

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MYRIAM SÉGUIN

ADAPTATION DU PROGRAMME « FUNAMBULE : POUR UNE GESTION
ÉQUILBRÉE DU STRESS » AUPRÈS D'ADOLESCENTS DE 12 ET 13 ANS
POUVANT PRÉSENTER DES DIFFICULTÉS SUR LE PLAN DE
L'ATTENTION OU DE L'HYPERACTIVITÉ-IMPULSIVITÉ

DÉCEMBRE 2018

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Michelle Dumont, Ph. D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Michelle Dumont, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Line Massé, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Anne Lessard, Ph. D.

Université de Sherbrooke

Sommaire

Le début de l'adolescence coïncide avec plusieurs changements qui accentuent la vulnérabilité au stress et l'anxiété aux évaluations des adolescents avec un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). La prévention apparaît essentielle, d'où l'intérêt d'adapter le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* qui vise à diminuer le stress chez les adolescents présentant ces difficultés. Cette étude pilote comporte cinq objectifs : 1) adapter *Funambule* pour des adolescents de 12 et 13 ans pouvant présenter un TDA/H, vérifier si le programme est associé 2) à une plus grande utilisation de stratégies de gestion du stress, 3) à une diminution des atteintes fonctionnelles du TDA/H, 4) à une réduction de l'anxiété aux évaluations et 5) à un niveau élevé d'appréciation du programme. Quatre participants ont été recrutés (trois filles et un garçon). Deux ont un TDA/H type combiné. Les deux autres rapportent des difficultés à gérer leur stress. Trois temps de mesure (prétest et deux post-tests) ont été déterminés. Différents questionnaires ont été utilisés : le *Questionnaire des stratégies de gestion du stress* (Dumont, Massé, Potvin, & Leclerc, 2012), le *Weiss Functional Impairment Rating Scale* (Weiss, 2011), l'*Échelle d'anxiété du test cognitif – Appendice A* (Dumont, Massé, Leclerc, & Potvin, 2006) et le questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention* (Dumont et al., 2012). Une discussion de groupe a servi à recueillir les commentaires des participants et un journal de bord à répertorier les adaptations de *Funambule*. Les résultats de l'étude permettent de formuler des recommandations d'adaptations pour le programme notamment : a) prévoir des rencontres d'au moins une heure, b) augmenter leur nombre, c) simplifier leur contenu et d) utiliser des exercices

concrets (1). Les résultats indiquent également que les participants ayant un TDA/H rapportent moins utiliser les stratégies de gestion du stress des volets *Travail sur les pensées* et *Travail sur les stratégies adaptatives* que les participants sans TDA/H aux trois temps de mesure (2). En réponse au deuxième objectif, les deux groupes indiquent utiliser davantage les stratégies du volet *Travail sur les pensées* au deuxième post-test. Les participants sans TDA/H signalent aussi une augmentation du recours aux stratégies du volet *Travail sur le corps*. Ensuite, les participants avec TDA/H rapportent significativement plus d'atteintes fonctionnelles liées au TDA/H sur les variables *École* et *Aptitudes à la vie quotidienne* que les participants sans TDA/H à tous les temps de mesure. Au prétest, seuls les participants ayant un TDA/H mentionnent des atteintes fonctionnelles significatives touchant les domaines *Fonctionnement social* et *Famille* comme supposé. Au post-test 2, ils ne rapportent plus d'atteintes significatives pour le *Fonctionnement social* comme présumé (3). Par la suite, trois participants sur quatre (un sans TDA/H et deux avec TDA/H) rapportent une diminution de l'anxiété aux évaluations entre le prétest et le deuxième post-test en accord avec l'hypothèse du quatrième objectif (4). Puis, les participants avec TDA/H ont indiqué un niveau d'appréciation du programme plus élevé que les participants sans TDA/H (5). Cette étude exploratoire présente des limites qui pourraient être contournées en utilisant un devis quasi expérimental et un plus grand échantillon. Sur le plan clinique, l'application ultérieure de *Funambule* en format individuel pourrait cibler des objectifs plus spécifiques à chaque adolescent ayant un TDA/H et permettre de contourner les restrictions imposées par le milieu scolaire.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures	xii
Remerciements.....	xiii
Introduction	1
Contexte théorique	8
Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H).....	10
Déficit de l'attention	13
Hyperactivité/impulsivité.....	15
Comorbidités associées au TDA/H	17
TDA/H à l'adolescence et stress	21
Interventions préconisées pour le TDA/H	25
Médication	26
Approches cognitives et comportementales.....	28
Première génération	28
Deuxième génération	33
Troisième génération	36
Programmes d'intervention basés sur la TCC	38
Programmes de gestion du stress ou de l'anxiété	38
Programmes d'entraînement aux habiletés parentales et sociales.....	40
Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress.....	44
Objectifs et hypothèses	45

Méthode	47
Participants.....	49
Traitement offert	51
Instruments de mesure	53
Questionnaire des stratégies de gestion du stress de Dumont et al. (2012).....	54
Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self Report (WFIRS) version française non validée de Weiss (2011).....	55
Échelle d’anxiété du test cognitif – Cognitive Test Anxiety Scale – Appendice A de Cassady et Johnson (2002).....	57
Questionnaire Je donne mon avis sur le programme d’intervention de Kazdin, Siegel et Bass (1992).....	57
Groupe de discussion	59
Journal de bord.....	59
Déroulement.....	59
Résultats	62
Analyse des données	63
Réduction des données.....	64
Pour le programme d’intervention Funambule.....	64
Pour les questionnaires	65
Analyses statistiques	67
Présentation des adaptations au programme Funambule	67
Durée et nombre de rencontres	68
Rencontre préalable au programme	69
Rencontre typique	70

Présentation de la rencontre.....	70
Retour sur la rencontre précédente et les exercices hebdomadaires	70
Pensées du jour	71
Retour sur la rencontre et présentation des exercices hebdomadaires	72
Volet 1 : Travail sur la perception du stress	72
Première rencontre	73
Deuxième rencontre	74
Volet 2 : Travail sur le corps.....	76
Troisième rencontre	76
Quatrième rencontre	79
Volet 3 : Travail sur les pensées	80
Cinquième rencontre.....	80
Sixième rencontre	82
Volet 4 : Travail sur les stratégies adaptatives.....	83
Septième rencontre	84
Huitième rencontre	85
Présentation des résultats des analyses statistiques.....	88
Stratégies de gestion du stress.....	88
Travail sur la perception du stress	91
Travail sur le corps	91
Travail sur les pensées	92
Travail sur les stratégies adaptatives	94
Atteintes fonctionnelles liées au TDA/H	96

Famille	99
École	101
Aptitudes à la vie quotidienne	103
Concept de soi.....	105
Fonctionnement social	105
Comportements à risque	107
Anxiété aux évaluations.....	107
Niveau d'anxiété aux évaluations	108
Appréciation du programme	110
Niveau de progrès du participant	111
Niveau d'appréciation du programme	111
Niveau d'engagement	112
Discussion	115
Recommandations d'adaptations pour Funambule	116
Stratégies de gestion du stress.....	118
Impacts fonctionnels du TDA/H	122
Anxiété aux évaluations	124
Appréciation du programme	125
Forces, limites et implications	127
Questionnaires.....	128
Passation des questionnaires	129
Échantillon de participants.....	130
Taille du groupe	131
Composition du groupe.....	131

Sexe des participants.....	132
Guide d'accompagnement du participant	132
Gestion de l'horaire des rencontres.....	134
Implantation d'un programme à l'école.....	135
Choix des exercices.....	136
Implications cliniques	137
Implications pour les recherches futures.....	138
Conclusion	139
Références.....	143
Appendice A. Résultats des analyses statistiques et individuels du volet Travail sur la perception du stress (Funambule).....	159
Appendice B. Résultats des analyses statistiques et individuels de la variable Concept de soi du questionnaire WFIRS	162
Appendice C. Résultats des analyses statistiques et individuels de la variable Comportements à risque du questionnaire WFIRS	165
Appendice D. Résultats des analyses statistiques et individuels de la variable Niveau de progrès du questionnaire Je donne mon avis sur le programme d'intervention	168

Liste des tableaux

Tableau

1	Contenu de la rencontre d'ateliers de gestion du stress pour les classes de secondaire 1	51
2	Première rencontre.....	74
3	Deuxième rencontre.....	76
4	Troisième rencontre	78
5	Quatrième rencontre	80
6	Cinquième rencontre.....	82
7	Sixième rencontre	83
8	Septième rencontre	85
9	Huitième rencontre	87
10	Moyennes et écarts-types des quatre volets du programme Funambule en fonction des deux groupes et des trois temps de mesure ($N = 4$).....	90
11	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du volet Travail sur la perception du stress des deux groupes aux trois temps de mesure	160
12	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du volet Travail sur le corps des deux groupes aux trois temps de mesure	91
13	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du volet Travail sur les pensées des deux groupes aux trois temps de mesure	93
14	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du volet Travail sur les stratégies adaptatives des deux groupes aux trois temps de mesure.....	95
15	Moyennes et écarts-types des six domaines du WFIRS en fonction des deux groupes et des trois temps de mesure ($N = 4$).....	98
16	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Famille en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure	100
17	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine École en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure	102

18	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Aptitudes à la vie quotidienne en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure	104
19	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Concept de soi en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure	163
20	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Fonctionnement social en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure.....	106
21	Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Comportements à risque en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure.....	166
22	Moyennes et écarts-types des deux groupes aux trois temps de mesure pour la variable Anxiété aux évaluations ($N = 4$)	108
23	Analyse de variance à mesures répétées des résultats des deux groupes aux trois temps de mesure de la variable Anxiété aux évaluations	109
24	Comparaison entre les deux groupes du niveau de progrès rapporté par les participants.....	169
25	Comparaison entre les deux groupes du niveau d'appréciation du programme rapporté par les participants.....	111
26	Comparaison entre les deux groupes du niveau d'engagement rapporté par les participants.....	113

Liste des figures

Figure

1	Fréquence d'utilisation des stratégies du volet Travail sur la perception du stress des quatre participants selon les trois temps de mesure	161
2	Fréquence d'utilisation des stratégies du volet Travail sur le corps des quatre participants selon les trois temps de mesure.....	92
3	Fréquence d'utilisation des stratégies du volet Travail sur les pensées des quatre participants selon les trois temps de mesure.....	94
4	Fréquence d'utilisation des stratégies du volet Travail sur les stratégies adaptatives des quatre participants selon les trois temps de mesure	96
5	Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine Famille du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.....	101
6	Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine École du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.....	103
7	Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine Aptitudes à la vie quotidienne du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure	105
8	Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine Concept de soi du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.....	164
9	Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine Fonctionnement social du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure	107
10	Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine Comportements à risque du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure	167
11	Niveau d'anxiété aux évaluations des quatre participants selon les trois temps de mesure.....	110
12	Niveau de progrès rapporté par les quatre participants une semaine après le programme.....	170
13	Niveau d'appréciation du programme rapporté par les quatre participants une semaine après le programme	112
14	Niveau d'engagement rapporté par les quatre participants une semaine après le programme.....	113

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche, Madame Michelle Dumont, pour sa confiance, sa patience et ses conseils dans la réalisation de cet essai doctoral. Je souhaite également exprimer mes remerciements à la direction et à l'équipe de l'école secondaire Les Seigneuries de m'avoir permis de réaliser ce projet. De plus, je tiens à souligner ma gratitude envers ma superviseure d'internat qui m'a guidée et a fait de moi une meilleure clinicienne. Enfin, il n'y a pas de mots pour exprimer toute la reconnaissance que j'ai envers ma famille et mes amis qui ont cru en moi et qui m'ont soutenue à travers ce périple. Merci d'avoir été là et d'être encore auprès de moi, aujourd'hui, pour me suivre dans mes aventures.

Introduction

L'adolescence est une période de la vie qui comprend de nombreux changements pouvant accroître la vulnérabilité et le besoin de s'adapter (Steinberg, 2005). Cette phase développementale est parsemée d'événements de vie stressants (Dumont, Leclerc, & Deslandes, 2003; Low et al., 2012) et de sources de stress fréquentes (tracas quotidiens) pouvant affecter l'adaptation psychosociale (Dumont et al., 2003). Parallèlement, le début de l'adolescence concorde avec la transition primaire-secondaire qui ajoute son lot de stress (Lupien, 2010; Plusquellec et al., 2015) à un milieu scolaire qui en présente déjà beaucoup (Dumont et al., 2003; Low et al.; 2012; Schulz & Lazarus, 2012). Pour certains adolescents, cette phase du développement est stimulante. Pour d'autres, elle représente une période difficile à traverser (Dumont et al., 2003). Pour les enfants et les adolescents ayant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H), les situations vécues dans ce nouvel environnement peuvent être particulièrement stressantes et augmenter leur vulnérabilité. Les recherches basées sur ce trouble rapportent des atteintes fonctionnelles à l'école et à la maison (Bussing, Mason, Bell, Porter, & Garvan, 2010), ce qui rend les adolescents ayant un TDA/H plus susceptibles de vivre de l'anxiété aux évaluations (Lewandowski, Gathje, Lovett, & Gordon, 2013; Nelson, Lindstrom, & Foels, 2014; Raz & Leykin, 2015). Étant donné les défis retrouvés à l'adolescence, la transition scolaire, les difficultés liées au TDA/H et sa relation avec l'anxiété aux évaluations, il est supposé qu'une meilleure gestion du stress pourrait aider les adolescents ayant un TDA/H. Puisqu'aucun programme francophone n'est spécifiquement conçu pour des adolescents TDA/H en transition primaire-

secondaire ayant possiblement, du fait de leur condition, des difficultés de gestion du stress et d'anxiété aux évaluations, le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* pourrait représenter une solution à ce problème. Dans le but de combler cette lacune et de prévenir des difficultés de gestion du stress et d'anxiété aux évaluations, des adaptations au programme *Funambule* pour cette clientèle particulière s'avèrent pertinentes du point de vue de la recherche et de la pratique clinique.

Dans les faits, le TDA/H est l'un des diagnostics posés le plus fréquemment dans les écoles primaires et secondaires. Au Québec, près de 75 % des enfants qui reçoivent des services à l'école pour des problèmes comportementaux ont un TDA/H (Déry, Toupin, Pauzé, & Verlaan, 2004). La présence de ce trouble entraîne de nombreuses difficultés qui affectent la réussite et l'adaptation scolaires (Langlois, Samokhvalov, Rehm, Spence, & Connor Gorber, 2011; Schulz & Lazarus, 2012). Par ailleurs, le TDA/H se présente généralement avec d'autres difficultés ou troubles (Pliszka, 2015). À ce jour, les recherches démontrent que les troubles anxieux font partie des principales comorbidités associées au TDA/H allant de 25 à 33 % de prévalence (Larson, Russ, Kahn, & Halfon, 2011; Tsang et al., 2015). On note que l'anxiété affecte les fonctions exécutives impliquées dans le TDA/H telles que l'attention et la mémoire de travail (Beck, Schatz, & Rostain, 2006; Jarrett, Wolff, Davis, Cowart, & Ollendick, 2016), ce qui risque d'augmenter les difficultés déjà présentes avec le TDA/H et la sévérité du trouble.

Afin d'aider cette clientèle à surmonter leur vulnérabilité, la médication est l'approche la plus utilisée par les médecins dans le traitement du TDA/H (Connor, 2015). Cependant, à l'adolescence, l'adhésion pharmacologique diminue fortement (Adler & Nierenberg, 2010; Antshel, Faraone, & Gordon, 2014). Pelham et al. (2017) suppose que la faible adhésion des adolescents s'explique par une diminution des effets de la médication sur les symptômes du TDA/H qui entraîne une insatisfaction menant à son arrêt. Selon certains chercheurs, 13,2 à 64 % des personnes ayant un TDA/H vont cesser leur médication à un moment ou à un autre de leur vie (Adler & Nierenberg, 2010). Toutefois, davantage de recherches sont nécessaires pour étudier la ou les causes possibles de l'arrêt de la médication. De plus, certaines recherches démontrent que l'anxiété diminue la réponse aux psychostimulants les rendant moins efficaces (Blouin, Maddeaux, Stanley Firestone, & van Stralen, 2010; Goetz, Back-Bennet, & Zelnik, 2007; Tannock, Ickowicz, & Schachar, 1995). Or, de nouvelles approches d'intervention sont à l'étude afin d'offrir des traitements alternatifs ou complémentaires à la médication. Parmi celles-ci, on retrouve les thérapies cognitives-comportementales (TCC) qui ont démontré une certaine efficacité comme traitement combiné à la pharmacothérapie auprès d'une clientèle d'adolescents et d'adultes ayant un TDA/H (Smith & Shapiro, 2015). Puisque l'approche cognitive-comportementale est également la plus recommandée dans le traitement des troubles anxieux (Kendall, 2012), il est raisonnable de formuler l'hypothèse qu'un programme d'intervention basé sur cette approche puisse s'avérer pertinent pour des adolescents ayant un TDA/H qui vivent de l'anxiété.

Dans ce contexte, le programme « *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* », conçu selon l'approche cognitive-comportementale, pourrait s'avérer une solution au manque de programmes d'intervention francophones pour les adolescents ayant un TDA/H en transition primaire-secondaire qui vivent du stress et de l'anxiété aux évaluations. Précisément, il aide les adolescents de 12 à 18 ans à gérer leur stress pouvant survenir dans diverses situations de la vie quotidienne. Il est validé auprès d'une population qui rapporte vivre peu, moyennement ou beaucoup de stress (Dumont, Leclerc, Massé, & McKinnon, 2015). Toutefois, il n'a fait l'objet d'aucune étude sur un échantillon d'adolescents ayant un TDA/H.

Le premier objectif de cette étude pilote est donc d'adapter le programme de gestion du stress *Funambule* auprès d'adolescents âgés de 12 et 13 ans pouvant présenter des difficultés d'attention ou d'hyperactivité-impulsivité. À cet effet, des recommandations seront fournies pour l'utilisation ultérieure du programme avec cette clientèle. Également, et de façon indirecte, *Funambule* est un programme qui vise le mieux-être du jeune et la réussite scolaire. Les adolescents ayant un TDA/H peuvent bénéficier de ce programme en développant des moyens liés à une gestion efficace du stress pour réduire les conséquences du TDA/H sur leur fonctionnement à l'école ou à la maison. Ainsi, quatre autres objectifs sont poursuivis par cette étude pilote. Le second objectif est de vérifier si *Funambule* est relié à une fréquence plus élevée d'utilisation des stratégies de gestion du stress par l'ensemble des participants, en particulier ceux ayant un TDA/H. Un troisième objectif est d'examiner si la participation au programme est associée à une diminution des

atteintes fonctionnelles liées au TDA/H (famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque). Le quatrième objectif de l'étude est d'observer si l'expérimentation de *Funambule* est reliée à une réduction de l'anxiété aux évaluations. Finalement, un cinquième et dernier objectif s'ajoute afin de vérifier le niveau d'appréciation des participants du programme *Funambule* à la fin de l'expérimentation.

Cet essai doctoral se divise en quatre sections principales : le contexte théorique, la méthode, les résultats et la discussion. Tout d'abord, le contexte théorique comprend cinq sous-sections. La première présente les symptômes du TDA/H peu importe l'âge et les difficultés qui en découlent. En continuité avec la première sous-section, la seconde aborde les comorbidités liées au TDA/H telles que l'anxiété aux évaluations. Ensuite, la troisième sous-section porte sur les besoins d'intervention spécifiques des adolescents ayant un TDA/H. Une quatrième sous-section du contexte théorique permet de préciser différentes interventions dans le traitement du TDA/H. Puis, la dernière sous-section se veut une présentation du programme *Funambule* : *Pour une gestion équilibrée du stress* qui est choisi pour faire l'objet d'adaptations de manière à mieux répondre aux particularités de la clientèle d'intérêt. En ce qui concerne la section Méthode, elle aborde les caractéristiques et le recrutement des participants, les instruments utilisés pour réaliser la recherche et le déroulement de la collecte de données. Quant à la section Résultats, elle expose le plan d'analyse des données, les différentes adaptations apportées au programme *Funambule* ainsi que des propositions d'adaptations futures. Puis, elle présente les

résultats de groupe issus des analyses statistiques ainsi que ceux correspondant aux changements intra-individuels à travers trois temps de mesure pour les variables qui répondent aux objectifs de recherche 2, 3, 4, et 5 portant sur : l'utilisation des stratégies de gestion du stress, les atteintes fonctionnelles liées au TDA/H (famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque), l'anxiété aux évaluations et le niveau d'appréciation des participants. Finalement, la section Discussion se veut un retour sur les résultats obtenus et les recherches répertoriées afin de relever les forces et les faiblesses de cette étude, de guider les futures recherches et de fournir des recommandations aux intervenants offrant le programme.

Contexte théorique

Cette section de l'essai doctoral présente une recension de la littérature sur les connaissances actuelles entourant le domaine du TDA/H et ses liens avec le stress psychologique et l'anxiété aux évaluations. Avant toute chose, il faut savoir que l'adolescent, avec ou sans TDA/H, doit faire face à de nombreux changements de maturation en début d'adolescence (Steinberg, 2005) auxquels s'ajoutent des événements de vie stressants (Dumont et al., 2003; Low et al., 2012) tel que la transition primaire-secondaire (Plusquellec et al., 2015) et des tracas quotidiens pouvant avoir un impact psychologique important sur son adaptation psychosociale et sa réussite scolaire (Dumont et al., 2003). Les adolescents ayant un TDA/H sont possiblement plus vulnérables en raison de leur trouble, ce qui peut engendrer notamment du stress (Raz & Leykin, 2015) et de l'anxiété aux évaluations (Lewandowski et al., 2013; Nelson, Lindstrom, & Foels, 2014; Raz & Leykin, 2015). Bien entendu, des recherches se sont penchées sur les besoins des personnes ayant un TDA/H et ont proposé différentes approches d'intervention. Cependant, il n'existe pas de programmes d'intervention en langue française visant les adolescents ayant un TDA/H en transition primaire-secondaire qui ont des difficultés à gérer le stress et l'anxiété aux évaluations. Il s'agit donc d'une lacune importante sur le plan de la recherche et de la pratique clinique d'où l'utilité de cette recherche. Cette étude pilote espère donc offrir une solution à ce problème.

D'abord, dans le but de mieux comprendre la relation entre les variables à l'étude, le contexte théorique comporte cinq sections. La première présente les symptômes du

TDA/H et les difficultés associées qui touchent les différentes sphères de la vie d'une personne atteinte (p. ex., école, famille, relations interpersonnelles et travail) sans égard à son âge. Elle expose les liens et les impacts du stress sur le trouble tout au long de la vie afin de démontrer l'importance de considérer la gestion du stress dans le traitement du TDA/H. La deuxième aborde les comorbidités liées au TDA/H qui peuvent accentuer les difficultés scolaires inhérentes au trouble, dont l'anxiété aux évaluations. Spécifiquement, les liens entre l'anxiété aux évaluations et le TDA/H sont abordés afin de fournir un portrait des défis qui se dressent en contexte scolaire. Ensuite, la troisième sous-section porte sur les besoins d'intervention spécifiques des adolescents avec un TDA/H en transition primaire-secondaire. Une quatrième sous-section du contexte théorique permet d'aborder différentes interventions proposées dans le traitement du TDA/H telles que la médication et les interventions psychosociales. Puis, la dernière sous-section se veut une présentation du programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* qui a été choisi pour faire l'objet d'adaptations de manière à mieux répondre aux particularités de la clientèle d'intérêt. Ces adaptations visent des adolescents de 12 et 13 ans en transition primaire-secondaire pouvant présenter des difficultés d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité, de gestion du stress et d'anxiété aux évaluations.

Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H)

Le TDA/H est considéré comme un trouble neurodéveloppemental qui résulte d'un délai dans le développement de certaines habiletés mentales provoquant l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité (APA, 2015; Barkley, 2016). Il est fréquemment diagnostiqué

durant l'enfance et l'adolescence (Langlois et al., 2011). Selon Statistique Canada (2011), le TDA/H affecte environ 5 % de la population d'âge scolaire, ce qui rejoint le taux de prévalence dans les pays occidentaux oscillant entre 5 % et 7 % (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Généralement, on diagnostique le TDA/H au primaire alors qu'il persiste au secondaire dans 75 % des cas et à l'âge adulte dans 50 % des cas (Langlois et al., 2011). Selon l'enquête menée en 2010 et 2011, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) montre qu'environ 5 % des adolescents québécois ont rapporté un niveau élevé d'inattention avec hyperactivité, 9 % un niveau élevé d'inattention sans hyperactivité et 15 % un niveau élevé de comportements d'hyperactivité sans symptômes d'inattention. Cependant, seulement 13 % des adolescents sondés (63 196 adolescents de secondaire 1 à 5) avaient un diagnostic confirmé de TDA/H par un médecin (Pica et al., 2013). Les garçons sont trois fois plus à risque d'être diagnostiqués de ce trouble (Langlois et al., 2011), car ils présentent des symptômes plus marqués et observables que les filles, dont des problèmes de comportement (Gershon, 2002). Les impacts multiples du TDA/H chez les adolescents entraînent des atteintes fonctionnelles dans toutes les sphères de leur vie (cognitive, occupationnelle, personnelle, scolaire et sociale). Le TDA/H touche les fonctions exécutives telles que l'inhibition, la mémoire de travail et la planification (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015), l'autocontrôle (Jarrett, 2016), le rendement scolaire (Birchwood & Daley, 2012; DuPaul & Langberg, 2015; Wu & Gau, 2013), le déroulement des activités quotidiennes (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015), la motivation (Barkley, 2016), les capacités d'introspection (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015), les relations familiales (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015) et celles avec les pairs (McQuade & Hoza,

2015). Qui plus est, il importe de souligner que le TDA/H est souvent accompagné de comorbidités qui ajoutent des difficultés supplémentaires avec lesquelles les adolescents doivent composer (Pliszka, 2015). En raison de leur vulnérabilité, les adolescents ayant un TDA/H sont susceptibles d'avoir des problèmes liés à la gestion du stress et de l'anxiété (Liu, Yang, Ko, Yen, & Yen, 2014).

Dans le but d'intervenir adéquatement, il importe d'être en mesure d'identifier les symptômes pouvant affecter de manière importante le fonctionnement d'une personne ayant un TDA/H, surtout en situation de stress. Ainsi, le TDA/H se compose de deux symptômes principaux : le déficit d'attention et l'hyperactivité-impulsivité (Roberts, Milich, & Barkley, 2015). Selon le DSM 5 (APA, 2015), les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité doivent être présents avant l'âge de 12 ans et perturber le fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Des symptômes principaux découlent trois formes de TDA/H soient : combiné ou type mixte (inattention et hyperactivité-impulsivité), prédominance des symptômes d'inattention et prédominance des symptômes d'hyperactivité-impulsivité (APA, 2015). L'inattention et l'hyperactivité-impulsivité seront présentées afin d'exposer les impacts du stress sur ces principaux symptômes du TDA/H.

En résumé, le TDA/H est un trouble qui affecte significativement les différentes sphères de la vie de la personne qui en est atteinte, ce qui, comparativement aux personnes sans TDA/H, peut engendrer un stress plus important dans les mêmes circonstances.

Parallèlement, le stress, dont celui relié aux évaluations scolaires, peut augmenter les difficultés liées aux principaux symptômes du TDA/H : l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité. Les prochaines sous-sections aborderont plus spécifiquement les symptômes du TDA/H et les impacts du stress sur ceux-ci.

Déficit de l'attention

L'attention est un processus cognitif qui permet le traitement et la gestion des informations dans le but de réaliser une activité ou une tâche (Massé, Lanaris & Couture, 2014). L'efficacité des processus attentionnels est diminuée sous l'effet du stress, ce qui a un impact significatif chez une personne ayant un TDA/H (Prevatt et al., 2015). En fait, le trouble affecte le maintien d'un niveau d'attention approprié durant une tâche (APA, 2015; Barkley, 2016; Massé et al., 2014; Purper-Ouakil, Wohl, Cortese, Michel, & Mouren, 2006) surtout celles qui sont répétitives, usuelles, exigeantes sur le plan cognitif, ou lorsqu'elles ne s'accompagnent pas de renforcements fréquents (Massé et al., 2014). À la base, les personnes ayant un TDA/H ont des difficultés à porter attention sur l'information pertinente et à faire abstraction de ce qui ne l'est pas (Barkley, 2016). Or, en période de stress, cela devient d'autant plus complexe pour la personne ayant un TDA/H, car l'information perçue et traitée a tendance à intégrer uniquement la menace (Lupien, 2010). Par exemple, en situation d'examen, l'adolescent portera son attention davantage sur le stress qu'il ressent et ses anticipations plutôt que sur les questions d'examen. De plus, il est difficile avec un TDA/H de prêter attention aux détails afin d'éviter les erreurs (APA, 2015), de terminer une tâche dans les délais (Massé et al., 2014),

de se conformer aux consignes pour mener une tâche à terme (APA, 2015) et d'éviter de se laisser distraire par ce qui les entoure et par leurs pensées (APA, 2015; Barkley, 2016). Qui plus est, les personnes ayant un TDA/H ont généralement de la difficulté à faire plus d'une chose en même temps (APA, 2015). En contexte de stress, cette capacité de diviser son attention diminue grandement (Lupien, 2010). Les difficultés d'attention peuvent entraîner l'évitement d'une tâche qui demande un effort mental soutenu (APA, 2015; Massé et al., 2014). Également, les difficultés attentionnelles ont des impacts importants sur d'autres fonctions exécutives telles que la planification, l'organisation du temps et de l'espace (APA, 2015; Massé et al., 2014; Nadeau, Normandeau, & Massé, 2015; Purper-Ouakil et al., 2006), la flexibilité cognitive, c'est-à-dire la difficulté à gérer ou diriger son attention entre deux activités (Goldstein, Naglieri, & DeVries, 2011; Massé et al., 2014) et la mémoire de travail (Barkley, 2016; Massé et al., 2014). En fait, il faut être attentif et vigilant lorsqu'on veut mémoriser une information. Or, les pensées qui découlent du stress diminuent l'attention disponible pour la tâche et augmentent la perte d'information nécessaire à sa réalisation (Lupien, 2010; Massé et al., 2014).

En résumé, le stress augmente l'inattention chez la personne ayant un TDA/H, ce qui peut avoir un impact significatif sur son fonctionnement cognitif dans la réalisation de tâches au quotidien. Parallèlement, le stress peut aussi accentuer la composante hyperactivité-impulsivité de ce trouble dont il sera question dans la prochaine sous-section.

Hyperactivité/impulsivité

L'hyperactivité représente la difficulté à gérer son activité motrice ou verbale (APA, 2015). Une personne ayant un TDA/H peut bouger et utiliser la parole de façon exagérée sans raison apparente (APA, 2015; Barkley, 2016). En fait, elle est incapable, entre autres, d'arrêter de bouger (APA, 2015; Roberts et al., 2015), de rester assise (APA, 2015), de garder le silence ou de parler à voix basse (Barkley, 2016). Les mouvements peuvent paraître désorganisés et non appropriés à la situation ou alors ils n'ont pas de but spécifique (Roberts et al., 2015). Ainsi, la personne ayant un TDA/H a de la difficulté à orienter ses actions vers un but (Barkley, 2016). Face à une situation stressante, il est probable que cette difficulté s'en trouve exacerbée. De plus, l'hyperactivité est plus élevée lorsque les tâches sont ennuyeuses ou s'il y a un manque de stimulation (Barkley, 2016; Massé et al., 2014). Toutefois, il s'agit ici d'un symptôme du TDA/H qui a tendance à diminuer voire parfois à disparaître au fil du temps (Barkley, 2016). En fait, à partir de l'adolescence, l'hyperactivité s'exprime davantage à travers la nervosité (Massé et al., 2014), l'impulsivité (Brooks, 2002) ainsi que des difficultés à se concentrer, à réaliser des tâches calmement et à s'organiser (Brooks, 2002; Massé et al., 2014).

L'hyperactivité s'accompagne souvent de l'impulsivité, ce qui ajoute d'autres défis. En fait, l'impulsivité se traduit par des difficultés d'autocontrôle, une faible inhibition comportementale, une tolérance aux délais de gratification plus limitée et un manque de réflexion en matière de prise de décisions (Barkley, 2016; Roberts et al., 2015). Une personne impulsive éprouve des difficultés avec la conformité et elle ne fait pas facilement

de liens entre ses actions et les conséquences qu'elles peuvent avoir sur son environnement (Roberts et al., 2015). Par conséquent, la personne ayant un TDA/H peut prendre des décisions hâtives sans avoir pris en considération toutes les éventualités (APA, 2015; Massé et al., 2014) créant ainsi des situations pouvant s'avérer hautement stressantes. Le manque de contrôle rend alors difficile l'accès à un répertoire de moyens adaptés qui engendre souvent des difficultés dans la résolution de problèmes (Barkley, 2016). Qui plus est, la personne ayant un TDA/H éprouve d'importantes difficultés à gérer ses émotions. Elle est plus prompte à réagir sous le coup de l'impulsivité aux situations adverses, où elle s'exprime aisément avec impatience, colère et agressivité (Barkley, 2015). Face à l'incertitude ou à la difficulté de trouver une réponse adéquate, une personne TDA/H peut être impulsive surtout lorsqu'elle a un niveau élevé d'anxiété face à une tâche (Massé et al., 2014). Parallèlement, les personnes TDA/H ont de la difficulté à corriger et à inhiber leurs comportements ainsi qu'à suivre des consignes (APA, 2015; Massé et al., 2014). Par exemple, on observe des changements rapides d'activités sans avoir terminé la première, couper la parole aux autres (APA, 2015), avoir de la difficulté à attendre son tour et imposer sa présence aux autres (APA, 2015; Nadeau et al., 2015) ou encore prendre des risques qui peuvent s'avérer dangereux (APA, 2015; Roberts et al., 2015). D'ailleurs, la personne impulsive ne décode pas aisément les messages qui proviennent de son entourage, ce qui peut affecter ses habiletés sociales (Massé et al., 2014). En contexte de stress, les obstacles deviennent plus grands, car il rend les capacités de réflexion moins accessibles (Lupien, 2010), laissant ainsi place à davantage d'impulsivité.

En résumé, le stress peut accentuer les symptômes d'hyperactivité-impulsivité en engendrant des difficultés à rester calme et à réfléchir adéquatement à la situation afin de trouver des solutions appropriées. Par ailleurs, puisque le TDA/H s'accompagne souvent d'autres troubles, les comorbidités associées peuvent ajouter des défis et un niveau de stress supplémentaires, particulièrement l'anxiété.

Comorbidités associées au TDA/H

Cette section expose brièvement différentes problématiques pouvant accompagner le TDA/H, dont l'anxiété. En effet, celle-ci affecte différents contextes de la vie quotidienne, dont le milieu scolaire. Précisément, l'école est associée à l'anxiété aux évaluations (Lewandowski et al., 2013; Nelson et al., 2014; Raz & Leykin, 2015) auquel peut s'ajouter l'anxiété sociale seulement de performance, c'est-à-dire la peur de parler ou de devoir faire bonne figure devant les autres (APA, 2015), en raison de l'exigence d'exposés oraux en classe.

Selon les études, les principaux troubles associés au TDA/H chez les enfants et les adolescents sont : les troubles d'apprentissage dans environ 46 % à 56 % des cas (Joelsson et al., 2016; Larson et al., 2007; Reale et al., 2017), d'opposition et des conduites pour 20 % et 50 % des cas (APA, 2015; Joelsson et al., 2016; Larson et al., 2007; Reale et al., 2017), la dépression dans approximativement 14 % des cas (Larson et al., 2007), les troubles du sommeil dans 23 % des cas (Reale et al., 2017), le trouble du spectre de l'autisme et le trouble développemental du langage pour 12 % des cas (Joelsson et al.,

2016; Larson et al., 2007). De plus, les personnes atteintes d'un TDA/H sont plus à risque de développer des symptômes d'anxiété que les gens n'ayant pas de TDA/H (Chronis, Jones, & Raggi, 2006; Goldstein et al., 2011).

Les troubles anxieux font ainsi partie des principales comorbidités associées au TDA/H avec environ 25 à 33 % de prévalence selon les études (Larson, Russ, Kahn, & Halfon, 2011; Tsang et al, 2015). Il a été démontré qu'une comorbidité entre le TDA/H et l'anxiété augmente à la fois le risque d'avoir recours à de l'aide spécialisée à l'école pour les apprentissages et le niveau de difficulté pour trouver un traitement efficace (Hammerness et al., 2010). En raison de limites touchant la capacité à inhiber certaines informations non pertinentes dont les pensées irrationnelles et défaitistes, les personnes ayant un TDA/H sont plus vulnérables face à l'anxiété (Lupien, 2010). Cette combinaison entraîne plus de problèmes scolaires (Wu & Gau, 2013), une diminution de la qualité de vie (Pan & Yeh, 2017) et une plus grande vulnérabilité au stress que le TDA/H seulement. En fait, lorsque l'anxiété et la fatigue se font ressentir, les ressources cognitives nécessaires pour le maintien de l'attention et de la concentration diminuent grandement, ce qui rend moins accessible la recherche de solutions pour faire face à une difficulté (Lupien, 2010). Une personne ayant un TDA/H s'en trouve donc largement désavantagée.

Des études auprès des enfants de 5 à 12 ans ayant un TDA/H soulèvent des problématiques cognitives associées à un niveau élevé d'anxiété affectant l'attention (March et al., 2000; Sorensen et al., 2011), la mémoire de travail (Beck Schatz & Rostain,

2006; Jarrett et al., 2016; Sorensen, Plessen, Nicholas, & Lundervold, 2011) et la régulation des émotions (Sorensen et al., 2011). D'autres recherches auprès de populations âgées de 5 à 25 ans stipulent que l'anxiété favorise l'inhibition et un plus faible niveau d'impulsivité permettant ainsi un meilleur fonctionnement exécutif (Beck, Schatz, & Rostain, 2006; Bloemsmas et al. 2013; Prevatt et al., 2015). Cependant, des études menées auprès d'adolescents n'ont pas obtenu cet effet protecteur de l'anxiété sur l'inhibition (Ruf, Bessette, Pearlson, & Stevens, 2017) et l'hyperactivité-impulsivité (Denis, Guay, Foldes-Busque, & BenAmor, 2016; Dickerson Mayes, Calhoun, Chase, Mink, & Stagg, 2009; Jarrett et al., 2016). Au contraire, ce serait plutôt une diminution de l'anxiété qui entraînerait une amélioration de la flexibilité cognitive, de l'inhibition (Denis et al., 2016) et des symptômes d'inattention (Denis et al., 2016; Wood, 2006) alors qu'on observe une réduction de l'hyperactivité-impulsivité (Denis et al., 2016). Une recherche, à partir d'un échantillon aléatoire stratifié de 4716 adolescents, a conclu que le TDA/H est associé à une augmentation significative de la sévérité des symptômes d'anxiété chez les adolescents (Liu et al., 2014). Dans ce sens, une autre étude auprès d'adolescents de 15 à 17 ans indique que les symptômes du TDA/H sont associés à plus de symptômes anxieux et dépressifs, à moins de capacités d'autocontrôle ainsi qu'à une diminution de leur qualité de vie (Pan & Yeh, 2017). De plus, l'étude de Jarrett (2016) auprès d'adolescents et de jeunes adultes de 17 à 25 ans suggère que la comorbidité TDA/H et anxiété accentue les difficultés d'autorégulation des émotions, d'organisation et de résolution de problèmes. L'ensemble des résultats de recherche présenté ici permet d'exposer l'impact important de l'anxiété sur les adolescents ayant un TDA/H.

En contexte scolaire, il est généralement reconnu que l'anxiété amène à être plus distrait et moins disposé aux apprentissages. En effet, les recherches tendent à démontrer que les personnes ayant un TDA/H rapportent plus d'anxiété aux évaluations que les individus n'ayant pas de TDA/H (Lewandowski et al., 2013; Nelson et al., 2014; Raz & Leykin, 2015). Les personnes ayant un TDA/H et vivant une situation d'anxiété ont tendance à devenir moins flexibles, ce qui rend difficile les apprentissages qui nécessitent de faire preuve de jugement (Massé et al., 2014). Il est plus ardu de se conformer aux exigences dans les temps requis, ce qui risque d'engendrer plus d'anxiété (Lewandowski et al., 2013). Des études réalisées auprès d'enfants et d'adolescents de 10 à 16 ans montrent une forte corrélation positive entre les difficultés scolaires et le TDA/H (Birchwood & Daley, 2012; Wu & Gau, 2013). De plus, ces deux problématiques en comorbidité rendent susceptibles de rapporter plus de symptômes d'anxiété, de dépression et d'agressivité (Birchwood & Daley, 2012). Prevatt et al. (2015) ont mené une recherche auprès d'étudiants de 18 à 25 ans avec un groupe contrôle qui révèle que les étudiants ayant un TDA/H rapportent plus d'anxiété aux évaluations que d'anxiété face à la vie en général. Ils sont aussi plus stressés par leurs études, les examens et leurs résultats académiques que les étudiants n'ayant pas de TDA/H (Prevatt et al., 2015). De toute évidence, l'anxiété exige une grande quantité d'énergie à la personne ayant un TDA/H pour rester concentrée durant un apprentissage, ce qui diminue celle disponible pour l'apprentissage lui-même. En effet, l'anxiété aux évaluations est associée à de faibles habiletés d'étude (p. ex., concentration, gestion du temps, motivation, stratégies d'étude) souvent présentes chez les personnes ayant un TDA/H (Dan & Raz, 2015). L'anxiété qui

se vit en contexte d'évaluation augmente donc les risques d'échec (Dan & Raz, 2015; Raz & Leykin, 2015) en affectant la gestion de l'attention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité (Dan & Raz, 2015). D'autres recherches auprès des adultes montrent que les personnes TDA/H ont tendance à rapporter plus de stress face à la réalisation de tâches que ceux n'ayant pas de TDA/H (Lackschewitz, Hüther, & Kröner-Herwig, 2008; Raz & Leykin, 2015). Plus précisément, une étude chez des étudiantes de 20 à 25 ans avec groupe contrôle démontre que les situations d'examen sont associées à des difficultés, pour celles ayant un TDA/H, de réaliser la tâche dans un endroit où elles sont entourées d'autres étudiants pouvant être source de distractions tout en restant assis pendant une longue période de temps (Dan & Raz, 2015).

En résumé, le TDA/H est un trouble complexe qui, par des manifestations hétérogènes (Nadeau et al., 2015) en raison de la présence de problématiques associées, pose des défis importants au niveau du choix des interventions. L'adolescence, comportant différentes sources de stress et de rapides changements liés à la maturation physique, cognitive, identitaire et socioaffective, pourrait davantage fragiliser les adolescents aux prises avec un TDA/H. La section suivante abordera les particularités de cette période de la vie auprès d'une clientèle TDA/H afin de mieux cibler les besoins d'intervention.

TDA/H à l'adolescence et stress

Le contenu de cette section aborde les spécificités développementales de l'adolescence, dont la transition primaire-secondaire, qui peuvent accentuer les difficultés

de gestion du stress et ses impacts sur les adolescents ayant un TDA/H. Par la suite, les besoins d'intervention de cette clientèle seront discutés afin d'exposer les meilleures pratiques cliniques.

L'adolescence est une période de la vie qui comprend de nombreux changements biologiques, psychologiques et sociaux se présentant souvent en concomitance et pouvant accroître la vulnérabilité et le besoin de l'adolescent de s'adapter (Robin, 2015; Steinberg, 2005). Parmi ces changements, on retrouve la puberté, le développement de la pensée abstraite et de l'identité (Schulz & Lazarus, 2012; Steinberg, 2005). À cela peuvent s'ajouter des événements de vie stressants tels qu'une rupture amoureuse, le divorce des parents, un déménagement ou un accident (Dumont et al., 2003; Low et al., 2012) et des sources de stress répétitives (tracas quotidiens), dont les nombreux devoirs à faire pour l'école, pouvant aussi avoir un impact non négligeable sur le bien-être et la réussite scolaire (Dumont et al., 2003).

Au Québec, le début de l'adolescence concorde avec la transition primaire-secondaire à l'école. Cette transition est considérée comme pouvant être particulièrement stressante, car elle amène son lot de bouleversements (Lupien, 2010; Plusquellec et al., 2015). En effet, selon Lupien (2010), la transition primaire-secondaire comporte généralement un changement d'école amenant beaucoup de nouveautés et d'imprévisibilité ainsi qu'une diminution du sentiment de contrôle. En effet, les jeunes adolescents quittent une école où ils étaient les plus vieux pour se retrouver parmi les plus jeunes avec d'autres adolescents

qu'ils ne connaissent pas, ce qui amène une augmentation du sentiment de menace à l'égo (Lupien, 2010). Parallèlement, les sources de stress sont nombreuses à l'école. Elles incluent les devoirs, les examens, le respect des délais, la ponctualité et le respect de ses engagements (Dumont et al., 2003; Low et al., 2012; Schulz & Lazarus, 2012). Si pour certains adolescents cette période est stimulante, pour d'autres, elle est difficile et représente une source de stress. Les adolescents ayant un TDA/H en sont probablement plus affectés en raison de leur vulnérabilité liée à l'inattention et à l'hyperactivité-impulsivité.

Bien que certains symptômes du TDA/H, notamment l'hyperactivité, tendent à diminuer en fréquence et en intensité à l'adolescence (Biederman & Faraone, 2005; Goldstein et al., 2011; Purper-Ouakil et al., 2006), ce trouble continue d'occasionner des difficultés importantes (Giroux & Guay, 2012, Goldstein et al., 2011). Des recherches rapportent que le TDA/H rend les adolescents plus susceptibles de vivre des conséquences fâcheuses sur le plan développemental telles que l'échec scolaire, l'isolement social, la dépression, une faible estime de soi, des conflits fréquents avec les parents (Robin, 2015), la délinquance, le décrochage scolaire (Bussing et al., 2010) et de l'anxiété aux évaluations (Birchwood & Daley, 2012; Lewandowski et al., 2013; Nelson et al., 2014; Raz & Leykin, 2015). Le TDA/H se présente comme un trouble qui peut, à lui seul, être une condition susceptible d'ajouter une source de stress pour l'adolescent et dont les recherches exposées précédemment démontrent des impacts significatifs touchant plusieurs aspects de la vie.

Lorsque des interventions sont effectuées auprès d'adolescents ayant un TDA/H, il est nécessaire de prendre en considération les particularités de cette clientèle, notamment en ce qui a trait à l'attention, l'agitation, la motivation, la régulation émotionnelle et la gestion du temps (Barkley, 2016). Des experts ont formulé différentes recommandations à tenir compte dans les interventions auprès des adolescents ayant un TDA/H. Étant donné les difficultés d'attention (APA, 2015), il est essentiel de circonscrire les activités dans le temps, de diviser la tâche en étapes (Barkley, 2016), de faire des retours sur les exercices faits pour réactiver les connaissances (Pffner & DuPaul, 2015), d'avoir un environnement de travail adéquat limitant les distractions (Barkley, 2016), de prioriser des routines (Pffner & DuPaul, 2015), d'offrir des aide-mémoires (Barkley, 2016; Sprich, Burbridge, Lerner, & Safren, 2015) et d'utiliser du matériel attrayant qui permet de susciter l'intérêt (Barkley, 2016; Sprich et al., 2015). Les discussions, le modelage et l'utilisation de plusieurs exemples concrets peuvent être utilisés pour faciliter les apprentissages (Pffner & DuPaul, 2015). Également, pour diminuer l'hyperactivité-impulsivité, l'apprentissage d'exercices de relaxation et de détente peut s'avérer efficace (Barkley, 2015) tout comme des activités récréatives ou sportives qui leur permettent de dépenser leur trop-plein d'énergie (Barkley, 2016). Pour pallier les difficultés de motivation (Barkley, 2016; Dan & Raz, 2015), il est souhaité que les intervenants prévoient un système de renforcements (Barkley, 2015; Pffner & DuPaul, 2015) et que les adolescents se fixent des objectifs personnels (Barkley, 2015). De plus, la régulation émotionnelle étant un problème typique des adolescents ayant un TDA/H (Sorensen et al., 2011), une méthode systématique de résolution de problèmes (Barkley, 2016) peut offrir

une solution en ce sens. En fait, cela peut avoir pour effet de diminuer les réactions impulsives de colère et d'agressivité associées à une situation perçue négativement (Barkley, 2016) ou stressante. Enfin, les adolescents ayant un TDA/H présentent souvent des difficultés à gérer leur temps et à s'organiser (APA, 2015; Dan & Raz, 2015, Massé et al., 2014; Nadeau et al., 2015). Des stratégies à cet effet peuvent leur être utiles (Chronis et al., 2006).

En résumé, les adolescents avec TDA/H sont susceptibles de vivre plus d'anxiété et de stress que les adolescents sans TDA/H étant donné leurs défis touchant l'attention, la motivation, la régulation émotionnelle et la gestion du temps. Les interventions auprès de cette clientèle doivent tenir compte des différentes particularités du TDA/H pour être efficaces. La prochaine section portera sur les interventions recommandées actuellement pour ce trouble.

Interventions préconisées pour le TDA/H

Pour diminuer les conséquences du TDA/H sur la vie des adolescents atteints, les recherches se sont penchées sur l'élaboration de différentes approches d'intervention et sur l'évaluation de leur efficacité. Les deux principaux traitements validés empiriquement sont la médication (Connor, 2015) et les interventions cognitives-comportementales (Chacko, Allan, Uderman, Cornwell, Anderson, & Chimiklis, 2015; Knouse, 2015; Mikami, 2015; Pfiffner & DuPaul, 2015; Robin, 2015). Actuellement, ils sont idéalement combinés afin de stabiliser ou de réduire les symptômes (Nadeau et al., 2015, Smith &

Shapiro, 2015). Dans cette section, il sera question de ces deux principales approches d'intervention, de leur efficacité ainsi que de leurs limites.

Médication

À la suite du diagnostic de TDA/H par un médecin, la première intervention suggérée est souvent la médication. Le médecin choisit le type de médicaments selon l'évaluation de son patient. Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec (INESSS), les médicaments les plus prescrits pour traiter le TDA/H sont les psychostimulants soit à base d'amphétamines (p. ex., Adderall, Dexédrine ou Vyvanse) ou à base de méthylphénidate (p. ex., Ritalin, Biphentin ou Concerta) (Turgeon, 2017). Les psychostimulants permettent de stimuler l'attention et de diminuer les comportements hyperactifs et impulsifs (Connor, 2015). En classe, cela peut se traduire par une diminution des comportements perturbateurs et une augmentation de la concentration à la tâche, de la conformité aux consignes et de la productivité (Conners, 2002). De plus, les psychostimulants sont associés à une diminution des comportements sociaux négatifs comme l'agressivité et les interactions inappropriées avec les pairs et les parents (Connor, 2015). Cependant, ils sont parfois contre-indiqués par certaines conditions de santé. En effet, les études tendent à démontrer une efficacité moindre de la médication psychostimulante lorsque le TDA/H s'accompagne de troubles anxieux et même d'une accentuation des symptômes anxieux dans certains cas (March et al., 2000; Zylowska et al., 2008). Par ailleurs, 20 à 30 % des enfants et des adolescents qui prennent des psychostimulants ne répondent pas au traitement psychostimulant ou encore ils ont de

nombreux effets secondaires tels que la perte d'appétit et les difficultés de sommeil qui entraînent l'arrêt de la médication (Adler & Nierenberg, 2010).

Certains médicaments non psychostimulants sont aussi recommandés pour le traitement du TDA/H. Ils peuvent être utilisés seuls ou en combinaison avec les psychostimulants. L'un des plus populaires est l'atomoxétine (Strattera) qui a des effets bénéfiques sur les symptômes du TDA/H et sur une comorbidité avec l'anxiété (Adler et al., 2009). Également, la guanfacine (Intuniv) est un autre médicament non psychostimulant utilisé pour le traitement du TDA/H (McCracken et al., 2016). Elle peut être utilisée seule, mais généralement elle est prise en combinaison avec les psychostimulants afin d'augmenter les effets bénéfiques sur la diminution des symptômes du TDA/H (McCracken et al., 2016).

D'autres médicaments peuvent être prescrits particulièrement dans les cas où il y a une comorbidité. Les antidépresseurs font partie des médicaments parfois utilisés (Connor, 2015; D'Ambrogio & Speranza, 2012). Ils auraient des effets positifs sur l'humeur, l'anxiété, le sommeil et les tics (Connor, 2015). Puisque peu d'études ont porté sur les antidépresseurs comme traitement pharmacologique du TDA/H, ils sont rarement prescrits pour ce trouble. Ils restent associés aux troubles de l'humeur (Greydanus, Nazeer, & Patel, 2009). En dernier ressort, les antihypertenseurs, les bloqueurs bêta-adrénergiques, les anticonvulsivants et les antipsychotiques peuvent être donnés lorsque les traitements les plus éprouvés pour le TDA/H (psychostimulants et non

psychostimulants) ne fonctionnent pas (Biederman & Faraone, 2005; Connor, 2015; D'Ambrogio & Speranza, 2012).

En résumé, bien que la médication soit le traitement privilégié par les médecins pour le TDA/H, tous les médicaments présentent des effets secondaires et des contre-indications qui laissent un espace à d'autres types d'interventions (Biederman & Faraone, 2005; Smith & Shapiro, 2015). Par ailleurs, pour les difficultés sur les plans scolaire et social, la médication apporte des effets moins marqués (Smith & Shapiro, 2015). La méta-analyse de Fabiano et al. (2009) basée sur 174 études présente un effet bénéfique supplémentaire de la combinaison entre la médication et les interventions psychosociales dans le traitement des principaux symptômes du TDA/H et de ses impacts fonctionnels.

Approches cognitives et comportementales

Les interventions cognitives et comportementales sont l'approche psychosociale privilégiée pour le TDA/H. Elles ont fait l'objet de nombreuses études empiriques. On distingue essentiellement trois générations de thérapies cognitives-comportementales (TCC). Les fondements théoriques de cette approche seront abordés en lien avec chacune des générations. Les prochaines sections présenteront les trois générations de TCC, leurs liens avec le TDA/H et les programmes d'intervention qui en découlent.

Première génération. L'approche comportementale est considérée comme la première génération de la TCC. Elle se base sur les théories du conditionnement répondant

de Watson et du conditionnement opérant de Skinner (Dionne & Neveu, 2010) qui considère que les comportements proviennent des apprentissages (Couture & Nadeau, 2014). Elle vise la modification des comportements perturbateurs par des renforcements positifs ou des punitions afin de les remplacer par des comportements mieux adaptés (Chaloult, 2008; Couture & Nadeau, 2014; Goldstein et al., 2011; Nadeau et al., 2015).

Dans leur méta-analyse, Pelham et Fabiano (2008) ont recensé 46 études sur l'évaluation de l'efficacité des interventions comportementales réalisées auprès d'une clientèle d'enfants et d'adolescents de 3 à 18 ans ayant un TDA/H. Les tailles d'effet rapportées par Pelham et Fabiano (2008) sont de faibles à fortes indiquant par-là que ce type d'intervention s'avère intéressant à utiliser dans le but de diminuer les comportements perturbateurs (p. ex. suivre les consignes de l'adulte) et d'améliorer le fonctionnement au quotidien (p ex. concentration à la tâche). De même, Daley et al. (2014) ont réalisé une méta-analyse basée sur 32 études auprès de clientèles âgées de 3 à 18 ans dont les tailles d'effet varient de faibles à fortes. Daley et al. (2014) explique que les recherches possédant de plus grandes qualités méthodologiques (p. ex. échantillon, devis de recherche avec un groupe contrôle, choix des analyses statistiques appropriées) obtiennent davantage des tailles d'effet fortes. Ainsi, ils concluent en l'efficacité des interventions comportementales sur l'amélioration des habiletés parentales (p. ex. attitude positive envers leur enfant, confiance en leurs interventions auprès de leur enfant) des parents d'enfants ou d'adolescents ayant un TDA/H (Daley et al., 2014) et la diminution des comportements perturbateurs tel que l'opposition (Daley et al., 2014; Pelham &

Fabiano, 2008). En résumé, les recherches démontrent que les interventions comportementales sont associées à une diminution des comportements perturbateurs, à une attitude positive des parents envers leur enfant et à une amélioration du fonctionnement quotidien auprès d'enfants et d'adolescents ayant un TDA/H.

Dans les recherches, les interventions d'approche comportementale de première génération de la TCC destinées aux enfants et aux adolescents sont généralement divisées en trois catégories : l'entraînement aux habiletés parentales, la gestion des comportements en classe et les interventions comportementales auprès des pairs.

Parmi les trois catégories, les interventions visant l'entraînement des habiletés parentales obtiennent le plus fort appui empirique jusqu'à maintenant pour les enfants de 3 à 12 ans (Evans, Owens, & Bunford, 2014; Pelham & Fabiano, 2008). L'objectif principal poursuivi par l'entraînement aux habiletés parentales est d'améliorer les attitudes et les pratiques éducatives des parents afin de diminuer les comportements inadéquats de leur enfant TDA/H et de l'amener à développer plus de comportements adaptés (Chacko et al., 2015). Les programmes d'habiletés parentales présentent le TDA/H aux parents et abordent leur sentiment de compétence (Purper-Ouakil et al., 2006; Verreault, Verret, Massé, Lageix, & Guay, 2011), la résolution de problèmes (Chacko et al., 2015), la gestion du stress, la communication, la gestion des crises (Massé, Verreault, & Verret, 2011) et l'implantation d'un système de renforcements positifs (Chacko et al., 2015). Hauth-Charlier et Clément (2014) ont réalisé une étude afin d'évaluer l'efficacité de

l'entraînement aux habiletés parentales auprès de 25 familles d'enfants et d'adolescents de 6 à 15 ans. Ils ont effectué une comparaison à un groupe témoin apparié en un pour un au groupe expérimental, c'est-à-dire qu'un enfant du groupe expérimental correspond à un enfant du groupe témoin. Les chercheurs ont obtenu une diminution de la sévérité des comportements perturbateurs chez les enfants et les adolescents du groupe expérimental. Toutefois, selon l'INESSS, l'entraînement aux habiletés parentales est moins recommandé pour les adolescents de 13 à 18 ans (Brassard & Moreault, 2018), car l'efficacité de cette intervention diminue en fonction de l'âge de l'enfant (Chacko et al., 2015). En fait, pour cette clientèle, d'importants facteurs sont à considérer avant d'entreprendre ce type d'intervention dont les caractéristiques personnelles de l'adolescent et de ses parents (problèmes de santé mental diagnostiqués, problèmes de santé chroniques, atteintes des habiletés cognitives et des fonctions exécutives, dont l'inhibition, l'inattention, l'organisation, la gestion du temps et la mémoire de travail), l'environnement familial (famille isolée, famille monoparentale, problèmes financiers et discorde familiale) et les pratiques parentales (peu de surveillance parentale, incohérence, hostilité, laxisme et coercition) (Robin, 2015). Dans ces conditions, l'entraînement aux habiletés parentales peut avoir des effets négatifs sur la relation parent-adolescent (Chacko et al., 2015). L'intervenant doit donc s'assurer d'évaluer la situation familiale avant d'entreprendre un programme d'habiletés parentales auprès d'adolescents ayant un TDA/H (Robin, 2015).

En ce qui concerne la deuxième catégorie d'approche comportementale de la première génération des TCC, la gestion de comportements en classe a également obtenu un appui empirique des recherches (Pelham & Fabiano, 2008). Les interventions utilisées à l'école mettent l'accent sur la modification des tâches scolaires en fonction des habiletés et des défis de l'apprenant, de son sentiment de compétence et de son autocontrôle (Pffifner & DuPaul, 2015). Également, elles proposent des changements dans la disposition de la classe (Pffifner & DuPaul, 2015; Purper-Ouakil et al., 2006), des systèmes de renforcement (Barkley, 2016; Pffifner & DuPaul, 2015) et l'utilisation des pairs pour faciliter le succès académique (Pffifner & DuPaul, 2015). De plus, elles accompagnent les enseignants dans leurs interventions éducatives et comportementales (Nadeau et al., 2015). Dans une recension des écrits, Nadeau et al. (2015) mentionne que la gestion des comportements en classe est associée à une diminution des comportements perturbateurs et une augmentation de la productivité de l'élève TDA/H de même qu'une meilleure intégration sociale en classe.

Quant aux interventions comportementales auprès des pairs, elles visent principalement le développement d'habiletés sociales. Selon Hampel, Manhal, Roos et Desman (2008), les adolescents ayant un TDA/H ont plus de difficultés à s'adapter en contexte de stress social que les adolescents sans TDA/H. Les auteurs recommandent des interventions basées sur l'entraînement aux habiletés sociales qui comprend généralement des activités sur la compréhension des émotions, le développement de l'autocontrôle, la résolution de problèmes, les habiletés de communication (Verret, Massé, & Picher, 2016)

et la gestion du stress (Hampel et al., 2008). Certaines recherches indiquent une amélioration significative des comportements prosociaux et de relations sociales réciproques (Pourre, Aubert, Andanson & Raynaud, 2012; Maag, 2006; Verret et al., 2016) qui entraîne une diminution de l'anxiété en contexte social (Lessard & Coutu, 2011). Dans leur méta-analyse, Pelham et Fabiano (2008) croient cependant que l'entraînement aux habiletés sociales est efficace seulement lorsqu'il s'accompagne d'interventions de l'adulte provenant d'un entraînement des habiletés parentales.

En somme, les interventions comportementales de la première génération de la TCC sont reconnues efficaces auprès de la clientèle TDA/H (Evans et al., 2014; Pelham & Fabiano, 2008). Toutefois, elles n'adressent que les comportements, ce qui représente une limite de cette approche. La seconde génération de TCC inclut davantage les processus cognitifs, les pensées et les perceptions.

Deuxième génération. Les interventions d'approche cognitive-comportementale représentent la deuxième génération de la TCC. Elles intègrent, aux interventions comportementales de la première génération, un courant cognitif provenant de la thérapie émotive-rationnelle d'Albert Ellis et de la thérapie cognitive d'Aaron Beck (Dionne & Neveu, 2010). L'approche cognitive-comportementale se penche sur les processus cognitifs, les pensées et les perceptions qui permettent d'expliquer certains comportements (Chaloult, 2008).

Pour le TDA/H, l'approche cognitive-comportementale permet de cibler les situations problématiques découlant du TDA/H pour apprendre à l'enfant à mieux les gérer en ciblant le traitement cognitif. De ce fait, elle favorise le développement d'un sentiment d'efficacité personnelle et la persévérance face à la tâche (Massé, 1999). En plus des interventions dites comportementales (p. ex., les renforcements et les punitions), elle s'attarde à expliquer le TDA/H à la personne atteinte (Goldstein et al., 2011). Également, les programmes d'approche cognitive-comportementale incluent la restructuration cognitive, l'autocontrôle, la résolution de problèmes, l'entraînement aux habiletés sociales, la relaxation et la méditation, la gestion du stress (Antshel et al., 2014; Sprich et al., 2015), le modelage et la réattribution causale, c'est-à-dire ce que la personne donne comme explication à ce qui lui arrive (Massé, 2014). En parallèle, les interventions cognitives-comportementales poursuivent l'objectif d'outiller les parents et les intervenants dans leurs actions auprès d'un enfant ou d'un adolescent ayant un TDA/H (Verreault et al., 2011). La gestion du stress et de l'anxiété occupe également une place importante au sein de cette approche, car elle permet de reconnaître les signaux de stress et de développer des stratégies pour y faire face (Massé, 1999).

Globalement, les résultats de recherches actuels sont mitigés concernant l'efficacité de l'approche cognitive-comportementale pour le traitement du TDA/H (Halldorsdottir & Ollendick, 2014; Massé, 2014). En effet, dans sa méta-analyse de 10 études sur des enfants et des adolescents de 7 à 19 ans ayant un TDA/H et des problèmes de gestion de l'anxiété, Halldorsdottir et Ollendick (2014) constatent que plus les symptômes du TDA/H sont sévères

moins les interventions d'approche cognitive et comportementale fonctionnent, particulièrement s'il s'accompagne d'un trouble oppositionnel avec provocation ou d'un trouble des conduites. Pour sa part, Abikoff (1991) explique que le manque de motivation et de maturité peut entraîner l'inefficacité de cette approche auprès des enfants ayant un TDA/H. De leur côté, Chronis et al. (2006) soulignent que l'impulsivité qui est associée au TDA/H peut nuire aux habiletés des enfants et des adolescents à contrôler leurs comportements. D'autres chercheurs avancent que les interventions cognitives et comportementales sont moins efficaces si elles sont utilisées sans médication (Chambry, 2006; Chronis et al., 2006; Smith & Shapiro, 2015). Depuis, des recherches démontrent que l'approche cognitive-comportementale obtient des effets prometteurs, seule ou en complémentarité, chez les adultes ayant un TDA/H (Rostain & Ramsay, 2006; Safren, 2006) pour diminuer les symptômes d'inattention (Solanto et al., 2010) et pour améliorer la gestion du temps, l'organisation (Rostain & Ramsay, 2006; Solanto et al., 2010), la planification (Solanto et al., 2010), la gestion des émotions et de l'impulsivité (Rostain & Ramsay, 2006). Dans le même sens, Antshel et al. (2014) rapportent, à l'aide des interventions cognitives et comportementales, une amélioration de la fréquentation scolaire, une diminution des symptômes d'inattention et des problèmes de comportement de même qu'une réduction de la dose de psychostimulants auprès d'adolescents de 14 à 18 ans. Qui plus est, les interventions d'approche cognitive-comportementale seraient plus efficaces avec ceux qui ont en comorbidité un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur (Antshel et al., 2014; Chronis et al., 2006, Massé, 2014). En fait, une diminution de l'anxiété entraînerait une amélioration des symptômes du TDA/H (Denis et al., 2016). Jarrett et Ollendick (2012) ont

réalisé une étude comparative entre des enfants de 8 à 12 ans ayant un TDA/H seulement et d'autres ayant un TDA/H accompagné de symptômes d'anxiété. Ils ont obtenu une diminution significative des difficultés chez le groupe d'enfants qui présentaient des symptômes d'anxiété et un TDA/H comparativement à ceux qui n'avaient qu'un TDA/H.

En conclusion, l'approche cognitive-comportementale, deuxième génération de TCC, reste une forme d'intervention à considérer dans le traitement du TDA/H malgré les résultats de recherche mitigés. Plusieurs études montrent une diminution des difficultés associées à ce trouble au quotidien grâce à cette approche. Comparativement à la génération précédente de TCC, la deuxième implique les processus cognitifs, les pensées et les perceptions auxquels sont associés les comportements, ce qui permet d'ajouter d'autres formes d'intervention (p. ex., la restructuration cognitive et la réattribution causale). De son côté, la troisième génération s'intéresse à l'acceptation, l'engagement et à la pleine conscience.

Troisième génération. La troisième génération des thérapies d'approche cognitive-comportementale est fondée sur l'acceptation, l'engagement et la pleine conscience. Elle se veut un retour aux fondements théoriques du conditionnement opérant de Skinner (Dionne & Neveu, 2010) auquel se sont ajoutés des éléments de pleine conscience provenant des travaux de Jon Kabat-Zinn (1990). La troisième génération vise l'acceptation, l'engagement, le développement d'une distance par rapport aux pensées, l'utilisation de la pleine conscience et l'augmentation du contact avec l'instant présent (Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 2003; Segal, Williams, & Teasdale, 2002). La pleine conscience a été définie par Kabat-Zinn (2003)

comme une forme d'attention particulière dirigée dans le moment présent en évitant de porter tout jugement. Des études exploratoires démontrent, jusqu'à présent, que l'intégration de la pleine conscience et de la médication est associée à une diminution des symptômes du TDA/H (Grosswald, Stixrud, Travis & Bateh, 2008; Haydicky, Shecter, Wiener, & Ducharme, 2015; Van de Weijer-Bergsma, Formsma, De Bruin, & Bögels, 2012; Zylowska et al., 2008), de l'anxiété (Grosswald et al., 2008; Zylowska et al., 2008), de l'autocontrôle (Zylowska et al., 2008), des comportements (Haydicky et al., 2015; Van de Weijer-Bergsma et al., 2012; Zylowska et al., 2008), de la dépression (Zylowska et al., 2008), des fonctions exécutives (Grosswald et al., 2008; Van de Weijer-Bergsma et al., 2012) et de la relation avec les pairs (Haydicky et al., 2015). Également, d'autres recherches relèvent une réduction du stress parental chez les parents d'enfants et d'adolescents avec TDA/H qui participent, tout comme leur enfant, aux interventions de pleine conscience (Anderson & Guthery, 2015; Haydicky et al., 2015).

En résumé, la troisième génération de TCC suscite l'intérêt. Elle s'intègre aisément aux interventions cognitives-comportementales traditionnelles (Zylowska et al., 2008) et elle présente des résultats prometteurs auprès de la clientèle TDA/H. Toutefois, d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer clairement l'efficacité de la pleine conscience en incluant des groupes contrôles par exemple (Baer, 2003). Malgré ce fait, la troisième génération de TCC apporte un regard nouveau en insérant l'acceptation et la pleine conscience dans les interventions des deux générations précédentes.

Programmes d'intervention basés sur la TCC. Au Québec, de nombreux programmes se basent sur l'approche cognitive-comportementale. Certains visent la gestion de l'anxiété et du stress, l'entraînement aux habiletés sociales ou aux habiletés parentales. La prochaine section abordera différents programmes francophones basés sur la TCC qui contiennent une ou plusieurs de ces composantes pouvant répondre aux besoins d'une clientèle âgée de 12 à 18 ans ayant un TDA/H.

Programmes de gestion du stress ou de l'anxiété. Parmi les programmes associés à la gestion de l'anxiété et du stress, les programmes *Friends* dont *My friends* pour les adolescents de 12 à 16 ans datent des années 90. Ils ont démontré leur efficacité auprès d'une clientèle d'enfants et d'adolescents rapportant de l'anxiété (Liber et al., 2008; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). Ils sont adaptés pour un cadre individuel ou de groupe. Plus précisément, le programme *My friends* (Barrett, 2012) est le seul qui s'adresse aux adolescents. Il est conçu pour prévenir les difficultés d'anxiété en milieu scolaire. Il est traduit en plusieurs langues, dont le français. Il comporte 10 rencontres de deux heures qui visent l'autorégulation des émotions et la résolution de problèmes afin de développer de nouvelles stratégies de *coping* pour mieux gérer l'anxiété. L'étude de Wergeland et al. (2014) auprès de 182 enfants et adolescents de 8 à 15 ans ayant des troubles anxieux (trouble d'anxiété de séparation, phobie sociale et trouble d'anxiété généralisée) a obtenu des résultats similaires à ses prédécesseurs. Ils appuient une diminution significative des symptômes d'anxiété à la suite de la participation au programme.

Déstresse et progresse (Lupien et al., 2013) est un autre programme conçu pour une clientèle âgée de 10 à 13 ans afin de prévenir les difficultés associées au stress. Il s'adresse spécifiquement à ceux qui sont en transition primaire-secondaire et vise à être implanté facilement dans un milieu scolaire en groupe-classe. Il se compose de cinq ateliers de 50 minutes. À travers des jeux de rôles et divers exercices, les adolescents apprennent à comprendre le stress, à l'identifier au quotidien ainsi qu'à utiliser des stratégies pour mieux le gérer. Lupien et al. (2013) ont mené une étude auprès de 504 adolescents de 11 à 13 ans qui visait à déterminer les effets du programme sur le niveau de cortisol (hormone du stress) et les symptômes dépressifs dans la transition primaire-secondaire. Les résultats obtenus montrent une diminution du niveau de cortisol, après le programme, chez les adolescents qui ont un haut niveau de colère ainsi qu'une diminution significative des symptômes dépressifs rapportés. Lupien et al. (2013) suggèrent que le programme *Déstresse et progresse* puisse s'adresser aux adolescents qui présentent des problèmes de comportement et de régulation des émotions. En 2015, Plusquellec et al. ont réalisé une étude pilote auprès de 49 enfants de 10 et 11 ans en 6^e année du primaire. Les résultats obtenus indiquent que le niveau de cortisol a augmenté tout au long de l'étude contrairement à ce qui était attendu, ce qui suggère une augmentation du stress malgré la participation des enfants au programme. Plusquellec et al. (2015) explique ces résultats par la transition précoce des élèves de l'étude qui ont intégré une école secondaire offrant la 6^e année du primaire. Néanmoins, les résultats associent la participation au programme *Déstresse et progresse* à une amélioration significative des capacités de mémorisation d'une liste de mots et du niveau d'estime de soi rapporté par les

participants ainsi qu'une diminution à moyen terme des symptômes dépressifs. Ainsi, ils concluent que les résultats sont prometteurs pour la prévention de troubles de santé mentale.

En résumé, les programmes *My Friends* et *Déstresse et progresse* ont comme principale force de s'adresser concrètement à prévenir les difficultés de gestion de l'anxiété et du stress chez les adolescents. Toutefois, ils sont composés d'interventions universelles qui ne sont pas adaptées aux besoins particuliers des adolescents ayant un TDA/H.

Programmes d'entraînement aux habiletés parentales et sociales. De nombreux programmes francophones d'entraînement aux habiletés parentales et aux habiletés sociales sont présents au Québec pour les adolescents et leurs parents. Deux s'adressent directement à la clientèle TDA/H. D'abord, *Multi-Propulsions* (Massé et al., 2011; Massé, Verret, & Boudreault, 2012) est un programme qui vise les enfants avec TDA/H de 6 à 12 ans et leurs parents. Il prévoit 16 séances de deux heures. Il comporte deux volets : *Enfants* et *Parents*. Il a pour objectifs de développer les habiletés sociales, l'estime de soi, l'autocontrôle et la gestion des émotions des enfants ayant un TDA/H (Massé et al., 2012). Également, il aide les parents à améliorer leurs habiletés parentales et la qualité de la relation parent-enfant par la valorisation, les renforcements, la résolution de problèmes, la gestion du stress et l'amélioration de la communication (Massé et al., 2011). Les résultats de recherche indiquent moins de comportements hyperactifs, des comportements plus adaptés, une diminution du stress parental lié aux difficultés de l'enfant et une amélioration de la qualité de la relation parent-enfant (Verreault et al., 2011). De son côté,

Prise en charge du TDA/H chez l'enfant : Le programme hyper MCBT par séance (Gramond, Rebattel, & Jourdain, 2017) est un programme qui s'adresse à des enfants et des adolescents TDA/H âgés de 7 à 14 ans. Il se divise en 16 rencontres d'une heure. Il comporte deux volets : enfants/adolescents et parents. Le volet pour les enfants et les adolescents vise, entre autres, la psychoéducation, la gestion des émotions, la gestion du stress et la résolution de problèmes. À travers le programme, les auteurs proposent des techniques de méditation, des renforçateurs, des jeux de rôle, des temps de calme et la restructuration cognitive. Pour le volet des parents, le programme inclut plusieurs objectifs, dont la psychoéducation, les styles éducatifs parentaux, la communication, la gestion du temps et la résolution de problèmes. Les interventions préconisées avec les parents sont les renforçateurs, les techniques de relaxation et de méditation et la restructuration cognitive.

En résumé, *Multi-Propulsions* et *Le programme hyper MBCT par séance* présentent d'importantes forces. Ils comportent tous les deux l'entraînement aux habiletés sociales pour des enfants et des adolescents ayant un TDA/H et aux habiletés parentales pour leurs parents. Également, ils ont quelques exercices qui portent sur la gestion du stress. Toutefois, *Multi-Propulsions* aurait besoin d'être adapté pour le secondaire afin de s'ajuster aux besoins de la clientèle étant donné les nombreux changements associés à l'adolescence. En ce qui concerne *Le programme hyper MBCT par séance*, il n'a pas fait l'objet de recherches empiriques. Des études sont nécessaires pour déterminer son efficacité. De plus, ces deux programmes ne visent pas précisément la prévention des

difficultés de gestion de l'anxiété aux évaluations et du stress chez les adolescents avec un TDA/H en transition-primaire secondaire.

En somme, les interventions d'approche cognitive et comportementale des trois générations ont fait l'objet de recherches et montrent chacune une avenue possible dans le traitement du TDA/H. De nombreux programmes d'intervention basés sur la TCC ont été élaborés. Certains visent la gestion de l'anxiété et du stress auprès des adolescents tels que *My Friends* et *Détresse et progresse*. Toutefois, ils ne visent pas spécifiquement ceux qui ont un TDA/H. Ils ont davantage une visée universelle. D'autres programmes s'attardent à l'entraînement aux habiletés parentales et aux habiletés sociales pour une clientèle TDA/H comme *Multi-Propulsions* et *Le programme hyper MBCT par séance*. Or, le premier nécessite d'être adapté pour des adolescents en transition primaire-secondaire et l'autre doit faire l'objet d'études empiriques afin d'établir son efficacité. Il n'y a donc aucun programme qui cible la prévention des difficultés associées à l'anxiété aux évaluations et au stress chez les adolescents ayant un TDA/H dans un contexte scolaire.

Pour conclure sur les interventions préconisées pour le TDA/H, diverses approches peuvent être envisagées afin d'aider les adolescents ayant un TDA/H. Le traitement pharmacologique reste l'intervention privilégiée par les médecins. Toutefois, les médicaments présentent des effets secondaires et des contre-indications qui permettent d'envisager d'autres types d'intervention (Connor, 2015; Biederman & Faraone, 2005; Chambry, 2006), dont celles basées sur l'approche cognitive-comportementale. Cette

approche se déploient en trois vagues. D'abord, les interventions comportementales de la première vague sont reconnues comme une approche efficace auprès de la clientèle TDA/H (Evans et al., 2014; Pelham & Fabiano, 2008) visant l'entraînement aux habiletés parentales, la gestion des comportements en classe et les interventions comportementales auprès des pairs. C'est l'entraînement des habiletés parentales qui obtient le plus fort appui empirique, jusqu'à maintenant, auprès des enfants ayant un TDA/H (Pelham & Fabiano, 2008), mais il est moins recommandé pour les adolescents (Brassard & Moreault, 2018). De leur côté, les approches cognitives-comportementales de la deuxième vague obtiennent des résultats qui ne font pas consensus. Néanmoins, elles restent à considérer en raison de l'amélioration des difficultés associées au TDA/H dans la vie quotidienne. La troisième vague propose l'intégration de l'acceptation et de la pleine conscience aux interventions cognitives-comportementales traditionnelles. Même si elle suscite un fort intérêt (Zylowska et al, 2008), des recherches supplémentaires sont recommandées afin de vérifier l'efficacité de la pleine conscience en incluant des groupes contrôles (Baer, 2003). Parallèlement, les programmes d'intervention basés sur les TCC ne visent pas particulièrement la prévention des difficultés associées à l'anxiété aux évaluations et au stress chez les adolescents avec un TDA/H en transition primaire-secondaire. Ainsi, le manque de consensus actuel au niveau de la recherche sur les interventions psychosociales efficaces auprès des adolescents ayant un TDA/H représente une lacune importante. De plus, le manque de programmes d'intervention francophones s'adressant à une clientèle d'adolescents ayant un TDA/H en transition primaire-secondaire et vivant du stress et de l'anxiété aux évaluations souligne une omission considérable sur les plans clinique et social. Afin de combler les lacunes relevées, le

programme *Funambule* a été choisi pour faire l'objet d'adaptations, dans cette étude pilote, auprès d'adolescents de 12 et 13 ans pouvant rapportés de l'inattention ou de l'hyperactivité impulsivité et des difficultés de gestion du stress et d'anxiété aux évaluations.

Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress

Funambule est conçu à partir de la théorie psychologique du stress et de l'adaptation élaborée par Lazarus et Folkman en 1984. Il fonde son intervention sur les bases de la deuxième génération de thérapies cognitives-comportementales (TCC) et inclut certains exercices semblables à la troisième génération ciblant la pleine conscience (Dumont et al., 2015). Il peut s'appliquer en contexte de groupe ou de rencontres individuelles à l'école. Ce programme a pour objectifs d'améliorer et de prévenir les difficultés de gestion du stress dans différentes situations de la vie quotidienne se présentant à l'école, à la maison, dans les relations interpersonnelles ou dans tout autre contexte. Devant le manque de programmes d'intervention offerts visant la gestion du stress pour les adolescents en transition primaire-secondaire qui présentent de l'inattention et de l'hyperactivité/impulsivité, *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* (Dumont et al., 2012) apparaît être une solution à ce problème. Puisque le programme *Funambule* a démontré son efficacité dans l'amélioration de la gestion du stress et de l'anxiété aux évaluations des adolescents (Dumont et al., 2015), il pourrait s'avérer utile, avec certaines adaptations, pour les élèves souffrant d'un TDA/H qui vivent de telles difficultés. De plus, tel que présenté précédemment, le TDA/H a des impacts fonctionnels dans la vie des adolescents (famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque) pouvant être

sources de stress au quotidien. Or, *Funambule* pourrait être associé à une diminution des impacts fonctionnels du TDA/H en améliorant la gestion du stress chez cette clientèle particulière. C'est pourquoi *Funambule* est choisi pour faire l'objet d'adaptations visant les adolescents TDA/H en transition primaire-secondaire – période stressante nécessitant des adaptations psychosociales (Lupien, 2010; Plusquellec et al., 2015).

Objectifs et hypothèses

Cette étude pilote comporte cinq objectifs. Le premier objectif est d'adapter le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* auprès d'adolescents de 12 et 13 ans pouvant présenter des difficultés sur les plans de l'attention ou de l'hyperactivité-impulsivité. Des recommandations seront proposées à la suite de l'expérimentation. Le second objectif est de vérifier si *Funambule* peut être associé à une utilisation plus fréquente de stratégies de gestion du stress pour l'ensemble des participants. L'hypothèse exploratoire « gestion du stress » suggère que le programme sera associé à des bénéfices pour tous les participants (avec ou sans TDA/H) en augmentant la fréquence d'utilisation des stratégies de gestion du stress proposées dans *Funambule*. Compte tenu de la nature exploratoire de l'étude, il est difficile de préciser lesquels des participants, avec ou sans TDAH, profiteront le plus de ce programme d'intervention et laquelle des quatre cibles d'intervention du programme (*Travail sur la perception du stress, Travail sur le corps, Travail sur les pensées et Travail sur les stratégies adaptatives*) sera la plus souvent utilisée. Un troisième objectif issu de cette étude pilote concerne les atteintes fonctionnelles du TDA/H mesurées en six domaines

(famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque) pour tenir compte de l'âge des participants. Il s'agit, dans un premier temps, de comparer les scores obtenus au questionnaire entre les deux groupes de participants, avec ou sans TDA/H, et dans un second temps, d'examiner si *Funambule* est associé à une réduction des atteintes fonctionnelles pour chaque participant. La première hypothèse exploratoire « atteintes fonctionnelles 1 » propose que les participants n'ayant pas de TDA/H ne présenteront pas d'atteintes fonctionnelles significatives, selon le barème d'interprétation du questionnaire, aux trois temps de mesure comparativement aux élèves avec TDAH. La seconde hypothèse exploratoire « atteintes fonctionnelles 2 » présume que *Funambule* sera associé à une diminution des atteintes fonctionnelles significatives pour les participants avec TDA/H sur les six domaines évalués (famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque). Le quatrième objectif de l'étude est d'observer s'il y aura des changements associés sur le plan de l'anxiété face aux évaluations à la suite de la participation au programme *Funambule*. L'hypothèse exploratoire « anxiété aux évaluations » s'attend à ce que le programme soit associé à une diminution du niveau d'anxiété aux évaluations pour tous les participants à travers les trois temps de mesure. Finalement, le cinquième objectif de l'étude veut vérifier le niveau d'appréciation du programme *Funambule* par les participants au premier post-test à la fin de l'expérimentation. À ce stade-ci, il n'est pas possible de déterminer les participants (TDA/H ou non) qui présenteront un niveau plus élevé de satisfaction. Néanmoins, il est souhaité que tous les participants aient un niveau d'appréciation élevé du programme.

Méthode

La présente section aborde les caractéristiques sociodémographiques des participants, la méthode de recrutement ainsi que les critères retenus afin d'établir l'échantillon de l'étude. Il y a ensuite une présentation des différents outils utilisés lors de l'expérimentation ainsi que le déroulement de la collecte de données.

Cet essai doctoral est un projet pilote s'étalant longitudinalement sur une période d'environ six mois. Il importe de spécifier que l'application du programme *Funambule* a été réalisée dans un milieu scolaire qui comportait de nombreuses restrictions rendant difficile le recrutement de participants. Ainsi, les rencontres ont eu lieu sur l'heure du dîner. Le temps disponible, pour chaque rencontre, était de 45 à 50 minutes. Puisque l'école comporte une variété d'activités possibles, les rencontres ont été condensées, pour des raisons pratiques, en quatre semaines au lieu de huit. L'étudiante responsable de l'étude pilote, Mme Myriam Séguin, a réalisé l'ensemble des étapes de la recherche durant son internat à l'école. Elle a animé seule toutes les rencontres du programme *Funambule* y compris la rencontre préalable pour présenter son projet. Elle était supervisée par une psychologue de la commission scolaire tout au long de son internat. Afin d'éviter tout conflit de rôle, il était prévu que les élèves qui se portaient volontaires soient référés aux autres intervenants de l'école s'ils avaient des besoins particuliers exigeant un suivi individuel.

Participants

Cette étude pilote repose sur les résultats de quatre adolescents de 12 et 13 ans qui se sont portés volontaires, trois filles et un garçon, provenant d'une école secondaire de la Commission scolaire de la Riveraine. L'âge moyen des participants est de 12,75 ans. Au départ, l'étude devait inclure des élèves ayant un diagnostic de TDA/H ou un niveau d'atteintes fonctionnelles de modéré à sévère associé à des difficultés sur le plan de l'attention ou de l'hyperactivité selon le questionnaire de Weiss (2011). Toutefois, il n'a pas été possible de recruter plus de quatre participants en raison des contraintes imposées par l'école mentionnées précédemment. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été assouplis pour être en mesure de réaliser l'étude dans le cadre d'un groupe. Ainsi, deux des participants, une fille et un garçon, ont un diagnostic de TDA/H de type mixte indiqué par leurs parents à la signature du formulaire de consentement. Ils prennent une médication à cet effet. Les deux autres participantes sont incluses sur la base de leurs difficultés à gérer le stress. L'étude ne comporte pas de groupe contrôle. Aucun participant n'a dû être exclu de la présente étude¹.

Les participants ont été recrutés dans le cadre d'ateliers de gestion du stress préparés et organisés par l'équipe de professionnels de l'école pour tous les élèves de secondaire 1 à 5.

¹ Dans le cadre de cette étude pilote, un participant pouvait être exclu du groupe s'il présentait des troubles du comportement (comportements perturbateurs, leadership négatif, agressivité), car il n'aurait obtenu aucun bénéfice à la participation au programme et aurait nui à ses compagnons de groupe. Il est entendu par leadership négatif et comportements perturbateurs; un participant dont l'attitude serait contre-productive (p. ex., ne participe pas, n'écoute pas et décourage les autres de le faire, présente constamment des insatisfactions, dérange les autres, manque de respect à l'animatrice ou aux autres élèves, etc.). Il était prévu que le participant soit alors rencontré individuellement et accompagné vers des services appropriés.

C'est Mme Myriam Séguin, doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières et responsable de cette étude pilote, qui a animé les ateliers dans chacune des classes. Puisque l'école a permis une seule rencontre d'une heure par classe, certains ateliers du programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* ont été sélectionnés puis remaniés et condensés afin d'aborder minimalement tous les volets du programme lors de cette rencontre (voir Tableau 1). Le projet a été présenté aux élèves de la première secondaire afin de solliciter leur participation volontaire. Ce choix a été fait en raison des enjeux liés à la transition primaire-secondaire; passage stressant pour l'ensemble des adolescents nécessitant la mobilisation de capacités d'adaptation (Plusquellec et al., 2015).

Tableau 1

*Contenu de la rencontre d'ateliers de gestion du stress
pour les classes de secondaire 1*

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Introspection de l'exercice 3 : <i>Je me demande ce qu'est le stress</i>	30 minutes	15 minutes
Exercice 2 : <i>J'accepte une certaine dose de stress</i>	10 minutes	5 minutes
Exercice 15 : Je m'exerce à la respiration en ballon	5 minutes	5 minutes
Exercice avec des balles anti-stress		5 minutes
Exercice 24 : <i>Je prends conscience du pouvoir de ma pensée</i>	10 minutes	5 minutes
Exercice 25 : <i>J'ai des pensées stressantes qui nuisent à ma concentration</i>	20 minutes	10 minutes
Exercice 39 : <i>Je propose un plan A et un plan B</i>	5 minutes	5 minutes
Présentation du projet de recherche		5 minutes

Note. Cette rencontre était préalable au programme. En ce sens, elle précède son application et n'en fait pas partie.

Traitement offert

Le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* (Dumont et al., 2012) comporte huit rencontres de 60 à 75 minutes couvrant quatre volets soit : *Travail sur la perception du stress* (connaissances et compréhension du stress), *Travail sur le corps* (sensibilisation aux signaux physiologiques du stress et apprentissage de techniques de relaxation respiratoire et musculaire), *Travail sur les pensées* (résolution de problèmes et changements dans les perceptions et les attitudes) et *Travail sur les stratégies*

adaptatives (développer de nouvelles stratégies d'adaptation). Les exercices sont basés sur des discussions, des mises en situation, des questionnaires et des techniques. La validation du programme a été réalisée entre 2008 et 2009 auprès de 138 adolescents âgés de 14 à 19 ans provenant de différentes régions du Québec. Les adolescents étaient divisés en deux groupes (expérimental et témoin) et appariés selon le sexe et le niveau de stress ressenti (faible, moyen, élevé). D'autres jeunes âgés de 12 à 15 ans ont participé au programme. Cependant, seuls les journaux de bord des animateurs ont été utilisés pour améliorer et adapter le programme en tenant compte de l'âge des élèves et de leurs difficultés scolaires et comportementales. Les résultats de l'étude de validation ont conclu à l'efficacité des apprentissages effectués dans les trois premiers volets du programme. Pour le dernier volet, *Travail sur les stratégies adaptatives*, les auteurs signalent que les participants ont eu moins de temps pour intégrer les nouvelles connaissances ne permettant pas de conclure à son efficacité (Dumont et al., 2015).

Dans la présente étude pilote, chaque élève détenait un *Cahier du participant* comprenant des activités/devoirs à faire chaque semaine et des astuces pour mieux gérer leur stress. Ce cahier est développé sur la base du programme *Funambule* lequel présente des exercices documentés sur le plan théorique et empirique (Dumont et al., 2012). Également, l'animatrice a utilisé un guide d'animation comprenant les objectifs de chaque exercice, la liste du matériel nécessaire et le déroulement des activités (Dumont et al., 2012).

Concernant l'adaptation du programme, le contenu des huit rencontres a été examiné. Ensuite, des exercices ont été sélectionnés afin d'honorer les objectifs principaux de chaque rencontre et de former des séances de 45 minutes pour optimiser la concentration des participants et leur réserver un temps de repos avant les cours de l'après-midi. Le matériel proposé pour chaque exercice a été utilisé conformément à l'application recommandée par le programme.

Instruments de mesure

Les quatre participants qui se sont portés volontaires pour participer aux rencontres du programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* ont complété trois questionnaires de type papier-crayon, à trois moments², portant sur les stratégies de gestion du stress, les impacts fonctionnels du TDA/H et l'anxiété aux évaluations. À la fin du programme, un quatrième questionnaire a été complété pour mesurer leur niveau de progrès, d'appréciation et d'implication. Également, ils ont été invités à communiquer leurs impressions des rencontres auxquelles ils ont participé lors d'une discussion. Parallèlement, un journal de bord a été tenu pour recueillir des observations personnelles tout au long de l'application du programme.

² Le prétest a eu lieu sur deux semaines (deux rencontres) avant le début du programme. Le post-test 1 a commencé une semaine après le programme et s'est échelonné sur un mois. Le post-test 2 a démarré une semaine après la fin du post-test 1 et s'est conclu au bout d'un mois.

Questionnaire des stratégies de gestion du stress de Dumont et al. (2012)

Le *Questionnaire des stratégies de gestion du stress* (Dumont et al., 2012) se trouve dans le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress*. Il a été utilisé afin de connaître les stratégies d'adaptation et outils appris, retenus et utilisés par les participants aux trois temps de mesure. Il comprend 41 questions couvrant les quatre volets du programme : *Travail sur la perception du stress* (p. ex., Quand je fais face à une situation stressante, j'essaie de voir le bon côté des choses), *Travail sur le corps* (p. ex., J'essaie de respirer lentement et profondément pour me calmer), *Travail sur les pensées* (p. ex., J'essaie de transformer mes pensées stressantes en pensées aidantes, réalistes, optimistes et rationnelles lors d'une situation imprévisible, indésirable, incontournable, incontrôlable ou qui affecte l'estime de soi) et *Travail sur les stratégies adaptatives* (p. ex., J'essaie de toujours avoir un plan B au cas où mon plan A ne fonctionnerait pas). Les participants doivent indiquer à l'aide d'une échelle Likert allant de *jamais* (1) à *très souvent* (5), à quelle fréquence ils utilisent les stratégies présentées dans le programme lorsqu'ils doivent surmonter leurs inquiétudes ou leurs problèmes. Pour le volet *Travail sur la perception du stress*, les scores de 43 à 65 points sont considérés comme élevés, les scores de 22 à 42 points sont moyens et les scores de 21 points et moins sont faibles. En ce qui concerne le volet *Travail sur le corps*, les scores de 20 à 30 points sont élevés, les scores de 11 à 19 points sont moyens et les scores de 10 points et moins sont faibles. Quant au volet *Travail sur les pensées*, les scores de 31 à 45 sont élevés, des scores de 16 à 30 points sont moyens et des scores de 15 points et moins sont faibles. Puis, pour le volet *Travail sur les stratégies adaptatives*, les scores de 43 à 65 points sont élevés, les scores

de 22 à 42 points sont moyens et les scores de 21 points et moins sont faibles (voir la section Réduction des données à la page 62). La cohérence interne obtenue par le coefficient alpha de Cronbach, lors de l'étude de validation du programme, est de 0,62 pour *Travail sur la perception du stress*, 0,65 pour *Travail sur le corps*, 0,80 pour *Travail sur les pensées* et 0,63 pour *Travail sur les stratégies adaptatives* (Dumont et al., 2015).

Weiss Functional Impairment Rating Scale – Self Report (WFIRS) version française non validée de Weiss (2011)

Le WFIRS de Weiss (2011) mesure les atteintes fonctionnelles du TDA/H en sept domaines : *Famille* (p. ex., Comportements qui nuisent aux relations avec les membres de votre famille), *Travail* (p. ex., Rendement de travail affecté), *École* (p. ex., Difficulté à effectuer adéquatement vos travaux), *Aptitudes à la vie quotidienne* (p. ex., Usage abusif du téléviseur, de l'ordinateur ou des jeux vidéo), *Concept de soi* (p. ex., Mauvaise perception de vous-mêmes), *Fonctionnement social* (p. ex., Difficulté à vous entendre avec les autres) et *Comportements à risque* (p. ex., Détruire ou endommager des biens). La Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA) a publié une version francophone du WFIRS. Celui-ci est utilisé, dans cette étude pilote, afin de valider la présence d'atteintes fonctionnelles significatives associées aux symptômes du TDA/H et les changements potentiellement liés au programme *Funambule* sur le plan fonctionnel du participant. Il comprend 69 questions selon une échelle de Likert allant de *jamais ou pas du tout* (0) à *très souvent ou beaucoup* (3). De plus, l'échelle inclut une colonne *ne s'applique pas* (Weiss, 2011). Le questionnaire WFIRS a été validé en anglais auprès d'une clientèle adulte. Il présente une cohérence interne modérée évaluée par le coefficient alpha de Cronbach ($\alpha > 0,80$) pour chaque domaine

(Weiss, 2011). Lagacé Leblanc (2017) a également obtenu une cohérence interne modérée ($\alpha = 0,83$) pour la version française du WFIRS à partir d'un échantillon de 243 étudiants universitaires. La cotation du questionnaire peut être faite de différentes façons. Un domaine qui comprend au moins deux items notés 2 et un item noté 3 est considéré comme une atteinte fonctionnelle significative. Également, une moyenne supérieure à 1,5 à un domaine (la somme des points divisée par le nombre d'items en excluant les items notés ne s'applique pas) est une atteinte fonctionnelle significative (CADDRA, 2011) (voir la section Réduction des données à la page 62).

Dans le cadre de la présente étude pilote, des adaptations au questionnaire ont été faites pour convenir à l'âge des participants. Tous les items du domaine *Travail* ont été retirés puisque les participants n'ont pas d'emploi. Également, les items 2 (Causent des problèmes dans votre couple), 6 (Nuisent à votre habileté à s'occuper de votre famille) et 7 (Causent des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille) du domaine *Famille*, les items 6 (Problèmes sexuels), 10 (Difficulté à respecter les rendez-vous réguliers chez le médecin ou le dentiste), 11 (Difficulté avec les tâches ménagères) et 12 (Difficulté à gérer vos finances) d'*Aptitudes à la vie quotidienne* et les items 1 (Conduite automobile agressive), 2 (Faire autre chose tout en conduisant), 3 (Rage au volant), 11 (Relations sexuelles non protégées) et 12 (Comportement sexuel inapproprié) de *Comportements à risque* ont été enlevés, car ils ne s'appliquent pas à la population visée. Les résultats ont été reportés sur le nombre d'items administrés. Tous les items ont été convertis du « vous » au « tu ». Des exemples ont été ajoutés pour certains items qui pouvaient être

moins clairs. Par exemple, à l’item 2 (Problèmes d’hygiène personnelle) du domaine *Aptitudes à la vie quotidienne* a été ajouté entre parenthèses : « se brosser les dents, se laver, se brosser les cheveux, etc. ».

Échelle d’anxiété du test cognitif – Cognitive Test Anxiety Scale – Appendice A de Cassady et Johnson (2002)

L’*Échelle d’anxiété du test cognitif* de Cassady et Johnson (2002) a une version canadienne-française validée par Dumont, Massé, Leclerc et Potvin (2006). Elle mesure l’anxiété résultant de la préparation aux examens et au sentiment d’échec qui peut en découler, ce qui s’apparente à la notion d’anxiété aux évaluations. Elle est utilisée pour évaluer l’anxiété aux évaluations des participants et pour observer la présence de changements liés au programme *Funambule*. Elle comprend 27 items ayant une cohérence interne calculée avec le coefficient alpha de Cronbach de 0,92 (Dumont et al., 2015). L’*Échelle d’anxiété du test cognitif* est formée d’une échelle de réponses de type Likert allant de *cela ne me ressemble pas du tout* (1) à *cela me ressemble beaucoup* (4). Pour cette échelle Likert, les scores de 72 à 108 points indiquent un niveau d’anxiété fort, les scores de 62 à 71 points un niveau d’anxiété moyen et les scores de 27 à 61 points un niveau d’anxiété faible (voir la section Réduction des données à la page 62).

Questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d’intervention* de Kazdin, Siegel et Bass (1992)

Le questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d’intervention* (Dumont et al., 2012) est une traduction et une adaptation du *Child Evaluation Inventory* qui a été

développé par Kazdin, Siegel et Bass (1992). Il se trouve dans le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress*. Il a permis de recueillir les commentaires des participants et de vérifier leur niveau de progrès, d'engagement et de satisfaction par rapport à leur participation au programme *Funambule*. En premier lieu, ce questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention* pose des questions générales sur l'organisation des rencontres (p. ex., les modalités des rencontres et le type d'animation reçue). Ensuite, 31 questions sont posées se divisant en trois sous-échelles : *Progrès du participant* (p. ex., As-tu appris à mieux gérer ton stress en général?) comporte 21 items, *Appréciation du programme* (p. ex., Est-ce que c'était agréable de participer aux rencontres de groupe?) contient 8 items et *Niveau d'engagement* (p. ex., Pratiquais-tu des exercices durant la semaine après les rencontres?) englobe 2 items. Les réponses se donnent selon une échelle de Likert allant de *pas du tout* (1) à *énormément* (5) pour cette partie du questionnaire. À la fin, les participants sont invités à répondre à des questions ouvertes pour recueillir leurs commentaires personnels (Dumont et al. 2015). La sous-échelle *Progrès du participant* comporte un barème d'interprétation des scores : 72 à 105 points signifient beaucoup, 36 à 71 points veulent dire moyennement et 1 à 35 points indiquent faible. Quant à la sous-échelle *Appréciation du programme*, des scores de 27 à 40 correspondent à beaucoup, des scores de 14 à 26 à moyennement et des scores de 1 à 13 à faible. La dernière sous-échelle (*Niveau d'engagement*) est utilisée à titre indicatif seulement, car elle ne comporte pas de barème d'interprétation en raison du peu d'items qui la compose (voir la section Réduction des données à la page 62).

Groupe de discussion

Une rencontre a eu lieu, une semaine après la dernière rencontre, et comportait une discussion de 15 minutes environ pour recueillir les commentaires et l'appréciation des participants.

Journal de bord

Un journal de bord de notes personnelles de l'animateur (Dumont et al., 2012) se trouvant dans *Funambule* a été tenu à chaque rencontre afin de rendre compte de ce qui a et n'a pas fonctionné. Également, il a servi à répertorier les adaptations qui ont été faites pour la clientèle à l'étude et d'en proposer d'autres qui seraient nécessaires ultérieurement.

Déroulement

Une première étape a été réalisée auprès de l'ensemble de l'école secondaire des Seigneuries. Chaque classe de secondaire 1 à 5 avait une rencontre d'ateliers de gestion du stress animée en classe basée sur le programme *Funambule*. Une deuxième étape consistait en l'application de *Funambule*, pour cette étude pilote, auprès d'adolescents volontaires de secondaire 1 rapportant des difficultés d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité ainsi que de gestion du stress. À cet effet, une lettre de présentation du projet ainsi qu'un formulaire de consentement leur ont été remis, lors de la rencontre d'ateliers de gestion du stress en classe à la première étape, pour obtenir le consentement de leurs parents. Un délai de deux semaines a été accordé aux adolescents pour rapporter le formulaire de consentement rempli au secrétariat de l'école ou directement au bureau de

l'étudiante responsable de l'étude. Quatre adolescents se sont portés volontaires. Une semaine plus tard, la première rencontre de prétest a eu lieu. Le prétest s'est échelonné sur une deuxième rencontre, car l'un des élèves s'est présenté en retard et un autre avait oublié la première rencontre. Par la suite, huit rencontres de 45 à 50 minutes ont été réalisées sur l'heure du dîner, pour le programme *Funambule*, dans un local de classe réservé à cet effet. Pour des raisons pratiques, les rencontres du programme ont eu lieu sur une période d'un mois à raison de deux séances par semaine. Cet horaire a été établi avec les adolescents participants, car ceux-ci présentaient différentes obligations et des contraintes de temps. Également, cette adaptation de l'horaire visait à diminuer le délai de rappel des apprentissages entre les rencontres pour améliorer la mémorisation. Une semaine après la fin du programme, le premier post-test a eu lieu. Celui-ci comprenait une discussion enregistrée afin de recueillir les commentaires les plus marquants des participants et de remplir les questionnaires. Ces derniers n'ont pu être complétés en raison d'un manque de temps. Les participants sont repartis avec les questionnaires, ce qui a amené un délai supplémentaire de trois semaines, car plusieurs relances ont été nécessaires pour les récupérer auprès de certains adolescents. Au deuxième post-test (une semaine après le premier post-test), les questionnaires ont été remis aux participants et une date limite leur a été donnée pour remettre le tout. Un mois a été établi entre les deux post-tests. Tous les questionnaires ont été administrés trois fois lors de l'étude à l'exception du questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention* qui a été complété uniquement au premier post-test. Toutes les rencontres ont été animées par Mme Myriam Séguin, étudiante au doctorat en psychologie clinique de l'Université du Québec à Trois-Rivières,

réalisant son internat clinique au sein de la Commission scolaire de la Riveraine. La doctorante était sous la supervision d'une psychologue tout au long de l'intervention. La présente recherche avait reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CEREH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Résultats

Dans ce chapitre, une première section porte sur la présentation du plan d'analyse et de la réduction des données. Il s'ensuit une seconde section qui présentera les adaptations du programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* pour la clientèle d'intérêt (objectif 1). Puis, la troisième et dernière section expose l'ensemble des résultats issus des analyses statistiques obtenus pour chacune des variables à l'étude (objectifs 2 à 5). Dans ce cas précis, les résultats de l'ANOVA à mesures répétées (trois temps de mesure) seront rapportés afin de comparer les deux groupes de participants (avec TDA/H ou sans TDA/H) pour le *Questionnaire des stratégies de gestion du stress*, du *Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS)* et de l'*Échelle d'anxiété du test cognitif – Appendice A* (pour le justificatif du choix des analyses statistiques se référer à la section Analyses statistiques de la page 67) S'ensuivront la présentation d'autres résultats de test *t* pour échantillons indépendants effectués sur les sous-échelles du questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention* administré uniquement au premier post-test. Également, les résultats individuels aux questionnaires seront présentés et décrits dans le but de souligner les changements à travers les trois temps de mesure.

Analyse des données

Dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des données, un numéro d'identification a été assigné à chacun des participants. Les données obtenues, lors de la passation des questionnaires, ont été saisies dans une feuille de calcul Excel. Ensuite,

celles-ci ont été importées dans le logiciel *SPSS Statistics 24* d'IBM afin de réaliser les analyses statistiques.

Réduction des données

Les prochaines sous-sections présenteront le plan de réduction des données pour chaque instrument de mesure ainsi que le choix du traitement statistique.

Pour le programme d'intervention Funambule. D'abord, les adaptations du programme *Funambule* se sont basées sur un choix préalable des exercices qui tenaient compte de leur durée, des objectifs des quatre volets de *Funambule* ainsi que certaines particularités des adolescents ayant un TDA/H dont l'inattention, l'agitation, la résolution de problèmes et la gestion du temps. Par la suite, au cours de l'application du programme, d'autres adaptations ont été faites qui ont mené à des recommandations pour un usage ultérieur du programme auprès d'adolescents ayant un TDA/H. Ainsi, les exercices qui comportaient une utilisation concrète des stratégies enseignées ou des appuis visuels pour l'explication de concepts plus théoriques ont été priorisés, car les adolescents ayant un TDA/H ont besoin d'avoir un contenu simplifié pour mieux cibler l'information pertinente à retenir. D'autres exercices ont été choisis pour favoriser une diminution de l'agitation qui est souvent présente chez les adolescents ayant un TDA/H et les tensions musculaires en situation d'anxiété ou de stress. Enfin, des exercices abordant la gestion du temps et la résolution de problèmes ont été sélectionnés, car elles représentent une faiblesse importante chez les adolescents ayant un TDA/H. Au total, le nombre d'exercices

effectués lors de cette étude représente environ 50 % du total des exercices obligatoires proposés dans *Funambule*, c'est-à-dire 44 % des exercices des volets *Travail sur la perception du stress*, *Travail sur les pensées* et *Travail sur les stratégies adaptatives* ainsi que 71 % du volet *Travail sur le corps*.

Pour les questionnaires. Pour le *Questionnaire des stratégies de gestion du stress* (Dumont et al., 2012), le score total de points pour chaque volet (*Travail sur la perception du stress*, *le corps*, *les pensées* et *les stratégies adaptatives*) a été compilé et consigné dans le fichier Excel pour les analyses statistiques ultérieures.

En ce qui concerne le WFIRS (Weiss, 2011), ce sont des scores moyens par domaine (famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque) qui ont été calculés et reportés sur la feuille de calcul Excel pour les analyses statistiques afin de comparer les deux groupes de participants. Plus précisément, le score total d'un domaine était divisé par le nombre d'items administrés pour ce domaine en excluant les choix de réponse « ne s'applique pas ». Il est important de noter qu'aucun participant n'a utilisé cette option durant la présente étude. Dans la description des résultats individuels, c'est le nombre d'items cotés 2 (au moins deux) et 3 (au moins un) pour chaque participant qui a été utilisé pour répertorier les domaines ayant un niveau d'atteintes fonctionnelles significatif lié aux difficultés d'attention et d'hyperactivité-impulsivité.

L'Échelle d'anxiété du test cognitif – Appendice A (Cassady & Johnson, 2002) contient des items inversés (p. ex., Je suis moins nerveux (se) par rapport aux examens comparativement à la moyenne des élèves de mon école). La cotation est donc différente pour les items 5, 8, 9, 10, 13, 17, 18 et 21 dont les réponses cotées 1 par le participant valent désormais 4 points, les réponses 2 valent 3 points et vice versa. Par la suite, le score total obtenu à l'échelle a été additionné et rapporté dans Excel pour les analyses statistiques.

Quant au questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention*, un score total a été calculé pour chaque sous-échelle (progrès du participant, appréciation du programme et niveau d'engagement). Puis, il a été reporté sur la feuille de calcul Excel en vue des analyses statistiques subséquentes.

Enfin, les informations qui découlent du journal de bord et de l'enregistrement de la discussion de groupe au post-test 1 n'ont pas fait l'objet d'analyses de contenu qualitatif détaillé. En fait, ils n'avaient pas de portée scientifique. Ils avaient uniquement pour but d'assurer un meilleur suivi de chaque participant, d'indiquer les modifications apportées aux exercices et de souligner le degré d'intérêt et de participation de chaque participant à ces derniers.

Analyses statistiques

L'analyse statistique des résultats comporte des tests paramétriques malgré le nombre peu élevé de participants ($N = 4$), car les résultats aux questionnaires sont sur une échelle ordinale et que le test de sphéricité de Mauchly n'est pas significatif ($p > 0,05$) pour toutes les variables. Le test ANOVA à mesures répétées a été effectué dans le but de comparer les moyennes aux trois temps de mesure. Il a été décidé d'utiliser des tests paramétriques considérant que, selon Zimmerman et Zumbo (1993), les tests paramétriques sont supérieurs aux tests non paramétriques même lorsque tous les critères de normalité ne sont pas respectés et que l'échantillon est petit. Par ailleurs, uniquement à des fins de vérification des postulats de Zimmerman et Zumbo (1993), la même méthode qu'ils ont utilisée a été testée pour s'assurer du choix des analyses statistiques pour cette étude. D'abord, les données ont été converties en rang comme les analyses statistiques non paramétriques le font. Puis, l'ANOVA à mesures répétées a été appliquée sur les rangs. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux trouvés sur les données brutes rejoignant ainsi les conclusions de Zimmerman et Zumbo (1993). À la lumière de cette démonstration, l'ANOVA à mesures répétées a été choisie et effectuée sur les données brutes.

Présentation des adaptations au programme Funambule

Le premier objectif de cette étude pilote était de proposer des adaptations au programme *Funambule* pour une clientèle en transition primaire-secondaire présentant des difficultés d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité afin de les aider à gérer leur

stress dans un cadre scolaire. Cette section portera sur les adaptations proposées au programme *Funambule*, notamment en ce qui concerne sa mise en application, mais également sur le plan du contenu des exercices. Enfin, pour chacune des adaptations apportées à *Funambule*, des recommandations sont formulées pour en favoriser l'application auprès d'élèves aux prises avec une problématique similaire à celle rapportée ici.

Durée et nombre de rencontres

Le programme *Funambule* prévoit huit rencontres de 60 à 75 minutes. Dans cet essai doctoral, les huit séances étaient de 45 à 50 minutes sur l'heure du dîner en raison des contraintes du milieu. Ces rencontres plus courtes avaient pour but également de favoriser l'attention, la concentration et la rétention de l'information des participants étant donné leur horaire chargé de la journée. Puisque chaque rencontre du programme comporte plusieurs exercices, une présélection a été effectuée en tenant compte de leur durée et de leurs principaux objectifs ainsi que de certaines particularités des adolescents ayant un TDA/H. Les commentaires colligés dans le journal de bord ont permis de relever que les exercices sont trop chargés. Le temps a manqué pour réaliser l'ensemble des exercices, ce qui peut avoir eu un impact sur l'efficacité de l'application concrète des stratégies au quotidien. *Recommandations.* Il est donc suggéré d'éviter de surcharger le contenu des rencontres. Ainsi, il est préférable de s'en tenir à un ou deux exercices par séance de 45 minutes. En contrepartie, si l'ajout d'exercices est envisagé, il serait alors préférable d'augmenter le nombre de rencontres. De plus, des séances d'au moins 60 minutes

pourraient donner le temps qu'il faut pour compléter les exercices et échanger sur les notions enseignées. Les rencontres sur les heures de classe seraient à privilégier lorsque cela est possible, car le dîner ou les périodes parascolaires sont généralement réservés à d'autres activités (p. ex., musique, danse, sports, théâtre, etc.), ce qui peut diminuer le taux de participation au programme.

Rencontre préalable au programme

La rencontre de prétest de cette étude a été utilisée à titre de rencontre préalable à la participation au programme *Funambule*. Deux objectifs étaient poursuivis lors de ce premier entretien de groupe. À des fins de collecte de données, cette rencontre visait à terminer les questionnaires du prétest. Cette partie de la séance s'est déroulée comme prévu. Les participants ont compris ce qui était demandé et ils n'ont pas posé de questions. Le second objectif visait à rencontrer les élèves afin d'amorcer le développement d'un lien, de présenter le programme *Funambule*, de spécifier les ressources d'aide disponibles en cas de besoin, de transmettre les règles de fonctionnement du groupe et de donner le calendrier des rencontres subséquentes. Cela a permis de répondre aux questions des participants et de constater certains problèmes dans le calendrier des rencontres qui ont nécessité des changements. Par conséquent, l'horaire a été modifié en tenant compte des autres engagements de chaque élève pour favoriser leur collaboration ultérieure.

Recommandation. Il est suggéré de maintenir ce type de rencontre, car elle permet aux participants et à l'animateur de faire connaissance et d'apporter des ajustements aux modalités des rencontres au besoin avant l'application du programme.

Rencontre typique

Une rencontre typique comprenait, d'abord, la présentation du plan de la rencontre avec les objectifs poursuivis. Par la suite, un moment était consacré à un retour sur la rencontre précédente et les activités hebdomadaires proposées. La pensée du jour était présentée et discutée en groupe. Puis, les exercices prévus étaient réalisés. À la fin de chaque séance, un retour était fait sur les notions présentées et les activités de la semaine étaient expliquées. Les prochaines sous-sections reprendront les segments d'une rencontre type.

Présentation de la rencontre. Au début de chaque rencontre, une période de trois à cinq minutes était consacrée à la présentation du plan de la rencontre et des objectifs. *Recommandation.* Il est recommandé de la maintenir puisqu'elle permet de structurer le contenu de la rencontre pour aider les participants avec TDA/H à s'organiser et à cibler ce à quoi ils doivent porter attention et ce qu'ils peuvent y anticiper.

Retour sur la rencontre précédente et les exercices hebdomadaires. À chaque rencontre, une période de cinq minutes était dédiée à un retour sur la rencontre précédente et les exercices hebdomadaires. Cette discussion permettait de vérifier l'information retenue et de répondre aux questions suscitées par les nouveaux apprentissages. Les participants avec TDA/H ont eu de la difficulté à se rappeler le contenu des rencontres précédentes même avec un horaire de deux séances par semaine qui visait à limiter le délai entre les rencontres pour favoriser le rappel des apprentissages. Ils se fiaient davantage à

ce que les participants sans TDA/H rapportaient. *Recommandations.* Afin de faciliter la rétention de l'information, il est proposé de conserver cette période de discussion qui donne l'occasion d'évaluer les acquis des participants et d'en profiter pour revoir certaines notions importantes qui n'ont pas été intégrées ou oubliées. Par ailleurs, cette partie de la rencontre pourrait bénéficier de minutes supplémentaires allant de 5 à 15 minutes pour prendre le temps de répondre aux questions et de s'assurer de la mémorisation des connaissances à plus long terme. De plus, il peut être bénéfique de maintenir plus d'une séance (2-3) par semaine pour améliorer le rappel et s'assurer d'un suivi fréquent des apprentissages.

Pensées du jour. Dans le plan des rencontres du programme *Funambule*, une période de cinq minutes est réservée aux pensées du jour se voulant une façon de favoriser l'introspection et la réflexion des participants. Les observations recueillies, durant les rencontres, montrent que les pensées du jour ne semblent pas susciter l'intérêt et la participation. Il était difficile d'amener les participants à faire des liens avec leur vécu en présentant les pensées du jour. En fait, ils parlaient très peu. Ils répondaient par « je ne sais pas trop » ou « ça me fait penser à rien ». Seuls les participants sans TDA/H exprimaient parfois leur opinion. *Recommandations.* Les pensées du jour devraient être davantage rattachées au contenu de la rencontre. Il est recommandé que l'animateur y revienne à travers les exercices afin de proposer des liens entre les pensées du jour et les nouveaux apprentissages visés. Sans une utilisation concrète, il est conseillé de retirer les pensées du jour.

Retour sur la rencontre et présentation des exercices hebdomadaires. Un retour sur le contenu et la présentation des exercices hebdomadaires étaient faits à la fin de chaque rencontre. Cette période, d'une durée de cinq minutes environ, permettait de revoir le contenu important à retenir en faisant un lien avec les objectifs présentés au début de la séance. Également, un temps était consacré à l'explication des exercices hebdomadaires. Ceux-ci ont été choisis en fonction des exercices réalisés dans la rencontre.

Recommandations. Il est suggéré de conserver ce moment pour revoir ce que les participants ont compris et retenu de la rencontre. Également, il est nécessaire de prendre le temps d'expliquer les exercices hebdomadaires et d'encourager les participants à les faire afin de favoriser l'intégration des apprentissages. Pour la présente étude, les participants ne les ont pas faits. Alors, il est recommandé d'engager les parents ou d'autres intervenants (p. ex., enseignants, techniciens en éducation spécialisée, psychoéducateurs, etc.) qui pourraient assurer un suivi entre les rencontres. De plus, il est recommandé de s'assurer du choix des exercices hebdomadaires associés au contenu de la séance tel qu'effectué dans cette étude pilote pour éviter un ajout d'apprentissages aux participants qui n'ont pas été abordés.

Volet 1 : Travail sur la perception du stress

Le premier volet du programme est composé des rencontres 1 et 2. Il vise à sensibiliser les adolescents sur les impacts du stress dans leur vie. Il favorise une meilleure compréhension du concept de stress et il permet aux adolescents de cibler les situations qu'ils jugent stressantes. Leur perception du stress est donc mise à l'épreuve pour les

amener à l'envisager comme un défi à surmonter au quotidien plutôt qu'une menace qu'il faut supporter ou fuir (Dumont et al., 2015).

Première rencontre. Le Tableau 2 présente le déroulement de la première rencontre. Pour les besoins de l'étude, rappelons qu'il s'agit d'une version abrégée de celle que l'on retrouve dans *Funambule*, car la séance comporte uniquement l'exercice 3 : *Je me demande ce qu'est le stress*. Cet exercice avait été abordé en classe. Il a été décidé d'y revenir pour approfondir et rappeler, ce qui a été présenté. Les quatre participants ont bien collaboré durant cette rencontre. Cet exercice leur a permis de cibler comme principale source de stress l'école et les performances académiques. Cependant, la discussion était difficile à susciter. Ils interagissaient peu entre eux malgré l'activité pratique. En fait, l'exercice 3 comporte beaucoup de contenus théoriques qui nécessitent d'être expliqués, résumés et simplifiés. *Recommandation pour l'exercice 3.* Il est recommandé de prendre davantage de temps pour expliquer les concepts et vérifier souvent leur compréhension tout au long de la rencontre.

Tableau 2

Première rencontre

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Pensées du jour	5 minutes	5 minutes
Exercice 3 : <i>Je me demande ce qu'est le stress</i>	30 minutes	30 minutes
Retour sur la rencontre	5 minutes	5 minutes
Présentation des activités hebdomadaires	5 minutes	5 minutes

Deuxième rencontre. La deuxième rencontre du programme poursuit l'objectif d'amener les adolescents à percevoir les situations jugées stressantes comme un défi à relever (Dumont et al., 2015). Le Tableau 3 expose le contenu de la deuxième rencontre qui représente une version succincte de celle présente dans le programme. Cette séance comporte les exercices 5 et 9. Lors de l'exercice 5 : *Mon verre est-il à moitié vide ou à moitié plein?*, les deux participants avec TDA/H ont rapporté voir le verre à moitié vide tandis que les deux participants sans TDA/H ont indiqué voir le verre à moitié plein, ce qui a suscité une discussion prenant les allures d'un débat. Les deux groupes se sont entendus pour dire qu'il est préférable de voir le verre à moitié plein. Les participants avec TDA/H ont conclu qu'une attitude négative peut avoir un impact sur eux et occasionner du stress. Toutefois, ils avaient des difficultés à mettre l'accent sur les aspects positifs de leur vie en se répétant qu'ils ne croient pas que cela peut changer quelque chose à leurs problèmes. *Recommandations pour l'exercice 5.* Il est recommandé de maintenir cet

exercice, car il a suscité une discussion enrichissante entre les participants. D'ailleurs, il a été plus long que prévu. Il est suggéré d'accorder plus de temps, car les participants avec TDA/H semblent avoir des réticences à modifier leur discours négatif. Une activité concrète pourrait être ajoutée pour les amener à voir davantage le positif dans leur vie. Par exemple, il peut être proposé aux participants de rapporter les bons moments dans leur journée afin qu'ils apprennent à les reconnaître et à diminuer l'attention qu'ils portent aux aspects négatifs. L'exercice 9 : *J'apprends à sortir de ma zone de confort* a, quant à lui, pour but d'oser prendre des risques calculés dans certaines situations de manière à relever de nouveaux défis, à se familiariser avec l'inconnu et mieux se connaître (Dumont et al., 2012). Cet exercice consiste à lancer un petit sac de sable dans trois seaux placés à différentes distances. Les participants se sont montrés très enthousiastes, car ils voulaient tous relever le défi. Ainsi, les participants sans TDA/H ont visé les deux seaux plus près d'eux tandis que les participants avec TDA/H ont visé le seau le plus loin. Les participants ont tous exprimé comprendre l'importance de se fixer des objectifs et des défis réalistes en regard des résultats qu'ils ont obtenus (sac de sable tombé dans le seau ou à côté).

Recommandations pour l'exercice 9. En raison du temps accordé à l'exercice 5, l'exercice 9 a été écourté. Il est important de s'assurer d'avoir suffisamment de temps pour aborder ces deux exercices, car ils encouragent la discussion. Il aurait été possible d'aller encore plus loin avec l'exercice 9 en abordant le choix de chaque participant (viser un seau plus près ou plus loin). La conclusion de l'exercice a été précipitée. Il est proposé de faire deux rencontres (un par exercice) ou d'augmenter le temps de la séance afin d'approfondir la

discussion puisque les participants avec TDA/H semblent avoir tendance à se fixer des objectifs risqués.

Tableau 3

Deuxième rencontre

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Retour sur la rencontre précédente et l'activité hebdomadaire	10 minutes	5 minutes
Pensée du jour	5 minutes	5 minutes
Exercice 5 : <i>Mon verre est-il à moitié vide ou à moitié plein?</i>	5 minutes	15 minutes
Exercice 9 : <i>J'apprends à sortir de ma zone de confort</i>	20 minutes	10 minutes
Retour sur la rencontre	5 minutes	5 minutes
Présentation des activités hebdomadaires	5 minutes	2 minutes

Volet 2 : Travail sur le corps

Le second volet du programme inclut les rencontres 3 et 4. Il a pour objectif de conscientiser les adolescents aux symptômes physiques qu'émet le corps en réaction à une situation stressante. Les exercices de ce volet permettent d'apprendre à s'apaiser et à se relaxer à partir de techniques de relaxation dans le but de diminuer les tensions corporelles (Dumont et al., 2015).

Troisième rencontre. La troisième rencontre était formée de trois exercices. Le Tableau 4 présente le déroulement de cette rencontre constituant une version simplifiée de celle prévue par *Funambule*. L'exercice 13 : *Je détermine mes symptômes de stress* a pour objectif de prendre conscience des signaux corporels indiquant un état de stress (Dumont et al., 2012). Les quatre participants n'étaient pas en mesure, au départ, de nommer des symptômes physiques liés au stress. L'exercice 13 leur a permis de connaître ces symptômes et de prendre conscience de ceux qui les affectent lorsqu'ils sont stressés. Pour cet exercice, il a fallu procéder à quelques modifications au programme. Dans un premier temps, il a été nécessaire de présenter les différents symptômes, car les participants avaient une méconnaissance du sujet. L'exercice a été adapté en utilisant le dessin d'un bonhomme comme support visuel pour situer l'emplacement des symptômes physiques du stress. Cela s'est avéré aidant pour les participants qui ont pu le recopier dans leur *Cahier du participant*. *Recommandation pour l'exercice 13*. Il est proposé de s'assurer que les participants ont les connaissances de base avant de procéder à la réalisation des exercices. Également, il est possible d'ajouter, au besoin, des explications schématisées pour les participants ayant un TDA/H afin de maintenir leur attention et leur intérêt ainsi que pour favoriser leur compréhension. Étant donné que l'exercice a été plus long (20 minutes au lieu de 10 minutes), moins de temps a été consacré aux deux autres exercices prévus. L'exercice 15 : *Je m'exerce à la respiration en ballon* et l'exercice 16 : *J'applique la méthode de relaxation contracte-relâche* ciblaient l'apprentissage de techniques de relaxation à utiliser pour diminuer l'agitation, l'anxiété et les tensions musculaires. Les participants ont dit apprécier ces deux exercices qui favorisaient la

détente avant les cours de l'après-midi. Par ailleurs, l'exercice 15 se voulait un rappel puisqu'il a été vu en classe avant la réalisation du programme. Il a été utilisé comme introduction afin d'amener les participants plus loin avec l'exercice 16 qui présente une technique plus complexe. L'utilisation d'une musique douce permet de couvrir les bruits ambiants dans l'école et de faciliter la détente. *Recommandation pour les exercices 15 et 16.* Il est recommandé d'optimiser l'environnement pour maximiser l'effet relaxant de ces exercices afin que les participants en expérimentent vraiment les bienfaits. Pour ce faire, il est important de choisir un local adéquat pour éviter les endroits bruyants de l'école.

Tableau 4
Troisième rencontre

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Retour sur la rencontre précédente et les activités hebdomadaires	10 minutes	5 minutes
Pensée du jour	5 minutes	2 minutes
Exercice 13 : <i>Je détermine mes symptômes de stress</i>	10 minutes	20 minutes
Exercice 15 : <i>Je m'exerce à la respiration en ballon</i>	10 minutes	5 minutes
Exercice 16 : <i>J'applique la méthode de relaxation contracte-relâche</i>	15 minutes	5 minutes
Retour sur la rencontre	5 minutes	3 minutes
Présentation des activités hebdomadaires	5 minutes	2 minutes

Quatrième rencontre. La quatrième rencontre, tout comme la rencontre précédente, propose des techniques de relaxation mentale (p. ex., mantras), musculaire ou respiratoire (Dumont et al., 2012). La rencontre comportait deux exercices (voir Tableau 5) représentant une version abrégée de ce qui est retrouvé dans le programme. L'exercice 19 : *Je crée mes propres mantras de détente* a pour but d'apprendre à se détendre et à s'encourager dans une situation stressante par des phrases ou des mots à connotation positive qu'on se répète afin de se calmer ou de se donner du courage (Dumont et al., 2012). L'exercice n'a suscité aucun intérêt des participants. Malgré l'ajout d'explications supplémentaires sur les mantras et leur utilité, ils ne trouvaient pas d'idées et ils inscrivaient seulement les exemples donnés. *Recommandation pour l'exercice 19.* Afin de susciter la participation, il est recommandé de demander d'abord aux participants des exemples de phrases ou de mots qu'ils se disent pour se calmer et s'encourager lorsqu'ils vivent quelque chose de difficile. Cela servira d'introduction. Ensuite, en partant de leur expérience personnelle, il sera possible d'expliquer ce que sont les mantras et proposer d'autres exemples pour conclure l'exercice. Quant à l'exercice 20 : *J'incite mes muscles à la détente*, second exercice réalisé dans la quatrième rencontre, il vise à s'apaiser à l'aide d'une technique de relaxation musculaire. Les participants ont mentionné qu'ils avaient apprécié cet exercice et qu'ils étaient calmes en sortant de la rencontre. *Recommandation pour l'exercice 20.* Il est recommandé de maintenir cet exercice tel qu'il est proposé. Les recommandations pour les exercices 15 et 16 de la troisième rencontre sont également pertinentes ici.

Tableau 5

Quatrième rencontre

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Retour sur la rencontre précédente et les activités hebdomadaires	15 minutes	5 minutes
Pensée du jour	5 minutes	2 minutes
Exercice 19 : <i>Je crée mes propres mantras de détente</i>	15 minutes	10 minutes
Exercice 20 : <i>J'incite mes muscles à la détente (Schultz)</i>	15 minutes	15 minutes
Retour sur la rencontre	5 minutes	5 minutes
Présentation des activités hebdomadaires	5 minutes	5 minutes

Volet 3 : Travail sur les pensées

Le troisième volet du programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* comprend les rencontres 5 et 6. Dans ce volet, les adolescents prennent conscience que les pensées peuvent être irréalistes, irrationnelles et pessimistes. Puis, ils apprennent à modifier ces pensées afin qu'elles deviennent aidantes, bénéfiques et positives par différentes techniques de restructuration cognitive, d'auto-instruction et de résolution de problèmes (Dumont et al., 2015).

Cinquième rencontre. Le plan de la rencontre est présenté au Tableau 6. Pour les besoins de l'étude, il s'agit d'une version écourtée de celle que l'on retrouve dans *Funambule*. Un exercice a été choisi. L'exercice 27 : *Je remplace une pensée non aidante*

par une pensée aidante permet d'entraîner les participants à modifier des pensées nuisibles et stressantes par des pensées bénéfiques. Les participants avec TDA/H ont réagi à cet exercice. Ils ont démontré des difficultés importantes à réaliser la tâche et des résistances ne croyant pas à la puissance de la pensée positive. En effet, leur discours était surtout négatif : « c'est pas en pensant positivement que je vais réussir », « j'ai déjà essayé ça, mais j'échoue quand même » et « je crois pas à ça, ça va rien changer ». Quant aux participants sans TDA/H, ils ont rapporté avoir déjà un discours intérieur positif qui les aide. Soulignons que les participants de l'étude ayant un TDA/H vivent plus d'échecs scolaires que les participants sans TDA/H. Ils rapportent faire de nombreux efforts pour réussir sans pour autant obtenir les résultats escomptés, ce qui s'avère une source de découragement et de stress. *Recommandation pour l'exercice 27.* Étant donné que cet exercice est important pour apprendre à penser autrement et que les changements dans le discours interne des participants avec TDA/H semblent nécessiter plus d'efforts et de temps, il est recommandé d'accorder au moins 30 minutes à l'exercice 27 pour les adolescents avec TDA/H qui présentent des difficultés d'apprentissage.

Tableau 6

Cinquième rencontre

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Retour sur la rencontre précédente et les activités hebdomadaires	10 minutes	5 minutes
Pensée du jour	5 minutes	2 minutes
Exercice 27 : <i>Je remplace une pensée non aidante par une pensée aidante</i>	15 minutes	30 minutes
Retour sur la rencontre	5 minutes	3 minutes
Présentation des activités hebdomadaires	5 minutes	2 minutes

Sixième rencontre. La sixième rencontre comportait un seul exercice portant sur l'apprentissage et l'application d'une démarche de résolution de problèmes (voir Tableau 7). Il s'agit d'une version simplifiée de cette rencontre de *Funambule*. L'exercice 34 : *J'applique une démarche de résolution de problème* s'est avéré utile selon les participants. Il vise à développer une démarche de résolution de problèmes. Cependant, 20 minutes se sont avérées insuffisantes. L'exercice a duré environ 30 minutes. Il est préférable d'accorder plus de temps pour que les participants comprennent bien, car la démarche de résolution de problème proposée comporte plusieurs étapes. Au départ, les participants la trouvaient complexe et longue. Ils démontraient peu de motivation. Il a été nécessaire de prendre les étapes une à la fois et de les décortiquer en sous-étapes afin qu'elles soient plus simples à comprendre et à suivre. Les participants avec TDA/H ont éprouvé plus de

difficultés que les participants sans TDA/H. Plusieurs exemples ont été nécessaires pour assurer la compréhension de tous. *Recommandations pour l'exercice 34*. Il est suggéré de choisir avec les participants une situation (p. ex. un conflit avec un ami) et de faire la démarche de résolution de problèmes avec eux étape par étape. Il importe d'ajuster le rythme de la rencontre aux participants. Cela permettra d'assurer un accompagnement adéquat et de favoriser la compréhension. Également, il est recommandé de ne pas ajouter d'autres exercices à la rencontre afin de bien réaliser chacune des étapes de l'exercice.

Tableau 7

Sixième rencontre

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Retour sur la rencontre précédente et les activités hebdomadaires	15 minutes	5 minutes
Pensée du jour	5 minutes	2 minutes
<i>Exercice 34 : J'applique une démarche de résolution de problèmes</i>	20 minutes	30 minutes
Retour sur la rencontre	5 minutes	3 minutes
Présentation des activités hebdomadaires	5 minutes	2 minutes

Volet 4 : Travail sur les stratégies adaptatives

Le quatrième volet du programme englobe les rencontres 7 et 8. Tout au long de ce dernier volet, les adolescents apprennent à choisir et à utiliser des stratégies adaptées aux

différentes situations stressantes qu'ils vivent au quotidien. Des moyens concrets pour gérer le temps et éviter la procrastination sont abordés. Le volet explique aussi la différence entre un perfectionnisme toxique et adaptatif (Dumont et al. 2015).

Septième rencontre. La septième rencontre du programme comportait un seul exercice (voir Tableau 8). Pour les besoins de l'étude, la séance représente une version simplifiée de celle qui est présente dans *Funambule*. L'exercice 37 : *J'ajuste ma stratégie à mon pouvoir d'action* a permis d'aborder plusieurs exemples de stratégies adaptées à différentes situations du quotidien avec les participants. Il n'a pas nécessité les 30 minutes suggérées dans le programme. *Recommandation pour l'exercice 37.* Il est recommandé de laisser les participants choisir les situations qui les interpellent, car cela favorise leur implication et leur participation à la discussion.

Tableau 8

Septième rencontre

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Retour sur la rencontre précédente et les activités hebdomadaires	10 minutes	5 minutes
Pensée du jour	5 minutes	2 minutes
Exercice 37 : <i>J'ajuste ma stratégie à mon pouvoir d'action</i>	30 minutes	20 minutes
Retour sur la rencontre	5 minutes	10 minutes
Présentation des activités hebdomadaires	5 minutes	5 minutes

Huitième rencontre. La dernière rencontre est une version brève de la huitième séance de *Funambule*. Deux exercices ont été choisis. Le déroulement de la huitième rencontre est exposé dans le Tableau 9. L'exercice 43 : *Je gère efficacement mon temps* a été sélectionné. Cet exercice est conçu sous la forme d'une liste de conseils et de suggestions pour mieux gérer son temps, suivie d'une discussion avec les participants sur leurs stratégies de gestion du temps (Dumont et al., 2012). *Recommandation pour l'exercice 43.* Il est recommandé d'ajouter des exercices concrets, car les participants avec TDA/H ont tendance à ne pas utiliser de manière optimale les outils à leur disposition. Par exemple, l'un a signalé ne jamais utiliser son agenda. Toutefois, il a admis ne pas être capable de se souvenir de tous ses devoirs et ses leçons. Il mentionnait avoir tendance à les remettre en retard ou à ne pas les remettre du tout. Également, il avouait se fier beaucoup sur les autres pour savoir, en arrivant à l'école le matin, s'il avait des travaux à

remettre ou un examen à étudier. Parfois, cela lui laissait le temps de faire ses devoirs ou son étude durant les pauses ou le dîner. Il inscrivait des choses à son agenda seulement à la demande des enseignants, mais ne le consultait que rarement par la suite. Dans ce cas-ci, il aurait été intéressant de revoir l'utilisation de son agenda et d'établir une nouvelle façon de faire avec lui qui peut répondre à ses besoins. L'autre participant avec TDA/H rapportait avoir beaucoup de difficultés à faire des choix et à établir ses priorités. Il était engagé dans beaucoup d'activités parascolaires dont il indiquait : « je suis toujours en train de courir après mon temps » et « j'ai trop de choses à faire ». Pour ce participant, un exercice aurait pu lui être proposé afin qu'il revoie ses priorités et l'amener à réduire son nombre de projets au besoin. Du côté des deux participants sans TDA/H, ceux-ci démontraient de bonnes aptitudes à la gestion du temps utilisant leur agenda avec des codes de couleur et établissant un horaire de devoirs et de leçons selon les examens et les remises à venir. Également, ils étaient engagés dans une ou deux activités parascolaires seulement. L'exercice 47 : *Je conseille une personne stressée* a été choisi afin de vérifier les connaissances acquises dans le programme par un jeu de rôle. Il a pour principal objectif d'amener les adolescents à utiliser les connaissances qu'ils ont acquises, durant le programme, en conseillant d'autres personnes stressées (Dumont et al., 2012). Cet exercice a été réalisé sous forme de discussion et non sous forme de jeu de rôle comme proposé dans le programme, car le temps manquait. Les situations ont été lues et les participants proposaient des stratégies. *Recommandations pour l'exercice 47.* Il est recommandé de s'assurer que tous les participants ont un tour de parole, car certains ont tendance à participer plus que d'autres. L'un des participants avec TDA/H a parlé peu.

Ensuite, pour une rencontre de 45 minutes, il serait préférable de choisir uniquement un exercice ou d'envisager des séances de 60 minutes. Il est proposé également d'augmenter le nombre de rencontres pour prendre le temps nécessaire de bien réaliser chaque exercice choisi.

Tableau 9

Huitième rencontre

Déroulement	Durée prévue	Durée réelle
Présentation de la rencontre	3 minutes	3 minutes
Retour sur la rencontre précédente et les activités hebdomadaires	10 minutes	5 minutes
Pensée du jour	5 minutes	2 minutes
Exercice 43 : <i>Je gère efficacement mon temps</i>	15 minutes	15 minutes
Exercice 47 : <i>Je conseille une personne stressée</i>	15 minutes	15 minutes
Retour sur la rencontre	5 minutes	3 minutes
Présentation des activités hebdomadaires	5 minutes	2 minutes

En résumé, les adaptations de *Funambule* ont été réalisées pour une clientèle en transition primaire-secondaire pouvant présenter des difficultés d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité afin de les aider à gérer leur stress dans un cadre scolaire. Les adaptations ont ciblé l'application et le contenu des exercices. Globalement, il est recommandé de réaliser des rencontres d'au moins 60 minutes pour favoriser la concentration des participants et avoir suffisamment de temps pour compléter les

exercices. Ensuite, il est proposé de faire seulement un exercice ou deux par rencontre afin de prendre le temps nécessaire pour expliquer les concepts, vérifier régulièrement la compréhension des participants et s'assurer des acquis. Par ailleurs, il est suggéré d'augmenter le nombre de rencontres au besoin si cela est possible. En ce qui concerne le contenu des exercices, il est recommandé de simplifier le contenu en donnant des exemples qui se rattachent au vécu des participants, car cela encourage les discussions. De plus, il peut être nécessaire de découper les exercices en étapes. Finalement, il est proposé, pour certains exercices plus théoriques, d'amener les participants à expérimenter l'application du contenu à l'aide d'exercices concrets pour développer leur savoir-faire ainsi que susciter leur réflexion. Cela améliore la compréhension des exercices, l'implication des participants et l'intégration des connaissances.

Présentation des résultats des analyses statistiques

Dans cette section, les résultats des analyses statistiques seront présentés pour chaque instrument de mesure selon les différentes variables qu'il évalue. Également, les résultats individuels seront résumés pour chaque variable afin de souligner les changements à travers les trois temps de mesure.

Stratégies de gestion du stress

Le second objectif de cette étude pilote était de vérifier si le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* pouvait améliorer les stratégies de gestion du stress des participants ayant un TDA/H. L'hypothèse exploratoire « gestion du stress » suggérait

que le programme serait associé à des bénéfices pour tous les participants (avec ou sans TDA/H) en augmentant la fréquence d'utilisation de stratégies de gestion du stress proposées par *Funambule*. Compte tenu de la nature exploratoire de l'étude, il était difficile de préciser lesquels des participants, avec ou sans TDAH, profiteraient le plus du programme et lequel des quatre volets d'intervention (*Travail sur la perception du stress*, *Travail sur le corps*, *Travail sur les pensées* et *Travail sur les stratégies adaptatives*) serait le plus souvent utilisé. Le Tableau 10 présente les moyennes et les écarts-types aux quatre volets du programme *Funambule* selon les trois temps de mesure. À première vue, une différence entre les deux groupes est significative pour les volets *Travail sur les pensées* et *Travail sur les stratégies adaptatives*. Les participants avec TDA/H utilisent significativement moins les stratégies de gestion du stress de ces deux volets que les participants sans TDA/H. Selon les résultats individuels, tous les participants utilisent davantage les stratégies du volet *Travail sur les pensées* au post-test 2 même s'il y a une différence entre les deux groupes. Également, les participants sans TDA/H rapportent avoir plus fréquemment recours aux stratégies du volet *Travail sur le corps*. L'ensemble des résultats sera détaillé dans les sous-sections suivantes.

Tableau 10

Moyennes et écarts-types des quatre volets du programme Funambule en fonction des deux groupes et des trois temps de mesure (N = 4)

Volets	Temps de mesure					
	Prétest		Post-test 1		Post-test 2	
	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)
Perception du stress						
<i>M</i>	51,00	39,50	39,50	44,50	44,50	34,00
<i>ÉT</i>	8,49	2,12	6,36	10,61	3,54	11,31
Corps						
<i>M</i>	19,50	18,00	19,50	16,50	23,00	15,50
<i>ÉT</i>	0,71	2,83	4,95	6,36	1,41	3,54
Pensées						
<i>M</i>	32,50	23,50	33,00	24,50	34,50	27,50
<i>ÉT</i>	3,54	2,12	4,24	2,12	3,54	2,12
Stratégies adaptatives						
<i>M</i>	51,50	42,00	54,00	40,50	53,00	42,00
<i>ÉT</i>	0,71	4,24	1,41	6,36	5,66	7,07

Note. Le prétest a eu lieu sur deux semaines (deux rencontres) avant le début du programme. Le post-test 1 a commencé une semaine après le programme et s'est échelonné sur un mois. Le post-test 2 a démarré une semaine après la fin du post-test 1 et s'est conclu au bout d'un mois.

Travail sur la perception du stress. Les résultats obtenus pour le volet *Travail sur la perception du stress* ne présentent aucune différence significative entre les deux groupes de participants aux trois temps de mesure. Le Tableau 11 expose les résultats de l'analyse de variance et la Figure 1 montre les résultats individuels pour chaque participant (voir Appendice A).

Travail sur le corps. Comme indiqué dans le Tableau 12, les résultats de l'analyse de variance au volet *Travail sur le corps* ne présentent aucune différence significative entre les deux groupes de participants aux trois temps de mesure.

Tableau 12

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du volet Travail sur le corps des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>DI</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	48,00	1,60	0,44
Résiduel	2	30,00		
Corps	2	1,58	0,23	0,07
Corps x Groupe	2	9,75	1,39	0,17
Résiduel	4	7,00		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les deux groupes, les résultats individuels montrent que seulement les participants sans TDA/H indiquent utiliser davantage les techniques enseignées dans le volet *Travail sur le corps* pour gérer leur stress entre le prétest et le post-test 2. Quant aux participants ayant un TDA/H, ils les utilisent moins qu'au prétest (voir Figure 2).

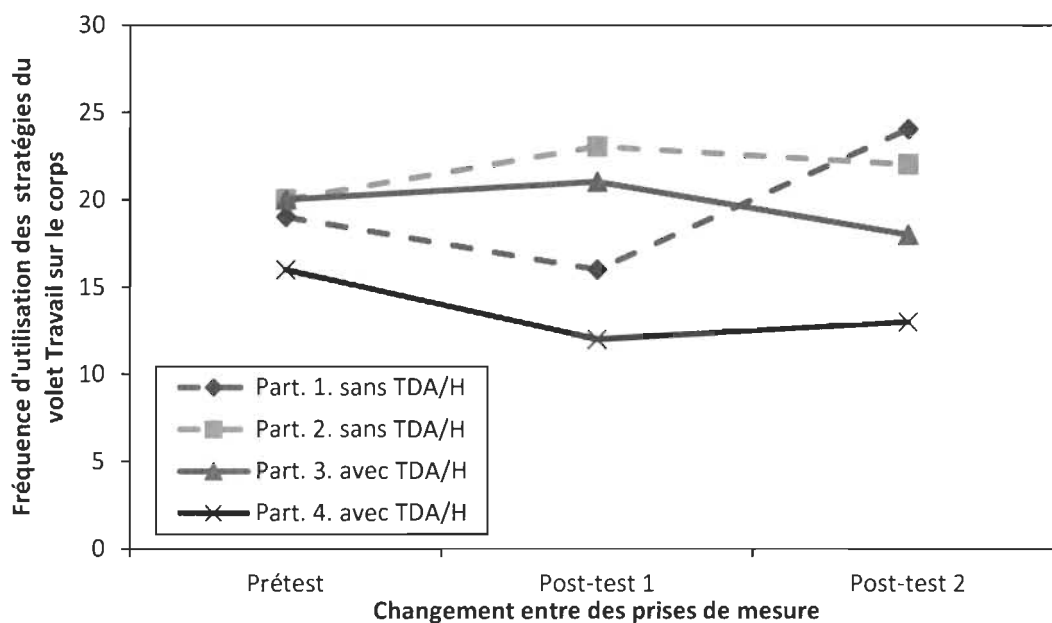


Figure 2. Fréquence d'utilisation des stratégies du volet *Travail sur le corps* des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Travail sur les pensées. Le Tableau 13 montre les résultats de l'analyse de variance au volet *Travail sur les pensées*. Une différence significative avec une taille d'effet forte ($\eta^2 = 0,93$) est obtenue entre les deux groupes de participants indépendamment du temps de mesure. Les participants ayant un TDA/H ($M = 23,50 ; 24,50 ; 27,50$) utilisent

significativement moins les stratégies du volet *Travail sur les pensées* ($F(1,2) = 24,75, \rho = 0,04$) que les participants sans TDA/H ($M = 32,50 ; 33,00 ; 34,50$).

Tableau 13

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du volet Travail sur les pensées des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>Dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	200,08	24,75*	0,93
Résiduel	2	8,08		
Pensées	2	9,75	0,97	0,33
Pensées x Groupe	2	1,08	0,11	0,05
Résiduel	4	10,08		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $\rho = 0,04$.

Conformément aux attentes de l'objectif 2, les résultats individuels montrent que tous les participants ont davantage recours aux stratégies apprises dans le volet *Travail sur les pensées* à la fin du post-test 2 (voir Figure 3). Toutefois, les participants sans TDA/H rapportent un niveau élevé d'utilisation des stratégies du troisième volet contrairement aux participants avec TDA/H qui indiquent un niveau moyen selon les critères du questionnaire (se référer à la section méthode).

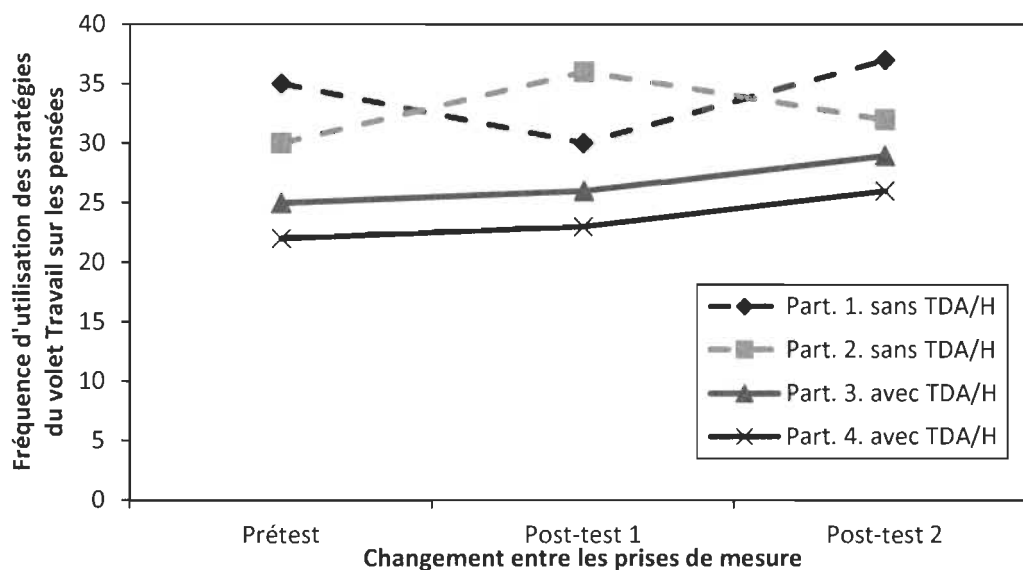


Figure 3. Fréquence d'utilisation des stratégies du volet *Travail sur les pensées* des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Travail sur les stratégies adaptatives. Les résultats obtenus au volet *Travail sur les stratégies adaptatives* présentent une différence significative avec une taille d'effet forte ($\eta^2 = 0,97$) entre les deux groupes de participants indépendamment du temps de mesure. Les participants avec TDA/H ($M = 42,00$; $40,50$; $42,00$) utilisent significativement moins les stratégies du volet *Travail sur les stratégies adaptatives* ($F(1,2) = 62,49$, $p = 0,02$) que les participants n'ayant pas de TDA/H ($M = 51,50$; $54,00$; $53,00$). Le Tableau 14 expose les résultats de l'analyse de variance.

Tableau 14

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du volet Travail sur les stratégies adaptatives des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>Dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	385,33	62,49*	0,97
Résiduel	2	6,17		
Stratégies adaptatives	2	0,58	0,02	0,01
Stratégies adaptatives x Groupe	2	4,08	0,13	0,06
Résiduel	4	32,67		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $p = 0,02$.

Les résultats indiquent que le participant 1 sans TDA/H et le participant 3 avec TDA/H utilisent plus les stratégies exposées dans le volet *Travail sur les stratégies adaptatives* tandis que le participant 2 sans TDA/H et le participant 4 avec TDA/H y ont moins recours entre le prétest et le post-test 2. Plus précisément, les deux participants sans TDA/H rapportent un niveau élevé d'utilisation des stratégies du quatrième volet selon les critères du questionnaire (se référer à la section méthode) à tous les temps de mesure. Pour le participant 3 avec TDA/H, il rapporte un niveau moyen d'utilisation des stratégies de ce volet aux deux premiers temps de mesure pour se conclure par une augmentation à un niveau élevé au post-test 2. Quant au participant 4 avec TDA/H, il indique un niveau moyen d'utilisation des

stratégies au post-test 2 bien qu'il rapporte un niveau élevé aux deux premières prises de mesure (voir Figure 4).

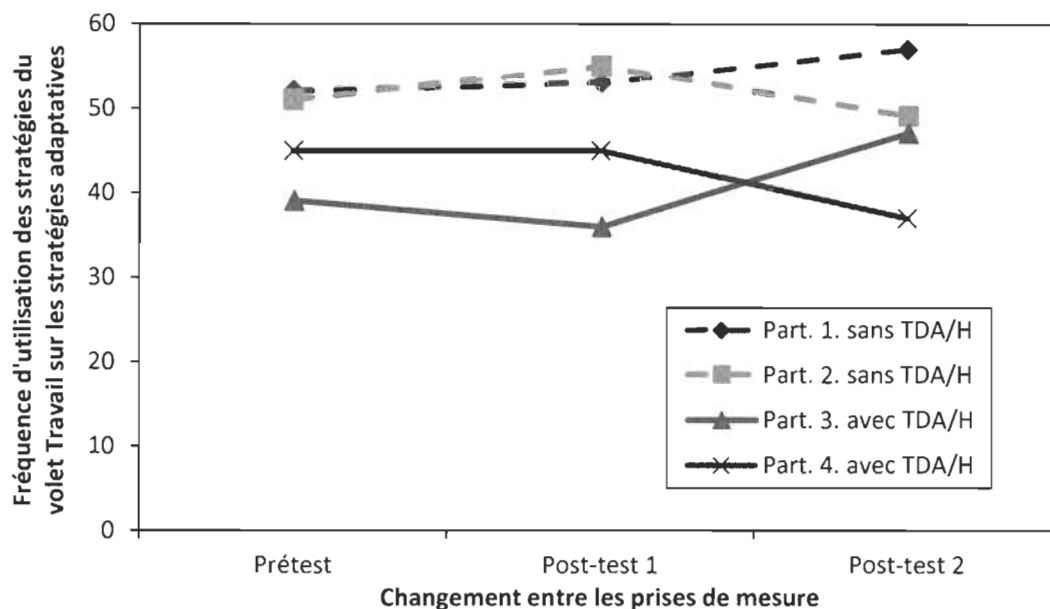


Figure 4. Fréquence d'utilisation des stratégies du volet *Travail sur les stratégies adaptatives* des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Atteintes fonctionnelles liées au TDA/H

Un troisième objectif pour cette étude pilote était de vérifier si l'application du programme *Funambule* est associée à des changements sur le plan des atteintes fonctionnelles liées au TDA/H (famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque). D'abord, l'hypothèse exploratoire « atteintes fonctionnelles 1 » comprenait une comparaison de groupe. Il était supposé que seulement les deux participants avec TDA/H auraient des atteintes fonctionnelles significatives selon le WFIRS (se référer à la section méthode). Ensuite, l'hypothèse

exploratoire « atteintes fonctionnelles 2 » s'attardait aux résultats individuels des participants. Il était attendu une diminution des atteintes fonctionnelles significatives pour les participants avec TDA/H. Le Tableau 15 présente les moyennes et les écarts-types obtenus aux six domaines du WFIRS selon les trois temps de mesure. Globalement, en ce qui concerne les comparaisons entre les groupes, les participants avec TDA/H rapportent significativement plus d'atteintes fonctionnelles que les participants sans TDA/H aux domaines *École* et *Aptitudes à la vie quotidienne*. Sur le plan des résultats individuels, les participants sans TDA/H ne présentent pas d'atteintes fonctionnelles significatives selon le système d'interprétation du questionnaire tel que supposé. Les participants avec TDA/H indiquent des atteintes significatives selon les barèmes de correction du WFIRS pour les domaines *Famille* et *Fonctionnement social* au prétest. Au dernier post-test, ils ne rapportent plus d'atteintes fonctionnelles significatives pour le domaine *Fonctionnement social*. L'ensemble des résultats sera abordé dans les prochaines sous-sections.

Tableau 15

Moyennes et écarts-types des six domaines du WFIRS en fonction des deux groupes et des trois temps de mesure (N = 4)

Domaines	Temps de mesure					
	Prétest		Post-test 1		Post-test 2	
	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)
Famille						
<i>M</i>	0,20	1,30	0,40	1,00	0,20	1,40
<i>ÉT</i>	0,28	1,56	0,57	0,00	0,28	1,13
École						
<i>M</i>	0,15	0,55	0,15	0,35	0,10	0,20
<i>ÉT</i>	0,21	0,07	0,07	0,07	0,14	0,14
Aptitudes à la vie quotidienne						
<i>M</i>	0,13	0,57	0,44	0,63	0,38	0,38
<i>ÉT</i>	0,18	0,09	0,08	0,00	0,00	0,00
Concept de soi						
<i>M</i>	0,10	0,70	0,20	0,70	0,40	0,50
<i>ÉT</i>	0,14	0,71	0,00	0,99	0,00	0,71
Fonctionnement social						
<i>M</i>	0,00	0,63	0,26	0,25	0,38	0,44
<i>ÉT</i>	0,00	0,00	0,18	0,35	0,18	0,27

Tableau 15

Moyennes et écarts-types des six domaines du WFIRS en fonction des deux groupes et des trois temps de mesure (suite)

Domaines	Temps de mesure					
	Prétest		Post-test 1		Post-test 2	
	Sans TDA/H (<i>n</i> = 2)	Avec TDA/H (<i>n</i> = 2)	Sans TDA/H (<i>n</i> = 2)	Avec TDA/H (<i>n</i> = 2)	Sans TDA/H (<i>n</i> = 2)	Avec TDA/H (<i>n</i> = 2)
Comportements à risque						
<i>M</i>	0,00	0,17	0,00	0,17	0,00	0,17
<i>ÉT</i>	0,00	0,08	0,00	0,08	0,00	0,08

Note. Le prétest a eu lieu sur deux semaines (deux rencontres) avant le début du programme. Le post-test 1 a commencé une semaine après le programme et s'est échelonné sur un mois. Le post-test 2 a démarré une semaine après la fin du post-test 1 et s'est conclu au bout d'un mois.

Famille. Selon les résultats de l'analyse de variance (voir Tableau 16), il n'y a aucune différence significative entre les deux groupes de participants aux trois temps de mesure pour le domaine *Famille* du WFIRS.

Tableau 16

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Famille en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>Dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	2,80	1,98	0,50
Résiduel	2	1,42		
Famille	2	0,01	0,03	0,02
Famille x Groupe	2	0,10	0,31	0,13
Résiduel	4	0,34		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Toutefois, sur le plan individuel, le participant 3 avec TDA/H rapporte des atteintes fonctionnelles significatives au prétest (3 items cotés 3) selon les barèmes du questionnaire. Les résultats obtenus ne démontrent aucun changement pour le participant 1 sans TDA/H entre les temps de mesure. Une diminution des difficultés rapportées par le participant 2 sans TDA/H et le participant 4 avec TDA/H est relevée entre le post-test 1 et le post-test 2. Pour le participant 3 avec TDA/H, une diminution est notée entre le prétest et le post-test 2 comme supposé par l'objectif 3. Toutefois, les atteintes fonctionnelles au domaine *Famille* se maintiennent à un seuil significatif (2 items cotés 2 et 2 items cotés 3) au post-test 2. La Figure 5 montre les résultats individuels pour chaque participant.

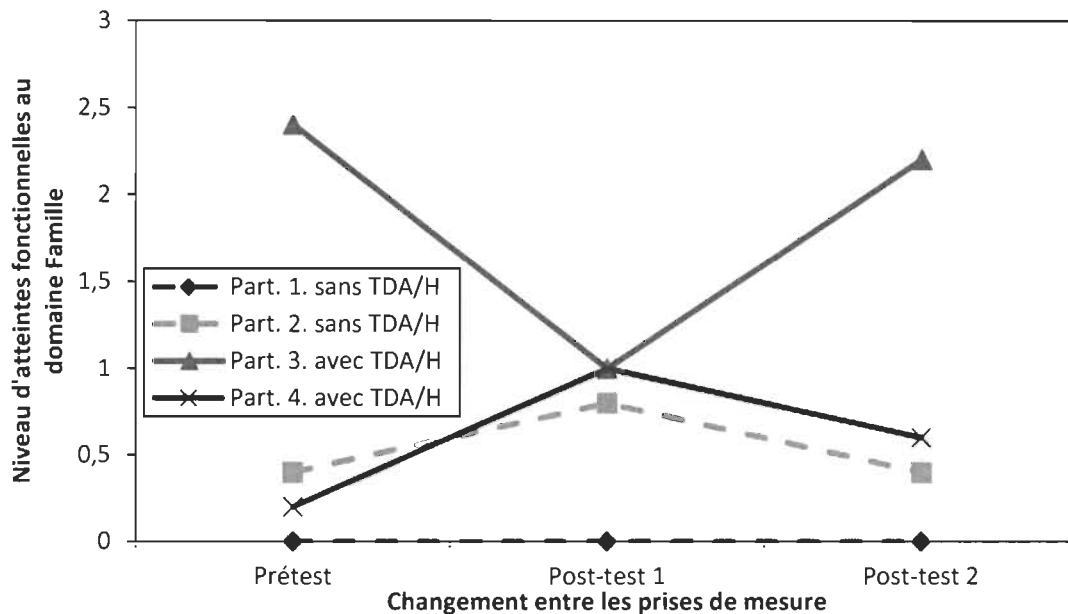


Figure 5. Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine *Famille* du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.

École. Le Tableau 17 expose les résultats de l'analyse de variance du domaine *École*. Une différence significative avec une taille d'effet forte ($\eta^2 = 0,96$) est trouvée entre les deux groupes de participants indépendamment du temps de mesure. Les participants avec TDA/H ($M = 0,55 ; 0,35 ; 0,20$) présentent un niveau d'atteintes fonctionnelles significativement plus élevé à l'école ($F(1,2) = 49,00, \rho = 0,02$) que les participants sans TDA/H ($M = 0,15 ; 0,15 ; 0,10$) tel qu'attendu.

Tableau 17

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine École en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>DI</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	0,16	49,00*	0,96
Résiduel	2	0,00		
École	2	0,04	1,71	0,46
École x Groupe	2	0,02	1,00	0,33
Résiduel	4	2,33		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $p = 0,02$.

La Figure 6 présente les résultats pour chaque participant. Aucun participant ne rapporte d'atteintes fonctionnelles significatives pour le domaine *École* selon les barèmes du questionnaire aux trois temps de mesure (se référer à la section méthode). Dans l'ensemble, le niveau d'atteintes fonctionnelles rapporté diminue pour le participant 1 sans TDA/H et les participants 3 et 4 avec TDA/H. Pour le participant 2, une augmentation de l'atteinte fonctionnelle à l'école est relevée au post-test 1 et se maintient au post-test 2.

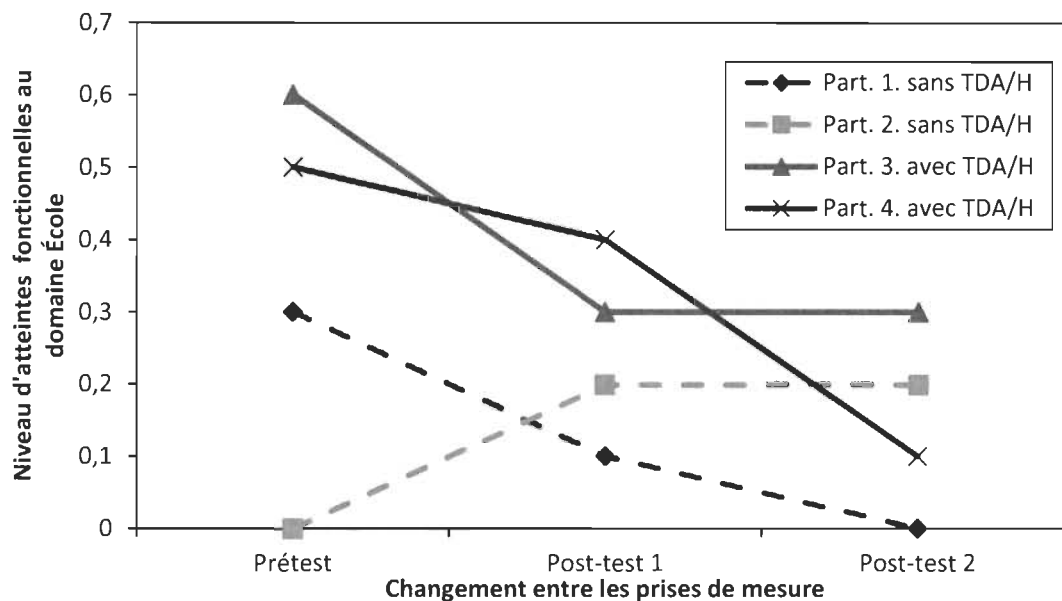


Figure 6. Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine *École* du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Aptitudes à la vie quotidienne. Les résultats de l'analyse de variance du domaine *Aptitudes à la vie quotidienne* (voir Tableau 18) démontrent une différence significative avec une taille d'effet forte ($\eta^2 = 0,96$) entre les deux groupes de participants sans égard aux trois temps de mesure. Comme supposé, les participants avec TDA/H ($M = 0,57$; $0,63$; $0,38$) présentent significativement plus d'atteintes fonctionnelles sur le plan des aptitudes à la vie quotidienne ($F(1,2) = 46,97, \rho = 0,02$) que les participants sans TDA/H ($M = 0,13$; $0,44$; $0,38$).

Tableau 18

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Aptitudes à la vie quotidienne en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>DI</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	0,13	46,97*	0,96
Résiduel	2	0,00		
Aptitude à la vie quotidienne	2	0,04	3,96	0,67
Aptitude à la vie quotidienne x Groupe	2	0,05	4,72	0,70
Résiduel	4	0,01		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $p = 0,02$.

Pour le domaine *Aptitudes à la vie quotidienne*, aucun participant ne signale d'atteintes significatives selon les critères de cotation du questionnaire WFIRS (se référer à la section méthode). En somme, une augmentation des difficultés pour les participants 1 et 2 sans TDA/H (restant non significatif) est notée au post-test 2 comparativement au prétest malgré une diminution entre le post-test 1 et le post-test 2. Pour les participants 3 et 4 avec TDA/H, c'est une diminution de l'atteinte fonctionnelle qui est remarquée au dernier temps de mesure. L'ensemble des résultats individuels pour le domaine *Aptitudes à la vie quotidienne* est exposé à la Figure 7.

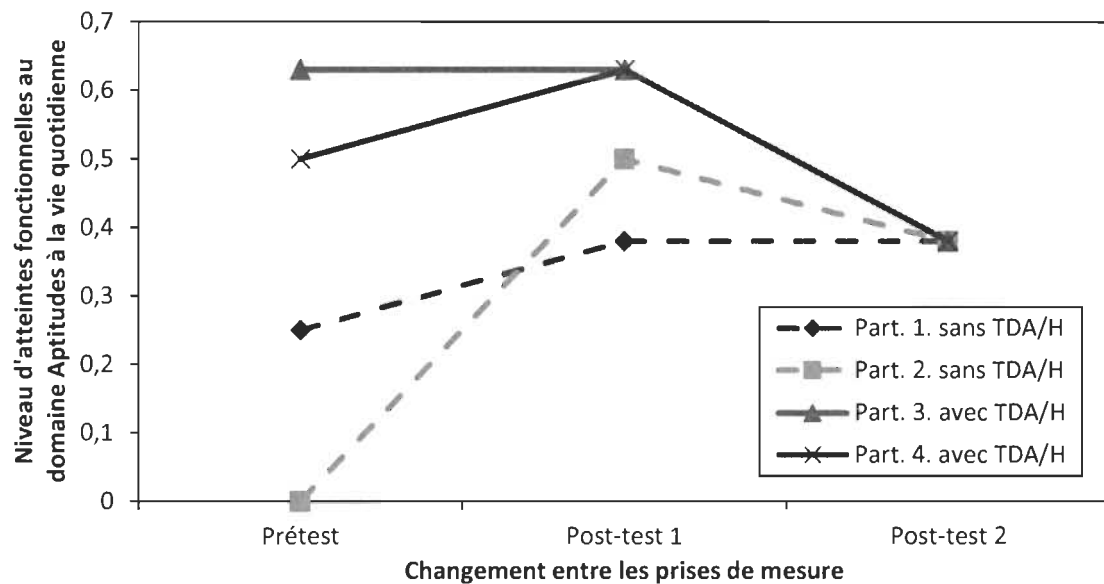


Figure 7. Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine *Aptitudes à la vie quotidienne* du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Concept de soi. Le Tableau 19 présente les résultats de l'analyse de variance du domaine *Concept de soi* du WFIRS et la Figure 8 montre les résultats individuels pour chaque participant (voir Appendice B). Aucune différence significative n'est trouvée entre les deux groupes de participants aux trois temps de mesure.

Fonctionnement social. Dans le Tableau 20, l'analyse de variance ne rapporte aucune différence significative entre les deux groupes de participants aux trois temps de mesure pour le domaine *Fonctionnement social*.

Tableau 20

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Fonctionnement social en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>Dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	0,16	1,86	0,48
Résiduel	2	0,09		
Fonctionnement social	2	0,02	1,09	0,35
Fonctionnement social x Groupe	2	0,12	5,45	0,73
Résiduel	4	0,02		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Cependant, en concordance avec les hypothèses de l'objectif 3, le participant 4 avec TDA/H souligne un niveau d'atteintes fonctionnelles significatif (1 item coté 3) au prétest selon les critères de notation du questionnaire WFIRS. Une augmentation de l'atteinte fonctionnelle, sans être significative, est rapportée par les deux participants sans TDA/H (1 et 2) aux deux post-tests. Le participant 3 avec TDA/H présente, également, une augmentation des atteintes fonctionnelles (scores non significatifs) entre le prétest et le post-test 2 après une diminution au post-test 1. Quant au participant 4 avec TDA/H, une diminution de l'atteinte fonctionnelle au post-test 2 comparativement au prétest est observée permettant de ne plus satisfaire les critères d'une atteinte fonctionnelle significative selon le WFIRS tel que présumé. L'ensemble des résultats individuels sur la variable *Fonctionnement social* est présenté à la Figure 9.

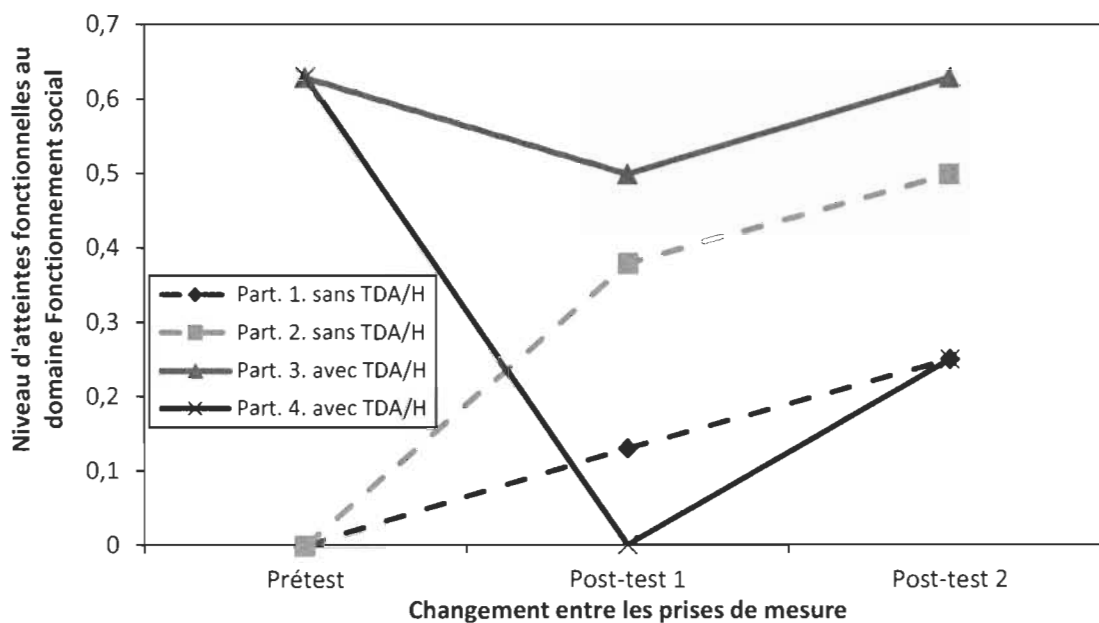


Figure 9. Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine *Fonctionnement Social* du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Comportements à risque. L'analyse de variance ne démontre aucune différence significative entre les deux groupes aux trois temps de mesure pour le domaine *Comportements à risque*. Le Tableau 21 et la Figure 10 présentent tous les résultats sur cette variable (voir Appendice C).

Anxiété aux évaluations

Le quatrième objectif de l'étude était d'examiner si le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* peut être associé à une réduction du niveau d'anxiété aux évaluations (*Échelle d'anxiété du test cognitif – Appendice A*) chez les participants. L'hypothèse « anxiété aux évaluations » présumait que le niveau d'anxiété de tous les participants diminuerait à travers les trois temps de mesure. Ainsi, les résultats obtenus

montrent que le niveau d'anxiété aux évaluations a diminué pour trois des quatre participants conformément aux attentes. Le Tableau 22 expose les moyennes et les écarts-types de la variable en fonction des deux groupes et des trois temps de mesure.

Tableau 22

Moyennes et écarts-types des deux groupes aux trois temps de mesure pour la variable Anxiété aux évaluations (N = 4)

Variable	Temps de mesure					
	Prétest		Post-test 1		Post-test 2	
	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)	Sans TDA/H (n = 2)	Avec TDA/H (n = 2)
Anxiété aux évaluations						
<i>M</i>	58,50	74,00	55,50	64,00	57,00	67,00
<i>ÉT</i>	9,19	12,73	10,61	12,73	9,90	16,97

Note. Le prétest a eu lieu sur deux semaines (deux rencontres) avant le début du programme. Le post-test 1 a commencé une semaine après le programme et s'est échelonné sur un mois. Le post-test 2 a démarré une semaine après la fin du post-test 1 et s'est conclu au bout d'un mois.

Niveau d'anxiété aux évaluations. Comme l'indique le Tableau 23, l'analyse de variance ne démontre aucune différence significative entre les deux groupes aux trois temps de mesure pour la variable *Anxiété aux évaluations*.

Tableau 23

Analyse de variance à mesures répétées des résultats des deux groupes aux trois temps de mesure de la variable Anxiété aux évaluations

Source de variation	<i>Dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	385,33	1,20	0,38
Résiduel	2	321,33		
Anxiété aux évaluations	2	43,58	0,66	0,25
Anxiété aux évaluations x Groupe	2	13,58	0,21	0,09
Résiduel	4	66,08		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Selon les résultats individuels obtenus au prétest (voir Figure 11), le participant 1 sans TDA/H et le participant 4 avec TDA/H ont rapporté un score moyen d'anxiété aux évaluations selon le système d'interprétation du questionnaire (se référer à la section méthode). Le participant 2 sans TDA/H indique un niveau faible d'anxiété et le participant 3 avec TDA/H obtient un score élevé. Par la suite, le niveau d'anxiété rapporté par le participant 1 sans TDA/H et le participant 4 avec TDA/H diminue à partir du post-test 1 pour se maintenir au niveau faible au post-test 2 conformément aux attentes de l'objectif 4. Pour le participant 2 sans TDA/H, une augmentation du niveau d'anxiété au post-test 1 est retrouvée et se maintient au post-test 2 avec un score moyen. Finalement, le participant 3 avec TDA/H rapporte un niveau élevé d'anxiété à tous les temps de mesure. Toutefois, une diminution est retrouvée entre le prétest et le post-test 2 comme attendu par l'objectif 4.

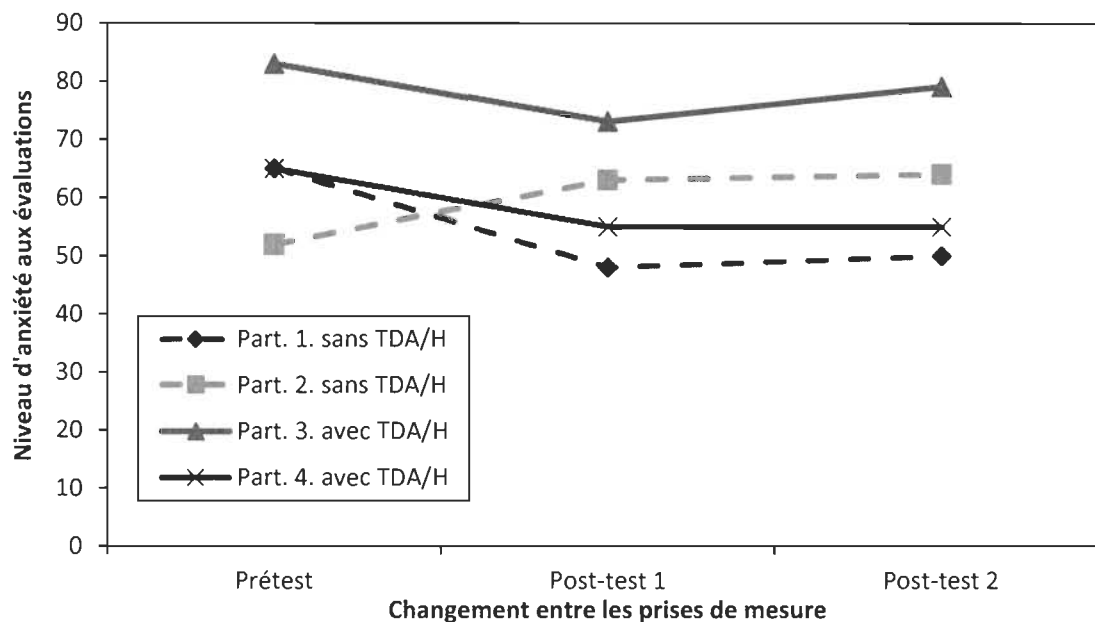


Figure 11. Niveau d'anxiété aux évaluations des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Appréciation du programme

Le cinquième objectif de cette étude était d'évaluer le niveau d'appréciation des participants après l'expérimentation du programme. Il était difficile de déterminer quel groupe présenterait le plus haut degré de satisfaction. Il était souhaité que tous les participants rapportent un niveau élevé d'appréciation du programme. Le questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention* a permis d'obtenir le niveau de progrès des participants, l'appréciation du programme et l'engagement des participants au post-test immédiat une semaine après la fin du programme. Globalement, les participants avec TDA/H rapportent un niveau significativement plus élevé d'appréciation du programme que les participants sans TDA/H.

Niveau de progrès du participant. Le Tableau 24 et la Figure 12 présentent les résultats sur cette variable au post-test 1 (voir Appendice D). Aucune différence significative n'est trouvée entre les deux groupes quant aux progrès rapportés par les participants à la fin du programme.

Niveau d'appréciation du programme. Comme indiqué dans le Tableau 25, la comparaison entre les deux groupes au post-test 1 démontre une différence significative quant à l'appréciation du programme. Les participants ayant un TDA/H ($M = 27,00$) rapportent une appréciation plus élevée ($t(2) = -9,39, \rho = 0,01$) du programme *Funambule* que les participants sans TDA/H ($M = 16,50$).

Tableau 25

Comparaison entre les deux groupes du niveau d'appréciation du programme rapporté par les participants

Variable	Sans TDA/H		Avec TDA/H		<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Appréciation	16,50	0,71	27,00	1,41	-9,39**
	(<i>n</i> = 2)		(<i>n</i> = 2)		

** $\rho = 0,01$.

Les résultats individuels montrent que les participants avec TDA/H (3 et 4) ont un niveau d'appréciation élevé du programme selon le système d'interprétation du questionnaire (se

référer à la section méthode) tandis que les participants sans TDA/H (1 et 2) ont un niveau d'appréciation moyen à la fin du programme (voir Figure 13).

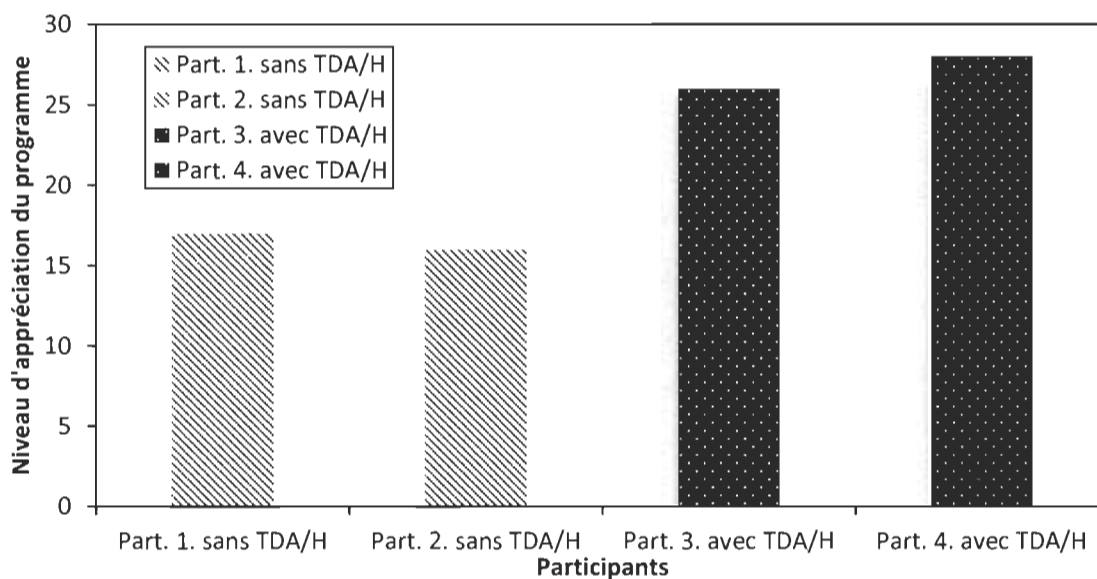


Figure 13. Niveau d'appréciation du programme rapporté par les quatre participants une semaine après le programme.

Niveau d'engagement. L'analyse des résultats ne montre aucune différence significative entre les deux groupes (voir Tableau 26).

Tableau 26

Comparaison entre les deux groupes du niveau d'engagement rapporté par les participants

Variable	Sans TDA/H		Avec TDA/H		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Engagement	5,00	0,00	3,50	0,71	3,00
	(n = 2)		(n = 2)		

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Malgré l'absence de différence intergroupe, les résultats des participants sans TDA/H sont plus élevés que les résultats des participants avec TDA/H (voir Figure 14).

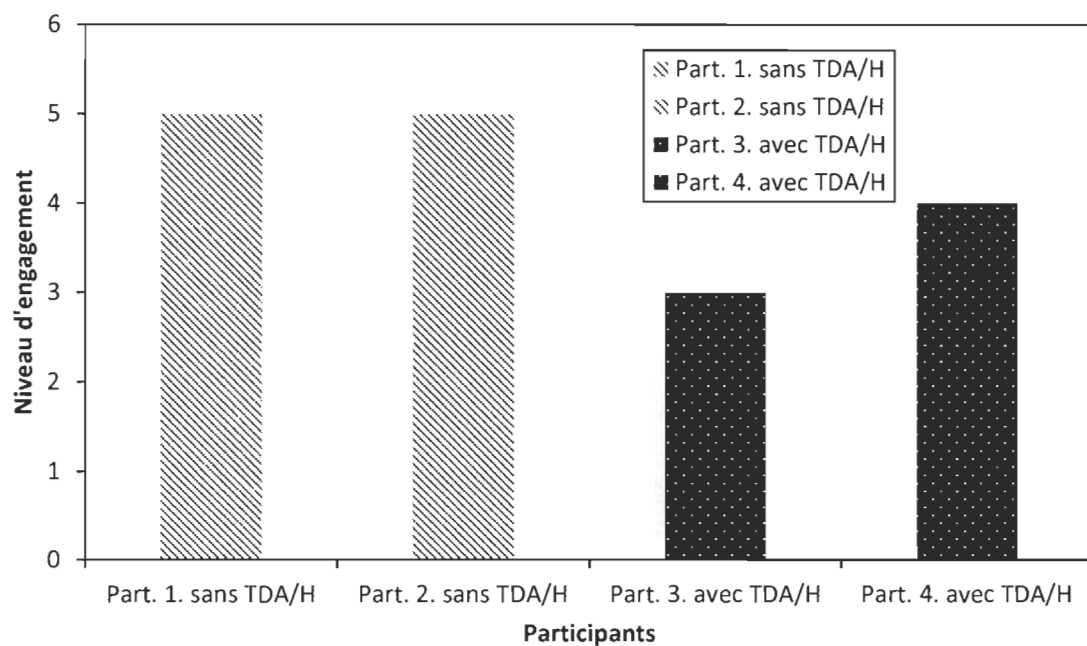


Figure 14. Niveau d'engagement rapporté par les quatre participants une semaine après le programme.

En résumé, les participants avec TDA/H utilisent significativement moins les stratégies des volets *Travail sur les pensées* et *Travail sur les stratégies adaptatives* que les participants sans TDA/H. Toutefois, conformément aux attentes, tous les participants ont davantage recours aux stratégies du volet *Travail sur les pensées* même s'il y a une différence significative entre les groupes. Les participants sans TDA/H indiquent aussi une augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies apprises dans le volet *Travail sur le corps* comme attendu. Ensuite, les participants avec TDA/H ont significativement plus d'atteintes fonctionnelles liées au TDA/H pour les variables *École* et *Aptitudes à la vie quotidienne* que les participants sans TDA/H comme supposé. Quant aux résultats individuels, les participants sans TDA/H ne rapportent aucune atteinte significative tel qu'il était présumé. Les participants avec TDA/H ont indiqué des atteintes significatives pour les domaines *Fonctionnement social* et *Famille* comme attendu. À la fin de l'étude, les participants avec TDA/H ne rapportaient plus d'atteintes fonctionnelles sur la variable *Fonctionnement social* comme souhaité. En ce qui a trait à l'anxiété aux évaluations, une diminution est notée entre le prétest et le dernier post-test (deux mois après le programme) pour les deux participants ayant un TDA/H et un participant sans TDA/H conformément aux attentes. Finalement, une différence significative a été trouvée entre les deux groupes quant à leur niveau d'appréciation du programme. Plus précisément, les participants ayant un TDA/H (niveau élevé) ont rapporté avoir apprécié davantage le programme que les participants sans TDA/H (niveau moyen).

Discussion

La discussion comprend cinq sections présentant l'interprétation des différents résultats obtenus. Tout d'abord, les recommandations pour les adaptations de *Funambule* seront discutées. Ensuite, l'interprétation des résultats des analyses descriptives et statistiques sera abordée selon les cinq objectifs de cette étude pilote : (1) adaptations proposées pour le programme *Funambule*, (2) les stratégies de gestion du stress, (3) les impacts fonctionnels du TDA/H, (4) l'anxiété aux évaluations et (5) le niveau d'appréciation du programme. Finalement, les forces et limites de cet essai doctoral seront présentées ainsi que ses implications cliniques et de recherche.

Recommandations d'adaptations pour *Funambule*

Le premier objectif de l'étude visait l'adaptation du programme *Funambule* : *Pour une gestion équilibrée du stress* auprès d'adolescents de 12 et 13 ans pouvant présenter des difficultés d'attention ou d'hyperactivité-impulsivité. Des recommandations d'adaptation ont été proposées. D'abord, il est recommandé de réaliser des rencontres d'au moins 60 minutes en les composant d'un à deux exercices afin de maintenir la concentration des participants et de prendre le temps nécessaire pour s'assurer de l'intégration des apprentissages. Étant donné les difficultés au niveau de l'attention des adolescents avec TDA/H (APA, 2015), il est essentiel de circonscrire les activités dans le temps (Barkley, 2016) et de faire des retours sur les exercices faits pour réactiver les connaissances (Pffner & DuPaul, 2015). À cet égard, il peut être envisagé d'augmenter

le nombre de rencontres au besoin pour explorer plus d'exercices. En effet, les recherches tendent à démontrer qu'une intervention qui dure plus longtemps dans le temps donne de meilleurs résultats (Massé, 2014). Il est suggéré aussi de simplifier le contenu en donnant des exemples concrets qui se rattachent au vécu des participants (Pfiffner & DuPaul, 2015) et en divisant les exercices en étapes (Barkley, 2016), car cela semble faciliter leur compréhension. L'utilisation de matériel attrayant (Barkley, 2016; Sprich et al., 2015) et d'exemples concrets (Pfiffner & DuPaul, 2015) permettent de susciter l'intérêt et diviser les tâches en étapes aide les adolescents avec un TDA/H à cibler leur attention sur une seule chose à la fois (Barkley, 2016). De plus, une application concrète du contenu théorique rattaché aux besoins des participants est à prioriser (Pfiffner & DuPaul, 2015), car ils doivent y voir un intérêt et un but. En fait, le maintien de la motivation est un défi colossal rencontré lors d'approches psychosociales auprès de cette clientèle (Barkley, 2016; Dan & Raz, 2015). Dans le cadre de cette étude, les participants avec TDA/H ont rapporté un niveau d'engagement inférieur à celui des participants sans TDA/H au questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention*. Ces résultats abondent dans le sens des études qui indiquent que la motivation des adolescents avec un TDA/H peut représenter une embûche à leur implication dans les activités du programme et aux progrès réalisés (Abikoff, 1991; Dan & Raz, 2015; Jarrett, 2016). Par conséquent, il est important que les objectifs poursuivis par les exercices rejoignent les objectifs personnels des adolescents TDA/H afin qu'ils agissent en partenariat avec les intervenants (Barkley, 2016). Il est donc recommandé d'établir des objectifs personnels avec chaque adolescent

avant de commencer l'expérimentation du programme. Cela pourrait avoir lieu durant la rencontre préalable à *Funambule*.

Stratégies de gestion du stress

Le second objectif voulait vérifier si *Funambule* peut être associé à une utilisation plus fréquente des stratégies de gestion du stress pour l'ensemble des participants. L'hypothèse exploratoire « gestion du stress » suggérait que le programme serait associé à des bénéfices pour tous les participants (avec ou sans TDA/H) en augmentant le nombre de stratégies de gestion du stress utilisées. Le *Questionnaire des stratégies de gestion du stress* lié au programme *Funambule* montre que les participants avec TDA/H utilisent significativement moins les stratégies de gestion du stress que les participants sans TDA/H pour les volets *Travail sur les pensées* et *Travail sur les stratégies adaptatives*. Ces résultats suggèrent que les participants ayant un TDA/H de cette étude rapportent moins de ressources pour s'adapter au stress que les participants sans TDA/H. D'un autre côté, les deux groupes ont mentionné avoir davantage recours aux stratégies du volet *Travail sur les pensées* tel qu'attendu, et ce, même si les résultats pour les participants ayant un TDA/H restent en deçà de ceux sans TDA/H. De plus, les participants sans TDA/H ont signalé une augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies du volet *Travail sur le corps* en concordance avec les hypothèses. Les résultats proposent que les participants sans TDA/H utilisent des stratégies diversifiées provenant des différents volets pour gérer leur stress.

Plus précisément, au volet *Travail sur la perception du stress*, tous les participants ont rapporté appliquer moins souvent les connaissances apprises dans ce volet à la fin du deuxième post-test à l'exception d'un participant avec TDA/H. Toutefois, les quatre participants ont indiqué, lors de la discussion au premier post-test, avoir une plus grande compréhension du stress, être plus conscients de ses symptômes et de ses impacts dans leur vie qu'au début du programme. Cela suppose que les participants possèdent les connaissances associées à ce volet, mais qu'ils ne les utilisent pas au quotidien. Puisque les adolescents ayant un TDA/H présentent souvent de faibles capacités d'introspection (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015), il se peut que les participants ayant un TDA/H avaient besoin de prendre davantage conscience des effets du stress sur eux et dans leur vie.

Dans le volet *Travail sur le corps*, seuls les participants sans TDA/H indiquent avoir plus recours aux techniques enseignées dans ce volet à travers le temps. Or, lors de la discussion au post-test immédiat, tous les participants ont mentionné avoir apprécié ce volet plus que les autres, l'avoir trouvé utile et avoir pratiqué les exercices, ce qui n'était pas le cas pour les autres volets. Qui plus est, pour améliorer les capacités attentionnelles et diminuer l'hyperactivité-impulsivité, l'apprentissage d'exercices de relaxation et de détente peut s'avérer pertinent (Barkley, 2015). Notamment, parce que ces exercices permettent de diminuer l'agitation et de retrouver un certain calme nécessaire pour être attentif. Les résultats proposent que les participants avec TDA/H ont de la difficulté à appliquer leurs connaissances des stratégies de gestion du stress du volet *Travail sur le corps* dans leur vie quotidienne. Il pourrait être suggéré d'ajouter des exercices à ce volet qui utiliseraient

davantage des stratégies actives tel que proposé par Barkley (2016) comme la pratique d'un sport ou des activités en salle de gym.

En ce qui concerne le volet *Travail sur les pensées*, c'est le seul volet où les deux groupes ont rapporté une augmentation de l'utilisation des stratégies enseignées comme attendu. Toutefois, les résultats des participants avec TDA/H sont significativement moins élevés que ceux sans TDA/H. Les résultats obtenus suggèrent que tous les participants ont plus recours aux stratégies de gestion du stress de ce volet même si cela semble plus difficile pour les participants avec TDA/H. Cependant, c'est le volet qu'ils ont dit avoir le moins aimé. En fait, les participants avec TDA/H se sont montrés réfractaires aux techniques enseignées dans ce volet contrairement aux participants sans TDA/H. L'un d'eux a dit explicitement : « c'est bien difficile de penser positivement quand j'échoue en mathématique depuis le début de l'année » et l'autre a renchéri : « je ne pense pas que je vais commencer à réussir mes examens juste en étant positif ». Ceci va dans le sens des études qui soulèvent des difficultés dans la régulation émotionnelle des personnes ayant un TDA/H (Barkley, 2015; Roberts et al., 2015; Sorensen et al., 2011). Leur dialogue interne a tendance à être pessimiste, empreint d'autodévalorisation et de sabotage (Brooks, 2002). Un discours axé sur un sentiment d'impuissance acquise (c.-à-d. avoir l'impression que peu importe les actions posées, la situation ne changera pas) peut en venir à se développer au fil du temps (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). Brooks (2002) explique que les personnes ayant un TDA/H sont davantage à risque de développer un discours interne pessimiste, car ils perçoivent peu de contrôle sur leur vie, ne s'attribuent pas leurs réussites et ont l'impression que les autres

sont injustes ou constamment en colère contre eux. Il apparaît qu'un travail supplémentaire est nécessaire auprès des participants ayant un TDA/H de cette étude pilote afin qu'ils développent un discours plus optimiste. À cet effet, Seligman (1994) a proposé un programme visant l'apprentissage et le développement de l'optimisme. Brooks (2002) a suggéré également des étapes d'intervention ayant pour but de développer un discours interne positif chez les adultes ayant un TDA/H. Il pourrait s'avérer pertinent d'adapter et d'inclure des activités déjà conçues par Seligman (1994) et Brooks (2002) ou encore d'élaborer des recherches futures sur le développement de l'optimisme chez les adolescents avec un TDA/H dans le contexte d'une adaptation du programme *Funambule* pour cette clientèle.

Enfin, au volet *Travail sur les stratégies adaptatives*, il semble que ce volet a été profitable pour l'un des participants avec TDA/H, mais moins pour l'autre. En fait, au niveau de la gestion du temps, l'un des participants avec TDA/H a exprimé avoir des difficultés en raison de ses nombreux engagements. Il était difficile d'organiser tout ce qu'il doit faire. Il est probable que sa motivation était plus grande à l'égard des stratégies présentées dans ce volet. Toutefois, le second participant avec TDA/H a rapporté des difficultés à gérer son agenda. Il aurait donc pu bénéficier d'un support supplémentaire pour mieux utiliser cet outil. En effet, la gestion du temps et l'organisation représentent un défi important chez les adolescents ayant un TDA/H (APA, 2015; Dan & Raz, 2015, Massé et al., 2014; Nadeau et al., 2015; Roberts et al., 2015). La recommandation d'ajouter des exercices concrets et pratiques sur l'application des stratégies de ce volet est soulevée. Il est nécessaire de leur montrer des exemples et des modèles d'utilisation des

stratégies de gestion du temps et de résolution de problèmes tout en les supervisant dans leur application. Du côté des participants sans TDA/H, ceux-ci démontrent des stratégies adéquates de gestion du temps (p. ex., utilisation d'un agenda avec un code de couleurs) et de résolution de problèmes (p. ex., faire le choix de limiter les activités parascolaires afin d'avoir suffisamment de temps pour étudier). Au dernier exercice de ce volet, tous les participants utilisaient l'ensemble des connaissances apprises dans les quatre volets pour répondre aux mises en situation. Pour l'un des participants avec TDA/H, il exposait ses connaissances et il élaborait des stratégies, mais la mise en action semblait être un défi. D'ailleurs, c'est le participant qui a rapporté avoir le moins progressé. Ceci concorde également avec le niveau d'engagement inférieur rapporté par les participants avec TDA/H comparativement aux participants sans TDA/H, ce qui peut avoir un impact sur les progrès rapportés. Puisque la motivation à s'impliquer dans un programme d'intervention semble être une difficulté pour les participants avec TDA/H (Barkley, 2016; Dan & Raz, 2015), une approche individualisée pourrait peut-être s'avérer bénéfique afin de cibler leurs principaux défis et les impliquer dans le choix des objectifs d'intervention.

Impacts fonctionnels du TDA/H

Un troisième objectif de cette étude pilote concernait les atteintes fonctionnelles du TDA/H mesurées en six domaines: *Famille, École, Aptitudes à la vie quotidienne, Concept de soi, Fonctionnement social et Comportements à risque*. Il s'agissait de comparer les scores obtenus entre les participants avec ou sans TDA/H et, ensuite,

d'examiner si *Funambule* est associé à une réduction des atteintes fonctionnelles pour chaque participant. La première hypothèse exploratoire proposait que les participants sans TDA/H ne présentent pas d'atteintes fonctionnelles significatives selon le barème d'interprétation du questionnaire WFIRS aux trois temps de mesure contrairement aux participants avec TDA/H. La seconde hypothèse exploratoire présumait que *Funambule* serait associé à une diminution des atteintes fonctionnelles significatives pour les participants avec TDA/H, et ce, aux six domaines évalués.

Les résultats obtenus n'indiquent aucune difficulté significative liée à des symptômes de TDA/H pour les participants sans TDA/H en concordance avec ce qui était attendu. Quant aux participants avec TDA/H, ils ont rapporté significativement plus d'atteintes fonctionnelles pour les variables *École* et *Aptitudes à la vie quotidienne* aux trois temps de mesure comparativement aux participants sans TDA/H sans toutefois atteindre les critères d'atteintes fonctionnelles significatives selon le barème d'interprétation du questionnaire. En fait, ils ont indiqué des atteintes fonctionnelles significatives pour deux domaines sur six soient : *Famille* et *Fonctionnement social*. À la fin de l'étude, les participants avec TDA/H ne rapportaient plus d'atteintes fonctionnelles significatives sur la variable *Fonctionnement social* en concordance avec les hypothèses. Les difficultés qui se maintiennent pour les participants avec TDA/H, entre le prétest et le second post-test deux mois après la fin du programme, sont associées à des problèmes dans les relations familiales. Les habiletés sociales représentent un défi majeur pour les personnes ayant un TDA/H (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015; McQuade & Hoza, 2015). C'est pourquoi

les interventions incluent généralement l'entraînement aux habiletés sociales pour pallier cette difficulté (Verret et al., 2016). Le programme *Funambule* ne vise pas à combler ce besoin des adolescents avec TDA/H. Toutefois, il pourrait être bonifié en ce sens pour cette clientèle par des programmes qui sont offerts en français au Québec tels que *Multi-Propulsions* (Massé et al., 2011; Massé et al., 2012) s'il fait l'objet d'adaptations auprès des adolescents ayant un TDA/H ou *Prise en charge du TDA/H chez l'enfant : Le programme hyper MCBT par séance* (Gramond et al., 2017) si des recherches empiriques établissent son efficacité.

Anxiété aux évaluations

Le quatrième objectif de l'étude était d'observer la présence ou non de changements du niveau d'anxiété aux évaluations à la suite de la participation au programme *Funambule*. L'hypothèse exploratoire stipule que le programme soit associé à une diminution du niveau d'anxiété pour tous les participants. Selon les résultats, une réduction des difficultés occasionnées par l'anxiété est trouvée pour trois des quatre participants. Un seul des participants sans TDA/H a indiqué une augmentation du niveau d'anxiété au post-test immédiat qui s'est maintenue au deuxième post-test. Considérant que le dernier post-test a eu lieu durant la période des examens de fin d'année scolaire, le niveau de stress devait être très élevé. Un des participants avec TDA/H apparaît avoir des difficultés plus importantes que les autres à gérer son anxiété. En dépit d'une diminution du niveau d'anxiété aux évaluations entre le prétest et le dernier post-test, ce participant rapporte néanmoins un niveau élevé d'anxiété. Ce participant présentait davantage de

défis que les autres. Tout comme les recherches le montrent, le TDA/H se présente souvent en comorbidité avec d'autres problématiques ou troubles (Pliszka, 2015), ce qui complexifie le développement d'un traitement unique. En dehors des difficultés de gestion du stress et de l'anxiété, ce participant a rapporté avoir des difficultés importantes sur les plans académique et social. Cela peut donner une piste d'explication pour le maintien d'un niveau élevé d'anxiété chez ce participant qui aurait peut-être davantage profité d'un suivi régulier en individuel d'une plus grande intensité que dans le cadre d'un groupe. D'ailleurs, la CADDRA (2011) recommande un suivi individuel en parallèle des interventions de groupe pour les personnes ayant un TDA/H.

Appréciation du programme

Le dernier objectif de cette étude pilote était de vérifier le niveau d'appréciation du programme *Funambule* à la fin de l'expérimentation. Il était souhaité que tous les participants rapportent un niveau élevé d'appréciation du programme selon les critères d'interprétation du questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention*. Or, une différence significative est retrouvée entre les deux groupes. Les participants ayant un TDA/H ont rapporté un niveau plus élevé d'appréciation du programme *Funambule* comparativement aux participants sans TDA/H qui ont signalé, quant à eux, un niveau moyen. Ces résultats sont difficiles à expliquer compte tenu du niveau d'engagement rapporté par les participants avec TDA/H qui tend à être inférieur à celui des participants sans TDA/H malgré une différence non significative entre les deux groupes de l'étude. Il serait intéressant d'observer si ces résultats se reproduisent sur un plus grand échantillon

afin d'étudier la relation entre le niveau d'appréciation du programme d'intervention, le niveau d'engagement des participants et les caractéristiques du TDA/H. En fait, les personnes qui ont un TDA/H recherchent souvent la nouveauté et les stimulations en raison de leurs difficultés à maintenir leur attention sur une seule chose à la fois ainsi qu'à gérer leur hyperactivité et leur impulsivité, ce qui les pousse à passer rapidement d'un centre d'intérêt à un autre (Roberts et al., 2015; Massé et al., 2014). Ces caractéristiques du TDA/H rendent difficile un niveau d'engagement élevé dans une tâche particulière qui demande d'être assidu, attentif et impliqué. Par conséquent, il est possible que les participants ayant un TDA/H aient vécu moins de contraintes et de frustration liées au processus de changements en étant moins engagés, affectant ainsi favorablement leur niveau d'appréciation du programme *Funambule*. Cette supposition reste à explorer dans des recherches ultérieures.

En conclusion, le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* s'adresse à des adolescents qui vivent des difficultés de gestion du stress et d'anxiété aux évaluations. Il a pour objectif d'améliorer et de prévenir les difficultés de gestion du stress dans différentes situations de la vie quotidienne se présentant à l'école, à la maison, dans les relations interpersonnelles ou dans tout autre contexte. Ce programme a démontré son efficacité auprès d'une population régulière d'adolescents. Le but de cette étude pilote était de l'adapter à une population d'adolescents en transition primaire-secondaire ayant un TDA/H. Les adaptations réalisées au cours de cette étude semblent associées à 1) une augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies du volet *Travail sur les pensées*

pour les deux groupes de participants et du volet *Travail sur le corps* pour les participants sans TDA/H, 2) une diminution des atteintes fonctionnelles sur le fonctionnement social des participants ayant un TDA/H, 3) une réduction de l'anxiété aux évaluations pour trois participants sur quatre et 4) un niveau élevé d'appréciation du programme pour les participants ayant un TDA/H.

Forces, limites et implications de l'essai

Cet essai doctoral visait à répondre à une lacune liée au manque de programmes d'intervention francophones ayant pour but de prévenir les difficultés de gestion du stress et d'anxiété aux évaluations d'adolescents pouvant présenter un TDA/H. Étant donné que l'adolescence comprend de nombreux défis, dont la transition primaire-secondaire, et que les adolescents ayant un TDA/H éprouvent des difficultés liées à leur condition, il s'avérait pertinent de combler cette lacune sur le plan de la pratique clinique. Par conséquent, le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* a été choisi, car il cible ces difficultés dans un contexte de prévention et peut être appliqué en groupe-classe ou en groupe ciblé à l'école. De plus, des adaptations de *Funambule* pour des adolescents ayant un TDA/H en transition primaire-secondaire s'avéraient pertinentes du point de vue de la recherche étant donné le manque de consensus sur les interventions psychosociales à adopter avec les adolescents ayant un TDA/H vivant des difficultés de gestion du stress et d'anxiété aux évaluations. La section suivante abordera les forces et les limites de cet essai doctoral. De plus, certaines implications et recommandations tant sur le plan clinique que de la recherche seront fournies afin de contribuer au développement des connaissances détenues à ce jour.

Questionnaires

Tout d'abord, certaines forces et limites associées aux questionnaires seront présentées. De façon générale, les questionnaires sont des instruments d'évaluation de type papier-crayon qui mesurent subjectivement la perception que les participants ont d'eux-mêmes quant aux variables mesurées. En soi, les questionnaires auto-rapportés ne représentent pas une limite, mais pour les adolescents avec un TDA/H, ils peuvent en constituer une. En effet, il est souligné que les adolescents atteints de TDA/H ne sont pas nécessairement les plus aptes pour parler objectivement d'eux (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015), car ils ont une perception centrée sur eux-mêmes et ils ont une forte tendance à rejeter la faute sur les autres. De plus, le TDA/H est souvent associé à une faible estime de soi (Robin, 2015), ce qui fait que ces jeunes peuvent voir les choses à travers un filtre négatif (Brooks, 2002). Dans ces cas, l'utilisation de différentes sources d'information (discussion, observation) peut aider à pallier cette limite. Néanmoins, les questionnaires restent les principaux outils utilisés dans les recherches pour mesurer les perceptions des participants.

De façon plus spécifique, le *Questionnaire des stratégies de gestion du stress* possède de bonnes propriétés psychométriques. Il a été conçu pour répertorier les stratégies et les outils appris et utilisés dans les différents volets de *Funambule*, ce qui permet de penser qu'il a évalué adéquatement les acquis des participants. Le questionnaire *Weiss Functional Impairment Rating Scale*, quant à lui, n'est pas validé dans sa version française et il a été conçu pour des adultes, ce qui a nécessité des adaptations pour la présente étude. Il se peut

que ce questionnaire nécessite davantage d'adaptations pour une clientèle adolescente et une étude de validation afin d'établir des normes cliniques. De son côté, l'*Échelle d'anxiété au test cognitif* a été validée en français et présente une forte cohérence interne, ce qui permet de supposer d'une estimation fiable du niveau d'anxiété des participants face aux évaluations. Enfin, le questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention* n'est pas validé en français. De plus, la dernière sous-échelle du questionnaire, c'est-à-dire le niveau d'engagement, bénéficierait d'être bonifié afin d'ajouter davantage d'items diversifiés sur l'engagement et d'obtenir un barème d'interprétation des résultats. Cependant, il a été conçu et adapté pour les enfants et les adolescents, ce qui se rapproche davantage de l'échantillon à l'étude.

Malgré les limites préalablement spécifiées, les questionnaires utilisés, dans cette étude, permettent d'obtenir une idée générale des perceptions des participants pouvant orienter les besoins d'intervention. De plus, la discussion au premier post-test une semaine après la fin du programme et le journal de bord tenu tout au long de l'expérimentation ont permis de colliger d'autres observations (p. ex., commentaires des participants, assiduité aux rencontres, exercices faits à la maison, implication de chaque participant aux exercices réalisés, etc.) afin de corroborer les perceptions des participants.

Passation des questionnaires

Dans le cadre de cette étude pilote, la passation des questionnaires s'avère une limite puisque que les participants ne les ont pas remis aux mêmes moments. Ainsi, le temps

écoulé entre chaque passation est variable selon les participants. Cela peut avoir entraîné un biais de rappel, c'est-à-dire que le participant utilise sa mémoire plutôt que son ressenti pour répondre aux questionnaires en fonction du moment où il devait les compléter. De plus, certains effets de l'intervention peuvent s'estomper au fil du temps ne permettant pas d'avoir une mesure comparable entre les participants.

Échantillon de participants

L'une des principales limites de cette étude réside dans l'échantillon de participants. En effet, il est composé de deux adolescents ayant un TDA/H et de deux adolescents sans TDA/H. Un petit échantillon ne permet pas de faire une généralisation des résultats obtenus à l'ensemble des adolescents de 12 et 13 ans pouvant présenter un diagnostic de TDA/H. La validité externe de cette étude est donc très faible. Cependant, dans le cadre d'une étude exploratoire, cela peut représenter un point de départ pour des recherches d'une plus grande envergure. Elle permet de proposer des ajustements nécessaires pour un devis quasi expérimental qui comprendrait un plus grand échantillon et un groupe contrôle. De plus, cette étude pilote avait pour objectif de relever les difficultés associées à l'application du programme *Funambule* pour cette clientèle dans un contexte naturel (école) fréquenté quotidiennement par les adolescents. C'était donc une étape préalable à la réalisation d'une recherche rigoureuse.

Taille du groupe

Le programme *Funambule* prévoit des groupes d'au moins quatre adolescents. Dans le cadre de cette recherche, il a été possible de recruter uniquement ce nombre minimal de participants. Idéalement, pour assurer une participation active, le programme suggère de créer des groupes de 8 à 12 adolescents avec deux animateurs, l'un étant centré sur l'animation du programme et l'autre sur l'accompagnement et la gestion du groupe (Dumont et al., 2012). D'ailleurs, les rencontres de groupe obtiennent habituellement de meilleurs résultats auprès des adolescents que les rencontres individuelles, car elles permettent de recevoir la rétroaction de leurs pairs qui est plus significative que celle des adultes (Massé, 2014). Tout au long des rencontres, les quatre participants de l'étude ont peu parlé, particulièrement ceux ayant un TDA/H. Il était difficile de susciter leur participation et de les amener à faire part de leur réflexion sur les exercices. À l'avenir, il pourrait être bénéfique de former des groupes d'au moins 6-8 adolescents afin de favoriser une participation active dans les rencontres.

Composition du groupe

Le groupe d'intervention était composé de deux adolescents ayant un TDA/H et de deux adolescents sans TDA/H. Or, ceux ayant TDA/H ont rapporté des difficultés scolaires et sociales que les deux participants sans TDA/H n'ont pas relevées. Dans ce cas, il est pertinent de penser que les besoins de ces deux groupes n'étaient pas les mêmes. Il est certain que les participants ayant un TDA/H ont pu tirer profit de la vision d'un adulte et de deux participants sans TDA/H notamment sur le plan des compétences

sociales (Lessard & Coutu, 2011), mais il se peut que les discussions se soient éloignées de leur réalité. En ce sens, ce sont surtout les participants sans TDA/H qui ont pris la parole, durant les rencontres, insistant sur les performances scolaires. Or, les participants avec TDA/H de cette étude rapportent des atteintes fonctionnelles significatives sur le plan social qui ont été peu abordées. Dans les futures applications du programme *Funambule*, il peut être recommandé de former un groupe homogène sur le plan du diagnostic.

Sexe des participants

Funambule recommande d'équilibrer le nombre de garçons et de filles lorsque le groupe est mixte pour que les participants puissent se reconnaître en l'autre et partager des expériences similaires (Dumont et al., 2012). Or, le groupe n'était pas homogène puisqu'il comportait trois filles et un garçon. Bien que les quatre participants se connaissent en dehors du groupe, le garçon parlait moins que les filles et il a rapporté un niveau d'engagement inférieur à celles-ci. Également, il s'est absenté à deux rencontres. Il se peut que d'être le seul garçon dans le groupe ait affecté son niveau de motivation. Dans le futur, il est suggéré de former des groupes mixtes équilibrés ou alors seulement homogènes sur cette variable.

Guide d'accompagnement du participant

Un *Cahier du participant* (Dumont et al., 2012) a été remis lors du prétest à tous les participants. Ce guide comprend les exercices hebdomadaires présentés à la fin de chaque rencontre. Les participants sont invités à pratiquer les nouvelles stratégies en dehors des

séances de groupe. Or, ils ont tous rapporté, dans le questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention*, ne pas avoir fait les exercices proposés en dehors des rencontres. Pourtant, le cahier d'exercices représente un moyen d'intégration des nouvelles connaissances apprises. Par ailleurs, le cahier d'accompagnement destiné à l'élève peut servir d'aide-mémoire utile à la rétention de l'information, ce qui est recommandé pour des adolescents ayant des difficultés au niveau de l'attention (Barkley, 2016; Sprich et al, 2015). Qui plus est, les deux participants avec TDA/H avaient de la difficulté à se rappeler le contenu de la rencontre précédente en dépit d'un horaire de deux rencontres par semaine. Heureusement, ils ont bénéficié de l'aide des deux participants sans TDA/H qui se remémoraient plus facilement le contenu des rencontres. Il est clair que ne pas avoir pratiqué et revu les nouveaux apprentissages peut avoir affecté l'efficacité de l'intervention. Il est possible que la contribution des parents à la maison, si tel avait été le cas, aurait permis de faire un suivi des activités hebdomadaires. Sprich et al. (2015) ont recommandé d'inclure les parents des adolescents avec TDA/H dans l'intervention, car ils ont obtenu des bénéfices associés au suivi des exercices donnés en dehors des rencontres. D'ailleurs, le programme *Funambule* comporte un *Guide d'accompagnement pour les proches* (Dumont et al., 2012) qui n'a pas été utilisé dans le cadre de cette étude. Il pourrait être aisément intégré, en particulier pour les élèves qui nécessitent plus d'encadrement en raison de leurs difficultés propres. De plus, puisque les adolescents ayant un TDA/H ont de la difficulté avec les délais de gratification et que cela peut affecter leur motivation à la tâche (Barkley, 2016), un système d'émulation pourrait être élaboré afin de les encourager à participer et à pratiquer

les exercices hebdomadaires à la maison (p. ex. les participants devrait cumuler un nombre X de jetons pour que le groupe ait droit à une activité récompense à la fin du programme).

Gestion de l'horaire des rencontres

Les recherches indiquent que les personnes ayant un TDA/H ont généralement des difficultés d'organisation et de gestion du temps (Jarrett, 2016; Massé et al, 2014; Roberts et al., 2015; Rostain & Ramsay, 2006). Pour pallier cette difficulté, un horaire a été remis à tous les participants à la fin de la rencontre du prétest. Il leur a été demandé de noter les dates et l'heure des rencontres dans leur agenda. Également, un rappel a été fait le matin de chacune des rencontres pour s'assurer de la présence de tous les participants. Malgré ces dispositions, les deux participants avec TDA/H ont eu de la difficulté à être assidus aux rencontres. Ils arrivaient généralement en retard ou ils oubliaient. L'un des participants a manqué une rencontre du volet *Travail sur le corps* et l'autre a manqué deux rencontres (une du volet *Travail sur les pensées* et l'autre du volet *Travail sur les stratégies adaptatives*). Le fait de ne pas être présent peut avoir eu des impacts sur l'acquisition des apprentissages. La motivation de l'un semblait faible comme en témoignent les résultats obtenus. En effet, les deux participants avec TDA/H ont rapporté un niveau inférieur d'engagement comparativement aux deux participants sans TDA/H, ce qui concorde avec les conclusions de Jarrett (2016) qui a reconnu que les interventions d'approche cognitive-comportementale exigent un certain niveau de motivation et d'engagement que certains adolescents n'ont pas. De plus, un des participants avec TDA/H avait plusieurs engagements à l'école, sur l'heure du dîner et en parascolaire qui rendaient difficile l'établissement d'un horaire stable. En effet,

les possibilités d'activités sociales au secondaire sont nombreuses et plusieurs adolescents y accordent une grande importance (CADDRA, 2011). Ils ne souhaitent donc pas être privés des activités qu'ils ont choisies. L'application d'un tel programme nécessite une certaine assiduité afin d'obtenir les bénéfices escomptés. Il est fort probable que les résultats ont été influencés par ces absences et ces retards répétés. Dans ce cas, il pourrait être envisagé d'appliquer le programme en rencontres individuelles afin d'adapter l'horaire en fonction de chaque jeune ou encore d'envisager des rencontres de groupe durant les cours à l'école.

Implantation d'un programme à l'école

Le choix de mettre en œuvre le programme à l'école a été fait afin de favoriser et susciter la participation des adolescents en déployant le programme dans un milieu où ils y passent beaucoup de temps. Également, l'école peut être un milieu de vie stressant, car il est demandé de performer et de faire des efforts constants pour réussir. En effet, la vie scolaire sollicite les capacités d'adaptation des adolescents autant sur les plans académique, personnel et social (APA, 2015; Langlois et al., 2011; Roberts et al., 2015; Schulz & Lazarus, 2012). Toutefois, l'organisation de ce milieu présente des limites qui révèlent la complexité de réaliser des programmes standardisés. Précisément, l'intervenant est soumis aux contraintes de son milieu et de ses dirigeants. Lors de cette étude, il n'a pas été possible de réaliser le programme durant les heures de classe. En fait, les rencontres de *Funambule* ont eu lieu à midi (45 minutes au total pour le dîner et l'expérimentation du programme). Il serait préférable de revoir cette formule, car elle ne facilite pas le maintien de l'engagement des participants qui se voient amputés d'une pause importante dans leur journée. De plus, des

adaptations supplémentaires ont été nécessaires. En effet, la période de présentation de la rencontre et du retour sur la rencontre précédente était réalisée en même temps que la période de lunch, sous forme de discussion, afin d'optimiser le temps disponible. L'application du programme durant les heures de classe est à envisager ultérieurement pour favoriser la motivation des participants. Une sensibilisation des dirigeants à cet effet peut s'avérer nécessaire. Nonobstant les inconvénients, l'école offre un environnement de travail adéquat. En fait, il comporte des locaux qui limitent les distractions favorisant la concentration, ce qui peut aider une clientèle d'adolescents ayant des problèmes d'attention ou d'hyperactivité-impulsivité.

Choix des exercices

Un choix préalable des exercices a été fait, donc ils n'ont pas tous été appliqués. Le nombre d'exercices effectués lors de cette étude pilote représente environ 50 % du total des exercices obligatoires proposés dans *Funambule*, c'est-à-dire 44 % des exercices des volets *Travail sur la perception du stress*, *Travail sur les pensées* et *Travail sur les stratégies adaptatives* ainsi que 71 % du volet *Travail sur le corps*. Étant donné la proportion d'exercices qui n'a pas été couverte par l'application du programme, il se peut que d'autres choix plus judicieux apportent davantage de bénéfices aux participants qui présentent des difficultés sur le plan de l'attention ou de l'hyperactivité-impulsivité. C'est pourquoi il a été recommandé d'augmenter le nombre de rencontres afin de couvrir un plus large éventail d'exercices proposés par *Funambule*.

Implications cliniques

En dépit de ses limites, cette étude exploratoire a permis d'amorcer une réflexion sur la gestion du stress et de l'anxiété aux évaluations auprès d'adolescents de 12 et 13 ans pouvant rapporter des difficultés touchant l'attention et l'hyperactivité-impulsivité. En raison de son devis mixte, une perspective quantitative et qualitative a été utilisée, ce qui a permis d'obtenir différents points de vue pour la recherche. De ce fait, le programme *Funambule* pourrait se concentrer sur l'amélioration de la gestion du stress et de l'anxiété aux évaluations des adolescents en transition primaire-secondaire ayant un TDA/H. Également, le programme semble associé à des changements au niveau des atteintes fonctionnelles occasionnées par le TDA/H, ce qui peut faire l'objet d'autres recherches. Bien que le programme *Funambule* ne vise pas toutes les atteintes du TDA/H, il pourrait être utilisé en complémentarité avec d'autres programmes. L'entraînement aux habiletés parentales (Massé et al., 2011; Hauth-Charlier & Clément, 2014; Pelham & Fabiano, 2008) ainsi que l'entraînement aux habiletés sociales (Verret et al., 2016) ont des appuis empiriques dans la littérature pour les enfants et les adolescents avec TDA/H. Au Québec, des programmes francophones pour une clientèle ayant un TDA/H combinent ces deux interventions tels que *Multi-Propulsions* (Massé et al., 2011) pour les enfants de 6 à 12 ans et *Prise en charge du TDA/H chez l'enfant : Le programme hyper MCBT par séance* (Gramond et al., 2017) pour les enfants de 7 à 14 ans.

Implications pour les recherches futures

Enfin, des pistes de recherche peuvent être proposées. Davantage d'études doivent s'intéresser au lien entre le TDA/H et l'anxiété afin d'offrir des interventions plus spécifiques à cette clientèle puisqu'il n'y a aucun programme d'intervention validé pour elle au Québec. En ce qui a trait au programme *Funambule*, une recherche quasi expérimentale future incluant un groupe contrôle pourrait viser un plus grand échantillon d'adolescents de 12 et 13 ans avec TDA/H afin de vérifier les conclusions de cet essai doctoral. Les groupes pourraient être plus grands (6-8 participants par groupe avec coanimation, groupes équilibrés selon le sexe des participants et celui des animateurs). Finalement, *Funambule* pourrait être appliqué en individuel, ce qui permettrait de mieux circonscrire les besoins de chaque adolescent (CADDRA, 2011). D'ailleurs, il offre déjà la possibilité d'être effectué dans une approche individuelle plutôt que collective.

Conclusion

L'adolescence est une période de la vie comprenant de nombreux changements qui peuvent accroître la vulnérabilité et le besoin de s'adapter. Les adolescents ayant un TDA/H sont susceptibles de vivre plus de défis que les autres jeunes, en raison de leur condition, pouvant les placer dans des situations stressantes notamment lors d'évaluations. Puisqu'aucun programme francophone n'a été spécifiquement conçu pour des adolescents TDA/H en transition primaire-secondaire ayant possiblement des difficultés de gestion du stress et d'anxiété aux évaluations, le programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* s'avérait une solution potentielle à ce problème. Une étude pilote était donc pertinente autant du point de vue clinique que de la recherche. Ainsi, cet essai doctoral comportait cinq objectifs. Il visait l'adaptation du programme *Funambule : Pour une gestion équilibrée du stress* auprès d'adolescents de 12 et 13 ans pouvant présenter des difficultés sur les plans de l'attention ou de l'hyperactivité-impulsivité (objectif 1). Par la suite, il était supposé que cette adaptation du programme pourrait améliorer la fréquence d'utilisation de stratégies de gestion du stress chez tous les participants (objectif 2), diminuer les impacts fonctionnels du TDA/H (famille, école, aptitudes à la vie quotidienne, concept de soi, fonctionnement social et comportements à risque) mesurés par le questionnaire WFIRS pour les participants avec TDA/H (objectif 3) et diminuer l'anxiété aux évaluations pour tous les participants (objectif 4). Enfin, il était souhaité que tous les participants rapportent un niveau élevé d'appréciation du programme à la fin de l'expérimentation (objectif 5).

Au terme de cette étude pilote, en réponse au premier objectif de recherche, quatre principales recommandations d'adaptations au programme *Funambule* ont été relevées. La première est de prioriser des rencontres d'au moins 60 minutes comportant un à deux exercices. La deuxième propose d'augmenter le nombre de rencontres au besoin, lorsque cela est possible, afin d'approfondir et de couvrir plus d'exercices proposés dans les volets du programme. La troisième vise à simplifier le contenu en donnant des exemples concrets qui se rattachent au vécu des participants. Puis, la quatrième suggère d'appliquer le contenu théorique à l'aide d'exercices pratiques. En ce qui concerne le deuxième objectif, les participants avec TDA/H rapportent significativement moins utiliser les stratégies des volets *Travail sur les pensées* et *Travail sur les stratégies adaptatives* de *Funambule* que les participants sans TDA/H aux trois temps de mesure. Néanmoins, les deux groupes indiquent une augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies du volet *Travail sur les pensées* tel que supposé entre le prétest et le deuxième post-test, même si les résultats des participants avec TDA/H sont inférieurs aux participants sans TDAH. De plus, ces derniers ont notifié avoir davantage recours aux stratégies du volet *Travail sur le corps*. Ensuite, en réponse au troisième objectif, les participants avec TDA/H ont indiqué significativement plus d'atteintes fonctionnelles liées au TDA/H pour les variables *École* et *Aptitudes à la vie quotidienne* du WFIRS que les participants sans TDA/H tel qu'attendu. Dans ce sens, les participants sans TDA/H n'ont rapporté aucune atteinte fonctionnelle significative conformément à ce qui était supposé. Quant aux participants avec TDA/H, ils ont indiqué des atteintes fonctionnelles significatives pour les domaines *Fonctionnement social* et *Famille* selon les critères d'interprétation du

questionnaire WFIRS. À la fin de l'étude, les participants TDA/H ne rapportaient plus d'atteintes fonctionnelles significatives sur la variable *Fonctionnement social* en concordance avec les hypothèses. Pour le quatrième objectif, trois des quatre participants ont rapporté une diminution de l'anxiété aux évaluations entre le prétest et le deuxième post-test tel que supposé. Enfin, en réponse au cinquième objectif de cette étude pilote, les participants ayant un TDA/H ont rapporté un niveau élevé d'appréciation du programme. Bien qu'aucun lien de causalité ne puisse être établi entre ces résultats et la participation au programme *Funambule*, l'interaction avec un adulte et des participants sans TDA/H peut avoir aidé, à certains moments, les participants ayant un TDA/H sur le plan de la gestion du stress.

En même temps, cette étude exploratoire souligne l'importance de veiller au développement d'interventions spécifiques pour les adolescents avec TDA/H ayant des difficultés de gestion du stress et de l'anxiété aux évaluations. À cet effet, l'adaptation du programme *Funambule* pourrait faire l'objet de recherches supplémentaires avec un devis quasi expérimental comprenant un plus grand échantillon et un groupe contrôle. De plus, il pourrait être utilisé en complémentarité avec d'autres interventions telles que l'entraînement aux habiletés sociales. Plusieurs programmes basés sur ces interventions sont disponibles en français au Québec pour la clientèle TDA/H incluant *Multi-Propulsions* (Massé et al., 2011) pour les enfants de 6 à 12 ans et *Prise en charge du TDA/H chez l'enfant : Le programme hyper MCBT par séance* (Gramond et al., 2017). Parallèlement, la possibilité d'une adaptation individuelle pourrait être envisagée afin de répondre aux besoins spécifiques de

chaque adolescent ayant un TDA/H et aux contraintes des milieux cliniques. D'autant plus que *Funambule* prévoit déjà la possibilité d'une application individuelle.

Références

- Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye. *Journal of Learning Disabilities, 24*(4), 205-209. doi: 10.1177/002221949102400404
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- Adler, L. A., Liebowitz, M., Kronenberger, W., Qiao, M., Rubin, R., Hollandbeck, M., ... Durell, T. (2009). Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 26*, 212-221. doi: 10.1002/da.20549
- Adler, L. D., & Nierenberg, A. A. (2010). Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgraduate Medicine, 122*(1), 184-191. doi: 10.3810/pgm.2010.01.2112
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd.) (version internationale)* (Arlington, VA, 2013). Traduction française par M.-A. Crocq et al., Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Anderson, S. B., & Guthery, A. M. (2015). Mindfulness-based psychoeducation for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: An applied clinical project. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 28*, 43-49. doi: 10.1111/jcap.12103
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., & Gordon, M. (2014). Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *Journal of Attention Disorders, 18*(6), 483-495. doi: 10.1177/1087054712443155
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-143. doi: 10.1093/clipsy/bpg015

- Beck Schatz, D., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: A review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 141-149. doi: 10.1177/1087054706286698
- Barrett, P. M. (2012). *My Friends youth resilience program: Group leaders' manual for youth* (6^e éd.). Brisbane, Australia: Pathways Health and Research Centre.
- Barkley, R. (2016). *Managing ADHD in school: The best evidence-based methods for teachers*. Eau Claire, WI: PESI Publishing & Media.
- Barkley, R.A. (2015). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. Dans R.A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 81-115). New York, NY: Guilford Press.
- Biederman, J., & Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366(9481), 237-248. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66915-2
- Birchwood, J., & Daley, D. (2012). Brief report: The impact of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms on academic performance in adolescent community sample. *Journal of Adolescence*, 35, 225-231. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.08.011
- Bloemsmas, J. M., Boer, F., Arnold, R., Banaschewski, T., Faraone, S. V., Buitelaar, J. K., . . . Oosterlaan, J. (2013). Comorbid anxiety and neurocognitive dysfunctions in children with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(4), 225-234. doi: 10.1007/s00787-012-0339-9
- Blouin, B., Maddeaux, C., Stanley Firestone, J., & Van Stralen, J. (2010). Predicting response of ADHD symptoms to methylphenidate treatment based on comorbid anxiety. *Journal of attention disorders*, 13(4), 414-419. doi: 10.1177/1087054708326269
- Brassard, J., & Moreault, B. (2018). Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou de difficultés apparentées. Québec, QC : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec.
- Brooks, R. B. (2002). Changing the mindset of adults with ADHD: Strategies for fostering hope, optimism, and resilience. Dans S. Goldstein et A. Teeter Ellison (Éds.), *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention* (pp. 127-146). San Diego, CA: Academic Press.

- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P., & Garvan, C. (2010). Adolescent outcomes of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse community sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(6), 595-605. doi: 10.1097/00004583-201006000-00008
- Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA). (2011). *Lignes directrices canadiennes pour le TDAH* (3^e éd.). Toronto, ON : CADDRA.
- Cassady, J. C., & Johnson, R. E. (2002). Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary Educational Psychology, 27*(2), 270-295.
- Chacko, A., Allan, C. C., Uderman, J., Cornwell, M., Anderson, L., & Chimiklis, A. (2015). Training parent of youth with ADHD. Dans R.A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 513-536). New York, NY: Guilford Press.
- Chaloult, L. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Chambry, J. (2006). Trouble déficit de l'attention-hyperactivité de l'enfant et l'adolescent : du diagnostic à la prise en charge. *Annales médico-psychologiques, 164*(7), 613-619. doi: 10.1016/j.amp.2006.06.012
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review, 26*, 486-502. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.002
- Conners, C. K. (2002). Forty years of methylphenidate treatment in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders, 6* (1, supplément), 17-30. doi: 10.1177/07067430200601S04
- Connor, D. F. (2015). Stimulant and nonstimulant medications for childhood ADHD. Dans R.A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 666-685). New York, NY: Guilford Press.
- Couture, C., & Nadeau, M-F. (2014) Les interventions comportementales. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Éds.), *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd.) (pp. 209-228). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.

- Daley, D., Van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(8), 835-847. doi: 10.1016/j.jaac.2014.05.013
- D'Ambrogio, T., & Speranza, M. (2012). Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 60*(1), 52-61. doi: 10.1016/j.neurenf.2011.10.010
- Dan, O., & Raz, S. (2015). The relationships among ADHD, self-esteem, and test anxiety in young adults. *Journal of attention disorders, 19*(3), 231-239. doi: 10.1177/1087054712454571
- Denis, I., Guay, M.-C., Foldes-Busque, G., & BenAmor, L. (2016). Effect of treating anxiety disorders on cognitive deficits and behaviors associated with attention deficit hyperactivity disorder: A preliminary study. *Child Psychiatry and Human Development, 47*, 518-526. doi: 10.1007/s10578-015-0584-5
- Déry, M., Toupin, J., Pausé, R., & Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioral difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*, 175-181.
- Dickerson Mayes, S., Calhoun, S. L., Chase, G. A., Mink, D. M., & Stagg, R. E. (2009). ADHD subtypes and co-occurring anxiety, depression, an oppositional-defiant disorder: Differences in Gordon diagnostic system and Wechsler working memory and processing speed index scores. *Journal of attention disorders, 12*(6), 540-550. doi: 10.1177/1087054708320402
- Dionne, F., & Neveu, C. (2010). Introduction à la troisième génération de thérapie comportementale et cognitive. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 15-36.
- Dumont, M., Leclerc, D., & Deslandes, R. (2003). Ressources personnelles et détresse psychologique en lien avec le rendement scolaire et le stress chez des élèves de quatrième secondaire. *Revue canadienne des sciences du comportement, 35*(4), 254-267. doi: 10.1037/h0087206
- Dumont, M., Leclerc, D., Massé, L., & McKinnon, S. (2015). Étude de validation du programme Funambule : pour une gestion équilibrée du stress des adolescents. *Revue éducation et francophonie, 43*(2), 152-177.
- Dumont, M., Massé, L., Potvin, P., & Leclerc, D. (2012). *Funambule: pour une gestion équilibrée du stress*. Québec, QC: Septembre Éditeur.

- Dumont, M., Massé, L., Leclerc, D., & Potvin, P. (2006). *L'Échelle d'évaluation des habiletés en matière d'étude : adaptation canadienne-française du questionnaire Cognitive Test Anxiety Scale élaboré par Cassady et Johnson (2002), appendice A*. Document inédit. Trois-Rivières, QC : Université du Québec à Trois-Rivières.
- DuPaul, G. J., & Langberg, J. M. (2015). Educational impairments in children with ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 168-190). New York, NY: Guilford Press.
- Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(4), 527-551. doi: 10.1080/15374416.2013.850700
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B. C. (2009). A metaanalysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140. doi: 10.1016/j.cpr.2008.11.001
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*, 5(3), 143-154.
- Giroux, S., & Guay, M.-C. (2012). TDA/H et comportements agressifs : impacts sur le développement psychoaffectif de la petite enfance à l'âge adulte. Dans G. M. Tarabulsky, M. A. Provost, J.-P. Lemelin, A. Plamondon et C. Dufresne (Éds.), *Le développement socio-affectif des enfants et des adolescents : aspects particuliers du développement* (Vol. 2, pp. 131-154). Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Goez, H., Back-Bennet, O., & Zelnik, N. (2007). Differential stimulant response on attention in children with comorbid anxiety and oppositional defiant disorder. *Journal of Child Neurology*, 22(5), 538-542. doi: 10.1177/0883073807303221
- Goldstein, S., Naglieri, J. A., & DeVries, M. (2011). *Learning and attention disorders in adolescence and adulthood: Assessment and treatment* (4^e éd.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Gramond, A., Rebattel, M., & Jourdain, M. (2017). *Troubles de l'attention, hyperactivité : prise en charge du TDA/H chez l'enfant : le programme hyper MCBT par séance*. Paris, France : Lavoisier Médecine sciences.

- Greydanus, D. E., Nazeer, A., & Patel, D. R. (2009). Psychopharmacology of ADHD in pediatrics: Current advances and issues. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 171-181.
- Grosswald, S. J., Stixrud, W. R., Travis, F., & Bateh, M. A. (2008). Use of the transcendental meditation technique to reduce symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) by reducing stress and anxiety: An exploratory study. *Current Issues in Education*, 10(2), 1-12.
- Halldorsdottir, T., & Ollendick, T. H. (2014). Comorbid ADHD: Implications for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(3), 310-322. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.08.003
- Hammerness, P., Geller, D., Petty, C., Lamb, A., Bristol, E., & Biederman, J. (2010). Does ADHD moderate the manifestation of anxiety disorders in children? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(2), 107-112. doi: 10.1007/s00787-009-0041-8
- Hampel, P., Manhal, S., Roos, T., & Desman, C. (2008). Interpersonal coping among boys with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 427-436. doi: 10.1177/1087054707299337
- Hauth-Charlier, S., & Clément, C. (2014). Abord développemental du TDAH : efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 107-116. doi: 10.1037/a0034470
- Haydicky, J., Shecter, C., Wiener, J., & Ducharme, J. M. (2015). Evaluation of MBCT for adolescents with ADHD and their parents: Impact on individual and family functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 76-94. doi: 10.1007/s10826-013-9815-1
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. Dans S. C. Hayes, V. M. Follette et M. Linehan (Éds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York, NY: Guilford.
- Jarrett, M.-A. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, anxiety symptoms and executive functioning emerging adults. *Psychological Assessment*, 28(2), 245-250. doi: 10.1037/pas0000190
- Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2012). Treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 80(2), 239-244. doi: 10.1037/a00127123

- Jarrett, M. A., Wolff, J. C., Davis, T. E., Cowart, M. J., & Ollendick, T. H. (2016). Characteristics of children with ADHD and comorbid anxiety. *Journal of Attention Disorders, 20*(7), 636-644. doi: 10.1177/1087054712452914
- Joelsson, P., Chudal, R., Gyllenberg, D., Kesti, A.-K., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Vistanen, J.-P., ... Sourander, A. (2016). Demographic characteristics and psychiatric comorbidity of children and adolescents diagnosed with ADHD in specialized healthcare. *Child Psychiatry and Human Development, 47*(4), 574-582. doi: 10.1007/s10578-015-0591-6
- Johnston, C., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Families and ADHD. Dans R.A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 191-209). New York, NY: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 733-747. doi: 10.1037/0022-006X.60.5.733
- Kendall, P. C. (2012). Treating anxiety disorders in youth. Dans P. C. Kendall (Éd.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (4^e éd.) (pp. 143-189). New York, NY: Guilford Press.
- Knouse, L. E. (2015). Cognitive-behavioral therapies for ADHD. Dans R.A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 757- 773). New York, NY: Guilford Press.
- Lackschewitz, H., Hüther, G., & Kröner-Herwig, B. (2008). Physiological and psychological stress responses in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychoneuroendocrinology, 33*(5), 612-624. doi : 10.1016/j.psyneuen.2008.01.016
- Lagacé Leblanc, J. (2017). *Impacts fonctionnels liés au trouble de déficit de l'attention/hyperactivité chez les étudiants collégiens et universitaires et liens avec la prise de médicaments et de substances psychoactives* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

- Langlois, K. A., Samokhvalov, A. V., Rehm, J., Spence, S. T., & Connor Gorber, S. K. (2011). *Descriptions des états de santé au Canada : maladies mentales (Publication no 82-619-MIF2005002)*. Ottawa, ON : Statistique Canada.
- Larson, K., Russ, S. A., Kahn, R. S., & Halfon, N. (2011). Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, *127*(3), 462-470. doi: 10.1542/peds.2010-0165
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lessard, L., & Coutu, S. (2011). Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés sociales pour enfants présentant des diagnostics psychiatriques hétérogènes. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *43*(1), 30-39. doi: 10.1037/a0020227
- Lewandowski, L., Gathje, R. A., Lovett, B. J., & Gordon, M. (2013). Test-taking skills in college students with and without ADHD. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *31*(1), 41-52. doi: 10.1177/0734282912446304
- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J., Van Gastel, W., & Treffers, P. D. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(8), 886-893. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x
- Liu, T.-L., Yang, P., Ko, C.-H., Yen, J.-Y., & Yen, C.-F. (2014). Association between ADHD symptoms and anxiety symptoms in Taiwanese adolescents. *Journal of Attention Disorders*, *18*(5), 447-455. doi: 10.1177/1087054712439936
- Low, N. C., Dugas, E., O'Loughlin, E., Rodriguez, D., Contreras, G., Chaiton, M., & O'Loughlin, J. (2012). Common stressful life events and difficulties are associated with mental health symptoms and substance use in young adolescents. *BMC Psychiatry*, *12*. doi: 10.1186/1471-244X-12-116
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress : des conclusions scientifiques, une présentation facile*. Montréal, QC : Éditions du Carré.
- Lupien, S. J., Ouellet-Morin, I., Trépanier, L., Juster, R. P., Marin, M.-F., François, N., ... Plusquellec, P. (2013). The Destress for success program: Effects of a stress education program on cortisol levels and depressive symptomatology in adolescents making the transition to high school. *Neuroscience*, *249*, 74-87. doi: 10.1016/j.neuroscience.2013.01.057

- Maag, J. W. (2006). Social skills training for students with emotional and behavioral disorders: A review of reviews. *Behavioral Disorders, 32*(1), 5-17.
- March, J. S., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hoza, B., Conners, K. C., Hinshaw, S. P., ... Pelham, W. E. (2000). Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(6), 527-541.
- Massé, L. (1999). Le déficit de l'attention/hyperactivité. Dans E. Habimana, L. Éthier, J. Petot et M. Tousignant (Éd.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative* (pp. 163-182). Boucherville, QC : Gaëtan Morin.
- Massé, L. (2014). Les interventions cognitivo-comportementales. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Éds.), *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd.) (pp. 229-246). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Massé, L., Lanaris, C., & Couture, C. (2014). Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (Éds.), *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd.) (pp. 5-18). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Massé, L., Verreault, M., & Verret, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison : programme Multi-Propulsions, volet parents*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Massé, L., Verret, C., & Boudreault, F. (2012). *Mieux gérer sa colère et sa frustration : programme Multi-Propulsions, volet enfants*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- McCarthy, J., & Conway, F. (2011). Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder in children and the psychoanalytic process. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy, 10*(1), 1-4. doi: 10.1080/15289168.2011.575696
- McCracken, J. T., McGough, J. J., Loo, S. K., Levitt, J., Del'Homme, M., Cowen, J., ... Bilder, R. M. (2016). Combined stimulant and guanfacine administration in attention-deficit/ hyperactivity disorder: A controlled, comparative study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(8), 657-666.
- McQuade, J. D., & Hoza, B. (2015). Peer relationships of children with ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-déficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 210-222). New York, NY: Guilford Press.

- Mikami, A. Y. (2015). Social skills training for youth with ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 569-595). New York, NY: Guilford Press.
- Nadeau, M.-F., Normandeau, S., & Massé, L. (2015). TDAH et interventions scolaires efficaces : fondements et principes d'un programme de consultation individuelle. *Revue de psychoéducation, 44*(1), 1-23.
- Nelson, J. M., Lindstrom, W., & Foels, P. A. (2014). Test anxiety and college students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of psychoeducational assessment, 32*(6), 548-557. doi: 10.1177/0734282914521978
- Pan, P.-Y., & Yeh, C.-B. (2017). Impact of depressive/anxiety symptoms on the quality of life of adolescents with ADH: A community-based 1-year prospective follow-up study. *European Child and Adolescent Psychiatry, 26*, 659-667. doi: 10.1007/s00787-016-0929-z
- Pelham, W. E. Jr., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(1), 184-214. doi: 10.1080/15374410701818681
- Pelham, W. E., Smith, B. H., Evans, S. W., Bukstein, O., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., & Sibley, M. H. (2017). The effectiveness of short- and long-acting stimulant medications for adolescents with ADHD in a naturalistic secondary school setting. *Journal of attention disorders, 21*(1), 40-45. doi: 10.1177/1087054712474688
- Pfiffner, L. J., & DuPaul, G. J. (2015). Treatment of ADHD in school settings. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 596-629). New York, NY: Guilford Press.
- Pica, L. A., Traoré, I., Camirand, H., Laprise, P., Bernèche, F., Berthelot, M., & Plante, N. (2013). *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : le visage des jeunes d'aujourd'hui, leur santé mentale et leur adaptation sociale* (Tome 2). Québec, QC : Institut de la statistique du Québec.
- Pliszka, S. R. (2015). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 140-168). New York, NY: Guilford Press.
- Plusquellec, P., Trépanier, L., Juster, R. P., Marin, M., Sindi, S., François, N., ... Lupien, S. (2015). Étude pilote des effets de Détresse et Progrès chez des élèves de 6^e année du primaire intégrés dans une école secondaire. *Éducation et francophonie, 143*(2), 6-29. doi: 10.7202/1034483ar

- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 942-948. doi: 10.1176/ajp.2007.164.6.942
- Pourre, F., Aubert, E., Andanson, J., & Raynaud, J. P. (2012). SociaBillyQuizz, un jeu pour l'entraînement aux habiletés sociales chez l'enfant et l'adolescent : étude exploratoire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *60*(3), 155-159. doi: 10.1016/j.neurenf.2012.02.001
- Prevatt, F., Dehili, V., Taylor, N., & Marshall, D. (2015). Anxiety in college students with ADHD: Relationships to cognitive functioning. *Journal of Attention Disorders*, *19*(3), 222-230. doi: 10.1177/1087054712457037
- Purper-Ouakil, D., Wohl, M., Cortese, S., Michel, G., & Mouren, M.-C. (2006). Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent. *Annales médico psychologiques*, *164*(1), 63-72. doi: 10.1016/S0003-4487(05)00296-9
- Raz, S., & Leykin, D. (2015). Psychological and cortisol reactivity to experimentally induced stress in adults with ADHD. *Psychoneuroendocrinology*, *60*, 7-17. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.05.008
- Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., ... Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *26*(12), 1443-1457. doi: 10.1007/s00787-017-1005-z
- Roberts, W., Milich, R., & Barkley, R. A. (2015). Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping, and prevalence of ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 51-80). New York, NY: Guilford Press.
- Robin, A. L. (2015). Training families of adolescents with ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 537-568). New York, NY: Guilford Press.
- Rostain, A. L., & Ramsay, J. R. (2006) A combined treatment approach for adults with ADHD – results of an open study of 43 patients. *Journal of Attention Disorders*, *10*(2), 150-159. doi: 10.1177/1087054706288110
- Ruf, B. M., Bessette, K. L., Pearlson, G. D., & Stevens, M. C. (2017). Effect of trait anxiety on cognitive test performance in adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *39*(5), 434-448. doi: 10.1080/13803395.2016.1232373

- Safren, S. A. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(8), 46-50.
- Schulz, M. S., & Lazarus, R. S. (2012). Regulating emotion in adolescence: A cognitive-mediational conceptualization. Dans P. K. Kerig, M. S. Schulz, S. T. Hauser, P. K. Kerig, M. S. Schulz & S. T. Hauser (Éds.), *Adolescence and beyond: Family processes and development* (pp. 19-42). New York, NY: Oxford University Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Seligman, M. (1994). *What you can change and what you can't*. New York, NY: Knopf.
- Smith, B. H., & Shapiro, C. J. (2015). Combined treatments for ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 686-704). New York, NY: Guilford Press.
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *American Journal of Psychiatry, 167*(8), 958-968. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081123
- Sorensen, L., Plessen, K. J., Nicholas, J., & Lundervold, A. J. (2011). Is behavioral regulation in children with ADHD aggravated by comorbid anxiety disorder? *Journal of Attention Disorders, 15*(1), 56-66. doi: 10.1177/1087054706286698
- Sprich, S. E., Burbridge, J., Lerner, J. A., & Safren, S. A. (2015). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in adolescents: Clinical considerations and a case series. *Cognitive and Behavioral Practice, 22*(2), 116-126. doi: 10.1016/j.cbpra.2015.01.001
- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*(4), 525-535. doi: 10.1207/S15374424JCCP3004_09
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences, 9*(2), 69-74. doi: 10.1016/j.tics.2004.12.005
- Tannock, R., Ickowicz, A., & Schachar, R. (1995). Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*(7), 886-896.

- Tsang, T. W., Kohn, M. R., Efron, D., Clarke, S. D., Clark, C. R., Lamb, C., & Williams, L. M. (2015). Anxiety in young people with ADHD: Clinical and self-report outcomes. *Journal of Attention Disorders, 19*(1), 18-26. doi: 10.1177/1087054712446830
- Turgeon, M. (2017). *Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins*. Québec, QC : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec.
- Van de Weijer-Bergsma, E., Formsma, A. R., De Bruin, E.I., & Bögels, S.M. (2012). The effectiveness of mindfulness training on behavioral problems and attentional functioning in adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies, 21*, 775-787. doi: 10.1007/s10826-011-9531-7
- Verreault, M., Verret, C., Massé, L., Lageix, P., & Guay, M.-C. (2011). Impacts d'une programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDAH sur le stress parental et la relation parent-enfant. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 43*(3), 150-160. doi: 10.1037/a0019273
- Verret, C., Massé, L., & Picher, M.-J. (2016). Hâbiletés et difficultés sociales des enfants ayant un TDAH : état des connaissances et perspectives d'intervention. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 64*, 445-454. doi: 10.1016/j.neurenf.2016.08.004
- Weiss, M. D. (2011). *Weiss functional impairment rating scale (WFIRS) version française non validée*. Vancouver, CB: University of British Columbia.
- Wergeland, G. H., Fjermstad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 1-12. doi: 10.1016/j.brat.2014.03.007
- Weyandt, L. L., & Gudmundsdottir, B. G. (2015). Developmental and neuropsychological deficits in children with ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd.) (pp. 116-139). New York,, NY: Guilford Press.
- Wood, J. (2006). Effect of anxiety reduction on children's school performance and social adjustment. *Development Psychology, 42*(2), 345-349. doi: 10.1037/0012-1649.42.2.345

- Wu, S.-Y., & Gau S. S. (2013). Correlates for academic performance and school functioning among youths with and without persistent attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities, 34*(1), 505-515. doi: 10.1016/j.ridd.2012.09.004
- Zimmerman, D. W., & Zumbo, B. D. (1993). Relative power of the Wilcoxon test, the Friedman test, and repeated-measures ANOVA on ranks. *Journal of Experimental Education, 62*(1), 75-86. doi: 10.1080/00220973.1993.9943832
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., ... Smalley, S. L. (2008) Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 737-746. doi: 10.1177/1087054707308502

Appendice A

Résultats des analyses statistiques et individuels du volet
Travail sur la perception du stress (Funambule)

Tableau 11

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du volet Travail sur la perception du stress des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>DI</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	96,33	0,95	0,32
Résiduel	2	101,67		
Perception du stress	2	36,08	0,87	0,30
Perception du stress x Groupe	2	85,58	2,05	0,50
Résiduel	4	41,67		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Les résultats de la comparaison des deux groupes ne sont pas significatifs. Certaines tendances dans les résultats vont dans le sens attendu par l'objectif 1, c'est-à-dire une augmentation de l'utilisation des stratégies de gestion du stress pour volet *Travail sur la perception du stress*. Les résultats individuels montrent une diminution de la fréquence d'utilisation des stratégies apprises dans le premier volet entre le prétest et le post-test 2 pour les deux participants sans TDAH et un participant avec TDAH. Précisément, le résultat du participant 1 sans TDAH a diminué au post-test immédiat pour ensuite augmenter au post-test 2 se situant à un niveau élevé d'utilisation des stratégies du volet selon les critères du questionnaire (se référer à la section méthode). En ce qui concerne le participant 2 sans TDAH, ses résultats diminuent entre les temps de mesure pour s'arrêter à un niveau moyen au post-test 2. Le participant 3 avec TDAH, après avoir augmenté sa

fréquence d'utilisation des stratégies de ce volet au post-test immédiat, connaît une baisse au post-test 2 quoique le score s'avère légèrement supérieur à celui correspondant au prétest (avant d'effectuer les apprentissages de ce programme). Ce résultat correspond à un niveau moyen selon les critères du questionnaire. Finalement, le participant 4 avec TDA/H rapporte une diminution, tout au long des temps de mesure, restant à un niveau moyen d'application des stratégies du premier volet (voir Figure 1).

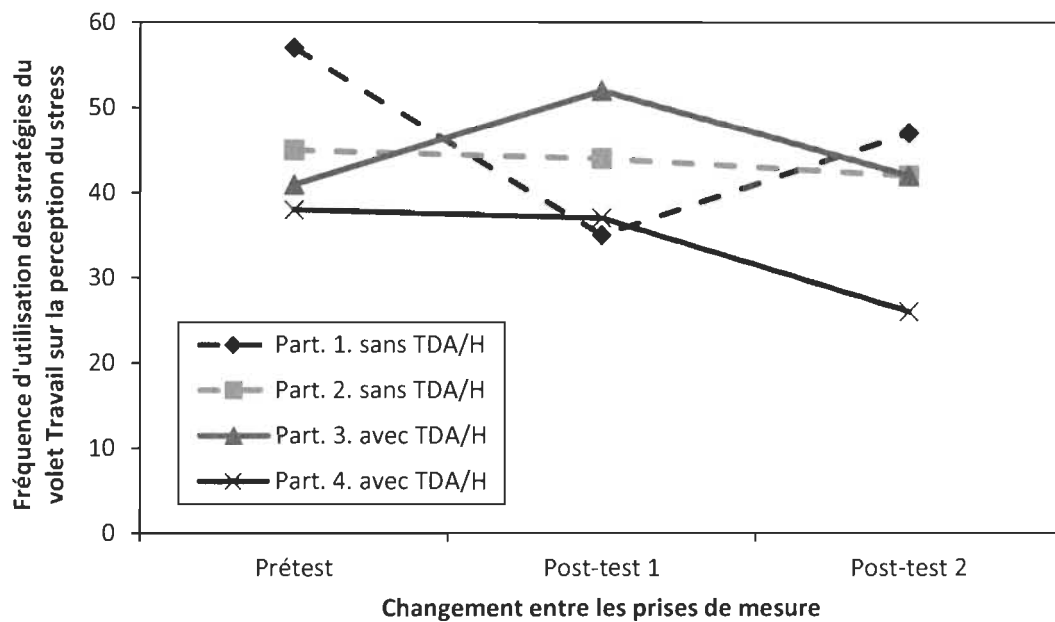


Figure 1. Fréquence d'utilisation des stratégies du volet *Travail sur la perception du stress* des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Appendice B
Résultats des analyses statistiques et individuels de la variable
Concept de soi du questionnaire WFIRS

Tableau 19

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Concept de soi en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>Dl</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	0,48	0,50	0,20
Résiduel	2	0,97		
Concept de soi	2	0,00	0,20	0,09
Concept de soi x Groupe	2	0,70	4,20	0,68
Résiduel	4	0,02		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Les résultats obtenus ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes de participants même si certains résultats individuels vont dans le sens attendu pour l'objectif 2, c'est-à-dire une diminution de l'atteinte fonctionnelle associée au TDA/H. En fait, aucun participant ne rapporte d'atteintes fonctionnelles significatives au domaine *Concept de soi* selon le barème d'interprétation du questionnaire (se référer à la section méthode). Cela se maintient à tous les temps de mesure. Une augmentation des difficultés sur cette variable au post-test 2 en comparaison du prétest est rapportée par les participants 1 et 2 sans TDA/H sans être significatif. Pour les participants 3 et 4 avec TDA/H, c'est une diminution de l'atteinte fonctionnelle qui est remarquée au post-test 2 par rapport au prétest (voir la Figure 8).

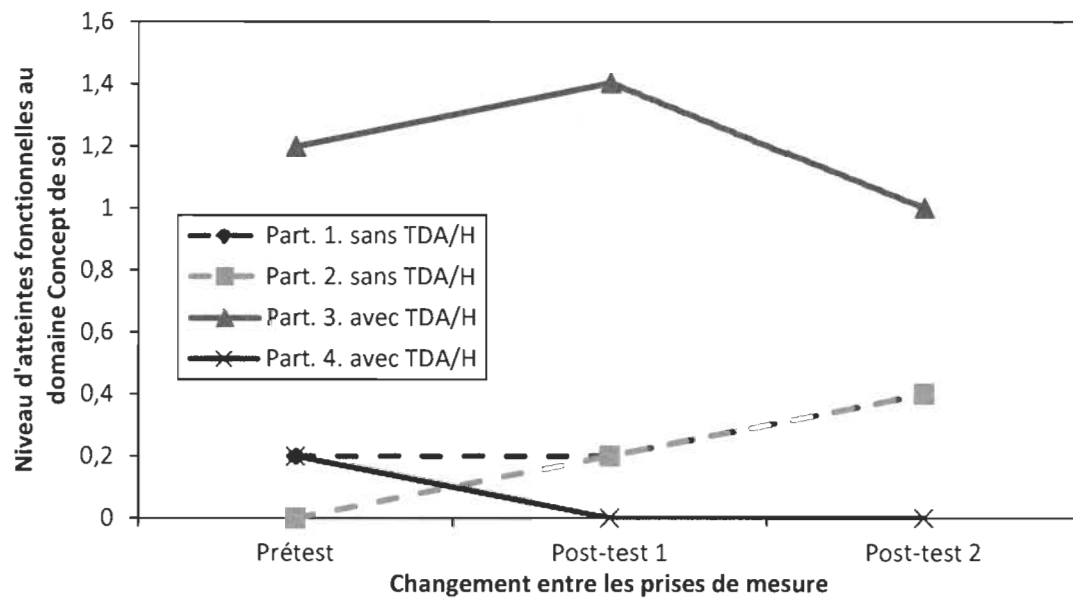


Figure 8. Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine *Concept de soi* du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Appendice C
Résultats des analyses statistiques et individuels de la variable
Comportements à risque du questionnaire WFIRS

Tableau 21

Analyse de variance à mesures répétées des résultats du domaine Comportements à risque en fonction des deux groupes aux trois temps de mesure

Source de variation	<i>DI</i>	Carré moyen	<i>F</i>	η^2
Groupe	1	0,08	9,00	0,82
Résiduel	2	0,01		
Comportements à risque	2	0,00		
Comportements à risque x Groupe	2	0,00		
Résiduel	4	0,00		

Note. η^2 = taille de l'effet.

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Les résultats de la comparaison des groupes sont non significatifs. Les résultats individuels ne signalent aucune atteinte fonctionnelle significative reliée à des comportements à risque selon l'interprétation du questionnaire WFIRS pour tous les participants (se référer à la section méthode). Plus précisément, les deux participants sans TDA/H (1 et 2) ne rapportent aucune atteinte fonctionnelle pour le domaine *Comportements à risque* tout au long de l'étude. Pour les participants 3 et 4 ayant un TDA/H, le niveau d'atteinte fonctionnelle reste stable aux trois temps de mesure. Les résultats pour chaque participant sont présentés à la Figure 10.

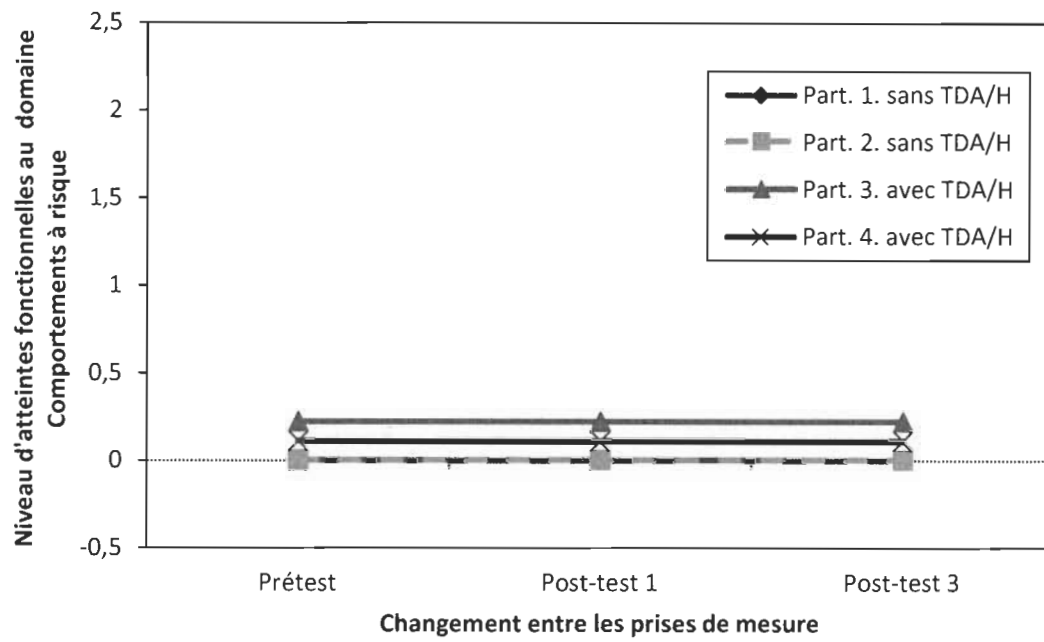


Figure 10. Niveau d'atteintes fonctionnelles au domaine *Comportements à risque* du WFIRS des quatre participants selon les trois temps de mesure.

Appendice D

Résultats des analyses statistiques et individuels de la variable Niveau de progrès du questionnaire *Je donne mon avis sur le programme d'intervention*

Tableau 24

Comparaison entre les deux groupes du niveau de progrès rapporté par les participants

Variable	Sans TDA/H		Avec TDA/H		<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Progrès	68,00	15,56	69,50	21,92	- 0,08
	(<i>n</i> = 2)		(<i>n</i> = 2)		

* $\rho < 0,05$. ** $\rho < 0,01$.

Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes malgré que certains résultats individuels vont dans le sens attendu. Spécifiquement, le participant 1 sans TDA/H et le participant 4 avec TDA/H rapportent avoir progressé moyennement selon le barème d'interprétation des résultats du questionnaire (se référer à la section méthode). Quant aux participants 2 sans TDA/H et 3 avec TDA/H, ils indiquent avoir progressé beaucoup en matière de gestion du stress (voir Figure 12).

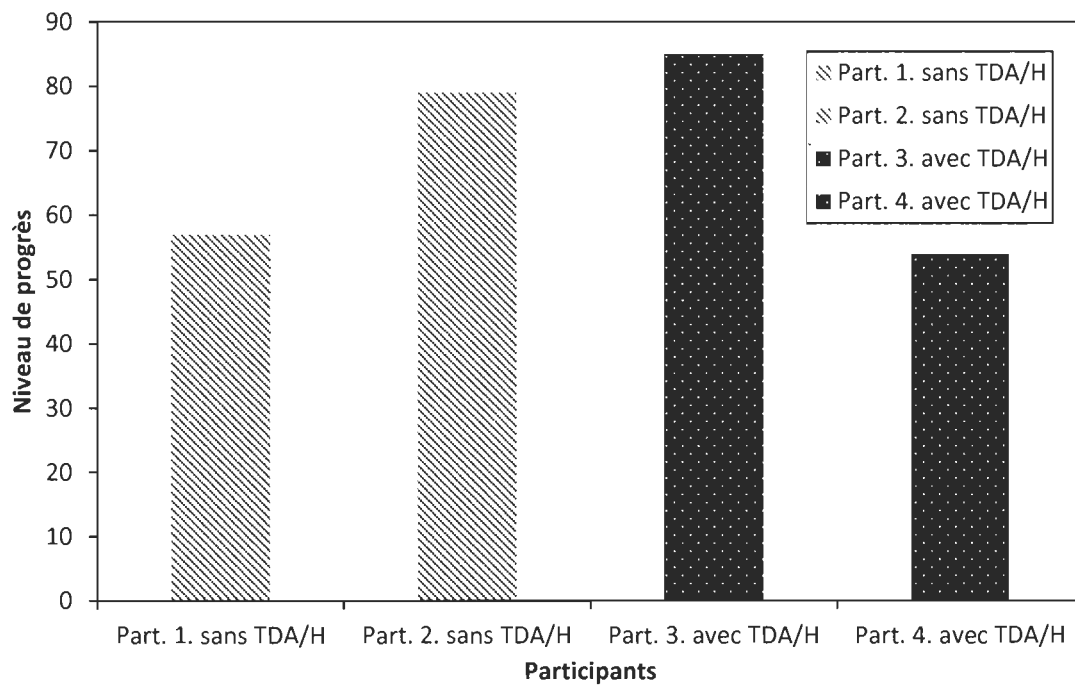


Figure 12. Niveau de progrès rapporté par les quatre participants une semaine après le programme.