

## Qu'est-ce que le TAPP-C?

Le Programme de prévention des incendies criminels à l'intention des enfants (Arson Prevention Program for Children [TAPP-C]) est un programme d'évaluation et d'intervention fondé sur des données empiriques qui a été mis au point au début des années 1990 dans le but de lutter contre le comportement incendiaire chez les enfants et les adolescents.

Le TAPP-C est un programme à la mise en œuvre duquel collaborent les professionnels des services des incendies et de la santé mentale qui travaillent auprès des enfants, des adolescents et de leurs familles en vue de mettre fin au comportement incendiaire. Les professionnels des services des incendies font la promotion de la sécurité-incendie et donnent des conseils à cet égard aux enfants, aux adolescents et à leurs familles, et les professionnels de la santé mentale effectuent des évaluations des risques et offrent, dans les établissements de santé mentale, un traitement axé sur les besoins des enfants et des parents.

Le TAPP-C est le résultat de la collaboration entre le Centre de toxicomanie et de santé mentale, le Bureau du commissaire des incendies de l'Ontario et le Service des incendies de Toronto. Chacun de ces organismes offre un soutien continu au TAPP-C.

La composante de traitement de santé mentale du TAPP-C est un programme d'intervention de courte durée comportant deux modules dont l'un s'adresse aux parents et aux fournisseurs de soins (qui sont collectivement appelés dans ce document *fournisseurs de soins*) et l'autre, aux enfants et aux adolescents (qui sont collectivement appelés *enfants* dans ce manuel).

Le programme d'intervention a été conçu pour lutter spécifiquement contre le comportement incendiaire ainsi que contre toutes les formes de pyromanie chez les enfants et les adolescents. Il repose sur les programmes visant à aider les parents et les fournisseurs de soins à gérer les problèmes de comportement de leur enfant (Cunningham, Bremner et Boyle, 1995; Kazdin, Siegel et Bass, 1992; Webster-Stratton, Hollinsworth et Kolpacoff, 1989) et sur certains éléments de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) s'appliquant aux enfants et aux adolescents (Augimeri, Koegl et Goldberg, 2001; Kazdin, Bass, Siegel et Thomas, 1989; Kendall et Braswell, 1993; Larson et Lochman, 2002; Webster, Augimeri et Koegl, 2002).

La composante de traitement du TAPP-C est considérée comme un volet d'une vaste gamme de services qu'il peut être nécessaire de fournir aux enfants et à leurs fournisseurs de soins en vue de lutter adéquatement contre le comportement incendiaire. Dans l'idéal, il conviendrait, avant de faire participer des enfants à la composante de traitement du TAPP-C, d'évaluer leur comportement incendiaire au moyen de divers outils d'évaluation des risques de comportement incendiaire et de santé mentale générale. En fonction des résultats de ces évaluations, il peut être nécessaire d'offrir à certains enfants la composante de traitement du TAPP-C ainsi que des traitements de santé mentale générale. Lorsque les risques de comportement incendiaire chez des enfants sont considérés comme étant faibles à l'issue de ces évaluations, la seule composante de traitement du TAPP-C peut être considérée suffisante.

## Pourquoi un programme d'intervention de courte durée visant à lutter spécifiquement contre le comportement incendiaire chez les enfants est-il nécessaire?

Bon nombre des enfants et des adolescents qui allument des feux ou qui manipulent des allumettes et des briquets manifestent d'autres difficultés cliniques importantes (Kolko, 1996). On constate souvent parmi ces difficultés des troubles de comportement comme l'hyperactivité avec déficit de l'attention (HDA), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC) ainsi que des difficultés plus générales d'ordre scolaire et/ou liées aux relations avec leur famille et les pairs. Bien qu'il importe de tenir compte de ces difficultés dans la planification du traitement, il convient pour plusieurs raisons d'intervenir rapidement lorsque l'on constate chez les enfants un comportement incendiaire et d'autres formes de pyromanie.

La première et la plus importante raison justifiant une intervention précoce dans le cas d'un comportement incendiaire chez les enfants, c'est que peu importe les

motifs ou les intentions d'un incendiaire, ce comportement peut exposer non seulement son auteur, soit l'enfant visé, mais d'autres personnes qui se trouvent dans les alentours ou dans la maison ou l'immeuble même où le feu est allumé à des blessures graves, et même à la mort. En outre, tout comportement incendiaire peut entraîner d'importants dommages à la propriété. Compte tenu de ces risques, il peut être plus facile d'encourager les enfants et les adolescents incendiaires et leurs fournisseurs de soins à s'attaquer en priorité à cette difficulté.

Deuxièmement, pour mener à bien leur projet, les incendiaires doivent se procurer du matériel pour allumer un feu et trouver des occasions de donner libre cours à leur penchant. Il est donc possible de cibler une intervention auprès des incendiaires et de lutter plus efficacement contre ce genre de difficulté que contre des difficultés comportementales de nature plus générale comme la difficulté à établir des relations avec les pairs.

Enfin, dans de nombreux cas, le comportement incendiaire est la manifestation chez un enfant ou un adolescent de difficultés comportementales plus vastes. En luttant contre ce comportement, il est donc possible aux fournisseurs de soins, aux enfants et aux adolescents d'acquérir des habiletés qui pourront être utilisées pour gérer d'autres problèmes. Une fois ces habiletés acquises, elles peuvent être appliquées dans d'autres domaines.

## Quels sont les éléments de la composante de traitement du TAPP-C?

Le TAPP-C est fondé sur la collaboration établie entre cliniciens, fournisseurs de soins et enfants pour lutter contre le comportement incendiaire. Le rôle du clinicien est d'aider les fournisseurs de soins et les enfants à concevoir et à mettre en œuvre leurs propres solutions au comportement incendiaire.

Les programmes visant à aider les parents à gérer les problèmes de comportement de leur enfant ont été conçus pour aider les parents des enfants ayant des comportements inappropriés à améliorer leur capacité d'intervenir efficacement auprès de leurs enfants pour les aider à abandonner le comportement inapproprié. Comme pour ces programmes, l'un des objectifs de la composante de traitement du TAPP-C est d'améliorer la capacité d'intervention des fournisseurs de soins des

enfants ayant un comportement incendiaire, en partie en les aidant à amener ces enfants à adopter un comportement favorisant la sécurité-incendie. En outre, le TAPP-C traite des pratiques de supervision et de surveillance des parents, des mesures à prendre pour renforcer le comportement souhaité, des conséquences du comportement inapproprié ainsi que des difficultés futures qui pourraient mener à un comportement incendiaire.

S'inspirant des programmes de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui ont été conçus pour les enfants et les adolescents ayant du mal à contrôler leur impulsivité (p. ex., Earls Court Child and Family Centre, 2001a; 2001b), la composante d'intervention du TAPP-C vise également à proposer aux enfants et aux adolescents des stratégies leur permettant de prendre conscience de leur attirance pour le feu dans le but de la contrôler.

La composante de traitement du TAPP-C repose sur un cadre théorique d'apprentissage social s'appuyant sur les trois principes suivants :

1. L'adoption par les enfants et les adolescents d'un comportement incendiaire est le résultat de l'adoption par eux de comportements contraires à la sécurité-incendie.
2. Le comportement incendiaire est appris.
3. Le milieu familial – ou le milieu de rechange – revêt une grande importance pour l'apprentissage de comportements favorisant la sécurité-incendie.

La composante de traitement du TAPP-C comporte environ cinq séances de 90 minutes destinées aux fournisseurs de soins et cinq séances de 90 minutes destinées aux enfants. Toutes ces séances comportent un certain nombre d'éléments communs et d'autres éléments qui leur sont propres.

Dans l'idéal, les séances sont menées simultanément par deux cliniciens qui peuvent intervenir de façon indépendante auprès de l'enfant et des fournisseurs de soins. Dans ce modèle, chaque séance commence et se termine par une réunion à laquelle participent tant les fournisseurs de soins que l'enfant et les cliniciens. L'objet de cette réunion conjointe est de favoriser la coopération des intervenants en examinant avec eux le contenu de base de la séance ainsi que les exercices pratiques à faire à la maison. Si un seul clinicien est disponible, il est possible de suivre un autre modèle.

Voici le contenu de chaque séance de traitement :

- collecte de renseignements touchant toute nouvelle manifestation du comportement incendiaire depuis la dernière séance;
- examen des renseignements touchant le comportement incendiaire spécifique de l'enfant visé dans le contexte du sujet devant être abordé au cours de la séance;
- psychoéducation portant sur l'habileté cible devant être acquise pendant la séance;
- mise en pratique au cours de la séance de la nouvelle habileté acquise; et
- explication des exercices à faire à la maison pour développer l'habileté.

L'on a constaté que les stratégies d'intervention mettant l'accent sur la participation active du client étaient plus efficaces que les autres (Bloomquist et Schnell, 2002; Reid, Patterson et Snyder, 2002). Par conséquent, la composante de traitement du TAPP-C repose essentiellement sur la participation du client et sur les exercices pratiques. À titre d'exemple, les cliniciens sont encouragés à amener les participants à se poser des questions judicieuses pour qu'ils puissent établir leurs propres plans pour lutter contre le comportement incendiaire, cerner les obstacles à la mise en œuvre de ces plans et proposer des moyens de surmonter ces obstacles.

La composante de traitement du TAPP-C traite des sujets suivants :

- le caractère dangereux du comportement incendiaire;
- l'importance de la sécurité-incendie;
- le rôle de la sécurité-incendie au sein de la famille;
- l'élimination raisonnée de l'accès au matériel combustible et au matériel connexe;
- l'élimination des modèles ne favorisant pas la sécurité-incendie;
- l'explication des situations à risque élevé et des autres facteurs susceptibles de déclencher un comportement incendiaire;
- l'amélioration des pratiques de supervision et de surveillance;
- l'élaboration de réactions de rechange face aux facteurs susceptibles de déclencher un comportement incendiaire;

- la compréhension des conséquences du comportement incendiaire et l'établissement d'un plan de conséquences approprié;
- le moyens d'obtenir le soutien d'autres personnes; et
- la planification de la surveillance à exercer à l'avenir pour anticiper les changements pouvant entraîner une augmentation des risques.

## Quels résultats peut-on espérer de la composante de traitement du TAPP-C?

Les recherches portant sur l'efficacité des programmes visant à aider les parents à gérer les problèmes de comportement de leur enfant révèlent que ces stratégies peuvent entraîner une amélioration considérable du comportement cible (Cunningham, Bremner et Boyle, 1995; Kazdin, Siegel et Bass, 1992; Webster-Stratton, Hollinsworth et Kolpacoff, 1989). L'efficacité des programmes fondés sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans le cas des enfants ayant des problèmes de comportement a également été démontrée (Augimeri, Koegl et Goldberg, 2001; Kazdin, Bass, Siegel et Thomas, 1989; Kendall et Braswell, 1993; Larson et Lochman, 2002; Webster, Augimeri et Koegl, 2002).

Les recherches concluent à l'efficacité de ces stratégies tant lorsque les traitements sont administrés individuellement (soit que les programmes visant à aider les parents à gérer les problèmes de comportement de leur enfant soient administrés seulement, soit que la TCC soit administrée seulement) que lorsqu'ils sont administrés ensemble (Kazdin, Siegel et Bass, 1992). Ce sont cependant lorsque ces deux types de programmes font tous deux partie du traitement que celui-ci est le plus efficace (Kazdin, Siegel et Bass, 1992). Par conséquent, on conseille que le module destiné aux fournisseurs de soins ainsi que le module destiné aux enfants soient mis en œuvre ensemble.

Les recherches démontrent aussi clairement qu'une intervention fondée sur la collaboration est celle qui donne les meilleurs résultats pour les familles comptant des enfants ayant des problèmes de comportement, plutôt que le recours à des modèles où les clients ne peuvent pas participer de façon interactive (Webster-Stratton et Hancock, 1998).

## Évaluations préliminaires du TAPP-C

Les évaluations préliminaires de la composante de traitement du TAPP-C sont encourageantes. Sur une période de quatre ans, environ 200 familles ont participé au projet de recherche sur le TAPP-C au Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto, en Ontario (Canada). Voici les services qui ont été offerts à ces familles :

- évaluation complète des risques;
- accès à une version antérieure des interventions proposées dans ce manuel;
- éducation en matière de sécurité-incendie dispensée par le service des incendies; et
- dans de nombreux cas, aiguillage vers d'autres services de santé mentale.

Les évaluations de suivi menées auprès de ces familles un an après qu'elles aient suivi le traitement indiquent que le TAPP-C est aussi efficace que les autres programmes de prévention du comportement incendiaire ayant déjà fait l'objet de recherches (p. ex., Kolko, 2001). Comme dans la recherche de Kolko, environ les trois quarts des parents ayant participé au programme TAPP-C ne signalent aucune autre manifestation du comportement incendiaire chez leurs enfants (MacKay et Henderson, 2002).

Ces résultats, auxquels s'ajoutent les preuves de l'efficacité des programmes visant à aider les parents à gérer les problèmes de comportement de leur enfant et de la TCC confirmées par d'autres recherches, permettent de conclure de façon préliminaire que la composante de traitement du TAPP-C donne des résultats encourageants dans le cas de l'échantillon clinique de familles comptant des enfants ou des adolescents ayant manifesté un comportement incendiaire ou un comportement connexe.

Il est prévu à l'avenir de mener une étude aléatoire contrôlée reposant sur ce manuel pour établir l'efficacité de la composante du traitement du TAPP-C.

### Facteurs susceptibles de jouer un rôle dans le succès ou l'échec du traitement du TAPP-C

D'après les preuves provenant d'études portant sur les thérapies proposées aux enfants ayant des problèmes de comportement, les facteurs suivants sont susceptibles de jouer un rôle dans le succès du TAPP-C :

- le fait pour les fournisseurs de soins et l'enfant de participer ou non à toutes les séances;

- le degré de la participation du client à la séance; et
- le fait pour les participants de faire ou non les exercices pratiques à la maison.

Comme dans le cas d'autres programmes de traitement, les facteurs suivants sont inévitablement susceptibles d'influer sur l'efficacité du TAPP-C :

- des facteurs liés aux parents comme les problèmes de santé mentale;
- des facteurs liés aux enfants comme la gravité du comportement incendiaire et d'autres psychopathologies; et
- des facteurs liés aux thérapeutes comme l'étendue de leur expérience clinique.

## À qui convient la composante de traitement du TAPP-C?

Le TAPP-C est une thérapie qui s'adresse tant aux fournisseurs de soins des enfants et des adolescents âgés de 2 à 17 ans qui ont manifesté diverses formes de comportement incendiaire qu'à ces enfants et adolescents eux-mêmes.

Aux fins de ce manuel, le *comportement incendiaire* est tout comportement non sanctionné ou dangereux qui est lié à la pyromanie et qui peut prendre la forme de menaces, d'actes planifiés ou d'actes exécutés. Le comportement incendiaire comprend notamment :

- le fait d'allumer sans permission des allumettes, des briquets ou d'autre matériel combustible et/ou accélérateurs (« jeu avec des allumettes et/ou des briquets »);
- l'allumage sans permission de papier, de déchets, de feuilles ou de petits objets (« jeu avec le feu »);
- l'allumage intentionnel de feu mettant en cause des objets, des immeubles, des véhicules ou des personnes (« allumage de feu » ou « incendie criminel » pour lesquels des accusations criminelles ont été portées); et
- la confection de bombes.

Le comportement incendiaire peut se manifester à une seule occasion ou de façon répétée. Il peut être le fait de personnes ou de groupes de personnes. Il peut être le résultat d'un comportement impulsif, de l'ennui, de la curiosité, de la recherche d'attention, de la malice ou d'un intérêt pathologique pour le feu.

Les enfants ou les adolescents qui peuvent bénéficier du TAPP-C peuvent vivre avec leur famille, dans des foyers nourriciers, dans des foyers ou des résidences de groupe ou dans des établissements de détention. Dans chaque contexte, les personnes qui devraient participer au programme comprennent l'enfant ou l'adolescent, le principal fournisseur de soins de l'enfant ou de l'adolescent et tout fournisseur de soins que l'enfant ou l'adolescent visite régulièrement comme le parent qui n'en a pas la garde. Il peut être indiqué dans certains cas de faire participer d'autres membres de la famille au traitement, mais il s'agit là d'une décision clinique qui doit être prise au cas par cas.

On s'attend à ce que ce manuel soit particulièrement utile aux familles comptant des enfants âgés de 6 à 12 ans et aux cliniciens qui travaillent avec ces familles. Bien qu'on ait eu recours au TAPP-C dans le cas d'enfants âgés de 2 à 17 ans, ce manuel met l'accent sur les interventions qui s'adressent à l'incendiaire type, à savoir un enfant âgé de 6 à 12 ans. Il peut être nécessaire de modifier légèrement ces interventions dans le cas d'enfants plus jeunes ou plus vieux. La section sur les questions spéciales (p. 203) propose certaines modifications.

### Le modèle de traitement idéal du TAPP-C et les modèles de rechange

Le modèle de traitement du TAPP-C qui a été administré dans le cas de l'étude de suivi comportait la participation de deux cliniciens qui travaillaient de façon conjointe pour aider la famille. Un clinicien intervient principalement auprès de l'enfant et l'autre, auprès du fournisseur de soins (ou parent).

Comme nous l'indiquions, chaque séance commence par une réunion à laquelle participent les deux cliniciens, l'enfant et le fournisseur de soins. Au cours de cette réunion conjointe, on examine les exercices pratiques faits à la maison ainsi que tout obstacle rencontré dans l'élimination du comportement incendiaire. Le parent et l'enfant voient ensuite séparément un clinicien qui les aide à couvrir le matériel proposé et à faire les exercices d'acquisition d'habiletés. Chaque séance se termine par une réunion à laquelle participe le fournisseur de soins et l'enfant et qui vise à faire le point sur le contenu de la séance et à discuter des exercices pratiques à faire à la maison au cours de la semaine.

À l'heure actuelle, ce modèle est le modèle idéal. Il est cependant possible que certains organismes ne puissent pas le suivre parce qu'ils ne peuvent affecter qu'un seul clinicien aux séances, faute de personnel. Ce manuel a donc été conçu pour pouvoir être utilisé dans le cas où un seul clinicien anime les séances destinées aux fournisseurs de soins et à l'enfant. Un clinicien peut aussi voir le fournisseur de soins une semaine et l'enfant la semaine suivante, ou peut donner toutes les séances destinées aux fournisseurs l'une après l'autre et faire ensuite la même chose pour l'enfant. Nous ne recommandons cependant pas ce dernier modèle dont l'efficacité n'a pas encore été évaluée.

Il est aussi possible de prévoir des séances collectives dans le cas des fournisseurs de soins. Nous ne recommandons cependant pas de façon générale des séances collectives dans le cas des enfants ou des adolescents parce que certaines recherches portant sur les comportements antisociaux donnent à penser que l'administration de traitements de santé mentale à des groupes d'adolescents manifestant un comportement antisocial peut ne donner aucun résultat ou même aggraver le comportement cible (Dishion, McCord et Poulin, 1999). D'autres recherches indiquent cependant que les modèles de traitement reposant sur une approche à plusieurs volets dont l'un est l'administration du traitement à des groupes de préadolescents peuvent donner de bons résultats (Augimeri-Hrynkiw, Pepler et Goldberg, 1993; Bloomquist et Schnell, 2002; Earls court Child and Family Centre, 2001a, 2001b).

Tant que les recherches n'auront pas permis d'établir dans quelles circonstances les interventions collectives auprès d'enfants et d'adolescents antisociaux peuvent donner de bons résultats, il serait prudent de traiter individuellement les enfants, et en particulier les adolescents.

## De quelle formation doit-on disposer pour utiliser ce manuel?

Ce manuel s'adresse aux cliniciens de la santé mentale qui travaillent auprès d'enfants et d'adolescents qui ont des problèmes de comportement et auprès de leurs familles.

Le clinicien qui compte utiliser ce manuel devrait avoir des connaissances dans les domaines suivants :

- développement normatif de l'enfant;

- psychopathologie de l'enfant;
- théorie et pratique des programmes visant à aider les parents à gérer les problèmes de comportement de leur enfant (Cunningham, Bremner et Boyle, 1995; Kazdin, Siegel et Bass, 1992; Webster-Stratton, Hollinsworth et Kolpacoff, 1989);
- thérapie cognitivo-comportementale pour enfants et adolescents (TCC) (Augimeri, Koegl et Goldberg, 2001; Kazdin, Bass, Siegel et Thomas, 1989; Kendall et Braswell, 1993; Larson et Lochman, 2002; Webster, Augimeri et Koegl, 2002); et
- interventions fondées sur la collaboration (Webster-Stratton et Hancock, 1998).

Outre cette expérience générale dans le traitement des enfants ayant des problèmes de comportement et des questions s'y rapportant, les cliniciens devraient aussi posséder des connaissances dans les domaines suivants :

- évaluation et traitement du comportement incendiaire chez les enfants et les adolescents; et
- recherches empiriques portant sur le comportement incendiaire chez les enfants (p. ex., Gaynor, 1991; Kolko, 1996; Kolko, 2002).

De façon idéale, la composante de traitement du TAPP-C devrait être offerte dans le cadre du programme TAPP-C intégral qui comprend outre la composante de traitement, une évaluation complète effectuée par des professionnels de la santé mentale des risques que présentent l'enfant et sa famille, une vérification du respect des règles de la sécurité-incendie dans la maison et l'éducation en matière de sécurité-incendie offerte par les professionnels des services des incendies. Outre les ressources documentaires existantes, le TAPP-C offre une formation spécialisée aux professionnels de la santé mentale pour leur permettre d'évaluer et de traiter le comportement incendiaire chez les enfants et les adolescents. Pour de plus amples renseignements sur cette formation, communiquer avec les auteurs du manuel.

La composante de traitement du TAPP-C s'inscrit également dans le continuum de services de santé mentale qui peuvent aider les enfants et les adolescents qui manifestent des problèmes de comportement ainsi que leurs familles.

Voici les soins ou les traitements additionnels qui peuvent être offerts aux enfants, aux adolescents et aux familles qui participent au programme TAPP-C :

- des services de santé mentale externes, de jour ou résidentiels destinés aux enfants;
- une thérapie familiale;
- une formation supplémentaire visant à aider les parents à gérer les problèmes de comportement de leur enfant;
- une TCC supplémentaire et/ou une psychothérapie; et
- la médication.

## Comment ce manuel est-il structuré?

Ce manuel comporte quatre principales parties :

- La partie 1 explique le programme.
- La partie 2 comprend les modules destinés au fournisseur de soins.
- La partie 3 comprend les modules destinés à l'enfant.
- La partie 4 comporte des renseignements au sujet des questions spéciales pouvant avoir une influence sur l'administration de la composante de traitement du TAPP-C comme le fait pour les adolescents ou les enfants de vivre dans des foyers de groupe et des établissements résidentiels.

Chaque module destiné au fournisseur de soins et à l'enfant comprend ce qui suit :

- des renseignements de base destinés aux cliniciens;
- un contenu psychoéducatif sur le thème de la séance qui doit être transmis au client;
- des exercices pratiques à faire au cours de la séance pour aider le client à acquérir certaines habiletés;
- des exercices pratiques à faire à la maison pour permettre au client de généraliser ses habiletés; et
- des suggestions et des conseils pour aider les familles à collaborer au traitement par un examen conjoint du contenu de la séance et par des exercices pratiques que les enfants ou les adolescents et les fournisseurs de soins doivent faire ensemble à la maison.

On trouve à la fin de chaque séance des feuilles de travail pouvant être photocopiées. Si on le souhaite, on peut rassembler les feuilles de travail destinées à l'enfant pour en faire un Manuel pratique.