ou plusieurs de ces fonctions cérébrales ne fonctionnent pas comme elles le devraient. À ce jour, il n'existe aucun marqueur biologique indépendant apparaissant sur les tests de diagnostic (comme les analyses de sang ou les scintigraphies cérébrales) pour indiquer le début ou la présence d'un trouble mental. Les diagnostics sont plutôt posés sur la base de signes (ce qu'un observateur indépendant peut voir) et de symptômes (ce que la personne ressent). Les professionnels de la santé mentale identifient des signes et des symptômes qui se manifestent de manière groupée, ce qui permet d'établir un diagnostic et un traitement.

Dans les modules précédents nous avons appris à identifier différents états émotionnels et à utiliser un vocabulaire approprié pour les distinguer.

Dans ce module, nous allons apprendre aux élèves à faire la différence entre le « stress normal » dû aux difficultés de la vie quotidienne et les troubles mentaux/neurodéveloppementaux. Nous nous concentrerons sur le trouble anxieux généralisé, le trouble du spectre de l'autisme, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, le trouble dépressif caractérisé, le trouble spécifique de l'apprentissage, la phobie spécifique et le trouble obsessionnel compulsif en nous basant sur les informations issues du DSM-5-TR. Les enseignants jouent un rôle crucial dans l'enseignement de la santé mentale en classe et dans le soutien apporté aux élèves qui ont besoin d'aide.

Cependant, le rôle des enseignants n'est PAS de diagnostiquer ou de traiter, mais plutôt de reconnaître les potentiels problèmes ou troubles de santé mentale, d'orienter les élèves vers les services appropriés et de collaborer avec d'autres professionnels (p. ex. les professionnels de la santé mentale de l'école, les conseillers scolaires, les cliniciens en santé mentale de la communauté) afin de soutenir les enfants et les adolescents identifiés comme ayant un problème ou un trouble de santé mentale.

Votre rôle d'enseignants n'est pas de poser un diagnostic !
Décrivez plutôt le comportement qui vous préoccupe, proposez votre soutien et établissez un lien avec des cliniciens.



Troubles anxieux (Anxiety Disorders)

Les troubles anxieux font partie des maladies mentales les plus répandues parmi les enfants. Cette classe de troubles fait référence à plusieurs pathologies spécifiques, notamment mais sans s'y limiter le trouble d'anxiété de séparation, le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, le trouble d'anxiété sociale et la phobie spécifique.

Les sentiments anxieux sont des émotions humaines habituelles et attendues que tout le monde ressent de temps à autre. Les individus peuvent se sentir anxieux lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes, des défis, des changements ou des décisions difficiles. De plus, il est fréquent que les enfants et les adolescents éprouvent des craintes tout au long de leur développement. Par exemple, de nombreux jeunes enfants ont peur du noir, des monstres ou d'être séparés de leurs parents. Les enfants et les jeunes ont souvent plus de craintes que les adultes, ce qui est normal, car ils essaient de donner un sens à leur monde. La plupart des peurs ressenties durant l'enfance diminuent au fil du temps.

Il est également important de ne pas oublier qu'un trouble de l'anxiété n'est pas la même chose que la réponse au stress. Cette dernière est le signal du cerveau et du corps qui nous avertit d'un défi lié à notre environnement et auquel nous devons faire face. En outre, l'anxiété ne doit pas être confondue avec la timidité ou un tempérament réservé.

Les troubles anxieux sont caractérisés par des réponses disproportionnées (p. ex. une fréquence, intensité ou durée plus élevée) à une situation qui provoque une grave détresse et interfère avec la capacité d'une personne à fonctionner.

Dans cette ressource, nous nous concentrerons sur le trouble d'anxiété de séparation, les phobies spécifiques, le trouble panique, le trouble d'anxiété sociale et le trouble anxieux généralisé.



**Se sentir nerveux
et ressentir de
l'appréhension
n'est pas la même
chose qu'avoir un
trouble anxieux.**

Trouble d'anxiété de séparation (Separation Anxiety Disorder)

Le trouble d'anxiété de séparation est le trouble anxieux le plus répandu chez les enfants de moins de 12 ans. Il se caractérise par des peurs intenses et inappropriées du point de vue du développement, liées à la séparation du foyer, des parents ou d'autres figures d'attachement. Au cours d'une année donnée, il est estimé qu'environ 4 % des enfants répondent aux critères de ce trouble. La prévalence du trouble d'anxiété de séparation diminue lors de la transition de l'enfance vers l'adolescence et l'âge adulte.

Les enfants souffrant de trouble d'anxiété de séparation peuvent :

- ressentir des inquiétudes persistantes et excessives quant à la possibilité que quelque chose de grave arrive à un aidant (p. ex. une maladie, une blessure, la mort) ;
- refuser de quitter le foyer, d'aller à l'école ou ailleurs ;
- ressentir une détresse excessive (p. ex. en piquant des colères) lorsqu'ils anticipent ou vivent une séparation de leur foyer ou des principales figures d'attachement ;
- craindre d'être enlevés ou éloignés de la personne qui s'occupe d'eux ;
- refuser d'être seuls ou d'aller se coucher le soir ;
- refuser de dormir ailleurs que chez eux (p. ex. aller dormir chez un ami) ;
- faire des cauchemars au sujet d'une séparation ;
- présenter des symptômes physiques (p. ex. nausée, mal de tête, mal au ventre) en réponse à une séparation.

Ces symptômes peuvent indiquer la présence d'un trouble d'anxiété de séparation s'ils sont envahissants, graves et durent au moins quatre semaines consécutives. Des facteurs génétiques et environnementaux contribuent au risque de développer un trouble d'anxiété de séparation. La base génétique du trouble d'anxiété de séparation peut être démontrée par l'héritabilité, qui est d'environ 70 % et est même plus élevée chez les filles (DSM-5-TR). L'exposition durant la petite enfance à certains événements stressants ou négatifs de la vie peut augmenter le risque de développer un trouble d'anxiété de séparation. De même, la façon dont les adultes qui entourent l'enfant réagissent aux comportements anxieux peut elle aussi augmenter ce risque.



La vidéo animée suivante sur le trouble d'anxiété de séparation peut être partagée avec les élèves :
<https://youtu.be/jEkFp0Ux40Q>

Phobies spécifiques (Specific Phobias)

Nous avons toutes et tous des peurs légères et irrationnelles, mais les phobies sont des peurs intenses de situations ou d'objets particuliers, comme les hauteurs, les animaux, la vue du sang et les espaces clos. Les personnes souffrant de phobies spécifiques évitent ces objets ou situations au point que cela interfère avec leur vie quotidienne. La plupart des phobies spécifiques se développent durant l'enfance, avec une majorité des cas apparaissant avant l'âge de dix ans.

Les enfants atteints de phobie peuvent vivre des situations comme :

- une peur ou une anxiété extrême liée à un objet ou une situation spécifique ;
- l'objet ou la situation à l'origine de la phobie provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate ;
- l'objet ou la situation à l'origine de la phobie est activement évité, ou bien subi avec une peur ou une anxiété intense ;
- la peur ou l'anxiété est proportionnellement supérieure au danger réel que pose l'objet ou la situation spécifique dans le contexte socioculturel de l'individu ;
- la peur, l'anxiété ou l'évitement est persistant et dure généralement six mois ou plus ;
- la peur, l'anxiété ou l'évitement provoque une détresse ou un handicap important d'un point de vue clinique dans le domaine social, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.

Environ 5 % des enfants et 16 % des adolescents âgés de 13 à 17 ans répondent aux critères indiquant qu'ils souffrent d'au moins une phobie spécifique. Environ 75 % des personnes souffrant d'une phobie spécifique ont peur de plus d'un objet ou situation. Les phobies sont le résultat de l'interaction de facteurs génétiques (hérités) et environnementaux.



Trouble panique (Panic Disorder)

Une attaque de panique est une période de peur ou de gêne extrême qui apparaît brusquement et atteint un pic en quelques minutes. Les symptômes incluent des sensations physiques intenses et des pensées catastrophiques. Il existe quelquefois un déclencheur clair (p. ex. un examen) mais parfois les attaques de panique semblent se produire aléatoirement.



Durant une attaque de panique, quatre symptômes (ou plus) parmi les suivants apparaissent :

- Palpitations ou rythme cardiaque accéléré
- Transpiration
- Tremblements ou secousses
- Sensations d'essoufflement ou d'étouffement
- Sentiment de suffoquement
- Douleur ou gêne dans la poitrine
- Nausée ou douleurs abdominales
- Sensation de vertige, titubation, étourdissement ou évanouissement
- Frissons ou sensations de chaleur
- Engourdissement ou sensations de picotement
- Sentiments d'irréalité ou de détachement de son propre corps
- Peur de la perte de contrôle ou de « devenir fou »
- Peur de mourir

Les attaques de panique sont en substance la réponse de lutte, de fuite ou d'immobilisation de l'organisme, qui a mal tourné. Ces épisodes peuvent être déclenchés, en particulier dans le cas de pathologies comme les phobies spécifiques, ou bien se produire de manière répétée et aléatoire. On parle alors de trouble panique. La fréquence et la sévérité des attaques de panique peut varier fortement d'un individu à l'autre. Pour recevoir un diagnostic de trouble panique, une personne doit souffrir d'attaques récurrentes et inattendues, suivies pendant plus d'un mois :

- d'une crainte persistante d'avoir d'autres attaques ;
- de préoccupations concernant les implications de l'attaque ou ses conséquences ;
- d'un changement de comportement significatif découlant des attaques ;
- d'une agoraphobie (peur de se trouver dans des endroits dont il est difficile de s'échapper) ;
- d'attaques de panique qui ne sont pas dues à une toxicomanie, des médicaments ou un problème médical général ;
- d'attaques de panique qui ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental.

Bien que les attaques de panique touchent aussi les enfants, la prévalence générale du trouble panique est faible avant l'âge de 14 ans (<0,4 %). Même si ce trouble est très rare durant l'enfance, il est souvent possible de faire remonter son apparition aux premiers « moments terribles » vécus dans l'enfance. Des facteurs génétiques et environnementaux (souvent combinés) peuvent mener à un trouble panique. Des études menées sur des enfants, des familles et des jumeaux indiquent que l'héritabilité du trouble panique se situe autour de 43 %.



Avoir une attaque de panique ne signifie pas que vous avez un trouble mental.



Il est toujours important de prendre en considération le contexte spécifique de chaque enfant.

Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) (Social Anxiety Disorder (Social Phobia))

Les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale éprouvent des peurs ou une anxiété importante vis-à-vis des situations sociales où elles pourraient être jugées négativement par les autres. Voici quelques exemples de situations pouvant déclencher une anxiété sociale :

- Avoir une conversation (p. ex. parler à des camarades de classe et des adultes)
- Se rendre à des événements (p. ex. aller à une fête d'anniversaire ou au bal de l'école)
- Rencontrer de nouvelles personnes
- Être observé (p. ex. en train de manger ou de boire)
- Se produire devant d'autres personnes (p. ex. faire un discours)

Les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale tendent à avoir très peur du jugement et de l'humiliation ou d'agir de façons qui pourraient les mener à être rejetées. Elles peuvent aussi avoir peur de montrer des signes d'anxiété comme le fait de rougir, trembler, transpirer, bafouiller ou fixer du regard. Elles surestiment considérablement la menace que représentent les situations sociales, essaient d'anticiper ou rejouent souvent leur performance après coup, ou évitent complètement les situations susceptibles de déclencher le trouble (p. ex. évitement scolaire). Ces symptômes sont persistants, durent au moins six mois et s'intensifient souvent au fil du temps.

Les enfants atteints de trouble d'anxiété sociale peuvent présenter des symptômes très différents de ceux des adultes : ils peuvent pleurer, piquer des colères, être comme pétrifiés, s'accrocher à vous ou se cacher, se déchaîner ou devenir temporairement muets. Il est toujours important de prendre en considération le contexte spécifique de chaque enfant avant d'examiner si les schémas comportementaux peuvent être le produit d'un trouble d'anxiété sociale ou d'un autre trouble mental.

Au cours d'une année donnée, environ 4 % des jeunes âgés de 14 à 25 ans répondent aux critères du trouble d'anxiété sociale. Environ 75 % des individus qui finissent par être diagnostiqués constatent l'apparition de leurs symptômes entre 8 et 15 ans. La génétique, associée à des facteurs environnementaux, peut exposer un individu à un risque plus élevé de développer un trouble d'anxiété sociale. Par exemple, un individu présente un risque deux à six fois plus élevé de développer un trouble d'anxiété sociale si un parent du premier degré en est atteint.

Trouble anxieux généralisé (GAD, Generalised Anxiety Disorder) (Generalised Anxiety Disorder (GAD))

Il nous arrive à toutes et tous de nous sentir anxieux face aux défis de la vie quotidienne et nous trouvons des façons de gérer ces sentiments. Cependant, le trouble anxieux généralisé (TAG) est caractérisé par une inquiétude persistante et excessive concernant plusieurs domaines de la vie (comme le travail ou la performance scolaire) qu'un individu a du mal à contrôler. Au cours d'une année donnée, entre 0,4 % et 3,6 % de la population répondent aux critères du TAG. Les femmes sont deux fois plus susceptibles de souffrir d'un trouble anxieux généralisé. Les enfants et les jeunes atteints du TAG tendent à être excessivement inquiets et anxieux concernant de multiples sujets et domaines de la vie (la plupart du temps et pendant au moins six mois). Voici quelques exemples :

- La performance scolaire
- Le fait de réaliser parfaitement des tâches
- Le regard des autres
- La survenue d'événements négatifs (désastres, préoccupations environnementales, maladies, guerres, vols, accidents)
- La santé ou la maladie (peur qu'un rhume ou une grippe ne soit en réalité une maladie plus grave)
- La sécurité et le bien-être des proches (famille, amis, animaux de compagnie)
- Les facteurs de stress quotidiens (être à l'heure, quels vêtements porter, où aller, finances de la famille)

Le TAG peut également affecter l'humeur et le fonctionnement de l'organisme, ce qui se traduit par des symptômes comme :

- De l'agitation ou un sentiment de nervosité ;
- Se sentir facilement fatigué ;
- Une difficulté à se concentrer ou bien des trous de mémoire ;
- De l'irritabilité ;
- Une tension musculaire, un rythme cardiaque plus rapide, de la transpiration et de l'instabilité ou un essoufflement ;
- Des troubles du sommeil (difficulté à s'endormir ou à rester endormi, ou bien sommeil agité et peu réparateur).



Les personnes atteintes du TAG sont souvent préoccupées par des pensées liées à des sources de danger réelles ou potentielles. Elles ont tendances à poser beaucoup de questions commençant par « Et si... » et cherchent à être constamment rassurées par les autres. Pour poser un diagnostic de TAG, l'intensité et la fréquence des sentiments anxieux, de l'inquiétude et des symptômes physiques doivent entraîner une souffrance et un handicap importants qui ne peuvent pas être attribués à d'autres causes comme l'usage de substances, une pathologie ou un autre trouble mental.

Bien que peu de recherches aient été faites sur l'héritabilité de ce trouble, un résumé des études disponibles menées auprès de familles et de jumeaux suggère que les facteurs génétiques jouent un rôle modéré dans le développement du TAG. L'héritabilité génétique peut représenter jusqu'à 30 % du risque de souffrir d'un trouble anxieux généralisé. Le traitement étudié le plus attentivement qui se montre efficace pour tous les troubles anxieux est la thérapie comportementale et cognitive (CBT, Cognitive Behavioural Therapy). Elle aide les personnes à changer la façon dont elles réfléchissent aux situations qui déclenchent les symptômes et dont elles y répondent, ce qui réduit l'anxiété qu'elles ressentent et le handicap qu'elles vivent. Pour les cas modérés à sévères de troubles anxieux, les médicaments peuvent être utilisés en combinaison avec la TCC. La classe de médicaments la plus efficace chez les jeunes pour traiter les troubles anxieux sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRIs, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors).

Les enseignants peuvent être impliqués dans le soutien apporté aux interventions comportementales. Il arrive couramment que les personnes atteintes du TAG évitent un traitement ou un soutien qui leur est proposé. Il est important que les enseignants comprennent que les élèves en difficulté qui semblent éviter un traitement ou un soutien peuvent être préoccupés, bouleversés ou bien pas tout à fait prêts à accepter un soutien dans le cadre de leur TAG. Établir des relations de confiance mutuelle avec les élèves est un excellent premier pas pour réduire les comportements d'évitement. Bien qu'un évitement persistant puisse exacerber un TAG au fil du temps, il est crucial que les enseignants établissent des relations avec les élèves visant à décourager l'évitement au lieu de simplement les mettre face à ce comportement.



Trouble du spectre de l'autisme (ASD, Autism Spectrum Disorder) (Autism Spectrum Disorder (ASD))

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est un trouble neurodéveloppemental qui affecte la sociabilité, la communication, l'interaction et le comportement d'une personne. Il affecte environ 1 % de la population et le diagnostic est généralement posé entre le deuxième et le cinquième anniversaire de la personne.

Les enfants atteints du TSA peuvent avoir des difficultés à communiquer et à interagir dans un contexte social, par exemple :

- Difficultés à comprendre que les autres peuvent penser, ressentir et percevoir le monde d'une manière différente de la leur
- Manque de conscience des normes sociales (p. ex. les enfants répondent moins à leur nom)
- Déficits en matière de communication non verbale (p. ex. contact visuel limité, expressions faciales inhabituelles, usage limité des gestes)
- Utilisation inexistante, retardée ou inhabituelle du langage verbal (p. ex. répétition apparemment sans raison apparente de mots prononcés par d'autres personnes, répétition de mots entendus à la télévision, au cinéma, dans des publicités ou des histoires)
- Difficultés à suivre les « règles » d'une conversation typique (p. ex. ne pas attendre son tour pour prendre la parole, se concentrer sur ses propres intérêts, avoir du mal à partager ses intérêts, ses pensées et ses sentiments avec les autres)
- Difficultés à établir et maintenir des relations typiques de leur âge

De plus, les enfants atteints du TSA manifestent généralement des schémas comportementaux inhabituels ou limités qui peuvent inclure :

- Des mouvements répétitifs, comme des battements de mains ou un balancement du corps ;
- Une insistance sur la répétitivité, et une résistance extrême ou une détresse face aux changements de routine, même les plus insignifiants ;
- Des centres d'intérêts extrêmement restreints, et inhabituels en termes d'intensité, de profondeur et de focalisation ;
- Une sensibilité aux expériences sensorielles (douleur, température, toucher, odorat, goût, lumière ou son) plus ou moins développée que celle des autres ;
- L'automutilation (p. ex. dermatillomanie, dermatophagie, krouomanie).

Les meilleurs résultats en matière de trouble du spectre de l'autisme sont obtenus grâce à des interventions précoces lorsque le cerveau est plus plastique et changeant.



Ces signes et symptômes doivent être présents au début de la période de développement, entraîner un handicap important et ne pas être mieux expliqués par une déficience intellectuelle. Même si les causes spécifiques de TSA n'ont pas encore été trouvées, de nombreux facteurs de risque qui peuvent contribuer à leur développement ont été identifiés dans la littérature scientifique. Ces facteurs de risque incluent des facteurs génétiques et environnementaux (p. ex. un frère ou une sœur atteinte d'un TSA, un très faible poids à la naissance, des parents âgés). Le TSA a une base génétique impliquant de nombreux gènes différents, mais les schémas d'héritabilité exacts n'ont pas encore été entièrement établis. Les estimations concernant l'héritabilité du trouble du spectre de l'autisme vont de 37 % à plus de 90 %, d'après des taux de concordance chez les jumeaux.

Les meilleurs résultats en matière de TSA sont obtenus grâce à des interventions précoces lorsque le cerveau est plus plastique et modulable. Ces interventions peuvent inclure des programmes destinés à apporter une aide en matière de communication, de sociabilité et de traitement sensoriel. Il est également important de reconnaître et d'encourager les points forts uniques des jeunes atteints du TSA, qui peuvent inclure une mémoire exceptionnelle ou une aptitude à l'expression créatrice (p. ex. l'art, la musique). Des centres spécialisés dans le diagnostic et le traitement du TSA (généralement associés à des hôpitaux pédiatriques et à des universités) existent dans la plupart des provinces canadiennes.

Les stratégies en classe pour les élèves atteints du TSA doivent être élaborées en fonction des besoins, des capacités et des points forts de chaque enfant. Des informations sur les conseils et les stratégies d'enseignement ont été mises au point par de nombreuses organisations pédagogiques crédibles et sont facilement accessibles en ligne. Les informations proposées par la Fédération des enseignantes et des enseignants de l'Ontario en sont un exemple. Elles sont disponibles à l'adresse :

<http://teachspeced.ca/teaching-strategies-students-special-needs>.



Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD))

Les enfants sont naturellement actifs et curieux. Certains le sont davantage que d'autres. L'une des principales différences entre un enfant normalement actif et un enfant atteint du TDAH est que le trouble interfère considérablement avec la capacité de l'enfant à fonctionner et à s'épanouir à l'école et dans des situations sociales.



Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des difficultés substantielles et persistantes à maintenir l'attention lors des activités non préférées. De nombreux jeunes, mais pas tous, vivant avec le TDAH luttent également avec des niveaux d'hyperactivité et d'impulsivité supérieurs à ceux habituels chez les personnes de leur âge. Cela peut interférer avec le fonctionnement normal à l'école, à la maison et avec les camarades. Le TDAH se manifeste tôt dans la vie, affecte environ 3 à 7 % des enfants en âge d'aller à l'école et se poursuit durant l'adolescence, voire jusqu'à l'âge adulte. Cette incidence est environ trois fois plus élevée chez les garçons que chez les filles.

Les signes et symptômes du TDAH se divisent en deux catégories principales. Les personnes qui vivent avec le TDAH peuvent avoir des difficultés principalement liées à l'inattention ou l'hyperactivité/impulsivité, ou à une combinaison des deux. Les signes et symptômes doivent être présents pendant au moins six mois et à un degré bien plus élevé que les autres personnes du même âge.

Vous pourriez remarquer que l'élève :

- Fait de nombreuses erreurs et néglige ou passe à côté de certains détails ;
- A du mal à maintenir son attention (à moins que quelque chose ne soit particulièrement stimulant, comme un jeu vidéo ou un média social) ;
- N'arrive pas à écouter lorsqu'une personne s'adresse directement à lui, car son esprit est souvent ailleurs (p. ex. rêvasserie) ;
- Est facilement distrait et a du mal à finir une tâche ;
- Procrastine ou évite les activités qui exigent un effort mental soutenu ;
- A des problèmes de désorganisation, de désordre et de gestion du temps, ce qui le mène souvent à perdre, oublier ou égarer des affaires ;
- Est facilement distrait ;
- Néglige les activités du quotidien (p. ex. se présenter aux rendez-vous, effectuer les tâches ménagères) ;
- A du mal à estimer le temps avec précision.

Les signes et symptômes typiques de l'hyperactivité et de l'impulsivité peuvent inclure :

- Agitation et tortillements
- Avoir des difficultés à rester assis ou trouver fréquemment des raisons pour se lever et bouger
- Courir ou escalader dans des situations inappropriées
- Incapacité à jouer ou à mener des activités de loisirs calmement
- Sembler être en permanence en mouvement ou avoir besoin de faire quelque chose
- Loquacité excessive
- Donner une réponse avant que la question n'ait été entièrement formulée ou bien couper la parole aux autres personnes lors des conversations
- Impatience lorsque la personne attend son tour



Comme c'est le cas pour de nombreux troubles psychiatriques, la plupart des chercheurs s'accordent à dire qu'une interaction entre des facteurs génétiques et environnementaux peut mener au TDAH. La génétique détermine environ 75 % de tous les cas de TDAH. Les facteurs environnementaux jouent également un rôle important, comme l'exposition à la fumée de cigarette, aux drogues récréatives, à l'alcool ou à d'autres toxines in utero, ou l'accouchement prématuré avec un poids très faible à la naissance.

Le traitement le plus efficace et le plus couramment utilisé sont les stimulants, qui permettent d'augmenter la capacité d'attention et de concentration de l'élève, mais aussi de diminuer son impulsivité et son hyperactivité. Les stimulants sont sûrs, efficaces et agissent rapidement pour la plupart des gens, mais les effets secondaires peuvent être problématiques pour certains. Dans ce cas, un professionnel de santé peut prescrire un autre médicament.

Des interventions psychosociales peuvent compléter utilement les médicaments. La thérapie comportementale se révèle utile pour améliorer le fonctionnement scolaire et social de l'élève. Une formation au comportement parental peut aider les parents à mieux comprendre et soutenir leur enfant. Les interventions en classe peuvent aider à adapter la classe et l'environnement d'apprentissage à un élève atteint du TDAH.

Les stratégies utilisées en classe doivent être adaptées au développement de l'élève et les enseignants peuvent souvent participer à l'évaluation de l'impact des interventions médicamenteuses. Les interventions spécifiques en classe doivent être adaptées aux besoins de l'élève. Voici quelques exemples :

- TDAH en classe | CDC : <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/school-success.html>
- Informations générales sur le TDAH | CSTC : <https://caddac.ca/about-adhd/in-general/>
- Symptômes du TDAH, handicaps et logement dans l'environnement de l'école primaire | CSTC : <https://caddac.ca/wp-content/uploads/Elementary-Impairment-Accomm-chart-with-check-boxes-FINAL-1.pdf>



Les apprenants neurodivergents bénéficient d'interventions claires, bienveillantes et cohérentes adaptées à leurs besoins spécifiques.



Les états émotionnels (triste, malheureux, déçu, consterné, démoralisé et désabusé) ne sont pas la même chose qu'une dépression.

Troubles dépressifs (Depressive Disorders)

Il est normal de se sentir parfois triste ou désespéré, cela fait partie de la vie, aussi bien pour les enfants que pour les adultes. Des critères de diagnostic spécifiques distinguent les troubles dépressifs des sentiments et comportements qui sont attendus et adaptés à l'âge d'un individu. Les enfants souffrant de dépression clinique peuvent présenter une humeur maussade qui dure plus de quelques semaines et qui les empêche de fonctionner normalement à l'école, avec leurs amis ou dans leur vie quotidienne (p. ex. dormir, étudier, manger et profiter des activités agréables).

Les enfants souffrant d'un trouble dépressif caractérisé peuvent :

- Se sentir ou sembler indifférents, ennuyés, fatigués, vides ou irritables ;
- Se sentir malheureux même lorsque des événements positifs ont lieu ;
- Être très sensibles au rejet ou à l'échec ;
- Ne pas apprécier leurs centres d'intérêt autant qu'avant ;
- Dédier moins de temps à leurs amis, à leur famille ou aux activités extra-scolaires ;
- Être souvent absents à l'école ou ne pas obtenir des résultats à la hauteur de leur potentiel ;
- Avoir des difficultés à se concentrer et à prendre des décisions ;
- Se sentir désespérés et pessimistes concernant l'avenir ;
- Se sentir impuissants et penser que tout est injuste ;
- Avoir le sentiment que tout est de leur faute ou qu'ils ne sont bons à rien ;
- Voir la plupart des choses de façon négative ;
- Avoir des pensées suicidaires ou vouloir mourir ;
- Dormir plus ou moins que d'habitude ;
- Avoir des changements d'appétit et/ou de poids ;
- Avoir fréquemment mal à la tête ou au ventre.

Pour qu'un clinicien en santé mentale diagnostique un trouble dépressif caractérisé, les symptômes doivent être importants et différents des défis émotionnels, cognitifs et physiques de la vie quotidienne. Les symptômes ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie.

Les troubles dépressifs font partie des maladies mentales les plus courantes en raison d'une combinaison de facteurs. La génétique de certaines personnes (notamment les traits de personnalité) peut les rendre plus susceptibles de développer un trouble de l'humeur à la suite de stress majeurs de la vie. La dépression est également un phénomène familial : les risques qu'une personne développe un trouble dépressif caractérisé augmente si un parent du premier degré (parent, frère ou sœur) est atteint du même trouble, même en l'absence d'un stress majeur de la vie. L'héritabilité de la dépression clinique est d'environ 40 %. Les expériences négatives vécues durant l'enfance (p. ex. négligence, abus, pauvreté ou violence) et les événements stressants de la vie peuvent aussi contribuer à la survenue d'un trouble dépressif caractérisé.



Il existe plusieurs traitements efficaces. Citons entre autres la psychothérapie (p. ex. thérapie comportementale et cognitive), la thérapie interpersonnelle (TIP, interpersonal psychotherapy) et une classe de médicaments antidépresseurs appelés inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Dans certains cas, ces traitements peuvent être combinés.

Si vous craignez que votre élève puisse être atteint de dépression clinique, vous devez en parler avec le professionnel de la santé mentale le plus compétent au sein de votre école (p. ex. conseiller ou psychologue). Le professionnel de santé de l'école peut donner des conseils et apporter un soutien (y compris des suggestions pour des stratégies de développement personnel). Si le trouble est plus intense ou si la personne est suicidaire, le conseiller scolaire doit immédiatement l'orienter vers le professionnel de santé le mieux placé pour traiter le trouble. Dans les situations graves, il peut s'agir du service des urgences ou d'un centre de soins d'urgence. Lorsqu'une intervention a lieu et quand l'élève revient à l'école, il est important que l'enseignant fasse partie de l'équipe en charge du traitement continu. Il doit aussi aider à développer les besoins d'apprentissage et à y répondre. Il se peut également que vous deviez collaborer avec des professionnels de l'école et externes pour apporter un soutien émotionnel et faire vivre des expériences positives à l'élève.



Si vous craignez que votre élève puisse être atteint de dépression clinique, vous devez en parler avec le professionnel de santé mentale le plus compétent au sein de votre école.

Trouble spécifique de l'apprentissage (TSA) (Specific Learning Disorder (SLD))

De nombreux enfants ont du mal à lire, écrire ou compter, mais certains élèves peuvent avoir de grandes difficultés à acquérir et affiner des compétences éducatives spécifiques. Un trouble spécifique de l'apprentissage (TSA) est un trouble neurodéveloppemental diagnostiqué lorsque la capacité d'un individu à percevoir ou traiter efficacement et précisément les informations est marquée par des déficits spécifiques. Un TSA est caractérisé par des difficultés persistantes et handicapantes à acquérir des compétences scolaires fondamentales en matière de lecture, d'écriture et/ou de calcul, qui ne sont pas dues à des problèmes sensoriels, à un manque d'opportunités d'apprentissage ni à un handicap intellectuel. Les types de troubles de l'apprentissage incluent des difficultés à lire (p. ex. la dyslexie), à compter (p. ex. la dyscalculie) et à écrire (p. ex. la dysgraphie). La prévalence du TSA dans les domaines scolaires de la lecture, de l'écriture et du calcul est de 5 à 15 % parmi les enfants en âge d'aller à l'école, dans différentes langues et cultures.

Une personne atteinte d'un TSA peut présenter au moins l'un des symptômes suivants qui ont persisté pendant un minimum de six mois, malgré la mise en place d'interventions ciblant ces difficultés :

- Lecture des mots imprécise ou lente et laborieuse (p. ex. l'élève lit chaque mot à voix haute de façon incorrecte ou bien à voix basse et avec hésitation, il devine fréquemment les mots ou a des difficultés à les détacher)
- Difficulté à comprendre le sens de ce qui est lu (p. ex. l'élève peut lire un texte avec précision mais ne pas comprendre la séquence, les relations, les conclusions ou le sens plus profond du texte)
- Difficultés avec l'orthographe (p. ex. l'élève peut ajouter, omettre ou remplacer des voyelles ou des consonnes)
- Difficultés avec l'expression écrite (p. ex. l'élève fait plusieurs erreurs de grammaire ou de ponctuation dans une phrase, organise les paragraphes de façon peu cohérente)
- Difficultés à maîtriser le sens du nombre, les opérations à deux chiffres ou le calcul (p. ex. l'élève comprend mal les nombres, leur grandeur et leurs relations, compte sur ses doigts pour additionner des chiffres au lieu de mémoriser l'opération comme le font ses camarades)
- Difficultés avec les raisonnements mathématiques (p. ex. l'élève a de graves difficultés à appliquer des concepts, des opérations ou des procédures mathématiques pour résoudre des problèmes quantitatifs)

Bien que les causes des troubles spécifiques de l'apprentissage ne soient pas bien comprises, l'hérédité et les facteurs environnementaux font partie des facteurs de risques contributifs potentiels. Les valeurs d'estimation de l'héritabilité sont supérieures à 60 % pour les handicaps de lecture (dyslexie) et le risque de trouble spécifique de l'apprentissage en mathématiques est environ cinq à dix fois supérieur chez les parents du premier degré (p. ex. parents, frères et sœurs) d'individus ayant ces difficultés d'apprentissage par rapport à ceux qui n'en sont pas affectés. Les facteurs environnementaux, comme la naissance prématurée, un poids très faible à la naissance, une exposition prénatale à la nicotine ou à l'alcool, les blessures crâniennes, la malnutrition ou bien l'exposition à des substances toxiques peuvent aussi augmenter le risque de trouble spécifique de l'apprentissage.

Les individus ayant des troubles de l'apprentissage sont confrontés à des défis uniques qui peuvent persister tout au long de leur vie. Selon le type et la gravité du trouble, des interventions peuvent être mises en place pour aider les personnes à acquérir des stratégies visant à favoriser la réussite future. Les psychologues scolaires et autres professionnels qualifiés aident souvent à concevoir et gérer de telles interventions. Un soutien social peut aussi améliorer l'apprentissage des élèves atteints de ce type de troubles.



Trouble obsessionnel compulsif (TOC) (Obsessive-Compulsive Disorder (OCD))

Les pensées intrusives occasionnelles ou les comportements répétitifs sont courants au sein de la population générale (p. ex. vérifier à deux reprises qu'une porte est fermée à clé). Tout le monde a des pensées indésirées ou récurrentes de temps à autre. De la même manière, de nombreuses personnes ont des manies et leurs façons préférées d'effectuer des tâches (p. ex. routines, habitudes superstitieuses), mais le TOC est bien plus que cela. Les personnes souffrant de cette maladie mentale se sentent prises au piège dans un cycle de pensées angoissantes et/ou comportements qui deviennent si extrêmes qu'ils interfèrent avec leur vie quotidienne, consomment beaucoup de temps (p. ex. plus d'une heure par jour) et d'attention, ou bien se traduisent par une grande souffrance.

Les obsessions sont des pensées, des envies ou des images mentales récurrentes et persistantes qui sont à la fois intrusives et non désirées.

Voici quelques exemples d'obsessions courantes :

- Préoccupations concernant la propreté ou la contamination
- Survenue d'événements négatifs (p. ex. violence, scènes horribles ou être victime d'une attaque)
- Doutes quant à la réalisation ou non d'une action
- Affaires personnelles ou actions devant être dans un ordre spécifique (p. ex. symétrie et ordre)



Les compulsions (ou « rituels ») sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux destinés à réduire les sentiments angoissants associés à une obsession. La personne se sent poussée à se comporter selon des règles extrêmement rigides. Cependant, ces comportements ou actes mentaux ne fonctionnent que brièvement et doivent donc être sans cesse répétés, interférant ainsi avec la vie quotidienne. Ils prennent du temps (p. ex. plus d'une heure par jour), ou provoquent une détresse ou un handicap important d'un point de vue clinique. Voici quelques exemples de compulsions courantes :

- Comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, taper des doigts sur un bureau, vérifier à plusieurs reprises qu'une tâche a bien été effectuée)
- Placer des objets dans un ordre spécifique ou de façon symétrique
- Demander à être rassuré au sujet de ses propres compulsions
- Actes mentaux (p. ex. compter des objets, répéter des mots silencieusement)



Les enfants atteints de TOC peuvent éviter leurs amis, arrêter de pratiquer des sports qu'ils aiment, subir un rejet de la part de leurs camarades, avoir du mal à se concentrer à l'école, se disputer ou entrer en conflit avec des membres de leur famille, passer plus de temps que les autres à réaliser des tâches, et avoir du mal à profiter des loisirs et de la vie en général. Au cours d'une année donnée, la prévalence de TOC est comprise entre 1,1 % et 1,8 %. Les facteurs génétiques (p. ex. un taux de concordance de 57 % pour les vrais jumeaux) contribuent au développement de TOC. Les personnes ayant des membres de leur famille immédiate atteints de TOC sont deux fois plus susceptibles d'être touchées elles aussi, et dix fois plus si les membres concernés ont développé un TOC durant l'enfance ou l'adolescence.



Les TOC ne sont pas la même chose que le fait d'apprécier un bureau bien rangé.

Les TOC sont traités par la psychothérapie, la psychoéducation et/ou des médicaments. L'exposition avec prévention de la réponse (un type de TCC) aide les personnes à affronter l'obsession sans céder à la compulsion, dans un environnement sûr où le thérapeute apporte son soutien. Les médicaments représentent également une part importante du traitement pour certaines personnes atteintes de TOC, les ISRS étant les plus couramment prescrits.

Si vous pensez qu'un élève pourrait souffrir de TOC, orientez-le vers le conseiller scolaire ou le professionnel de santé de l'école qui pourra ensuite adresser l'élève à un professionnel mieux placé pour prescrire un traitement. En tant qu'enseignant, continuez à apporter un soutien émotionnel à l'élève et à l'aider dans son apprentissage dans le cadre de son « cercle de soins ». Il est important de savoir si des modifications scolaires doivent être apportées pour améliorer les opportunités d'apprentissage pour les jeunes atteints de TOC. Par conséquent, il est généralement nécessaire d'inclure l'enseignant dans la planification et le contrôle du traitement.

Sources :

- Guide pédagogique La santé mentale et l'école secondaire : <http://teachmentalhealth.org>
- Kelty Mental Health Resource Centre : <http://keltymentalhealth.ca/>
- Institut national de la santé mentale : <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/>
- Académie américaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : <http://aacap.org/>

Module 5 :

S'aider soi-même et aider les autres (Helping Self and Helping Others)

- Tout le monde a une santé mentale dont il faut prendre soin et qu'il faut préserver.
- Il existe de nombreuses façons de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale et des troubles mentaux.
- Obtenir de l'aide à un stade précoce, pour soi et pour les autres, améliore les résultats positifs sur la santé mentale.



S'aider soi-même et aider les autres (Helping Self and Helping Others)



Presque tous les jeunes sont confrontés à des émotions négatives, des cognitions et des défis comportementaux qui ne sont pas nécessairement dus à un trouble mental. En règle générale, il suffit d'accorder une oreille attentive, un soutien habituel et des suggestions utiles. De nombreuses activités de promotion de la santé mentale peuvent être précieuses pour améliorer celle des élèves (voir Module 6). Cependant, si votre élève fait face à un problème dans ce domaine, un soutien et des conseils supplémentaires pourraient lui être très utiles. De la même manière, si votre élève souffre d'un trouble mental ou neurodéveloppemental, un traitement professionnel est nécessaire. Il est important d'être capable de faire la différence entre ces besoins, mais ce n'est pas toujours simple.



Obtenir de l'aide à un stade précoce, pour soi et pour les autres, améliore les résultats positifs sur la santé mentale.

Pour un jeune recevant des soins de santé mentale, la vie scolaire peut constituer un défi. Avoir à ses côtés des enseignants et des élèves qui comprennent les meilleurs traitements fondés sur des données probantes pour les troubles mentaux peut être d'une grande aide. Le mot « traitement » décrit ce qu'un professionnel de santé fera pour aider une personne atteinte d'un trouble mental ou neurodéveloppemental. Le traitement comprend plusieurs composantes comme :

- aider une personne à réduire ses symptômes et à améliorer la façon dont elle fonctionne ;
- influencer et modifier le fonctionnement du cerveau ;
- le fait d'être fondé sur les meilleures données probantes disponibles pour être efficace, tolérable et inoffensif ;
- le fait d'être fourni par un professionnel de santé qui possède la formation et les compétences requises pour appliquer et évaluer le traitement.



Pour un jeune recevant des soins de santé mentale, la vie scolaire peut constituer un défi. Avoir à ses côtés des enseignants et des élèves qui comprennent les meilleurs traitements fondés sur des données probantes pour les troubles mentaux peut être d'une grande aide.

Ces traitements sont appelés **traitements standards**, ce qui signifie qu'ils satisfont aux normes de nombreuses organisations professionnelles crédibles en raison du nombre important de recherches scientifiques qui étayent leur utilisation. Les traitements standards ont souvent reçu une approbation de la part d'un organisme de régulation, tels que les médicaments approuvés par Santé Canada.

En tant que type de traitement, les médicaments sont des messagers chimiques qui aident le cerveau à améliorer son fonctionnement lorsqu'il a été affecté par un trouble mental/neurodéveloppemental, et devraient entraîner une réduction des signes et symptômes associés. Cela aide à améliorer le fonctionnement de la personne atteinte du trouble. Cette réinitialisation peut également aider à réduire la probabilité qu'une maladie mentale spécifique (p. ex. trouble anxieux généralisé) ne revienne.

Tous les jeunes ayant un trouble mental n'ont pas besoin de médicaments pour le traiter. Les médicaments ne doivent que rarement, voire jamais, être prescrits sans une psychothérapie ou un soutien psychosocial en parallèle. D'après les données scientifiques disponibles, les médicaments peuvent être un traitement nécessaire, mais pas suffisant, pour les jeunes souffrant d'un trouble mental.

La psychothérapie représente un autre type de traitement standard pour les troubles mentaux. Elle peut être efficace seule et combinée à des médicaments. La psychothérapie implique plus qu'une simple discussion. Il s'agit d'un processus collaboratif qui aide les personnes atteintes de troubles mentaux à résoudre leurs problèmes, à acquérir et utiliser des stratégies positives d'adaptation, et à modifier avec souplesse leurs pensées, émotions et comportements négatifs et nocifs. Grâce à ce processus, la psychothérapie peut même avoir un effet sur la chimie et la structure de certaines parties du cerveau affectées par les troubles mentaux. La psychothérapie peut être proposée seule pour les formes bénignes de certaines maladies mentales, comme les troubles anxieux et les troubles dépressifs. Pour les types ou formes plus graves de troubles mentaux, les psychothérapies sont associées à des médicaments afin d'obtenir de meilleurs résultats. Il existe de nombreux types différents de psychothérapies, mais la thérapie comportementale et cognitive (TCC) et la thérapie interpersonnelle (TIP) font partie de celles offrant les résultats les plus probants auprès des jeunes.



Outre les traitements standards, il existe des **traitements complémentaires** qui n'ont pas satisfait aux normes de nombreuses organisations professionnelles crédibles et/ou n'ont pas reçu d'approbation de la part d'organismes de régulation. Ces traitements sont fournis en plus des traitements standards. Il existe des preuves qu'un traitement complémentaire peut améliorer l'efficacité d'un traitement standard ou avoir des bienfaits supplémentaires sur la santé. Par exemple, l'ajout d'une dose quotidienne de 1 000 UI de vitamine D à un traitement par ISRS et TCC dans le cas d'un trouble dépressif caractérisé. Un traitement complémentaire ne peut pas correctement remplacer un traitement standard.

Il existe aussi des **traitements alternatifs** pour lesquels nous ne disposons pas de suffisamment de données prouvant leur innocuité ou leur efficacité lorsqu'ils sont utilisés à la place de traitements standards. Les traitements alternatifs ne sont généralement pas inclus dans les recommandations de traitements fondés sur des données probantes.

Comment aider : (How you can help:)



- Identifiez les élèves qui risquent de présenter des troubles mentaux/ neurodéveloppementaux et adressez-les à un professionnel de santé.



- Faites part de vos préoccupations aux élèves et encouragez-les à demander de l'aide.



- Adaptez les attentes scolaires pour ces élèves.



- Aidez les élèves à établir des relations nécessaires à l'apport d'un soutien.



- Mettez en place des interactions adaptées avec les parents lorsque vous abordez le sujet de la santé mentale et des troubles mentaux.

Il existe de nombreuses stratégies que les enseignants peuvent appliquer pour aider les élèves. L'une des meilleures façons d'aider votre élève est de réduire la stigmatisation dans votre classe. Faites attention au type de vocabulaire que vous utilisez lorsque vous êtes en présence de vos élèves et d'autres personnes. Ce que nous disons et la façon dont nous l'exprimons reflète nos opinions et la manière dont nous voyons les personnes. Les personnes vivant avec des troubles mentaux/neurodéveloppementaux (notamment vos élèves) sont souvent rabaisées, découragées, démoralisées et marginalisées. Ne laissez pas vos élèves se sentir ainsi au sein de votre classe dont vous contrôlez l'environnement. En choisissant les mots que vous utilisez, vous pouvez combattre la stigmatisation dans votre classe et aider vos élèves à se sentir en sécurité et soutenus. Pour plus d'informations sur les stratégies utiles, rendez-vous sur <http://teachmentalhealth.org>. Ce site inclut une ressource pédagogique complète sur la familiarisation à la santé mentale pour les enseignants en formation et en poste.

Les enseignants peuvent aider les élèves et leurs familles en les mettant en relation avec des professionnels de la santé mentale travaillant au sein de l'école, mais aussi en les sensibilisant aux services et groupes de santé de la communauté qui fournissent des traitements ou des stratégies positives d'adaptation. En tant qu'enseignant, vous pouvez jouer le rôle d'adulte de confiance et informé en indiquant où trouver les ressources et en apportant votre soutien. Votre volonté d'enseigner ces modules aux élèves peut faire beaucoup pour améliorer la sensibilisation à la santé mentale et réduire la stigmatisation !



En tant qu'enseignant, vous pouvez jouer le rôle d'adulte de confiance et informé en indiquant où trouver les ressources et en apportant votre soutien.

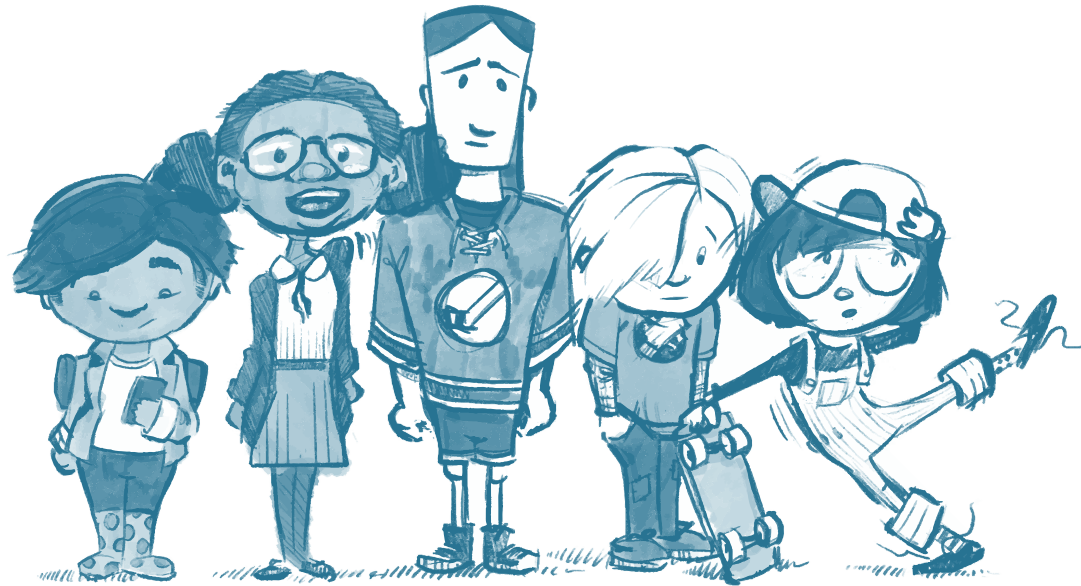
Module 6 :

Développer une bonne santé mentale (Getting Mentally Healthy)

- Ce qui est bon pour la santé physique est bon pour la santé mentale.
- Une gestion appropriée du stress permet d'acquérir une certaine résilience et de nouvelles compétences.
- Les cinq piliers de la santé améliorent la santé physique et mentale.



Développer une bonne santé mentale (Getting Mentally Healthy)



Tout le monde a une santé mentale dont il faut prendre soin et qu'il faut préserver à travers une hygiène de vie saine et des activités de promotion de la santé mentale fondées sur des données probantes. Notre santé mentale peut également être améliorée en apprenant à gérer les émotions et sentiments négatifs, ainsi que le stress et les défis de la vie quotidienne.

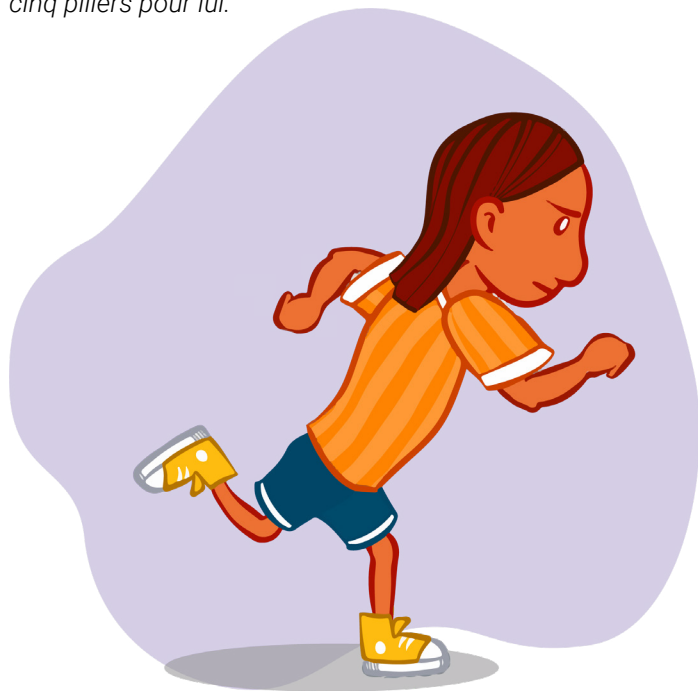
Les cinq piliers de la santé (The Big 5 pillars of health)



- Sommeil réparateur
- Liens sociaux forts
- Activité physique vigoureuse
- Alimentation saine
- Entraide

Voici une série de pratiques pour une hygiène de vie saine que tout le monde* peut adopter pour prendre soin de sa santé mentale : (The following is a set of healthy lifestyle practices that everyone* can apply to promote mental health:)

*Les élèves sont issus de milieux différents (foyers confrontés à l'instabilité des revenus, à l'insécurité alimentaire, à l'insuffisance des réseaux de soutien social, etc.). Lorsque vous menez des activités en classe, il est important de tenir compte des nombreux facteurs qui échappent au contrôle de l'élève et qui peuvent influencer ce à quoi ressemblent les cinq piliers pour lui.



Exercice (Exercise)

Il est recommandé de faire 30 minutes d'exercice vigoureux chaque jour (p. ex. faire un jogging, jouer au football). Cependant, n'importe quelle activité physique et quelle qu'en soit l'intensité est préférable à une absence totale de mouvement. Le fait d'être actif présente de nombreux avantages pour la santé physique, sociale, émotionnelle et mentale. L'activité physique est nécessaire à la croissance et au développement de tous les enfants. Elle peut également jouer un rôle important dans le traitement des problèmes ou troubles mentaux chez les enfants et les jeunes.



Sommeil (Sleep)

Un sommeil régulier et réparateur est essentiel pour notre santé physique et mentale. Établir une routine de sommeil et prendre des mesures pour une « hygiène de sommeil » positive peut aider (p. ex. ne pas ranger de téléphones portables dans la chambre et s'éloigner des écrans au moins une demi-heure avant d'aller se coucher). Un sommeil réparateur aide les enfants et les jeunes à mieux retenir les nouvelles informations et à gérer leurs émotions.



Alimentation saine (Healthy Eating)

Une bonne nutrition préserve la santé mentale et le bien-être en apportant à notre corps et à notre cerveau l'énergie et la nourriture dont ils ont besoin. Suivre un régime alimentaire équilibré et les recommandations publiées en matière d'alimentation (comme le guide alimentaire canadien, disponible à l'adresse <http://food-guide.canada.ca/en/>), et éviter les régimes à la mode, peut nous aider à rester forts physiquement et mentalement.



Liens sociaux solidaires (Supportive Social Connections)

Des relations de qualité (p. ex. avec des amis, la famille, des adultes de confiance) peuvent nous aider à vivre des vies plus heureuses et à mieux nous en sortir quand une détresse mentale et des problèmes de santé mentale surviennent.

Entraide (Helping Others)

L'entraide peut aussi bénéficier à notre santé mentale et à notre bien-être (p. ex. faire du bénévolat, faire partie d'une équipe). Il semble que tout le monde y gagne ! Apporter son aide, grande ou petite, peut réduire le stress, améliorer l'humeur et l'estime de soi, et rendre plus heureux en général.



Rappel : chacun perçoit les cinq piliers à sa façon !



Comprendre, gérer et inclure le stress (Understanding, Managing and Embracing Stress)

Appliquer des stratégies efficaces pour faire face au stress est une approche essentielle pour aider les élèves à acquérir de nouvelles compétences et développer leur résistance à long terme. Le stress est la réaction du corps (réponses physiques, cognitives et émotionnelles) aux changements qui nécessitent une adaptation ou une réponse. Cette réaction est basée sur la fonction cérébrale de signalisation (voir Module 3, « Santé mentale et cerveau ») et nous alerte non seulement en cas de danger mortel (où nous pouvons ressentir la réponse « lutter ou fuir »), mais aussi lors des nombreux défis et opportunités de la vie (y compris ce que l'on appelle la réponse d'« excitation et de plaisir »). Considérer que la réponse au stress est toujours de type « lutter ou fuir » est une erreur fondamentale. En effet, à moins de vivre dans une zone de conflit, de se trouver dans une situation de pauvreté ou de vivre des traumatismes graves et persistants (comme une maltraitance ou un abandon), notre réponse au stress n'est pas considérée comme du stress toxique. Dans ces situations, la réponse au stress peut être grave ou prolongée au point d'avoir des conséquences négatives sur la santé de certaines personnes (mais pas toutes).

La plupart du temps, le stress quotidien ne mérite pas une réponse dite de « lutte ou de fuite ». Il s'agit plutôt d'un signal indiquant que nous devons changer quelque chose dans notre environnement ou la façon dont nous y répondons. Si nous réussissons à le faire, la réponse au stress disparaît et nous nous sommes alors adaptés. Nous nous souvenons ensuite des adaptations réussies et les appliquons à de nouveaux défis, démontrant ainsi que nous avons acquis une nouvelle compétence. Les adaptations réussies apportent une multitude de nouvelles compétences qui développent la résistance. La plupart du temps, le stress quotidien est donc normal et adaptable, et peut préserver la santé. The Harvard Centre for the Developing Child (<https://developingchild.harvard.edu/>) a créé un tableau utile qui illustre les différences entre les types de stress. Il est à noter que même avec le stress toxique, il existe des facteurs protecteurs qui aident à atténuer les potentiels impacts négatifs. Ces facteurs peuvent être à la fois biologiques (par nature, certaines personnes « résistent » mieux au stress) ou environnementaux (en particulier, la présence d'une personne attentionnée et de confiance comme un parent, un grand-parent, un époux, un partenaire, un ami, etc.).

Nous avons tous besoin d'une part de stress pour être performants. La part de stress dont nous avons besoin pour être performants varie d'une personne à l'autre et nous devons nous entraîner pour trouver cette « juste mesure ».

Lorsqu'ils sont confrontés à un facteur de stress (défi, opportunité, menace, etc.), notre cerveau et notre corps lancent la réponse au stress. Si nous évitons le facteur de stress, la prochaine fois que nous rencontrerons des facteurs de stress similaires, la réponse deviendra plus intense et grave, produisant des résultats inadéquats. Notre défi est d'aider nos élèves (et nous-mêmes) à apprendre à mieux gérer notre réponse au stress : non pas en évitant les facteurs de stress et en se concentrant uniquement sur la réduction de la réponse, mais en développant des compétences et des stratégies d'adaptation qui nous aident à utiliser la réponse normale au stress au profit de notre développement.



**Positif
(Positive)**

Brèves augmentations du rythme cardiaque, légères élévations des niveaux des hormones de stress.

**Tolérable
(Tolerable)**

Réponses sévères et temporaires au stress, atténuées par des relations solidaires.

**Toxique
(Toxic)**

Activation prolongée des systèmes de réponse au stress en l'absence de relations protectrices.¹

Les cinq piliers de la santé abordés plus haut représentent des manières essentielles d'aider les élèves à gérer le stress, à améliorer leur humeur, à optimiser leur performance et à profiter de la vie. Ces piliers s'accompagnent des techniques de gestion du stress en trois étapes :

1. Concentrez-vous sur ce que vous pensez lorsque vous ressentez la réponse au stress.

(1. Focus on what you are thinking when you feel the stress response)

Il s'agit de la différence entre penser que le signal de stress est « mauvais » ou « négatif », et penser que ce que vous êtes en train de vivre est un signal destiné à vous alerter de la présence d'un défi ou d'une opportunité dans votre environnement.

2. Déterminez l'objet de l'alerte que vous envoie le signal de stress et trouvez comment vous en occuper efficacement.

(2. Determine what the stress signal is alerting you to and figure out how to address it effectively)

Nous devons déterminer quel est le défi ou l'opportunité, puis trouver une manière de le relever ou de la saisir avec succès, ou bien apporter une solution.

3. Si nécessaire, appliquez des techniques spécifiques pour modifier l'intensité de la réponse au stress.

(3. If necessary, apply specific techniques to modify the intensity of the stress response)

Il existe différentes manières de réduire les signaux de stress comme la respiration contrôlée et la relaxation musculaire progressive. Le recours à de telles stratégies peut aider à diminuer l'intensité de la réponse au stress afin que nous puissions faire face au défi et développer notre résistance.

1 The Harvard Centre for the Developing Child
(<https://developingchild.harvard.edu/>)

Le domaine de la santé mentale est vaste et il y a beaucoup à apprendre sur le cerveau, les troubles mentaux, les traitements et la prévention. Bien qu'elles ne soient pas exhaustives, nous espérons que ces informations de base ont renforcé votre confiance pour présenter les modules EMHLR dans votre établissement. Pour en savoir plus et pour obtenir de l'aide, consultez le site Internet <http://mentalhealthliteracy.org>.



© Mental Health Literacy 2023

