

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**L'IMPLANTATION D'ATELIERS DE GROUPE POUR LES PARENTS D'ADOLESCENTS AYANT UN SYNDROME
GILLES DE LA TOURETTE DANS UN CONTEXTE PÉDOPSYCHIATRIQUE**

**RAPPORT DE PROJET D'ACTION PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
SANDRINE FILION**

NOVEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Sommaire

Le syndrome Gilles de la Tourette (SGT) est un trouble neurodéveloppemental complexe et peu connu. Le SGT entraîne des impacts sur la qualité de vie de l'adolescent, la sphère familiale étant particulièrement affectée. En effet, les difficultés et les troubles associés au SGT complexifient le rôle des parents. Cependant, il existe peu d'outils et de programmes d'intervention disponibles à ce sujet, ce qui réfère à un besoin partagé tant chez les psychoéducateurs du Centre Arc-en-Ciel (CAEC) que chez les parents. Au CAEC, clinique externe en pédopsychiatrie faisant partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS-MCQ), des activités pour les parents d'adolescents vivant avec un SGT seront donc développées et implantées. La modalité de groupe a été retenue, permettant de contrer l'isolement des parents et de normaliser leur vécu. L'encadrement et la relation parent-enfant formeront les thèmes des rencontres, ce choix étant basé sur les écrits scientifiques et sur ce que les psychoéducateurs du CAEC jugent important de travailler auprès de cette clientèle. Les rencontres viseront à outiller les parents sur ces thèmes. Le programme, conçu pour être clé en main, sera présenté aux intervenants et bonifié à l'aide de leurs rétroactions.

Table des matières

Sommaire	ii
Introduction	1
Milieu de stage	4
Milieu spécifique dans lequel s'insère le rapport de projet d'action.....	5
Mission et services	6
Clientèle desservie.....	7
Personnel	8
Analyse du besoin du milieu de stage	10
Le besoin, sa vraisemblance, pertinence, faisabilité	11
Le besoin	11
Pertinence	13
Vraisemblance	14
Faisabilité	14
Le problème duquel découle le besoin	15
Cadre de référence.....	17
Le syndrome Gilles de la Tourette	18
Les manifestations cliniques et les critères diagnostiques	18
La prévalence du SGT	19
L'étiologie et les facteurs de risque et de protection liés au SGT	20
Les difficultés associées au SGT	21

Les impacts du SGT	22
Le vécu de l'adolescent	23
Le vécu des parents	24
Les besoins des parents	27
Les interventions envisagées pour le traitement du SGT	28
Les thèmes des activités parentales	32
La communication parent-adolescent.....	33
La régulation des émotions.....	34
Le cadre théorique	36
La théorie de l'attachement	36
L'approche psychoéducative	38
Le transfert des connaissances.....	39
Objectifs	41
Objectifs poursuivis par le projet d'action	42
Critères d'évaluation de l'atteinte des objectifs	44
Outils et instrumentation rattachés à l'évaluation de l'atteinte des objectifs et au suivi de la démarche de réalisation.....	45
Contenu et méthode de réalisation	48
Description des participants à qui s'adresse l'action prévue.....	49
Description des considérations éthiques	50
Description de la démarche et des produits développés pour atteindre les objectifs	51

Développement des produits d'animation	51
L'action et les produits de transferts de connaissances	53
Moyens d'évaluation et de suivi.....	55
Atteinte des objectifs et réponse au besoin du milieu	58
Discussion	60
En regard des objectifs	60
En regard du problème et besoin du milieu.....	62
En regard du cadre de référence sur l'intervention de groupe.....	62
En regard du cadre de référence sur le PEHP.....	64
En regard des moyens d'action et de retombées dans le milieu	65
Recommandations	66
Conclusion	69
Possibilités de généralisation à d'autres milieux ou clientèles	70
Limites du projet	71
Apport du projet au développement des connaissances et des pratiques professionnelles en psychoéducation	72
Références	74
Appendice A.....	83
Appendice B.....	90

Introduction

L'adolescence est reconnue pour être un âge avec son lot de défis et de difficultés. Plusieurs sphères se développent pendant cette période et les adolescents doivent apprendre à naviguer à travers ces changements. Les parents de ces adolescents peuvent les aider à se développer au plan social et émotif. Toutefois, ces changements sont un défi supplémentaire pour les adolescents vivant avec un trouble de santé mentale ou neurologique, comme le syndrome Gilles de la Tourette (SGT). Ce trouble, caractérisé par des tics vocaux et moteurs (American Psychiatric Association [APA], 2015) affecte une faible proportion des enfants et des adolescents, soit de 0,5 à 1 % (Bitsko et al., 2014). Dans la majorité des cas, soit entre 80 et 90 %, l'adolescent aura un ou plusieurs troubles concomitants (O'Hare et al., 2016). Ces difficultés associées ont un grand impact sur la qualité de vie de l'adolescent et par le fait même, celle de ses parents (Malli et al., 2016). Les difficultés avec la gestion des émotions font partie des symptômes qui ont le plus d'impact sur la vie familiale (Goussé et al., 2018). La communication dans la famille peut être affectée et les parents peuvent vivre différentes conséquences sur leur vie personnelle également (Evans et al., 2015 ; Goussé et al., 2018). En aidant les parents à mieux comprendre les difficultés de leur adolescent, il est visé que ses symptômes apparaissent moins fréquemment et que la vie familiale soit améliorée.

Au Centre Arc-en-Ciel (CAEC), clinique externe en santé mentale jeunesse, une offre d'intervention de groupe est implantée pour certaines problématiques, entre autres le SGT. Toutefois, les professionnels du CAEC ont nommé travailler régulièrement avec les parents des adolescents ayant un SGT dans le cadre de leurs suivis. Ils ont également nommé le besoin d'être outillés pour mieux accompagner ces familles. Le projet d'action vise à compléter l'offre de groupe en ajoutant un volet pour les parents d'adolescents ayant un SGT à l'aide d'ateliers éducatifs. En collaboration avec une autre étudiante, un programme a été élaboré pour informer ces parents et les outiller face aux symptômes du trouble. Du même coup, le projet répond au besoin des professionnels d'être outillés pour intervenir avec ces familles.

Le présent rapport décrit les démarches qui ont permis de créer et de mettre en place le programme, plus particulièrement deux ateliers pour les parents sur le thème de la gestion des émotions. Il présente d'abord le milieu dans lequel le projet est mené, puis aborde les démarches entourant l'analyse du besoin du milieu. Ensuite, le cadre de référence et le cadre théorique sur lesquels le projet est appuyé sont exposés. Le rapport décrit alors les objectifs du projet et la méthode de réalisation du projet. Finalement, les résultats quant à l'atteinte des objectifs sont exposés, différents aspects du projet sont discutés et des recommandations sont énoncées.

Milieu de stage

Cette partie du rapport concerne le milieu de stage dans lequel le projet d'action s'est effectué. Elle comporte quatre sections, soit le milieu spécifique dans lequel s'insère le projet, la mission et les services, la clientèle desservie ainsi que le personnel du milieu.

Milieu spécifique dans lequel s'insère le rapport de projet d'action

Le stage se déroule en consultation externe de pédopsychiatrie au Centre de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [CIUSSS-MCQ], plus particulièrement au CAEC, clinique de santé mentale 0-17 ans. Le CIUSSS-MCQ relève du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [MSSS] et dessert huit réseaux locaux de services (RLS) depuis la fusion en 2015. On dénombre 141 installations sur tout le territoire, dont le CAEC (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec [CIUSSS-MCQ], 2019). Le CAEC offre des services de première et de deuxième ligne aux enfants et aux adolescents ayant des difficultés sur le plan de la santé mentale.

Mission et services

Le CIUSSS-MCQ, en ayant la responsabilité d'assurer l'organisation et la complémentarité de ses différentes missions, a la vision d'offrir « des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec » en créant un CIUSSS performant par un leadership collectif (CIUSSS-MCQ, 2019). Depuis la fusion, les installations se retrouvent dans une seule et même mission, soit de « maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé et le bien-être de la population de son territoire en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité » (CIUSSS-MCQ, 2019). Le CAEC est également orienté par le plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 (MSSS, 2017). Le PASM contient cinq principes directeurs pour tous les soins de santé mentale prodigués au Québec, soit : 1) les soins et les services sont orientés vers le rétablissement ; 2) les soins et les services sont diversifiés et sont offerts en temps opportun ; 3) la prestation des soins et des services se fonde sur des pratiques collaboratives ; 4) les pratiques organisationnelles et cliniques visent une amélioration de la performance du continuum de services en santé mentale ; 5) les pratiques organisationnelles et cliniques s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue. Suite à ces principes, le PASM s'est doté de quatre orientations, desquelles découlent des mesures plus précises. Ces quatre orientations sont : 1) promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté ; 2) assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte ; 3) favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins ; 4) assurer la performance et l'amélioration continue des soins et des services de santé mentale (MSSS, 2017).

Les services dispensés par le CAEC sont des services externes de première et de deuxième ligne en santé mentale. En première ligne, la clientèle dont le fonctionnement est altéré par des symptômes ou diagnostics de santé mentale passe par le Guichet d'accès en santé mentale jeunesse (GASMJ) et est ensuite assignée à un professionnel pour un suivi psychosocial. Le service de deuxième ligne est le service de pédopsychiatrie. Un jeune ayant un dysfonctionnement majeur dans son fonctionnement y sera référé par une requête d'un médecin (médecine familiale, urgence, etc.) et le pédopsychiatre assurera un suivi médical, de même qu'il référera aux professionnels nécessaires afin que le jeune reçoive les services nécessaires. Des services de groupes sont également disponibles au centre, pour les jeunes ayant déjà un suivi avec un intervenant, ou non. L'anxiété, les habiletés sociales et la gestion des émotions (SGT) et les fragilités de la personnalité sont les 3 sujets traités par les groupes en place au moment du projet.

Clientèle desservie

La clientèle du CAEC est des enfants et adolescents de 0 à 17 ans. Ces jeunes peuvent avoir un ou plusieurs troubles dont l'anxiété et les troubles de l'humeur, le trouble réactionnel de l'attachement, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le Syndrome Gilles de la Tourette (SGT), le trouble de l'adaptation ainsi que des symptômes découlant de ces troubles, sans avoir de diagnostic. Ces jeunes peuvent avoir des services du CAEC seulement ou avoir différents services, dont le milieu scolaire

ou les Centres Jeunesses. Les bureaux du CAEC sont situés à Trois-Rivières, mais puisqu'il dessert également les familles du secteur de Bécancour-Nicolet-Yamaska, certains bureaux se trouvent sur ce territoire, afin de faciliter l'accès au service. Bien que le client soit l'enfant ou l'adolescent en bas de 18 ans, il est souvent nécessaire de travailler avec les parents et le reste de la famille.

Personnel

Le personnel du CAEC est en grande partie des professionnels de différentes professions. Au moment du projet, l'équipe compte trois pédopsychiatres, quatre neuropsychologues, huit psychologues, six psychoéducateurs, quatre agents de relations humaines, deux travailleuses sociales, deux infirmières, une orthophoniste et une ergothérapeute. De plus, des agentes administratives, une chef de service et des coordonnatrices cliniques complètent l'équipe du CAEC. Le centre se donne également une vocation universitaire, ce qui veut dire que chaque année plusieurs stagiaires de différents milieux y font leur stage et que des projets de recherche peuvent y être menés. En psychoéducation cinq étudiants y font leur stage pendant la durée du projet. Le service de psychoéducation au CAEC peut être de première ou de deuxième ligne. En première ligne, l'assignation vient du GASMJ, qui est formé d'une équipe de professionnels jugeant que la psychoéducation serait un bon service à prodiguer selon les symptômes rapportés. Le psychoéducateur doit alors faire une évaluation du besoin du jeune, établir un plan

d'intervention selon les difficultés à travailler et donner un suivi. Les objectifs du plan d'intervention peuvent concerner le jeune seulement, les parents ou la famille dans son ensemble. L'épisode de service dure habituellement entre six et huit rencontres. En deuxième ligne, la référence vient du pédopsychiatre qui a préalablement évalué les besoins du jeune. Le service de psychoéducation peut être donné en simultané avec d'autres services. Les psychoéducateurs exercent donc un suivi direct auprès des jeunes et leur famille. Ils peuvent aussi agir en consultation autant avec les autres professionnels du centre, qu'avec les autres intervenants gravitant autour de l'enfant et de sa famille. La durée du suivi dépend des objectifs à travailler avec le jeune, de quelques semaines à plusieurs années dans certains cas.

Analyse du besoin du milieu de stage

Afin de guider l'élaboration du projet d'action à réaliser dans le milieu, une démarche d'analyse des besoins a été effectuée, d'abord auprès de la coordonnatrice clinique, puis auprès des intervenants et de la clientèle. Cette section abordera en première partie le besoin identifié, sa vraisemblance, sa pertinence et sa faisabilité ainsi que le problème duquel découle le besoin en deuxième temps.

Le besoin, sa vraisemblance, pertinence, faisabilité

Le besoin

Dès le début du stage, la coordonnatrice clinique, également la tutrice du stage, a identifié un besoin du milieu de stage, soit celui de compléter l'offre de services existante pour les jeunes ayant un SGT en ajoutant un volet pour les parents. En effet, précédemment, dans le cadre de deux stages de maîtrise en psychoéducation, un programme d'intervention adressé aux jeunes avait été développé comprenant deux volets. Le premier volet, développé par Hamelin (2018), comprenait des ateliers de groupe traitant de la modulation des émotions et des habiletés sociales. Le deuxième volet, développé par Ruel-Goudreau (2019) consistait en l'organisation de journées d'interven-

tion par la nature et l'aventure afin que les jeunes puissent mettre en pratique et généraliser les acquis faits dans les ateliers de groupe. Pour le développement du volet parents, la coordonnatrice a soulevé la possibilité d'un travail de collaboration avec une autre stagiaire à la maîtrise, ce qui a été effectivement le cas.

Afin de déterminer les besoins des parents qui participeraient au groupe et ainsi que préciser ceux de l'équipe, une approche d'analyse des besoins de type mixte a été utilisée (Massé, 2009). L'approche inductive a été utilisée en discutant directement avec les intervenants du CAEC qui suivaient des adolescents ayant un diagnostic de SGT et leurs parents. L'approche déductive a été utilisée en recherchant les programmes déjà existants qui s'adressent aux parents d'adolescents et aux jeunes ayant un SGT. Les activités se sont basées sur les défis et les particularités des adolescents vivant avec un SGT connus par la littérature ainsi que sur ceux nommés par les intervenants.

La première étape de l'analyse des besoins s'est effectuée lors de groupe de discussion avec des membres de l'équipe d'intervenants psychosociaux (psychoéducateurs, agents de relations humaines [ARH] et travailleurs sociaux) ($N = 7$) lors d'une rencontre d'équipe. Les questions servaient à vérifier la prévalence de cas dans leur charge de travail et ce qu'ils devaient habituellement travailler avec les jeunes, avec leurs parents ou avec la famille en général. Les principaux défis rencontrés dans leurs interventions avec les parents ont aussi été abordés. Afin de préciser les besoins exprimés par les participants, deux rencontres ont été réalisées avec les intervenants qui travaillaient le plus souvent avec des jeunes qui ont un diagnostic de SGT, soit une rencontre avec une

travailleuse sociale et une autre avec deux ARH. En parallèle, une recherche documentaire a été effectuée sur le sujet afin d’approfondir les défis vécus par les familles et ceux vécus par les intervenants qui doivent accompagner ces familles. En triangulant les thèmes issus de la recherche et ceux nommés par les intervenants, il a été possible de déterminer les thèmes les plus pertinents pour les ateliers adressés aux parents, soit la régulation des émotions, la relation parent-enfant et la communication.

Pertinence

En discutant avec les intervenants ayant en suivi des adolescents qui ont un SGT, il est ressorti clairement la pertinence d’outiller et d’accompagner les parents d’adolescents ayant un SGT. De façon générale, le SGT se présente souvent en comorbidité avec d’autres troubles et les jeunes manifestent plusieurs difficultés comportementales qui affectent le quotidien des familles et nuisent au climat familial et aux relations parent-enfants (Leclerc et al., 2008). Aussi, selon le personnel du CAEC interrogé, en services externes de santé mentale, bien que le client soit l’enfant, il est essentiel de travailler avec les parents. Ceux-ci ont tendance à valider leurs interventions et à demander d’être guidés dans leur quotidien. De plus, les symptômes et conséquences du SGT sont considérés par les intervenants du CAEC comment pouvant être plus fréquentes, plus graves et plus complexes comparés à d’autres diagnostics retrouvés en santé mentale jeunesse.

Vraisemblance

Afin de valider la vraisemblance du besoin, l'ampleur des cas de SGT au CAEC a été considérée. La grande majorité des intervenants psychosociaux ont en suivi un enfant ou un adolescent ayant un SGT. Pour une bonne partie d'entre eux, c'est près du tiers de leur charge de cas qui ont ce diagnostic. Environ la moitié de ces intervenants ont au moins un adolescent en suivi atteint de ce syndrome. C'est donc un trouble assez répandu dans la population du CAEC. En parcourant l'offre de services du CIUSSS-MCQ et des organismes de la région, il n'y a aucun autre groupe qui traite de compétences parentales en lien avec des enfants ayant un SGT dans la région. On nous parle de deux groupes, les groupes des Parents Partenaires Inc. Ainsi que ceux de l'Association québécoise du Syndrome de la Tourette (AQST) qui sont plus sous forme de groupe de soutien (Turcotte et Lindsay, 2014), sans aborder les interventions à privilégier.

Faisabilité

Concernant la faisabilité de combler le besoin, le CAEC a les ressources pour animer des groupes de parents comme des locaux pour effectuer les rencontres et des intervenants qualifiés pour les animer. De plus, les premiers volets sont dans l'offre de service et reconduits chaque année. Le milieu a d'autres offres de groupes et le mode de

fonctionnement, comme les références, est organisé et connu de tous. Dû à une contrainte de temps, le projet s'est concentré sur des contenus jugés prioritaires par les intervenants et qui ressortaient également dans les recherches dans le domaine. Finalement, la modalité de groupe est en conformité avec les directives du ministère, puisque les nouvelles normes ministérielles du Programme québécois pour les troubles mentaux (MSSS, 2019) vont en ce sens pour traiter le plus de patients par année.

Le problème duquel découle le besoin

Le problème, lié au besoin d'une intervention pour les parents d'adolescents ayant un SGT, est l'absence de cette intervention ciblée et appuyée par la littérature. En ce moment, puisqu'ils n'ont pas d'intervention appuyée par de la théorie scientifique, les intervenants du CAEC se basent sur leurs expériences antérieures, sur des programmes visant d'autres clientèles connexes ou sur les conseils de leurs collègues. Étant donné qu'un groupe a été créé sur les habiletés sociales et sur la modulation des émotions, ils peuvent recommander leurs patients à ce service qui leur apprendra des notions qui auraient pu prendre des semaines à voir en individuel. Toutefois, ils doivent continuer en individuel avec les parents s'ils ont des objectifs à travailler avec ceux-ci. Le problème est maintenu à cause du manque de temps des intervenants pour faire des recherches sur les récents développements dans le domaine. De récents changements organisationnels et le manque de stabilité de la structure ont rendu plus complexe le développement de

programmes dans l'offre de service en santé mentale et ont donc contribué à maintenir le problème. Ces informations ont été obtenues suite à plusieurs discussions formelles et informelles avec certains membres de l'équipe de travail.

Cadre de référence

La présente section du rapport porte sur le cadre de référence sur lequel s'appuie le projet. Elle comprend une recension des écrits liée à la clientèle, soit les adolescents qui ont un SGT et leurs parents. Finalement, elle aborde le cadre conceptuel, soit les approches théoriques sur lesquelles se base le projet.

Le syndrome Gilles de la Tourette

Cette section dédiée à la clientèle, soit les adolescents vivant avec un SGT, a pour but de définir le trouble avec ses manifestations cliniques et ses critères diagnostiques. La prévalence et l'étiologie du trouble, les difficultés associées ainsi que les facteurs de risque et de protection sont également décrits.

Les manifestations cliniques et les critères diagnostiques

Le syndrome Gilles de la Tourette (SGT) constitue un trouble neurodéveloppemental habituellement diagnostiqué à l'enfance. Les critères diagnostiques (APA, 2015) incluent la présence de tics moteurs et d'au moins un tic vocal qui persistent au moins une année, même s'ils sont intermittents. Ceux-ci doivent apparai-

tre avant l'âge de 18 ans. Les tics sont des mouvements (tics moteurs) ou des vocalisations (tics vocaux) soudains, rapides, récurrents et effectués de façon involontaire (APA, 2015 ; Fondation canadienne du syndrome de la Tourette [FCST], 2005). Les tics peuvent être simples ou complexes et susciter une sensation d'inconfort, comparable à celle ressentie avant d'éternuer (FCST, 2005). Certains tics plus complexes peuvent s'apparenter à des comportements volontaires, alors qu'ils ne le sont pas comme la copropraxie (gestes obscènes ou sexuels), la coprolalie (mots obscènes ou insultes), l'échopraxie (imitation des gestes des autres), la palilalie (répétition de ses propres paroles) ou l'écholalie (répétition des paroles des autres) (APA, 2015 ; FCST, 2005). La sévérité des tics est jugée en fonction du nombre de tics, de leur fréquence, de leur durée, de leur intensité et de leur complexité (Woods, 2008). Certaines personnes arrivent à contrôler leurs tics ou du moins à résister à la tentation de les exécuter. Toutefois, il peut en résulter une période de tics plus intense par la suite (FCST, 2005).

La prévalence du SGT

Le SGT affecte de 0,5 à 1 % des enfants et des adolescents (Bitsko et al., 2014; FCST, 2005), plus fréquemment les garçons que les filles (APA, 2015), soit environ trois à quatre fois plus (Bitsko et al., 2014; Knight, 2012). Il y aurait également davantage de cas chez les enfants que chez les adultes (Knight, 2012).

L'étiologie et les facteurs de risque et de protection liés au SGT

L'étiologie du SGT s'avère complexe et multifactorielle. Elle est encore à l'étude, car aucune recherche n'a encore prouvé avec certitude ce qui cause le SGT (Hoekstra et al., 2013). Toutefois, des facteurs génétiques, neurologiques et environnementaux ont été répertoriés comme pouvant faire partie des facteurs prédisposants. Certains gènes en commun ont été retrouvés chez plusieurs personnes ayant un SGT et ceux-ci peuvent être transmis de façon héréditaire par les parents (Paschou, 2013 ; Proenca et al., 2011). Concernant les causes neurologiques, un débalancement de certains neurotransmetteurs, comme la dopamine, dans le circuit cortico-striato-thalamo-cortical a été étudié et pourrait contribuer à développer des tics (Jones et Ramphul, 2018 ; Felling et Singer, 2011). D'autres facteurs de type environnementaux peuvent aussi être des facteurs de risque à développer un SGT, dont le stress ou le tabagisme chez la mère en période prénatale, un faible poids à la naissance, des complications périnatales et des infections à streptocoque chez l'enfant (Hoekstra et al., 2013).

Plusieurs facteurs présents dans la vie de l'adolescent peuvent aggraver sa situation et nuire à son adaptation face au diagnostic de SGT. Par exemple, en milieu scolaire, le manque de connaissances sur le SGT des enseignants et des intervenants de l'école peut nuire à son adaptation scolaire (Hirschritt et al., 2015). De plus, avoir des tics est un facteur de risque à être victime d'intimidation par les pairs (Zinner et al., 2012). L'adolescent a plus de risque d'avoir et de développer des problèmes psychosociaux s'il a un diagnostic en comorbidité avec son SGT (Debes et al., 2010). Concernant le milieu familial, le stress

parental (Lee et al., 2007) ainsi qu'un parent qui n'accepte pas les tics de son adolescent et qui tente de les discipliner ont une influence sur le bien-être de l'adolescent (Rivera-Navarro et al., 2014). Si le parent a également un diagnostic de SGT, le risque de conflit est plus grand (Rivera-Navarro et al., 2014).

Au contraire, plusieurs facteurs peuvent avoir une influence positive sur l'adaptation de l'adolescent dans ses différents systèmes et ainsi éviter qu'il développe d'autres difficultés. Par exemple, plusieurs comportements et attitudes des parents semblent influencer directement le bien-être de l'adolescent comme la communication (Ackard et al., 2006 ; Boutelle et al., 2009 ; Burn et al., 2019 ; Davidson et Cardemil, 2009), l'ouverture (Ackard et al., 2006; Boutelle et al., 2009), l'engagement parental (Davidson et Cardemil, 2009) et les pratiques parentales positives (Burn et al., 2019). De plus, une bonne relation parent-enfant, de la chaleur et de l'affection seraient associées à moins de symptômes anxieux ou dépressifs (Ackard et al., 2006 ; Boutelle et al., 2009) et moins de comportements délinquants (Davidson et Cardemil, 2009). Enfin, l'acceptation du diagnostic de SGT par les parents serait un facteur de protection à diverses problématiques qui peuvent venir avec le SGT (Goussé et al., 2018).

Les difficultés associées au SGT

Le SGT est un trouble qui vient, dans la majorité des cas (80 % à 90 %), avec plusieurs troubles ou difficultés associés (Bitsko et al., 2014; Cavanna et al., 2009; O'Hare

et al., 2016), dont principalement le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (40 à 80 %) (Cavanna et al., 2009 ; Hirschtritt et al., 2015) et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (30 à 50 %) (Ferreira et al., 2014 ; Hirschtritt et al., 2015). Les autres troubles fréquemment associés sont le trouble d'opposition avec provocation (TOP) (30 %) (Hirschtritt et al., 2015), le trouble des conduites (2 %) (O'Hare et al., 2016), les troubles anxieux comme les phobies spécifiques ou le trouble panique (30 à 40 %) (Hirschtritt et al., 2015 ; O'Hare et al., 2016), les troubles de l'humeur (13 à 76 %) (Cavanna et al., 2009; Ferreira et al., 2014; Hirschtritt et al., 2015), les troubles d'apprentissage (18 à 23 %) (Ferreira et al., 2014; O'Hare et al., 2016) et le trouble du spectre de l'autisme (TSA) (5 %) (O'Hare et al., 2016). Il est possible de retrouver des difficultés associées communes chez les jeunes ayant un SGT comme l'impulsivité, les crises de colère ou épisodes explosifs et les difficultés de sommeil (Ferreira et al., 2014; Leclerc et al., 2008 ; O'Hare et al., 2016).

Les impacts du SGT

Les impacts du diagnostic de SGT sont abordés dans cette section sous deux angles : le vécu des adolescents et celui des parents. Puisque le présent projet est effectué auprès des parents d'adolescents vivant avec un SGT, le vécu des parents est davantage détaillé. Sont définis les enjeux qu'ont à vivre les parents, de même que la réaction au diagnostic et des besoins des parents suite à celui-ci.

Le vécu de l'adolescent

Plusieurs études font état des nombreux impacts du SGT sur la qualité de vie des adolescents qui ont ce diagnostic (Malli et al., 2016). Les tics seraient le symptôme qui affecte le moins la qualité de vie du jeune par rapport aux autres troubles ou symptômes associés (Eddy et al., 2011). Sur le plan personnel, des difficultés de sommeil (Eapen et Crncec, 2009 ; FCST, 2005) ainsi que des difficultés dans l'expression de leurs émotions (Eapen et Crncec, 2009) sont identifiées par les chercheurs. Les crises de colère ou épisodes explosifs peuvent apporter plusieurs conflits dans la vie de l'adolescent. L'impulsivité, la rigidité cognitive et l'opposition qui sont souvent fréquentes chez l'adolescent ayant un SGT peuvent expliquer en partie ces crises (Lavoie et al., 2012). Sur le plan scolaire, leur rendement scolaire pourrait être affecté (Rivera-Navarro et al., 2014 ; Tourette Syndrome Foundation of Canada, s.d.) et des difficultés d'attention en lien avec des pensées obsessionnelles notamment sur le regard des autres pourraient entraîner des difficultés scolaires (Rivera-Navarro et al., 2014). Des conflits avec les enseignants et les intervenants scolaires sont récurrents chez les adolescents ayant un SGT, notamment en lien avec des tics ou autres comportements dérangeants qu'ils peuvent avoir pendant les cours (Rivera-Navarro et al., 2014). Sur le plan social, il n'est pas rare que les adolescents ayant un SGT soient victimes de rejet, d'exclusion ou d'intimidation (Malli et al., 2016). Ils sont donc stigmatisés et cela a un impact négatif sur leur intégration sociale ainsi que sur leur estime de soi (Lavoie et al., 2012).

Le vécu des parents

Les parents d'enfants ayant un SGT peuvent eux aussi être victimes de stigmatisation en étant blâmés ou considérés comme responsables des comportements de leur adolescent (Goussé et al., 2018 ; Malli et al., 2016). Par exemple, l'entourage du parent peut le juger de ne rien faire pour certains comportements commis par l'enfant, sans nécessairement comprendre la réalité de vivre avec un enfant ayant un SGT. Ils peuvent être stigmatisés entre autres par des commentaires et des regards des inconnus lorsqu'ils sont en public ou même par les membres de leur famille élargie (Rivera-Navarro et al., 2014). Ceux-ci peuvent émettre des jugements sur la discipline et sur les réactions du parent.

De plus, le SGT est parfois mal représenté et caricaturé dans les médias. Dans les émissions ou dans les films, les jeunes ayant un SGT ont souvent des tics très dérangeants comme de la coprolalie, alors que la plupart des jeunes n'ont pas ce symptôme, et même que certains jeunes n'ont pas de tics apparents (Sandle, 2012). La particularité des difficultés associées est rarement abordée ce qui entraîne des incompréhensions pour la réalité du parent. En voyant le jugement qu'ont certaines personnes, les parents peuvent s'autostigmatiser en se mettant eux-mêmes à l'écart par crainte des réactions et du regard des autres (Malli et al., 2016). Que ce soit parce que leur entourage les met de côté ou parce qu'ils s'écartent eux-mêmes de l'œil du public, les parents se retrouvent souvent à avoir un faible réseau social (O'Hare et al., 2017 ; Robertson et Eapen, 2017 ; Schoeder et Remer, 2007). L'étude de Schoeder et Remer (2007), soulève que la perception qu'ont

les parents sur la qualité de leur réseau de soutien a un grand impact sur le stress qu'ils ressentent. Il faut donc considérer que les parents peuvent être bien entourés, mais ils doivent ressentir que ces personnes peuvent répondre à leurs besoins afin de diminuer leur niveau de stress. Les parents d'un adolescent ayant un SGT ont souvent besoin d'une certaine validation que leur rôle de parent est difficile. Il est d'ailleurs possible de trouver des parents qui acceptent encore moins bien les tics de leur adolescent que l'adolescent lui-même (Rivera-Navarro et al., 2014). Ils peuvent les trouver dérangeants ou avoir honte que leur enfant ait des tics lorsqu'ils sont en public.

Les difficultés comportementales ou émotionnelles dérangent souvent davantage les parents que les tics en soi (Eapen et Crncec, 2009 ; Goussé et al., 2018 ; Schoeder et Remer, 2007). Par exemple, les crises de colère (Eapen et Crncec, 2009) et l'impulsivité (Goussé et al., 2018) sont des difficultés de l'adolescent qui ont un grand impact sur la vie de ses parents. Ils peuvent ressentir un poids sur leurs épaules en raison du fait de toujours intervenir sur ces comportements ou même ressentir un stress constant en appréhendant que l'adolescent ait une explosion de colère ou en anticipant les difficultés qu'il vivra dans sa vie avec ces comportements (O'Hare et al., 2017; Schoeder et Remer, 2007).

Sur le plan systémique, les parents sont à risque de vivre diverses difficultés au travail comme dans leur vie de couple (Goussé et al., 2018 ; Rivera-Navarro et al., 2014). Ils peuvent avoir des réprimandes ou des sanctions suite à des absences du travail résultant des différents besoins de leur enfant. De plus, certains parents peuvent avoir de la difficulté à se faire un conjoint, vivre des ruptures ou des conflits conjugaux. La source

des conflits peut être de façon plus directe les comportements de l'adolescent ayant un SGT ou de façon plus indirecte, la santé mentale du parent (plus irritable, moins disponible). Les deux personnes du couple peuvent vivre la situation de façon très différente (Jalenques et al., 2017), ce qui pourrait causer une difficulté à se comprendre dans leurs réactions. Des conflits et des tensions peuvent survenir fréquemment dans la famille, autant par rapport aux tics que par rapport aux autres comportements dérangeants de l'adolescent (Rivera-Navarro et al., 2014). Sur le plan de la santé, le SGT chez leur adolescent peut causer des problèmes de santé physique ou mentale (Goussé et al., 2018 ; Rivera-Navarro et al., 2014) ainsi qu'un grand stress parental (Evans et al., 2015 ; Goussé et al., 2018 ; Lee et al., 2007; O'Hare et al., 2017), qui lui peut faire augmenter les comportements difficiles de l'enfant. Cette interaction peut devenir un cercle vicieux duquel il est difficile de sortir. Il y aurait un lien significatif entre la qualité de vie des parents et certains symptômes du jeune comme l'inattention, l'anxiété et les difficultés émotionnelles internalisées (Jalenques et al., 2017). Ce stress parental peut également entraîner un impact sur le niveau de stress familial en général, sur les relations dans la fratrie ainsi que sur les relations entre le parent et l'enfant ayant le diagnostic (O'Hare et al., 2017).

La réaction au diagnostic. L'annonce aux parents du diagnostic de leur enfant est une étape importante qui peut créer un grand déséquilibre au sein de la famille. Avant d'avoir un diagnostic, les parents sont inquiets et cherchent à trouver des réponses à leurs questions (Lussier et al., 1997). Ensuite, le diagnostic peut venir comme un choc : d'une part un soulagement que ce ne soit pas leurs compétences parentales le problème, d'autre

part une grande déception que leur enfant ne soit pas comme les autres (O'Hare et al., 2017). Ce moment d'annonce du diagnostic, comme avec d'autres cas de troubles neurologiques ou de santé mentale, peut être très rapide et les parents n'ont pas toujours l'occasion de tout comprendre ou de poser toutes leurs questions (Lussier et al., 1997). Celles-ci viennent souvent dans les semaines suivant l'annonce et il est important que la famille soit accompagnée lorsqu'elle est prête à faire face à sa nouvelle réalité. Les parents peuvent ressentir une culpabilité par rapport au fait que le diagnostic peut être génétique, par rapport aux comportements difficiles de leur adolescent qu'ils ne sont pas capables de contenir ou même la culpabilité de vivre autant de découragement face au diagnostic (Centre Famille Valcartier [CFV], 2020 ; Eapen et Crncec, 2009 ; Lussier et al., 1997 ; O'Hare et al., 2017). Des parents peuvent aussi ressentir de la déculpabilisation dans les cas de trouble ayant une cause biologique ou neurologique. Par contre, cette déculpabilisation peut aller jusqu'à une déresponsabilisation et une impression de ne pouvoir rien faire pour améliorer la situation (Tellier et Boivin, 2009).

Les besoins des parents

Une étude de O'Hare et al. (2017) a identifié plusieurs besoins chez les parents qui ont un adolescent ayant un SGT. Le besoin d'information est grand chez plusieurs parents et certains deviendront même des experts du SGT à force de se renseigner et de faire leurs recherches. Sans le vouloir, certains deviendront même des porte-paroles ou des militants

pour défendre les stéréotypes et propager les bonnes informations concernant le trouble. Un besoin important et souvent abordé est le deuil de l'enfant idéal et de ses limites (CFV, 2020; O'Hare et al., 2017; Tellier et Boivin, 2009). Le SGT apportera une qualité de vie moindre chez l'enfant ou l'adolescent atteint, mais aussi chez les parents et le reste de la famille. Les parents doivent donc accepter leur réalité et avoir un entourage qui l'accepte également (O'Hare et al., 2017). Le besoin de support pour contrer l'isolement et de s'associer avec des gens qui comprennent leur vécu est également un besoin chez plusieurs parents. L'accès à de l'information valide sur le SGT et sur les bonnes pratiques parentales est un moyen qui facilitera l'acceptation du diagnostic. C'est important pour les parents d'avoir des services d'accompagnement, entre autres pour faire de la lumière sur les différents diagnostics de l'adolescent ainsi que sur les besoins de l'adolescence en général (O'Hare et al., 2017; Wiles et al., 2019). Le stress parental étant très élevé chez les parents d'adolescents ayant un SGT, il est primordial pour les parents de diminuer ce stress afin d'avoir un impact positif sur leur qualité de vie et celle de leur famille (Lee et al., 2007).

Les interventions envisagées pour le traitement du SGT

Une des interventions recommandées pour le traitement du SGT est l'approche éducative, c'est-à-dire le fait d'informer et d'éduquer sur le trouble (Tourette Syndrome Foundation of Canada, n.d.). En effet, il peut être aidant pour l'adolescent, ainsi que pour les parents, de connaître les symptômes, les difficultés associées, les causes ainsi que les

bonnes pratiques associées au SGT (Nussey et al., 2013). Le fait de former les membres de l'environnement du jeune sur les impacts du trouble ainsi que sur les meilleures pratiques aurait un impact positif sur lui (Murphy et Heyman, 2007 ; Verdellen et al., 2011). Dans une perspective écosystémique, il est primordial de considérer et d'adapter les divers milieux du jeune afin qu'ils soient davantage en mesure de l'accompagner (Verdellen et al., 2011). La famille étant habituellement le principal système dans lequel le jeune évolue (Eapen et Crnec, 2009), les interventions parentales sont donc à considérer (Ginsburg et Kingery, 2007 ; Hauth-Charlier et Clément, 2009 ; Leclerc et al., 2008 ; Shady, 2007).

Un seul programme publié adressé spécifiquement aux parents d'enfants ayant un SGT a été recensé, soit le programme *Managing Tourette Syndrome* (Woods, 2008). Ce programme utilise une approche comportementale pour traiter les tics et décrit, à travers son cahier de l'intervenant, les activités à réaliser afin de diminuer l'apparition des tics chez l'enfant. Cependant, aucune étude n'a été répertoriée mesurant les effets de ce programme. De plus, il ne répond ni aux besoins des parents nommés par les intervenants du CAEC, ni aux besoins prioritaires soulevés dans la littérature.

Seulement deux études ont été relevées portant spécifiquement sur les interventions parentales pour les parents d'adolescents ayant un SGT. Dans une première étude, Scahill et al. (2006) rapportent les résultats d'utilisation d'un programme (Barkley, 1997) pour enfants désobéissants avec les parents d'enfant de 6 à 12 ans ayant un SGT ainsi qu'un niveau modéré à élevé de comportements perturbateurs et d'opposition. Le but du

programme est d'améliorer le respect des règles de l'enfant et de réduire les conflits intrafamiliaux. Ce programme comporte dix rencontres pour travailler des habiletés parentales soit renforcer des comportements appropriés, donner des consignes, donner des conséquences et les appliquer. Ces habiletés leur sont enseignées, modélisées et sont pratiquées lors des rencontres. Le groupe d'enfants ($n = 12$) a été comparé à un autre groupe d'enfants ayant les mêmes diagnostics et des comportements similaires ($n = 12$), mais qui ont reçu une intervention professionnelle standard. Les comportements perturbateurs ont diminué de 51 % dans le groupe ayant reçu de l'entraînement aux habiletés parentales, tandis qu'ils ont diminué de 19 % dans le groupe contrôle (Scahill et al., 2006). Une certaine amélioration a été notée sur le plan du stress parental et de la colère auto rapportée par l'enfant dans le groupe ayant reçu le programme, quoi que non significative possiblement dû au petit échantillon de l'étude.

Une étude de Leclerc et al. (2012) a évalué les effets du programme *Prends ton Tourette par les cornes !*, un programme d'entraînement à l'autogestion des épisodes explosifs (ÉE) pour les enfants ayant un SGT et leurs parents. Le programme consiste en huit séances incluant des activités pour informer et pour outiller les parents à faire face au ÉE ainsi que pour enseigner des stratégies pour désamorcer la crise. Une rencontre est destinée aux parents seulement, tandis que les sept autres sont destinées aux enfants en leur enseignant entre autres des techniques de gestion de problème et de gestion des émotions (Leclerc et al., 2012). Suite à une mesure des effets du programme avec un groupe d'enfants, 4 participants sur 6 ont diminué la fréquence des ÉE d'au moins 20 % et gardent l'amélioration suite au rappel trois mois plus tard. Il n'y a pas eu d'amélioration

significative dans l'intensité des ÉE. Les commentaires des parents dans la partie qualitative de l'étude sont toutefois intéressants : ils nomment avoir amélioré leur perception des ÉE, leur compréhension de ceux-ci et de la séquence comportementale ainsi qu'une amélioration de leur réaction face aux ÉE. Les parents considèrent que l'intensité des crises de leur enfant a diminué, de même que la fréquence de celles-ci.

Considérant le petit nombre d'études et de programmes disponibles sur le sujet, il peut donc être intéressant d'utiliser des programmes pour les parents d'enfants ayant des difficultés similaires aux enfants ayant un SGT. Plusieurs études ont été effectuées sur les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP), dont celle de Hauth-Charlier et Clément (2009) sur les différents paramètres à prendre en considération lorsqu'un PEHP est choisi ou développé. Le but de ces programmes est de diminuer les comportements désagréables chez l'enfant (opposition, désobéissance, agressivité), d'améliorer la relation parent-enfant et de diminuer le stress parental. Un PEHP doit servir à augmenter les facteurs de protection liés à la famille, comme une communication efficace, des pratiques parentales positives et une bonne relation parent-enfant (Burn et al., 2019). Ces programmes visent à améliorer le vécu des parents, du jeune et de la famille. Selon la recension des écrits de Broady et Aggar (2017) qui compilent plusieurs études avec tout type d'aidant naturel, informer et éduquer sur le trouble augmenterait le sentiment de confiance et de compétence de l'aidant. De plus, dans les effets observés des traitements en groupe, le soutien du groupe pourrait aider le parent sur le plan de sa santé mentale, sur sa confiance en lui et sur son quotidien en échangeant avec les autres des informations utiles (Broady et Aggar, 2017). Un groupe peut donc répondre aux besoins

individuels de chacun : prendre une pause de la vie familiale, recevoir un soutien social, recevoir de l'information et pouvoir s'exprimer librement (Broady et Aggar, 2017).

Plusieurs facteurs sont à considérer lors de l'implantation d'un programme. Bien qu'il ait été prouvé que moins de 10 heures d'activités sont moins bénéfiques, un nombre trop élevé de rencontres pourrait rendre les parents réticents à s'engager (Hauth-Charlier et Clément, 2009). Cette étude soulève l'importance d'impliquer les parents lors des activités en leur permettant de donner leurs idées, en recommandant des exercices à faire à la maison et en remettant des documents qui reprennent les points essentiels ayant été discutés. Les caractéristiques des enfants (leur âge, leurs diagnostics) ainsi que celles des parents (leurs propres diagnostics ou difficultés, leur statut socioéconomique, leurs conflits conjugaux) sont également à considérer lors du choix des activités, d'autant plus si celles-ci sont sous forme de groupe.

Les thèmes des activités parentales

La présente section porte sur les thèmes qui sont abordés lors des activités de groupe avec les parents participants au projet. Ces deux thèmes, soit la communication parent-adolescent et la régulation des émotions ont été retenus comme des besoins prioritaires par l'équipe d'intervenants du CAEC.

La communication parent-adolescent

La communication fait partie intégrante de la relation parent-enfant (Davidson et Cardemil, 2009). Comme elle affecte directement le fonctionnement familial et le bien-être de l'enfant, il est important de la travailler avec les parents. Les parents d'adolescents ayant un trouble neurodéveloppemental sont davantage à risque d'avoir une communication déficiente qui peut affecter la relation et le lien d'attachement entre eux et leur adolescent (Ginsburg et Kingery, 2007 ; Leclerc et al., 2008). La communication est donc importante dans la famille d'un enfant ayant un diagnostic de SGT pour éviter les conflits et protéger les relations (Shady et al., 2007). La communication dans la famille doit inclure une écoute sans jugement, de la compassion pour ce que l'adolescent vit et une bonne lecture des émotions (Simard, 2019). L'adolescent qui sent une ouverture de la part du parent pour lui parler aura une meilleure estime de soi (Ackard et al., 2006) et moins de comportements externalisés (Davidson et Cardemil, 2009). La perception de celui-ci sur la relation est très importante pour avoir des bénéfices (Simard, 2019) : il doit sentir qu'il a une place pour discuter, mais sans ressentir d'intrusion de la part de ses parents (Weymouth et Buehler, 2016). Les parents doivent également être aptes à écouter et à s'exprimer adéquatement face à leur adolescent pour favoriser une saine gestion des conflits. Ils doivent être capables de négocier, d'être souples et de laisser une place à leur adolescent pour s'exprimer (Duclos et al., 2002). Ceci créera un environnement prévisible et sécurisant pour l'adolescent qui se sentira considéré et valorisé, ce qui aura un effet positif sur la relation parent-adolescent et sur l'estime de soi de l'adolescent (Lavoie et

al., 2012). À l'inverse, une mauvaise communication pourrait créer de l'hostilité dans la relation et davantage de conflits (Weymouth et Buehler, 2016).

La régulation des émotions

La régulation des émotions correspond à l'ensemble des processus biologiques et comportementaux extrinsèques et intrinsèques qui permettent d'évaluer et de modifier la réaction dans son intensité (Thompson, 1994 ; Thompson et al., 2008). Changer l'intensité et la durée de la réaction sert à mieux s'adapter à la situation ou à la personne, donc elle varie selon les contextes et l'interlocuteur (Conover et Daiute, 2017 ; Zimmermann et al., 2009). Cette réaction est une réponse à un stimulus pour atteindre un but. (Thompson, 1994 ; Thompson et al., 2008). Comprendre le but de l'émotion derrière celle-ci peut être utile car un adolescent qui semble avoir de la difficulté à réguler ses émotions aux yeux de l'adulte a peut-être une bonne régulation selon ce qu'il veut obtenir ou ce qu'il veut éviter. Il est donc important que les parents reconnaissent le sentiment et le besoin exprimé derrière le comportement, en accueillant et acceptant l'émotion (Saritaş et al., 2013). Il est conseillé de ne pas réagir à la réaction et d'accorder du temps pour apaiser les émotions avant de réfléchir à la recherche de solutions (Duclos et al., 2002). Pour une régulation saine et adéquate des émotions, les adolescents doivent être capables d'identifier leurs propres émotions en reconnaissant les signes et en identifiant leurs déclencheurs. Ils doivent ensuite être capables de les exprimer et d'appliquer des stratégies pour les

contrôler adéquatement. La réponse émotionnelle doit donc être flexible et bien dosée pour permettre d'atteindre des buts, sans être paralysé, d'où la nécessité d'être capable de la réguler (Thompson, 1994). Une bonne gestion des émotions augmente l'autocontrôle de l'adolescent, lui permet de mieux se comprendre et d'évacuer ses tensions d'une façon adéquate (Lavoie et al., 2012). Certaines des solutions préférées des adolescents sont d'en parler, de trouver une solution à leur problème et de faire une réflexion. Toutefois, le fait de connaître les solutions ne veut pas dire qu'ils les appliquent (Conover et Daiute, 2017).

Les adolescents développent avec l'âge la capacité à réguler leurs émotions. Toutefois, ils ont encore besoin d'aide et d'accompagnement des adultes (Saritaş et al., 2013 ; Shortt et al., 2010). Avoir des adultes dans leur entourage qui modélisent des stratégies de régulation des émotions, c'est-à-dire qui les mettent en place eux-mêmes en donnant l'exemple, est un facteur de protection à avoir une bonne gestion de ses émotions (Conover et Daiute, 2017 ; Morris et al., 2007 ; Saritaş et al., 2013). Le coaching parental est défini par les procédés par lesquels les parents offrent des conseils et guident leurs adolescents à mieux comprendre leurs émotions et à utiliser des stratégies adéquates (Shortt et al., 2010 ; Willemen et al. 2009). Les techniques de communication comme le reflet sont utiles pour déceler l'émotion, manifester de l'empathie et aider l'adolescent à nommer son émotion (Morris et al., 2007 ; Shortt et al., 2010). La façon dont les émotions sont gérées dans la famille influencera la façon dont l'adolescent fera sa propre gestion d'émotions (Zimmermann et al., 2009). Au contraire, avoir des difficultés d'attachement avec ses parents est un facteur de risque à avoir des difficultés de régulation émotionnelle (Conover et Daiute, 2017 ; Thompson, 1994 ; Zimmermann et al., 2009). Bien qu'utile

pour offrir du soutien, les relations proches, telles qu'avec ses parents peut également être source de stress et de conflits qui rend la gestion des émotions plus difficile. (Thompson, 1994). Concernant les adolescents ayant un SGT, les épisodes explosifs sont fréquents et sont souvent le résultat d'une accumulation de tensions, de stressseurs ou de frustrations (Leclerc et al., 2012). Ces épisodes explosifs démontrent l'importance de travailler la régulation des émotions avec cette clientèle.

Le cadre théorique

La présente section porte sur les approches théoriques sur lesquelles se base le projet, soit la théorie de l'attachement ainsi que l'approche psychoéducative. Bien que certains aspects du projet puissent découler d'autres approches, celles-ci ont été ciblées comme étant les principales.

La théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement (Bowlby, 1978) est l'approche qui guide les activités parentales du projet. D'après cette théorie, les enfants ont des comportements d'attachement instinctifs et autoadaptatifs qui servent à obtenir une réponse à un besoin ou une proximité envers une personne qu'ils préfèrent à d'autres. Le lien d'attachement se crée à la suite de la réponse ou non à ces demandes. L'enfant utilise ces comportements

de façon instinctive pour se protéger ou pour vérifier si la personne est disponible physiquement ou affectivement. L'attachement se définit donc par une réponse constante au besoin de l'enfant (Boutelle et al., 2009). Les parents sont une ressource indispensable pour l'enfant jusqu'à l'adolescence et à l'âge adulte (Boutelle et al., 2009). Le développement d'un attachement sécurisé permet, entre autres, de prévenir les problèmes de santé mentale, de développer un meilleur fonctionnement émotif, de développer une meilleure estime de soi et d'avoir une meilleure relation parent-enfant (Boutelle et al., 2009). Selon le modèle A-R-C qui a été élaboré pour travailler le lien d'attachement, les adultes dans la vie de l'enfant doivent travailler leur propre gestion des émotions, leur ajustement empathique (qui sert à mieux répondre aux besoins de l'enfant), la constance et le renforcement ainsi que les routines et les rituels (Collin-Vézina et al., 2018). Une bonne relation parent-enfant serait associée à une meilleure gestion émotionnelle et comportementale de l'enfant alors que la présence de moments de qualité et de meilleures interactions parent-enfant diminuerait la colère chez l'enfant (Burn et al., 2019). Il est également recommandé que les parents d'enfants ayant un SGT fassent preuve de soutien et développent une relation sécurisante avec leur enfant pour avoir un meilleur climat familial (Leclerc et al., 2008).

L'approche psychoéducative

L'approche psychoéducative telle que définie par Gendreau (2001) considère la personne en difficulté comme un être global prenant en compte chaque dimension : biophysique, affective, cognitive et sociale. Elle se développe par de multiples interactions entre ses capacités (potentiel d'adaptation) et les expériences que lui offrent ses milieux de vie (potentiel expérientiel). Un écart significatif appelé niveau de convenance entre ces deux potentiels crée un déséquilibre qui permet à la personne d'apprendre et de développer d'autres capacités adaptatives (Renou, 2005). Cette approche favorise donc de miser l'intervention sur des interactions appropriées entre la personne et son milieu en travaillant directement avec le milieu de vie. Les parents d'un adolescent sont considérés comme ayant une grande importance dans l'intervention et le fait de les impliquer et de les éduquer sur ce que vit leur jeune est primordial à leur rétablissement (Gendreau, 2001 ; Renou, 2005). En intervenant à la fois avec la personne directement et avec son entourage, il est visé de diminuer les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection en nombre et en qualité. Ce mode d'intervention préventif et éducatif rejoint les bases de l'approche écosystémique et communautaire. Les interventions indirectes avec la famille et l'environnement de la personne en leur donnant de l'information permettent d'aider la personne (Renou, 2005). Un aspect important de cette approche est la structure d'ensemble du modèle d'intervention psychoéducative (Gendreau, 2001). Avec ses 13 composantes (p. ex. : temps, programme, code et procédures), elle représente toutes les dimensions de l'intervention ainsi que l'interaction entre elles. Elle permet de structurer les interventions en documentant chacune des

composantes afin d'atteindre les objectifs. L'utilisation est un concept clé de l'approche psychoéducative (Renou, 2005). Il réfère au fait d'associer des situations de la réalité pour intégrer les comportements désirés. En contexte d'intervention dans un milieu de vie, l'utilisation permet de réinvestir les comportements enseignés en temps réel.

Le transfert des connaissances

Différentes stratégies de transfert des connaissances ont été utilisées auprès de l'équipe d'intervenants du CAEC afin de leur communiquer les connaissances issues du projet d'action. Le transfert des connaissances implique que des producteurs développent un produit à partir de la recherche et le soumettent aux utilisateurs du produit, soit les travailleurs d'un milieu donné (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009). Plus précisément, l'approche interactive est utilisée dans laquelle les producteurs font des allers-retours entre leur recherche et la réalité des utilisateurs pour une co-production du produit final. Ce modèle favorise l'appropriation des connaissances par les utilisateurs, puisqu'ils y ont contribué (Dagenais, 2006).

Concernant la diffusion du produit, deux stratégies seront utilisées : la publication et la présentation (Lemire et al., 2009). La publication des connaissances de façon écrite permettra au milieu d'avoir un outil qui perdure dans le temps, de faire un rappel des notions aux intervenants et de le présenter à des intervenants qui seraient absents lors de la présentation. La présentation est utilisée parce qu'il est pertinent d'avoir un contact

humain pour une meilleure appropriation (Lemire et al., 2009) et parce que les acteurs peuvent ainsi partager et questionner sur le produit présenté (Beaudoin et Laquerre, 2001). Il est recommandé que le produit contienne des recommandations explicites concernant les actions (Dagenais, 2006).

Objectifs

Le but de ce projet est de compléter un programme adressé aux jeunes présentant un SGT en créant un volet adressé à leurs parents. Ce volet vise à outiller les parents à mieux répondre aux besoins de leur adolescent. La finalité du projet est d'améliorer la relation parent-enfant et la vie familiale des adolescents vivant avec un SGT qui reçoivent des services en pédopsychiatrie au CAEC. La prochaine section abordera les objectifs généraux et spécifiques du projet, ainsi que leurs critères d'atteinte et l'instrumentation utilisée pour les évaluer.

Objectifs poursuivis par le projet d'action

Les deux premiers objectifs généraux concernent la clientèle et les habiletés travaillées au fil des rencontres, à l'aide d'activités spécifiques. Le premier objectif général consiste à outiller les parents d'un adolescent ayant un SGT sur la communication parent-enfant. Trois objectifs spécifiques permettent de l'atteindre :

- 1.1) Les parents du groupe formulent un contre-exemple de demande pendant le jeu de rôle en se basant sur les contenus théoriques vus pendant l'atelier;
- 1.2) Les parents du groupe utilisent le *message au JE* pour communiquer à leur enfant suite à l'enseignement donné dans l'atelier ;

- 1.3) À l'aide d'un questionnaire sur les habitudes d'écoute, les parents nomment leurs propres lacunes en termes d'écoute active et ciblent un comportement d'écoute à améliorer ;

Le deuxième objectif général consiste à outiller les parents d'un adolescent ayant un SGT afin qu'ils puissent accompagner leur enfant à mieux gérer ses émotions. Les deux objectifs spécifiques qui en découlent sont :

- 2.1) Les parents appliquent la technique du reflet au moins une fois pendant le partage de l'autre parent ;
- 2.2) Les parents connaissent des trucs pour accompagner leur adolescent dans la gestion de ses émotions ;

Le troisième et dernier objectif général concerne les intervenants du CAEC puisqu'il vise le transfert du projet dans le milieu. Cet objectif consiste à ce que les intervenants du CAEC contribuent à améliorer les ateliers du programme. Il en découle deux objectifs spécifiques :

- 3.1) Les intervenants se prononcent sur leur niveau d'aisance à animer les activités (et nomment pourquoi ils ne le sont pas, le cas échéant) ;
- 3.2) Les intervenants formulent des recommandations sur le contenu et la forme des ateliers.

Critères d'évaluation de l'atteinte des objectifs

Des critères d'atteinte ont été établis pour chacun des objectifs spécifiques afin de permettre l'évaluation de ceux-ci. Le critère d'atteinte de l'objectif 1.1 est que tous les parents participant au groupe et ayant reçu la théorie en lien avec la formulation d'une demande formulent un contre-exemple de demande en utilisant au moins un élément proscrit selon la théorie. Concernant l'objectif 1.2, le critère d'atteinte est que 75 % des parents utilisent le message au JE à la maison pour communiquer avec leur enfant, au moins une fois pendant la semaine entre l'enseignement et le retour. Pour ce qui est de l'objectif 1.3, il est visé que tous les parents qui ont répondu au questionnaire sur l'écoute nomment un comportement d'écoute avec lequel ils ont de la difficulté et qu'ils veulent améliorer.

Le critère d'atteinte de l'objectif spécifique 2.1 est que tous les parents présents à l'atelier appliquent au moins une fois la technique du reflet pendant l'exercice où un autre parent doit partager une situation difficile. Pour ce qui est de l'objectif 2.2, il est visé que 75 % des parents nomment un truc qu'ils peuvent proposer à leur adolescent pour l'accompagner à gérer ses émotions.

L'objectif spécifique 3.1 vise à ce que tous les intervenants présents à la rencontre de présentation remplissent le questionnaire d'aisance sur l'animation des activités. Le critère d'atteinte du deuxième objectif spécifique (3.2) est de récolter au moins 5

recommandations des intervenants concernant le contenu des ateliers, ainsi que 5 recommandations concernant la forme de ces mêmes ateliers.

Outils et instrumentation rattachés à l'évaluation de l'atteinte des objectifs et au suivi de la démarche de réalisation

Les instruments présentés dans cette section permettront d'évaluer l'atteinte, ou non, des objectifs selon le critère établi précédemment. L'évaluation des objectifs spécifiques 1.1, 1.2 et 1.3 sera réalisée de façon sommative (Alain, 2009), soit à la fin de l'atelier pour valider l'acquisition de connaissances ou de compétences. L'évaluation de l'objectif 1.1 concernant la formulation de la demande auprès d'un adolescent ayant un SGT se fera lors du jeu de rôle de mise en pratique. Pendant le jeu de rôle, les parents devront, à tour de rôle, effectuer une demande en intégrant au moins une contre-indication apprise. La stagiaire notera pendant ce temps le ou les éléments proscrits utilisés par chaque parent. Les objectifs spécifiques 1.2 et 1.3 seront évalués pendant le retour sur les devoirs. En effet, suite aux enseignements sur le *message au JE* et aux pratiques exercées pendant la 4^e rencontre, les participants auront comme devoir de mettre en pratique la technique apprise à la maison. La stagiaire notera si le parent a utilisé le *message au JE* une fois ou plus durant la semaine ou s'il ne l'a pas utilisé. Un questionnaire sur l'écoute active (fiche 4.6, Appendice B) devra être rempli avant la rencontre 5 par les parents. Au

début de celle-ci, un retour en groupe permettra à la stagiaire de noter sur sa copie du questionnaire l'habileté à travailler choisie par chaque parent.

L'objectif 2.1 sera également évalué pendant l'activité de mise en pratique réalisée avec les participants. La stagiaire notera au moment de l'activité la proportion des parents qui effectuent correctement le reflet. De plus, de la théorie sera enseignée concernant les différents moyens utiles que peuvent utiliser les adolescents pour s'apaiser. Le devoir de la semaine sera de proposer un des moyens à leur jeune. C'est pendant la rencontre bilan, à l'aide du retour, que pourra être évalué l'objectif 2.2. Les parents auront à nommer un moyen qu'ils peuvent proposer à leur adolescent pour accompagner leur adolescent à s'apaiser.

L'objectif 3 concerne le transfert des connaissances. L'évaluation en sera faite de façon subjective et formative, c'est-à-dire que les résultats de l'évaluation permettront une amélioration des ateliers ainsi qu'une analyse plus qualitative du projet. L'instrument utilisé pour évaluer l'objectif 3.1 est un questionnaire du niveau d'aisance conçu pour chacun des ateliers (Appendice A). Une présentation des ateliers sera offerte aux intervenants du CAEC et ceux-ci indiqueront en simultané leur niveau d'aisance à animer chaque activité à l'aide d'une échelle de type Likert. Le but de la passation de ce questionnaire est d'une part de s'assurer que les activités sont claires et répondent à leurs besoins et d'autre part d'engager les intervenants dans la présentation en les rendant actifs pendant l'écoute. Concernant l'objectif 3.2 sur la formulation de recommandations, l'évaluation sera effectuée à la suite d'une compilation de deux moyens. Les intervenants

pourront écrire leurs recommandations à l'aide d'un espace à cet effet sur leur questionnaire du niveau d'aisance ou pourront les nommer verbalement pendant une discussion de groupe à la fin de la présentation. La stagiaire notera sur une feuille les recommandations nommées par les intervenants.

L'instrumentation utilisée pour évaluer l'atteinte des objectifs comprend un questionnaire d'aisance destiné aux intervenants à qui sont présentés les ateliers ainsi que des notes libres prises par les animatrices du groupe, qui sont les stagiaires qui ont conçu le projet.

Contenu et méthode de réalisation

La présente section concerne le contenu du projet et les différentes actions nécessaires à sa réalisation. Elle décrit les participants à qui s'adresse le projet, les considérations éthiques qui ont été respectées pendant la durée du projet ainsi qu'une description de la démarche et des produits utilisés pour atteindre les différents objectifs.

Description des participants à qui s'adresse l'action prévue

Le projet d'action s'adresse aux parents d'adolescents (12 à 17 ans) ayant un SGT et ayant un suivi au CAEC. Au départ, le groupe était ouvert seulement aux parents des adolescents qui participaient au groupe « Habiletés sociales et gestion de la colère ». Les rencontres ont d'ailleurs été placées au même moment que celles des adolescents, pour faciliter l'organisation logistique des parents. En raison de difficultés de recrutement, les critères ont été élargis à d'autres parents, soit ceux qui ont un enfant ayant déjà fait le groupe ou ayant des enfants de 11 à 17 ans. L'adolescent devait absolument avoir un diagnostic de SGT, mais pouvait présenter des comorbidités avec d'autres problèmes de santé mentale. Concernant le parent, des critères d'exclusions ont été établis tels qu'avoir une déficience intellectuelle ou tout autre diagnostic qui pourrait altérer le fonctionnement du groupe ainsi que la compréhension des activités.

En plus des participants du groupe de parents, le projet s'adresse également aux professionnels du CAEC. Une partie du projet est le rôle-conseil envers ces intervenants pour le transfert de connaissances et la transmission des animations qui perdureront dans le milieu suite au départ des étudiantes. La coordonnatrice clinique du service de psychoéducation était activement impliquée dans le projet puisqu'elle a la responsabilité de l'organisation de groupes dans l'offre de services du CAEC. Elle est également l'instigatrice du projet d'action et est responsable du groupe pour les enfants et les adolescents ayant un SGT.

Description des considérations éthiques

Le projet a suivi la même procédure que pour tout autre service dispensé au CAEC. En effet, pour une référence au groupe, un professionnel devait le proposer au parent en expliquant brièvement le groupe et celui-ci devait consentir à la référence. Après avoir reçu une référence avec des informations sommaires, un appel été fait au parent pour fixer une rencontre afin de décrire de façon plus précise les aspects du groupe et ses modalités et que le parent puisse y consentir de façon libre et éclairée. Les avantages à y participer de même que les impacts négatifs, comme le temps d'implication ou les émotions que pourraient soulever certains sujets, y étaient discutés. Le caractère expérimental du volet parent a été adressé et les parents ont été informés que leurs commentaires et résultats des questionnaires paraîtraient dans un rapport, mais tout en gardant leur identité

confidentielle. Les participants qui acceptaient de faire partie du groupe ont dû signer le consentement écrit habituellement utilisé par le CAEC. Toutefois, il leur a été mentionné que leur consentement était révocable en tout temps. Avant la dernière rencontre, soit la rencontre bilan, les parents ont signé un accord pour donner leur consentement à un enregistrement audio de la discussion de groupe. Il leur a été expliqué que le but de l'enregistrement était de relever les éléments à garder et ceux à modifier pendant une discussion libre sur le sujet. Le fichier a été détruit à la suite de la prise de notes. Chaque démarche a été approuvée par la tutrice de stage et coordonnatrice clinique du service de psychoéducation.

Description de la démarche et des produits développés pour atteindre les objectifs

Développement des produits d'animation

En premier temps, une analyse de besoin a été réalisée pour cibler le problème, le besoin et préciser les objectifs du projet. Les démarches associées à cette étape sont décrites dans la section du présent rapport portant sur l'analyse du besoin. Ensuite, une recension des écrits a été effectuée à l'aide des bases de données du site de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Afin de connaître les activités et les programmes déjà existants pour la clientèle du projet d'action, une recherche plus spécifique a été réalisée sur différentes bibliothèques en ligne, sur le site de l'ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (OPPQ), ainsi que sur des moteurs de recherche. Un

courriel a également été envoyé au CHU Ste-Justine, plus spécifiquement au responsable de la clinique Tourette. Les nombreuses recherches et la réponse de Ste-Justine nous a appris qu'il n'existait pas de programme pour les adolescents ayant un SGT et leurs parents. Un seul a été répertorié, *Managing Tourette Syndrome* (Woods et al., 2008), qui ne convenait pas puisque son but est le traitement des tics.

Suite aux démarches décrites dans la section sur l'analyse du besoin, il a été possible de retenir certains thèmes qui représentent des défis pour les adolescents vivant avec un SGT et leur famille. Trois thèmes ont été retenus en fonction de leur fréquence et leur importance dans la plupart des familles en suivi au CAEC à ce moment, soit : l'encadrement parental, la communication et la gestion des émotions. Les deux derniers thèmes ont fait l'objet de ce projet d'action, alors que le premier a fait l'objet du projet d'action d'une autre stagiaire de maîtrise avec qui les ateliers ont été coanimés. Deux ateliers de 120 minutes ont été développés en se basant sur d'autres programmes pour les parents d'adolescents, tel que *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* (Massé, Verret et Verreault, 2011) et *Pratiquons ensemble nos compétences* (Royer, Morand et Gendron, 2005). Ces programmes répondent à plusieurs besoins des parents d'adolescents ayant un SGT, puisqu'ils traitent des difficultés similaires : immaturité, impulsivité, comportements de violence, communication et désobéissance.

Pour soutenir la création de ces ateliers, la théorie de la structure d'ensemble de Gendreau (2001) a été suivie. Ces ateliers permettront d'atteindre les objectifs généraux 1 et 2.

L'action et les produits de transferts de connaissances

Le premier des deux ateliers porte sur la communication (voir l'Appendice B) et est réalisé à la 4^e rencontre des groupes. Les parents sont invités à faire une rétrospection sur leur propre adolescence pour en ressortir les caractéristiques de leurs relations avec les adultes et de la communication avec ceux-ci. La théorie sur une bonne formulation d'une demande est expliquée ainsi que des trucs pour favoriser que la demande soit entendue et respectée. Le message au JE est ensuite enseigné pour montrer aux parents comment ils peuvent communiquer leurs émotions, favoriser une bonne communication, favoriser l'empathie et être un exemple pour leur enfant. Les pièges à éviter dans la communication sont présentés de même que les étapes de résolution de conflits. Ces deux derniers thèmes sont abordés dans le groupe pour adolescent et il est expliqué aux parents l'importance d'appliquer eux-mêmes ces connaissances pour montrer l'exemple à la maison. Une activité de jeu de rôle est proposée pour pratiquer les concepts de la formulation d'une demande ainsi que du message au JE. Un devoir est donné aux parents de noter deux situations dans lesquelles ils ont utilisé cette technique de communication. Avant de quitter la rencontre, une technique d'impact est utilisée à l'aide d'une image (fiche 4.5, Appendice B) pour réfléchir sur leur écoute (communication réceptive). En devoir, les parents doivent remplir un questionnaire sur leurs comportements en termes d'écoute active, qui servira à les faire réfléchir sur leur propre comportement d'écoute et ce qu'ils peuvent faire pour l'améliorer.

Le deuxième atelier (voir l'Appendice B), soit la rencontre numéro 5, se concentre davantage sur la gestion des émotions et commence avec un retour sur l'atelier précédent et les devoirs donnés. L'écoute active est abordée ainsi que son importance dans la communication avec un adolescent, surtout lorsque ce dernier éprouve de la difficulté à exprimer ses émotions. Après avoir rempli un questionnaire sur leurs comportements d'écoute, les parents sont encouragés à nommer les comportements qu'ils ont à améliorer personnellement. Une mise en situation est par la suite proposée pour identifier les bons comportements d'écoute et ceux à améliorer. Ensuite, il est démontré comment refléter une émotion, toujours pour faciliter la communication parent-adolescent et pour favoriser la gestion des émotions de leurs enfants. Il est expliqué l'importance d'entendre l'émotion de l'adolescent sous le message, sans réagir à la façon dont il le nomme. Des exemples de messages sont lus et les parents doivent tenter d'identifier l'émotion sous-jacente. Un exercice de partage permet aux parents de pratiquer leur écoute et de faire des reflets aux autres parents sur les émotions exprimées. La dernière partie de cet atelier regroupe des informations données dans le groupe pour les adolescents concernant la gestion des émotions. Il est expliqué aux parents comment utiliser ces notions pour leur propre gestion de leurs propres émotions et pour accompagner leur adolescent à s'apaiser. Les signes précurseurs, les zones d'intensité des émotions et les différentes techniques d'apaisement sont décrits aux parents. Les parents ont comme devoir d'essayer de faire un reflet à leur adolescent et de proposer à celui-ci une technique pour s'apaiser pendant un moment où celui-ci vit une émotion.

Simultanément à la création des ateliers, un guide a été élaboré, qui a finalement permis de produire deux cahiers : un pour l'animateur et un pour le participant. Le cahier du participant remis à chacun d'eux au début de la première rencontre pour leur permettre d'avoir tous les devoirs et les activités ainsi que l'information nécessaire pour suivre pendant les rencontres. L'animation des deux ateliers s'est effectuée le 12 février et le 19 février 2020.

Moyens d'évaluation et de suivi

Pour assurer un monitoring des activités et que celles-ci répondent aux besoins des parents, deux outils sont utilisés à chacune des rencontres. Une fiche de satisfaction concernant la forme et le contenu de chaque activité (questionnaire d'appréciation) est remplie par chacun des participants, tandis qu'une grille d'évaluation de suivi est remplie par les deux animatrices. Suite à l'animation d'un atelier et à la lecture des questionnaires, des modifications sont apportées aux activités. Pour obtenir davantage d'information sur les activités à garder, celles à modifier ou sur des thèmes à couvrir dans le futur, un groupe de discussion est organisé lors de la rencontre bilan, le 26 février. La discussion est de type semi-structuré, puisque des questions ouvertes ont été préparées par les deux étudiantes. Un enregistrement audio de la discussion permettra de prendre les notes ultérieurement.

Quelques semaines après la rencontre bilan, une activité de présentation a été planifiée pour montrer les ateliers aux intervenants du CAEC. Cette étape concerne le

troisième et dernier objectif général du projet. Un courriel a été acheminé à l'équipe un mois à l'avance pour les avertir de la présentation qui s'insérerait dans une rencontre d'équipe. La présentation était prévue pour une durée de 60 minutes en présentant le guide de l'animateur à l'aide d'un projecteur. Une fiche questionnaire en Appendice A a été préparée pour que chaque participant à la rencontre puisse noter son niveau d'aisance à animer l'activité ainsi que les points à améliorer, le cas échéant. Une discussion d'une trentaine de minutes était prévue pour recevoir les éléments à garder au programme ainsi que ceux à modifier. Cette présentation n'a pu être effectuée. Les raisons entourant ces circonstances seront discutées dans la prochaine section du rapport.

Finalement, le produit final de transfert des connaissances a été peaufiné et remis au milieu. Une clé USB contenant le cahier de l'animateur, le cahier du participant, un *PowerPoint* ainsi que les différentes fiches à imprimer a été fourni à la tutrice de stage, de même que quelques copies papier des documents nécessaires à l'animation.

Présentation et discussion des résultats

Cette section expose les résultats des différents objectifs du projet, la discussion de ces résultats ainsi que les recommandations qui en découlent. Dans la première sous-section, l'atteinte des objectifs sera présentée en s'appuyant sur les observations effectuées et la cueillette de données.

Atteinte des objectifs et réponse au besoin du milieu

Les deux premiers objectifs généraux concernent la clientèle, soit les parents participant aux activités des rencontres 4 et 5 du programme. Le nombre de parents était de cinq lors du début du programme, mais trois parents ont participé aux rencontres 4 et 5. L'évaluation de l'atteinte des objectifs a donc été réalisée sur ces trois participants.

Le premier objectif général concerne les habiletés de communication travaillées avec les parents lors des ateliers. Pour l'objectif spécifique 1.1, chaque parent a utilisé au moins un élément proscrit par la théorie lors de la formulation de leur demande. Par exemple, ils ont donné un ordre à leur enfant dans le jeu de rôle, ils n'ont pas laissé de délai avant de répéter la consigne ou ont donné plusieurs consignes en même temps. Cet objectif est réussi puisqu'il était visé que la totalité des parents nomme au moins un contre-

exemple de demande. L'objectif 1.2 stipulait que 75 % des parents utilisent le message JE en devoir à la maison. Deux parents ont accompli le devoir, puisque deux des trois parents ont le même enfant en garde partagée. Le troisième parent n'a donc pas pu pratiquer son message JE puisqu'il n'avait pas la garde de son enfant pendant la grande majorité de la semaine. Cet objectif est partiellement atteint, car un taux de 67 % des parents l'ont réussi. Pour ce qui est de l'objectif 1.3 qui visait à ce que tous les parents qui ont répondu au questionnaire sur l'écoute nomment leurs lacunes et ciblent un comportement à améliorer au quotidien, celui-ci est atteint puisque les deux parents ayant répondu au questionnaire en devoir ont été capables de cibler une difficulté à travailler avec leur enfant. Le troisième parent a tout de même été capable de cibler son comportement à travailler.

Le deuxième objectif général portait sur l'amélioration des habiletés des parents à aider à la régulation des émotions de leur adolescent. Le premier objectif spécifique (2.1) visait à ce que tous les parents appliquent la technique du reflet pendant un exercice de partage de groupe. Cet objectif est partiellement atteint, car deux participants sur trois ont réussi à utiliser la technique comme montré. Le troisième parent avait de la difficulté à l'appliquer malgré les exemples et le modelage donnés par l'animatrice. L'objectif spécifique 2.2 visait à ce 75 % des parents nomment des trucs qu'ils peuvent proposer à leur adolescent lorsque celui-ci aura besoin de réguler ses émotions. Les trois participants ont nommé des moyens pouvant fonctionner pour leur enfant. L'objectif est donc atteint à 100 %.

Le troisième objectif général ciblait les intervenants du CAEC afin que ces derniers contribuent à l'amélioration du programme. Les objectifs spécifiques 3.1 et 3.2 devaient être évalués lors de la présentation du programme durant une rencontre d'équipe d'intervenants psychosociaux. Cependant, l'activité a dû être annulée en raison de la fermeture des établissements scolaires le 13 mars 2020 suite à la pandémie de la Covid-19. Le stage s'est donc terminé plus tôt que prévu et cet objectif reste non évalué.

Discussion

Cette partie du rapport a pour but de discuter de certains aspects du projet en les mettant en lien avec la théorie ou avec les résultats obtenus. La discussion sera présentée en regard de plusieurs angles : des objectifs, du problème et du besoin du milieu, du cadre de référence sur l'intervention de groupe, du cadre de référence sur les PEHP ainsi qu'en regard des moyens d'action et des retombées dans le milieu.

En regard des objectifs

Les objectifs concernant les parents participant au programme sont en majorité évalués suite à un devoir entre deux rencontres. Cette façon de faire est favorable, car elle permet au parent de se pratiquer dans un contexte de la vie réelle et de lui donner du temps pour assimiler la notion. Selon Hauth-Charlier et Clément (2009), cette pratique développerait l'autonomie des parents et favoriserait les apprentissages. Puisque le devoir

n'est pas réalisé devant les animatrices, l'évaluation de l'objectif doit se faire suite aux faits rapportés par le parent. Toutefois, pour chacun des objectifs généraux 1 et 2, un objectif spécifique était évalué directement pendant la rencontre par observation directe de l'animatrice, ce qui permet une objectivité.

L'atteinte de l'objectif 1.1 a été possible grâce à un jeu de rôle et des exemples nommés par l'animatrice. Toutefois, le fait que des contre-exemples étaient demandés cela a permis d'évaluer la connaissance de ce qu'il ne faut pas faire, mais pas de ce qui est recommandé. Ils ont par contre pu pratiquer la méthode recommandée lors de jeux de rôle, ce qui aurait pu faire l'objet d'un objectif évaluable.

Pour chacun des objectifs 1.2 et 1.3, un des parents n'a pas réalisé le devoir demandé. Cela a empêché l'évaluation de l'atteinte de l'objectif 1.2. Une possible explication serait que les parents d'enfants à besoins particuliers sont souvent très occupés. Ils doivent passer plus de temps à s'occuper de leur enfant et celui-ci est parfois moins autonome, ce qui cause un manque de temps dans leur horaire pour prendre soin d'eux (O'Hare et al., 2017).

Pour favoriser l'atteinte de l'objectif 2.1, les exercices sur le reflet auraient pu être faits avec des exemples de situations de la vie des parents avec leurs adolescents. Un parent l'a d'ailleurs nommé pendant la rencontre bilan : « Si on avait fait plus d'exercices sur le reflet avec des exemples sur les adolescents, ça aurait pu nous aider pour l'utiliser dans la vraie vie. ». Afin de favoriser l'atteinte de l'objectif 2.2, l'animatrice a fourni une

liste de nombreux moyens d'apaisement et de gestion des émotions et a eu une discussion avec les parents sur leurs propres moyens d'apaisement.

En regard du problème et besoin du milieu

En discutant avec les intervenants psychosociaux du CAEC, il a été déterminé que tous travaillaient avec une ou plusieurs familles d'un enfant ou adolescent ayant un SGT. Plusieurs d'entre eux ont nommé avoir peu d'outils spécifiques pour accompagner cette clientèle. Comme il n'existe pas de suivi spécialisé en individuel ou en groupe dans la région, les intervenants n'ont aucun endroit où référer des parents qui ont besoin de se former davantage. Le CAEC a déjà un programme de groupe sur l'anxiété pour plusieurs tranches d'âges, dont les parents, ainsi qu'un groupe sur le Trouble de la personnalité limite. L'offre de groupe pour les parents d'adolescents vivant avec un SGT répond à un besoin et cadre très bien dans l'offre de service du CAEC. Faire une évaluation de l'offre déjà présente ou bien bonifier celle-ci à l'aide de la littérature scientifique aurait également pu être une bonne option pour répondre aux besoins du milieu.

En regard du cadre de référence sur l'intervention de groupe

La composition du groupe peut avoir une incidence sur les interactions entre les membres, et donc sur l'atteinte des objectifs (Turcotte et Lindsay, 2014). Un mélange d'homogénéité et d'hétérogénéité dans les caractéristiques des membres du groupe est ce

qui est recommandé. Les parents du groupe avaient plusieurs caractéristiques homogènes : ethnicité, groupe d'âge, statut socioéconomique, diagnostic de leur enfant. Toutefois, quelques caractéristiques rendaient le groupe hétérogène : âge de l'enfant, moment du diagnostic, comorbidités. Bien que les parents arrivaient à se comprendre dans leurs difficultés vécues, l'écart d'âge des enfants (10 ans et 17 ans) rendait leur réalité somme toute différente.

Selon une étude de Evans et al. (2014), les parents apprécient l'effet de groupe, car il comblerait le besoin de partager leur vécu et de trouver du support. Ces résultats ont été retrouvés chez les parents du présent projet alors que ceux-ci ont nommé avoir apprécié de trouver d'autres parents qui vivent des situations similaires et qui les comprennent. Ils ont également nommé avoir pu partager leur vécu en ayant le temps et l'espace pour le faire. Ceci rejoint les facteurs d'aide thérapeutiques de la révélation de soi ainsi que de l'universalité, soit de voir qu'ils ne sont pas seuls à vivre ce qu'ils vivent (Turcotte et Lindsay, 2014). Cet extrait de l'enregistrement de la rencontre bilan en témoigne : « Dès la première rencontre, on s'est parlé et on avait un peu la même fille. Ça m'a fait un grand bien de savoir que je n'étais pas seule ». Les facteurs d'espoir et d'échange d'information (aussi appelé formation) (Turcotte et Lindsay, 2014) ont également été au cœur des rencontres. Les parents ont vécu du soulagement de savoir qu'il y avait des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent dans leur vie familiale. Le fait d'en apprendre plus et de recevoir des conseils a pu les aider concrètement. Voici un extrait des propos d'un des parents alors qu'elle parlait d'une notion apprise : « Je ne connaissais pas ça [...] Ça

m'encourage en me disant qu'il y a des solutions pour que ça aille bien dans la vie de tous les jours ».

En regard du cadre de référence sur le PEHP

Il serait considéré qu'un programme de 10 heures et moins serait moins bénéfique à l'apprentissage de nouvelles pratiques (Hauth-Charlier et Clément, 2009). Le programme a donc été construit pour avoir au moins 10 heures, mais le nombre d'ateliers n'a pas pu être plus grand en raison du cadre limité du projet d'action. Dans le futur, il serait bien de continuer de développer d'autres ateliers pour bonifier l'offre de service, dont un atelier sur la fratrie et des ateliers parents-enfants pour mettre en pratique les techniques apprises. Concernant le mode d'enseignement, un cahier du participant a été remis à chacun des parents au début des rencontres avec l'information importante ainsi qu'un endroit pour faire leur devoir. Cette modalité recommandée (Hauth-Charlier et Clément, 2009) semble avoir été appréciée des parents qui ont utilisé ce cahier comme rappel de la théorie afin de faciliter leur pratique autonome. De plus, des jeux de rôle ont régulièrement été utilisés pour favoriser la modélisation de certaines techniques. Cette modalité est recommandée lors d'un PEHP afin d'augmenter l'acquisition des concepts par les parents (Hauth-Charlier et Clément, 2009). L'aspect dynamique des rencontres a plu aux parents qui ont souligné que les présentations magistrales ne sont pas nécessaires à l'apprentissage de la théorie.

Au bilan, les parents ont nommé avoir appris des notions nouvelles et s'être rappelés

des informations qu'ils connaissaient déjà. Ceci leur a permis de recommencer à appliquer certains moyens au quotidien qu'ils avaient délaissés au fil du temps. Ils ont appris des informations sur le trouble de leur enfant et ont mis en place des moyens pour diminuer les comportements perturbateurs de leur enfant et pour augmenter le bien-être familial, ce qui est souhaité lors de l'établissement d'un PEHP (Hauth-Charlier et Clément, 2009).

En regard des moyens d'action et de retombées dans le milieu

Pour les participants, le groupe et ses ateliers ont eu un impact positif sur leur fonctionnement global comme parents. Bien qu'aucun objectif spécifique ne soit pas en lien avec l'apprentissage de connaissances, un parent a tout de même nommé avoir une « meilleure compréhension de la maladie, de ses effets et de comment agir avec [son] adolescent » lors d'une discussion libre pendant le bilan.

Même si le programme n'a pas été présenté au milieu par les stagiaires, les activités ainsi que le guide d'implantation qui les accompagne ont été laissés dans le milieu. La superviseure en activités cliniques qui a grandement été impliquée dans le projet pourra donc former les animateurs et les accompagner au besoin. En plus d'être un programme clé en main pour que les intervenants l'animent dans les années suivantes, le guide peut être source d'information sur le SGT. Les activités pourraient également être utilisées en partie ou en totalité, en individuel ou avec une famille ayant des difficultés similaires aux

familles ciblées dans le programme. Le milieu est donc mieux outillé et peut ajouter une offre de groupe à ses services dispensés à la population.

Recommandations

Cette section énumère diverses recommandations qui peuvent permettre de finaliser le projet ou de le bonifier.

Premièrement, puisque le projet n'a pas pu être complété en raison de l'arrêt du stage lié à la pandémie, il serait important d'en faire la présentation à l'ensemble de l'équipe d'intervenants psychosociaux. Ceci pourra assurer la pérennité du projet. Suite à la présentation des ateliers, une formation sur l'intervention de groupe en général pourrait être donnée aux intervenants. Puisque le CAEC offre d'autres groupes d'éducation et de soutien, la formation serait pertinente pour que les animateurs se sentent habilités à les animer et donc plus enclins à s'approprier le programme pour les parents d'adolescents ayant un SGT.

Concernant le recrutement, il serait pertinent d'avoir les parents des enfants ou des adolescents qui eux aussi participent aux ateliers de leur groupe d'âge. Ceci permettrait un meilleur transfert des acquis dans le milieu et il serait plus facile pour eux que leur enfant ait appris les mêmes moyens et utilise le même langage. Le fait d'avoir les deux

groupes au même moment rendrait possible la mise en place d'ateliers en dyade parent-enfant.

Le recrutement pourrait également se faire plus tôt, c'est-à-dire, de prendre les références pour l'année suivante dès la fin des rencontres et de recontacter les familles quelques semaines ou mois avant le début du prochain groupe. Les critères d'inclusion des participants pourraient être élargis afin d'offrir le programme à la clientèle d'autres services du CIUSSS-MCQ que seulement celle en santé mentale jeunesse. Par exemple, des bénéficiaires des services de proximité, du DI-TSA-DP ou des Centres Jeunesses pourraient être de bons candidats à recevoir le programme. De plus, puisque plusieurs enfants et adolescents ayant un SGT bénéficient de services au CAEC, mais que le groupe n'était pas disponible auparavant, il pourrait être intéressant de le proposer à des familles ayant déjà reçu des services, mais n'étant plus dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Concernant les ateliers du programme, il serait intéressant d'inclure les parents dans les journées de plein air organisées pour le groupe d'enfants et celui des adolescents (Ruel-Goudreau, 2019). Ces journées permettent de mettre en pratique ce qu'ils ont appris lors des ateliers et les activités proposées offrent différents contextes d'apprentissage. Inclure les parents permettrait de faire du modelage avec eux en accompagnant les jeunes et offrirait la possibilité aux parents de mettre en pratique les techniques de communication et de gestion des émotions apprises lors des rencontres au centre.

Il est recommandé de modifier et d'adapter les ateliers conçus afin de répondre aux besoins des parents d'enfants de 10 à 12 ans, ce qui correspond au 2^e groupe d'âge qui reçoit le programme pour les jeunes ayant un SGT. L'adaptation des activités permettrait davantage aux animateurs de suivre les besoins des participants du groupe.

Si un ajout de rencontres était prévu, il serait recommandé de laisser plus de temps aux participants pour échanger et pour mettre en pratiques les techniques apprises. De plus, une rencontre avec les membres de la fratrie et une rencontre parent-enfant sont des besoins exprimés par les participants lors de la rencontre bilan.

Une évaluation du programme serait à prévoir afin de réellement mesurer les impacts des ateliers à court, moyen et long terme. Cette évaluation permettrait également de voir si le groupe répond mieux aux besoins des familles que les rencontres individuelles.

Conclusion

Pour conclure ce rapport, la section suivante présente les différentes possibilités de généralisation à d'autres milieux ou à d'autres clientèles, les limites du projet ainsi que l'apport de celui-ci au développement des connaissances et des pratiques professionnelles en psychoéducation.

Possibilités de généralisation à d'autres milieux ou clientèles

À court terme, le programme pourrait être diffusé dans les autres secteurs du CIUSSS-MCQ. De plus, une collaboration entre les milieux scolaires et le CIUSSS pourrait être envisagée, comme il est possible de faire avec certains autres programmes. Les adolescents pourraient être référés à partir de l'école elle-même et des équipes d'intervenants des deux milieux pourraient être formées. Les organismes communautaires de la région, comme Les parents partenaires, serait également une option de collaboration puisqu'ils offrent des services de soutien et de groupe à la famille des enfants ayant un trouble de santé mentale. De plus, un partenariat avec les organismes communautaires pourrait aider au recrutement des participants. À plus long terme, une collaboration avec d'autres CISSS ou CIUSSS pourrait être explorée, de même qu'avec la clinique Tourette du CHU Ste-Justine. Le programme pourrait être bonifié avec leur expertise afin de créer

un seul et même programme à travers le Québec.

Les activités du programme peuvent être utilisées avec des familles d'adolescents n'ayant pas de SGT. Il peut être intéressant de travailler la communication intrafamiliale et la gestion des émotions avec tout parent d'adolescent ayant des difficultés comportementales ou émotionnelles. Par exemple, les activités sur la communication peuvent servir avec des jeunes qui ont un trouble du déficit de l'attention ou un trouble d'opposition avec provocation et les activités sur la gestion des émotions pourraient grandement aider les jeunes souffrant d'un trouble anxieux.

La structure du programme a été pensée en se fiant aux besoins du milieu dans lequel le programme a été implanté. Elle n'est donc pas générale, mais pourrait être modifiée facilement selon les différents milieux où il serait implanté.

Limites du projet

Une première limite du projet est le nombre faible de participants. Seulement trois parents ont fait l'entièreté du programme, ce qui permet aux animatrices de mieux connaître chaque parent, mais limite le partage d'expériences diversifiées. De plus, deux des parents ont le même enfant donc les exemples donnés de la vie des parents représentaient deux enfants différents. Il a pu être difficile pour eux de trouver des points en commun puisque les critères d'inclusion sur le plan de l'âge ont été élargis et qu'un

des enfants avait 10 ans et l'autre, 17 ans.

Une des limites concerne les activités de mise en action durant les ateliers. Plusieurs des activités étaient prévues sous forme de dyades. Toutefois, ayant un nombre impair de participants, un d'eux devait faire l'exercice avec une animatrice. Ce participant a donc moins bénéficié du partage avec un autre participant à ce moment-là, puisque les exemples de l'animatrice ne sont pas des faits réels. Le partage de faits vécus à travers les exercices est un élément essentiel pour le groupe.

Apport du projet au développement des connaissances et des pratiques professionnelles en psychoéducation

Le présent projet contribue au développement de la pratique en psychoéducation puisqu'il s'appuie sur les bases de l'approche psychoéducative (Gendreau, 2001 ; Renou, 2005). Comme défini dans le cadre théorique de ce rapport, la psychoéducation utilise le milieu de l'individu afin d'aider celui-ci à s'adapter. Les ateliers du projet, en plus de s'adresser directement aux proches de la personne touchée, considèrent également les différences d'un individu à l'autre. Le programme a également été bâti à l'aide de la structure d'ensemble soit un outil propre à l'approche psychoéducative. Par exemple, les objectifs du programme et de chacune des activités ont été clairement définis dès le début ce qui a permis de se recentrer sur ceux-ci pendant l'animation. Un système d'évaluation et de reconnaissance a également été élaboré avant d'animer le programme. Il a pu

permettre aux animatrices de valider la satisfaction des parents et de s'ajuster au fil des rencontres. La structure d'ensemble du programme est décrite dans le cahier de l'animateur (Appendice B).

Le programme permet de soutenir un rôle du psychoéducateur moins fréquent dans la pratique du milieu, soit l'animation de groupe, ces derniers intervenant le plus souvent en suivi individuel ou familial. L'opinion et la réalité des intervenants ont été prises en compte tout au long de la création et de l'implantation et les discussions d'équipe ont pu contribuer à un transfert des connaissances continu.

En conclusion, le projet créé est un apport important au milieu de stage, mais aussi à la pratique psychoéducative puisqu'il pallie un manque de programmes d'intervention adressés aux parents d'enfants présentant un SGT. Il soutient l'intervention avec des familles en éduquant sur les particularités du trouble ainsi qu'en outillant sur la gestion des émotions et la communication. En plus d'outiller les intervenants du milieu de stage à améliorer leur pratique avec ces familles, le projet réalisé offre la possibilité à des parents d'améliorer leur quotidien avec leur enfant ayant un SGT et rejoint un des objectifs premiers de tout psychoéducateur, soit d'améliorer les capacités et les ressources adaptatives des individus et de leur milieu.

Références

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M. et Perry, C. (2006). Parent–child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(1), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.09.013>.
- Alain, M. (2009). Des systèmes de classification des modèles d'évaluation de programmes d'intervention psychosociale à une proposition de modèle intégrateur : Les trois phases du cube : avant-pendant-après. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *laborer et valuer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 9-28). = Presses de l'Université du Québec.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., traduit par M.-A. Crocq et J. D. Guelfi). Elsevier Masson.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children : A clinician's manual for assessment and parent training* (2^e éd.). Guilford Press.
- Beaudoin, S. et Laquerre, C. (2001). *Guide pratique pour structurer le transfert des connaissances*. Direction du développement de la pratique professionnelle, Centre jeunesse de Québec, Institut universitaire.
- Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Visser, S. N., Mink, J. W., Zinner, S. H., Ghandour, R. M. et Blumberg, S. J. (2014). A national profile of Tourette syndrome, 2011-2012. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 35(5), 317–22. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000065>
- Boutelle, K., Eisenberg, M. E., Gregory, M. L. et Neumark-Sztainer, D. (2009). The reciprocal relationship between parent–child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.019>
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte*. Presses universitaires de France.
- Broady, T. et Aggar, C. (2017). Career interventions: An overview of service effectiveness. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses Association*, 20(2), 5–11.
- Burn, M., Knight, T., Taylortl, L. et Toubourou, J. W. (2019). Parents' perceptions of changes in family functioning after participation in a strengthening families intervention: A qualitative analysis. *Children and Youth Services Review*, 100, 428-436. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.028>

- Cavanna, A. E., Servo, S., Monaco, F. et Robertson, M. M. (2009). The behavioral spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21(1), 13-23.
<https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.21.1.13>
- Centre Famille Valcartier. (2020). Guide de soutien pour les parents d'enfants ayant des besoins particuliers. https://crfmv.com/wp-content/uploads/2020/11/parent_besoin_speciaux.pdf?fbclid=IwAR2dr2l-eYHTCzgl9K2bM9bvxNks9eXOyU3rkmVJqwPgqWCfIL2MXdmnwWE
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2019, 13 septembre). *Rapport annuel de gestion 2018-2019 du CIUSSS MCQ*. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/1033/rapport-annuel-2018-2019-du-ciusss-mcq>
- Collin-Vézina, D., McNamee, S., Rouleau, S., Bujold, N. et Marzinotto, E. (2018). Le modèle d'intervention systémique ARC : attachement, régulation des affects et compétence. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina et N. Godbout (dir.), *Trauma complexe : comprendre, évaluer et intervenir* (p. 233-250). Presses de l'Université du Québec.
- Conover, K. et Daiute, C. (2017). The process of self-regulation in adolescents: A narrative approach. *Journal of Adolescence*, 57(1), 59–68.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.03.006>
- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier ? *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39(3), 23-35.
<https://doi.org/10.3917/lse.393.0023>
- Davidson, T. M. et Cardemil, E. V. (2009). Parent–child communication and parental involvement in Latino adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 29(1), 99–121.
<https://doi.org/10.1177/0272431608324480>
- Debes, N., Hjalgrim, H. et Skov, L. (2010). The presence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and obsessive-compulsive disorder worsen psychosocial and educational problems in Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*, 25(2), 171–181.
- Duclos, G., Laporte, D. et Ross, J. (2002). *L'estime de soi des adolescents*. Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

- Eapen, V. et Črnčec, R. (2009). Tourette syndrome in children and adolescents: Special considerations. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 525-532. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.003>
- Eddy, C. M., Cavanna, A. E., Gulisano, M., Agodi, A., Barchitta, M., Cali, P., Robertson, M. M. et Rizzo, R. (2011). Clinical correlates of quality of life in Tourette syndrome. *Movement Disorders*, 26(4), 735–8. <https://doi.org/10.1002/mds.23434>
- Evans, G., Wittkowski, A., Butler, H., Hedderly, T. et Bunton, P. (2015). Parenting interventions in tic disorders: An exploration of parents' perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 41(3), 384-396. <https://doi.org/10.1111/cch.12212>
- Felling, R. J. et Singer, H. S. (2011). Neurobiology of Tourette syndrome: Current status and need for further investigation. *The Journal of Neuroscience*, 31(35), 12387–95. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0150-11.2011>
- Ferreira, B. R., Pio-Abreu, J. et Januário, C. (2014). Tourette's syndrome and associated disorders: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 123-133. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1003>
- Fondation canadienne du syndrome de la Tourette. (2005). *Comprendre le syndrome de la Tourette : Manuel pour les éducateurs*. Auteur.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Béliveau Éditeur.
- Ginsburg, G. S. et Kingery, J. N. (2007). Management of familial issues in persons with Tourette syndrome. Dans D. W. Woods, J. C. Piacentini et J. T. Walkup (dir.), *Treating Tourette syndrome and tic disorders: A guide for practitioners*. (p. 225-241). Guilford.
- Goussé, V., Czernecki, V., Denis, P., Stilgenbauer, J.-L., Deniau, E. et Hartmann, A. (2018). Impact of perceived stress, anxiety-depression and social support on coping strategies of parents having a child with Gilles de la Tourette syndrome. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 109-113. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.08.017>
- Hamelin, C. (2018). *L'implantation d'ateliers de groupe pour l'entraînement des habiletés sociales auprès d'adolescents ayant un syndrome de Gilles de la Tourette dans un contexte pédopsychiatrique* (Rapport de projet d'action maîtrise en psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada).
- Hauth-Charlier, S. et Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H: Considérations pratiques et

- implications cliniques. *Pratiques Psychologiques*, 15(4), 457-472. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.001>
- Hirschtritt, M. E., Lee, P. C., Pauls, D. L., Dion, Y., Grados, M. A., Illmann, C., King, R. A., Sandor, P., McMahon, W. M., Lyon, G. J., Cath, D. C., Kurlan, R., Robertson, M. M., Osiecki, L., Scharf, J. M. et Mathews, C. A. (2015). Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette Syndrome. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 325-333. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2650>
- Hoekstra, P. J., Dietrich, A., Edwards, M. J., Elamin, I. et Martino, D. (2013). Environmental factors in Tourette syndrome. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(6), 1040-1049. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.10.010>
- Jalenques, I., Auclair, C., Morand, D., Legrand, G., Marcheix, M., Ramanoel, C., Hartmann, A., Derost, P. et Syndrome de Gilles de La Tourette Study Group. (2017). Health-related quality of life, anxiety and depression in parents of adolescents with Gilles de la Tourette Syndrome: A controlled study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 603–617. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0923-5>
- Jones, K. S. et Ramphul, K. (2018). *Tourette syndrome and other tic disorders*. StatPearls Publishing.
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N. et Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77–90. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002>
- Lavoie, M. E., Leclerc, J., Thibault, G. et O'Connor, K.P. (2012). Les interventions cognitivo-comportementales auprès des enfants et des adolescents souffrant du syndrome Gilles de la Tourette et de tics chroniques. Dans Turgeon, L. et Parent, S. (dir.), *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents*, Tome 2 Troubles extériorisés (p. 87-111). Presses de l'Université du Québec.
- Leclerc, J., Forget, J. et O'Connor, K. P. (2008). *Quand le corps fait à sa tête : le syndrome de Gilles de la Tourette*. Éditions Multimondes.
- Leclerc, O'Connor, K. P., Forget, J. et Lavoie, M. E. (2012). Évaluation de l'effet d'un programme d'entraînement à l'autogestion des épisodes explosifs chez des enfants atteints du syndrome de Gilles de la Tourette. *Pratiques psychologiques*, 18(3), 221-244. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2010.07.001>

- Lee, M. Y., Chen, Y. C., Wang, H. S. et Chen, D. R. (2007). Parenting stress and related factors in parents of children with Tourette Syndrome. *The Journal of Nursing Research*, 15(3), 165–174. <https://doi.org/10.1097/01.JNR.0000387612.85897.9a>
- Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M-C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf
- Lussier, F., Dion, Y., Landry, M., Juneau, M. et Thomas, F. (1997). Le syndrome de la Tourette en un clin d'œil. Association québécoise du syndrome de la Tourette.
- Malli, M. A., Forrester-Jones, R. et Murphy, G. (2016). Stigma in youth with Tourette's syndrome: A systematic review and synthesis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(2), 127-139. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0761-x>
- Massé, L. (2009). L'évaluation des besoins : un outil pour la planification. Dans M. Alain et D. Dessureault (dir.), *laborer et valuer les programmes d'intervention psychosociale* (p. 73-100). Presses de l'Université du Québec.
- Massé, L., Verret, C., Verreault, M., Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison : programme pour aider les parents à mieux composer au quotidien avec le TDA/H de leur enfant*. Chenelière-éducation
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Faire ensemble et autrement : plan d'action en santé mentale 2015-2020* (publication n° 17-914-17W). Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM)*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/guides-pour-les-troubles-mentaux/>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. et Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16, 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Murphy, T. et Heyman, I. (2007). Group work in young people with Tourette Syndrome. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 46–48. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00427.x>
- Nussey, C., Pistrang, N. et Murphy, T. (2013). How does psychoeducation help? A review of the effects of providing information about Tourette syndrome and attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *Child: Care, Health Development*, 39(5), 617-627.
<https://doi.org/10.1111/cch.12039>
- O'Hare, D., Eapen, V., Grove, R., Helmes, E., McBain, K. et Reece, J. (2017). Youth with tourette syndrome: Parental perceptions and experiences in the Australian context. *Australian Journal of Psychology*, 69(1), 48–57.
<https://doi.org/10.1111/ajpy.12111>
- O'Hare, D., Eapen, V., Helmes, E., McBain, K., Reece, J. et Grove, R. (2016). Recognising and treating tourette's syndrome in young Australians: a need for informed multidisciplinary support. *Australian Psychologist*, 51(3), 238–245.
<https://doi.org/10.1111/ap.12170>
- Paschou, P. (2013). The genetic basis of Gilles de la Tourette syndrome. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(6), 1026–1039.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.016>
- Proenca, C. C., Gao, K. P., Shmelkov, S. V., Rafii, S. et Lee, F. S. (2011). Slitrks as emerging candidate genes involved in neuropsychiatric disorders. *Trends in Neurosciences*, 34(3), 143–53. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2011.01.001>
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Montréal, QC : Éditions Sciences et Culture.
- Rivera-Navarro, J., Cubo, E. et Almazán, J. (2014). The impact of Tourette's syndrome in the school and the family: Perspectives from three stakeholder groups. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 36(1), 96-113.
<https://doi.org/10.1007/s10447-013-9193-9>
- Robertson, M. M. et Eapen, V. (2017). The psychosocial aspects of the Gilles de la Tourette syndrome: Empirical evidence from the literature. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 59–69. <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0107-8>
- Royer, É., Morand C. et Gendron, M. (2005). *Pratiquons ensemble nos compétences : un programme basé sur les forces des adolescents et de leurs parents*. Centre de santé et de services sociaux de Portneuf, Programme Famille-enfance-jeunesse et santé mentale.
- Ruel-Goudreau, V. (2019). *L'intervention par la nature et l'aventure auprès d'adolescents ayant un syndrome Gilles de la Tourette afin de favoriser la réalisation d'habiletés sociales dans un contexte dopsychiatrique* (Rapport de projet d'action maîtrise en psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada).

- Sandle, R. V. (2012). The deconstruction of Gilles de la Tourette's syndrome. *Journal of European Psychology Students*, 3(1), 68–77. <http://doi.org/10.5334/jeps.as>
- Sarıtaş, D., Grusec, J. E. et Gençöz, T. (2013). Warm and harsh parenting as mediators of the relation between maternal and adolescent emotion regulation. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1093–1101. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.015>
- Scahill, L., Sukhodolsky, D. G., Bearss, K., Findley, D., Hamrin, V., Carroll, D. H. et Rains, A. L. (2006) Randomized trial of parent management training in children with tic disorders and disruptive behavior. *Journal of Child Neurology*, 21(8), 650–656. <https://doi.org/10.1177/08830738060210080201>
- Schoeder, C. E. et Remer, R. (2007) Perceived social support and caregiver strain in caregivers of children with Tourette's Disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 888–901. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9133-6>
- Shady, G. A., Jewers, R., Furer, P., Wand, R. et Papadopoulos, R. B. (2007). Your child's development. Dans T. L. Marsh (dir.), *Children with Tourette syndrome: A parents guide* (2^e éd., p. 177-205). Woodbine House.
- Shortt, J. W., Stoolmiller, M., Smith-Shine, J. N., Eddy, J. M. et Sheeber, L. (2010). Maternal emotion coaching, adolescent anger regulation, and siblings' externalizing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 799-808. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02207.x>
- Simard, L. (2019). *Communication et importance parentale sur la détresse psychologique selon les dyades parent-adolescent et l'âge*. <https://constellation.uqac.ca/5126/>
- Tellier, G. et Boivin, J. (2009). Au-delà du diagnostic psychiatrique. Le médecin du Québec, 44(6), 27-31. https://lemedecinquebec.org/Media/104090/027-031DreBoivin0609.pdf?fbclid=IwAR2WmJMSz9C5zODPGMt0jsbLTc19MSOdg_tSpVfLZHBVYVJj-0lxGyORnRwRA
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Thompson, R. A., Lewis, M. D. et Calkins, S. D. (2008). Reassessing emotion regulation. *Child Development Perspectives*, 2(3), 124–131. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00054.x>
- Tourette Syndrome Foundation of Canada (n.d.). *Canadian guidelines for the evidence-based treatment of Tourette syndrome*. Auteur.

- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2014). *L'intervention sociale auprès des groupes* (3^e éd.). Gaëtan Morin éditeur.
- Verdellen, C., van de Griendt, J., Hartmann, A. et Murphy, T. (2011). European clinical guidelines for Tourette Syndrome and other tic disorders. Part III: Behavioural and psychosocial interventions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(4), 197–207. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0167-3>
- Weymouth, B. B. et Buehler, C. (2016). Adolescent and parental contributions to parent–adolescent hostility across early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence: A Multidisciplinary Research Publication*, 45(4), 713–729. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0348-3>
- Wiles, B., Cooper, A. N. et McWey, L. M. (2019). Using child services: The importance of the mother-child relationship and maternal social support. *Journal of Social Service Research*, 45(3), 418–428. <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1480567>
- Willemen, A. M., Schuengel, C. et Koot, H. M. (2009). Physiological regulation of stress in referred adolescents: The role of the parent-adolescent relationship. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 482–490. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01982.x>.
- Woods, D. W. (2008). *Managing Tourette syndrome a behavioral intervention for children and adults: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Woods, D. W., Piacentini, J., Chang, S., Deckersbach, T., Ginsburg, G., Peterson, A., Scahill, L., Walkup, J. et Wilhelm, S. (2008). *Managing Tourette syndrome: A behavioral intervention for children and adults therapist guide*. Oxford University Press.
- Zimmermann, P., Mohr, C. et Spangler, G. (2009). Genetic and attachment influences on adolescents' regulation of autonomy and aggressiveness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(11), 1339–1347.
- Zinner, S. H., Conelea, C. A., Glew, G. M., Woods, D. W. et Budman, C. L. (2012). Peer victimization in youth with Tourette syndrome and other chronic tic disorders. *Child Psychiatry and Human Development*, 43, 124–136. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0249-y>

Appendice A

Questionnaire du niveau d'aisance

Activité 1

L'adolescence, le SGT et les troubles associés

Très à
l'aise À l'aise Peu à
l'aise Pas du tout
à l'aise

Partie A – Présentation des animateurs et des participants				
Présentation				
Partie B – Activité brise-glace				
Je te présente				
Partie C – Règles de fonctionnement				
Les règles				
Partie D – Activité				
La dictée Tourette				
Questionnement sur le vécu des parents et prise de conscience				
Partie E – Présentation théorique et activité				
Activité visant à départager l'adolescence, le SGT et les troubles associés				
La théorie				
Partie F – Évaluation de la rencontre				
Retour et questionnaires				

Commentaires :

Activité 4

La communication avec un adolescent vivant avec un SGT

	Très à l'aise	À l'aise	Peu à l'aise	Pas du tout à l'aise
Partie A – Retour				
Retour sur la rencontre 3 – L'encadrement auprès de l'adolescent vivant avec un SGT				
Partie B – Faire une demande				
Activité retour dans le temps				
Théorie sur la formulation d'une demande				
Partie C – Le message au JE				
Les pièges à éviter				
Théorie sur l'application du message au JE				
La résolution de conflits				
Partie D – Exercice sur la communication				
Jeu de rôle sur la communication				
Devoir				
Partie E – Technique d'impact sur l'écoute				
Image sur l'écoute				

Devoir

Partie F – Évaluation de la rencontre

Retour et questionnaires

Commentaires :

Activité 5

Favoriser la gestion des émotions avec un adolescent vivant avec un SGT

	Très à l'aise	À l'aise	Peu à l'aise	Pas du tout à l'aise
Partie A – Retour				
Retour sur la rencontre 4 et sur le message au JE				
Retour sur le questionnaire sur l'écoute				
Partie B – Être à l'écoute de l'enfant				
Théorie sur l'écoute active				
Pratique mise en situation sur l'écoute				
Partie C – Réfléter une émotion				
Théorie sur la façon de faire un reflet				
Exemples de reflets				
Partie D – Exercice sur l'écoute et le reflet				
Pratique de l'écoute et du reflet				
Devoir				
Partie E – Accompagner la gestion des émotions chez l'adolescent				
Les signes précurseurs de la colère				

Les zones d'émotion				
Les techniques d'apaisement				
Devoir				
Partie F – Évaluation de la rencontre				
Retour et questionnaires				

Commentaires :

Appendice B

Cahier de l'animateur



Groupe hiver 2020

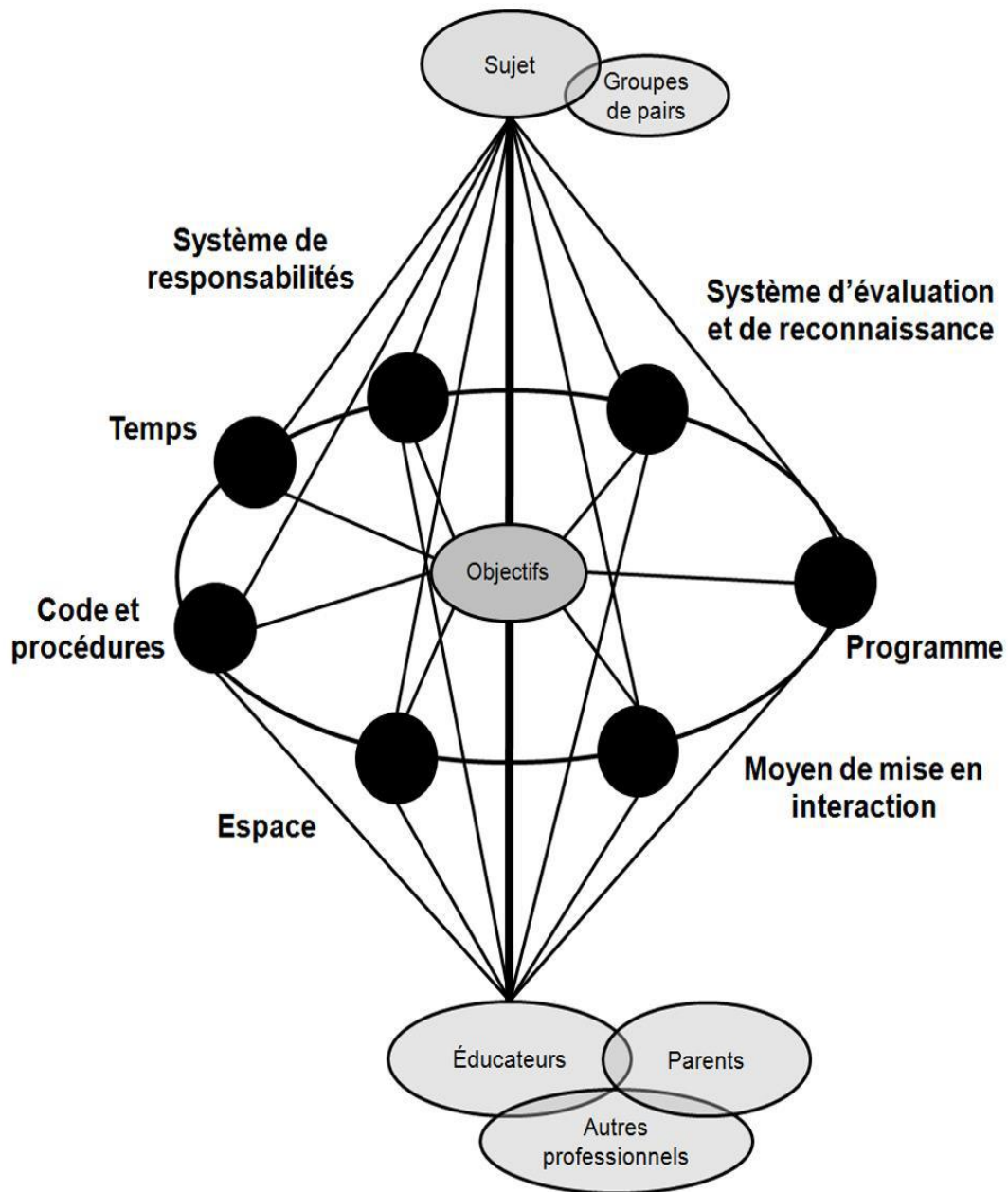
Groupe d'habiletés sociales et gestion de la colère - Volet parents

Cahier de l'animateur

Par Sara-Jane Garceau et Sandrine Fillion

Les 10 composantes de l'intervention psychoéducative

La structure d'ensemble des ateliers de groupe



Les participants ciblés :

- ✓ Le groupe cible des parents d'adolescents atteints du syndrome Gilles de la Tourette (SGT).

Les animateurs sollicités :

- ✓ Les professionnels et les stagiaires du Centre Arc-en-Ciel animent le groupe.

Le temps :

- ✓ Les rencontres se déroulent sur une durée de six semaines, à l'hiver. Les rencontres sont d'une durée de 2 h chacune, incluant une pause de 10 minutes. Les ateliers détaillent la durée pour chacune des activités de la rencontre.

L'espace :

- ✓ Les rencontres se déroulent dans une salle du Centre Arc-en-Ciel pouvant accueillir le nombre de participants au groupe d'intervention.

Les objectifs :

- ✓ Le programme a pour but d'outiller les parents d'adolescents atteints du SGT, afin de les aider à surmonter les difficultés qu'éprouve leur enfant au quotidien, d'améliorer les comportements de leur enfant et de favoriser une expérience positive. Le groupe sert également de lieu de partage entre parents qui peuvent vivre des défis semblables. Pour les objectifs, voir la présentation des objectifs définis pour chaque rencontre dans le présent document.

Le programme :

- ✓ Voir le contenu prévu aux diverses rencontres dans le présent document. Les grands thèmes abordés sont l'encadrement (routines, règles et favorisation des comportements appropriés), la communication et la gestion des émotions (identification, expression et modulation).

Matériels qui ne sont pas inclus dans le cartable des ateliers de groupe (à prévoir) :

- ✓ Crayons
- ✓ Petits bouts de papier vierges
- ✓ Contenant vide
- ✓ Grand carton
- ✓ Gomme bleue
- ✓ Tableau et craies/crayons
- ✓ Présentation PowerPoint (rencontre 1)
- ✓ Outil pour gérer le temps (ex : un minuteur)
- ✓ Café et collations

Les moyens de mise en relation :

- ✓ Les modalités didactiques utilisées sont :
 - Des exercices papier / crayon
 - Des exercices actifs
 - Des exercices de réflexion
 - Le renforcement social
 - Des jeux de rôles
 - Les rétroactions de la part des intervenants et des autres participants
 - Des défis personnels à faire entre les ateliers d'intervention (devoirs)
- ✓ Et d'autres techniques d'intervention pertinentes, sur-le-champ, pour favoriser l'augmentation des capacités adaptatives des participants.

Le système de responsabilités :

- ✓ Voir le contrat d'engagement dans le cahier du participant afin de connaître ce qui est attendu de celui-ci durant les rencontres.
- ✓ Des devoirs sont à réaliser.

- ✓ Le partage de l'animation du groupe est à la discrétion des animateurs interpellés pour l'animer.
- ✓ Les animateurs gèrent le temps des activités en s'assurant de laisser un espace de partage suffisant pour les participants.

Le code et les procédures :

- ✓ Voir le contrat d'engagement dans le cahier du participant.
- ✓ Déterminer des règles avec le groupe lors de la première rencontre d'animation.
- ✓ Les participants doivent être présents à chaque rencontre. Chaque rencontre est préalable à la rencontre suivante.

Le système d'évaluation et de reconnaissance :

- ✓ Sur le plan de la reconnaissance, ce groupe d'intervention n'utilise pas de système d'émulation. Cependant, des renforcements verbaux seront utilisés auprès des participants.
- ✓ Sur le plan de l'évaluation, une rencontre pré-groupe est réalisée auprès des participants. Lors de celle-ci, un bref questionnaire sera rempli par les participants, évaluant leur niveau de connaissance et ces compétences face aux thèmes abordés. Ce même questionnaire sera rempli de nouveau par les participants à la fin de l'intervention, lors de la rencontre bilan.
- ✓ Les parents sont invités à la fin de chacune des rencontres à remplir un questionnaire d'appréciation des contenus et de la forme de la rencontre.
- ✓ Les intervenants sont invités à la fin de chacune des rencontres à remplir une grille de suivi de la réalisation de l'atelier (chacune des activités est évaluée).

Rencontre 1

Être parent d'un adolescent vivant avec un syndrome Gilles de la Tourette (SGT)

Activité (120 minutes)	L'adolescence, le SGT et les troubles associés
Thème	Connaissances sur l'adolescence, le SGT et les troubles associés
Sous-thème	Aucun
Préalable	Aucun
Matériel	Cahier du participant (fiche 1.1), dictée Tourette, crayons, présentation PowerPoint (outil 1.1), cartons imprimés et découpés (outil 1.2), corrigé de l'exercice (outil 1.3), grand carton, gommette bleue, une copie imprimée par participant du questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4) et une copie imprimée par animateur de la grille de suivi de la rencontre 1 (outil 1.5)
Objectifs	Objectif général 1. Améliorer les connaissances et la compréhension des parents en ce qui concerne la problématique du SGT présent chez leur adolescent.
	Objectifs intermédiaires 1. Permettre aux parents de se connaître. 2. Créer une ambiance agréable au sein du groupe. 3. Laisser place aux questionnements et aux réflexions des parents.
	Objectifs spécifiques 1. Les parents connaissent les noms des membres du groupe et certaines de leurs caractéristiques. 2. Les parents en apprennent davantage sur la description clinique du SGT (critères diagnostiques, symptômes, prévalence, troubles associés, etc.). 3. Les parents comprennent le SGT. 4. Les parents départagent le SGT du développement de l'adolescence et des autres troubles associés.

Plan de la rencontre

Partie A – Présentation des animateurs et des participants (de 15 h 30 à 15 h 35 / 5 minutes)

1. Présentation

Partie B – Activité brise-glace (de 15 h 35 à 15 h 55 / 20 minutes)

1. Je te présente

Partie C – Règles de fonctionnement (de 15 h 55 à 16 h 05 / 10 minutes)

1. Les règles

Partie D – Activité (16 h 05 à 16 h 30 / 25 minutes)

1. La dictée Tourette
2. Questionnement sur le vécu des parents et prise de conscience

Partie E – Présentation théorique et activité (de 16 h 30 à 17 h 25 / 55 minutes)

1. Activité visant à départager l'adolescence, le SGT et les troubles associés
2. La théorie

Partie F – Évaluation de la rencontre (de 17 h 25 à 17 h 30 / 5 minutes)

1. Retour et questionnaires

Description de l'activité

Partie A – Présentation des animateurs et des participants (15 h 30 à 15 h 35 / 5 minutes)

1. Présentation

À tour de rôle, les animateurs se présentent en nommant leur nom ainsi que leur titre professionnel. Les parents sont invités à présenter leur nom également.

Partie B – Activité brise-glace (15 h 35 à 15 h 55 / 20 minutes)

1. Je te présente

L'animateur invite les parents à se placer en dyade et donne la consigne suivante :

- ✓ À tour de rôle, chaque participant questionne son partenaire en utilisant la fiche 1.1 du cahier du participant.

Lorsque tous ont terminé, l'animateur demande à chaque participant de présenter son partenaire, devant le groupe.

Fiche 1.1 – Je te présente

Questions obligatoires

- Quel est votre nom ?
- Quel est le nom de votre enfant qui participe au groupe ?
- Quel âge a-t-il ?
- Avez-vous d'autres enfants ? Quels âges ont-ils ?

Banque de questions

- Quel emploi occupez-vous ?
- Quel est votre passe-temps préféré ?
- Quelle formation avez-vous ?
- Avez-vous un animal de compagnie ?
- Dans quelle ville habitez-vous ?
- Quelle est votre ville d'origine ?
- Pratiquez-vous des sports ?
- Quelles activités faites-vous le weekend ?
- Qu'est-ce que vous aimez faire lors de vos vacances ?
- Aimez-vous voyager ?
- Avez-vous un conjoint / une conjointe ?
- Quelle tâche ménagère aimez-vous le moins ?
- Quel est votre repas préféré ?
- Quelle est votre couleur préférée ?
- Quel repas détestez-vous ?
- Quel est votre restaurant préféré ?
- Quel est votre magasin préféré ?
- Quelle est votre marque de voiture de rêve ?
- Quelle est votre saison préférée ?
- Préférez-vous les sports en groupe ou individuel ?
- Quelle est votre émission de télévision préférée ?
- Quelle sorte de lecture aimez-vous ?
- Pratiquez-vous un art ?

Partie C – Règles de fonctionnement (de 15 h 55 à 16 h 05 / 10 minutes)

1. Les règles

L'animateur invite les parents à discuter des règles de fonctionnement qu'ils souhaitent établir dans le groupe (horaire, ponctualité, confidentialité, respect, etc.). L'animateur inscrit les règles nommées sur un grand carton, qui sera affiché dans la salle.

Règles à ne pas négliger :

- ✓ La présence aux rencontres
- ✓ La confidentialité

L'animateur rappelle aux parents de se référer au contrat d'engagement signé lors de la rencontre pré-groupe, au besoin.

Partie D – Activité (de 16 h 05 à 16 h 35 / 30 minutes)

1. La dictée Tourette

L'animateur explique aux parents que la prochaine activité s'intitule la « dictée Tourette ». L'animateur attribue donc à chaque parent un tic moteur ou vocal qu'il doit reproduire durant la lecture de la dictée, selon les consignes données. Ensuite, l'animateur fournit le matériel nécessaire et la lecture de la dictée peut débuter.

2. Questionnement sur le vécu des parents et prise de conscience

L'animateur, à la suite de la dictée, demande aux parents comment ils se sont sentis lors de l'exercice. Il peut questionner les participants concernant leurs pensées, leurs émotions vécues, etc. Après cette discussion, l'animateur amène les parents à prendre conscience de ce que peut vivre leur adolescent au quotidien.

Partie E – Présentation théorique et activité (de 16 h 35 à 17 h 20 / 45 minutes)

1. Activité visant à départager l'adolescence, le SGT et les troubles associés

L'animateur distribue des cartons à chaque parent (outil 1.2 – Liste de comportements (*à imprimer*)). Sur ceux-ci sont inscrits des comportements que leur adolescent peut reproduire. L'animateur invite les participants à classer ces comportements dans une catégorie : développement de l'adolescent, le SGT, le TDAH, le TOP ou le TOC/anxiété. Ils doivent venir placer les cartons indiquant un comportement sur le grand carton prévu à cet effet, celui-ci étant divisé en catégorie. Des cartons vierges sont également fournis aux participants, afin qu'ils puissent y inscrire d'autres comportements qu'ils souhaitent départager. Si les parents désirent départager d'autres comportements supplémentaires, l'animateur peut le faire à l'oral à l'aide du groupe.

2. La théorie

Au travers l'exercice, l'animateur s'assure de donner la théorie associée à l'adolescence, au SGT et aux troubles associés en utilisant la présentation PowerPoint, version animateur (outil 1.1), prévue à cet effet. Elle est disponible sur la clé USB du programme. L'animateur doit s'assurer de distribuer une copie du PowerPoint, version participant, à chaque parent.

Outil 1.1 – Présentation PowerPoint

La présentation PowerPoint est disponible sur la clé USB du programme. Il y a une version pour les animateurs et une version pour les participants.

Outil 1.2 – Liste de comportements (*à imprimer*)

1. Faire un bruit de bouche répétitif
2. Laver ses mains en pensant qu'elles sont toujours remplies de microbes
3. Toucher des objets ou des personnes
4. Dire des jurons (sacrer)
5. Parler souvent trop
6. Prendre une décision sans réfléchir
7. Refuser l'autorité
8. Se sentir facilement attaqué par les blagues
9. Avoir des expériences sexuelles

10. Être facilement déstabilisé par un changement

11. Être facilement dans la lune

Outil 1.3 – Corrigé de l'exercice (Outil 1.2 – Liste de comportements)

1. Bruit de bouche répétitif : SGT
2. Laver ses mains exagérément : TOC
3. Toucher des objets ou des personnes : SGT
4. Dire des jurons : ADO
5. Parler souvent trop : TDAH
6. Prendre une décision sans réfléchir : TDAH
7. Refuser l'autorité : TOP
8. Se sentir facilement attaqué face à une taquinerie : ADO (top)
9. Avoir des expériences sexuelles : ADO
10. Être facilement déstabilisé par un changement : SGT
11. Être facilement dans la lune : TDAH

Partie F – Évaluation de la rencontre (de 17 h 20 à 17 h 30 / 10 minutes)**1. Retour et questionnaires**

L'animateur demande aux parents leurs impressions sur cette rencontre. Tous les parents sont invités à nommer une chose qu'ils ont apprise. Ils sont ensuite invités à remplir le questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4). Chaque animateur doit remplir la grille de suivi de la rencontre 1 (outil 1.5).

Outil 1.4 – Questionnaire d'évaluation de la rencontre¹

Numéro de l'activité : _____

Précisez jusqu'à quel point vous êtes d'accord ou non avec les énoncés suivants, en encerclant le chiffre correspondant à votre opinion.

	Tout à fait en désaccord	Moyennement en désaccord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4
Items				
Contenu				
1. Le thème de la rencontre est intéressant.	1	2	3	4
Moyens				
2. Les activités favorisent l'apprentissage.	1	2	3	4
3. Les discussions m'apportent beaucoup.	1	2	3	4
Animation				
4. L'animateur (ou les animateurs) favorise(nt) la participation.	1	2	3	4
5. L'animateur (ou les animateurs) connaît (connaissent) bien la matière.	1	2	3	4
6. Le temps disponible est bien utilisé.	1	2	3	4
7. Mes idées et mes sentiments sont respectés par l'animateur (ou les animateurs).	1	2	3	4
Climat				
8. Mes idées et mes sentiments sont respectés par les autres personnes du groupe.	1	2	3	4
9. Je sens que je fais vraiment partie du groupe.	1	2	3	4
Incidence				
10. J'ai appris plusieurs renseignements utiles aujourd'hui.	1	2	3	4
11. Il est facile de mettre en pratique ce que j'ai vu aujourd'hui.	1	2	3	4
Satisfaction globale				
12. Globalement, je suis satisfait(e) de la rencontre.	1	2	3	4

Autres commentaires :

¹ Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Outil 1.5 – Grille de suivi de la rencontre 1²

Groupe d'habiletés sociales et gestion de la colère - Volet parents

Atelier 1 : Être parent d'un adolescent vivant avec un syndrome Gilles de la Tourette (SGT)

Noms des intervenants :

Lieu des rencontres : Centre Arc-en-Ciel

Moment :

Heure :

Réalisée	Durée prévue	Durée réelle	Activité	Appréciation de l'activité ³	Commentaires
	5 min		Partie A – Présentation des animateurs et des participants 1. Présentation		
	20 min		Partie B – Activité brise-glace 1. Je te présente		
	10 min		Partie C – Règles de fonctionnement 1. Les règles		
	25 min		Partie D – Activité 1. La dictée Tourette 2. Questionnement sur le vécu des parents et prise de conscience		
	55 min		Partie E – Présentation théorique et activité 1. Activité visant à départager l'adolescence, le SGT et les troubles associés 2. La théorie		
	5 min		Partie F – Évaluation de la rencontre 1. Retour et questionnaire		

² Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

³ Légende d'appréciation de l'activité : 0 = insatisfaisant, 1 = passable, 2 = bien, 3 = très bien

Rencontre 2

L'encadrement auprès de l'adolescent vivant avec un SGT

Activité 1 (50 minutes)	Assurer la mise en place de routines quotidiennes auprès de l'adolescent
Thème	L'encadrement
Sous-thème	Les routines quotidiennes
Matériel	Cahier du participant (fiches 2.1 et 2.2), tableau, craies ou crayons, une copie imprimée de l'horaire pour la prise des rendez-vous téléphoniques (outil 2.1), une copie imprimée par participant du questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4) et une copie imprimée par animateur de la grille de suivi de la rencontre 2 (outil 2.2)
Objectifs	Objectif général 1. Initier les parents à l'importance de la mise en place de routines quotidiennes auprès de leur adolescent.
	Objectifs intermédiaires 1. Permettre aux parents de partager des expériences personnelles. 2. Laisser place aux questionnements et aux réflexions des parents.
	Objectifs spécifiques 1. Les parents comprennent l'importance et les avantages d'une routine sécurisante, stable et cohérente. 2. Les parents ciblent les moments les plus difficiles durant la journée de leur adolescent. 3. Les parents sélectionnent un moment de la journée parmi ceux ciblés précédemment lors duquel une routine sera instaurée. 4. Les parents élaborent une routine en impliquant leur adolescent. 5. Les parents encouragent le respect de cette routine.

Activité 2 (60 minutes)	Favoriser le respect des règles chez l'adolescent
Thème	L'encadrement
Sous-thème	Les règles
Matériel	Cahier du participant (fiche 2.3 à 2.6), crayons, bouts de papier vierges, contenant vide, une copie imprimée par participant du questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4) et une copie imprimée par animateur de la grille de suivi de la rencontre 2 (outil 2.2)
Objectifs	Objectif général 1. Initier les parents à bien formuler des règles et ainsi, favoriser le respect de celles-ci par leur adolescent.
	Objectifs intermédiaires 1. Permettre aux parents de partager des expériences personnelles. 2. Laisser place aux questionnements et aux réflexions des parents.
	Objectifs spécifiques 1. Les parents identifient des facteurs qui peuvent contribuer à la désobéissance chez leur adolescent. 2. Les parents formulent des règles à la positive. 3. Les parents formulent des règles selon la théorie des 5 « C ».

Plan de la rencontre

Activité 1 (de 15 h 30 à 16 h 30 / 60 minutes) :

Partie A – Retour (de 15 h 30 à 15 h 45 / 15 minutes)

1. Retour sur la rencontre 1 – Être parent d'un adolescent vivant avec un SGT

Partie B – L'importance des routines (de 15 h 45 à 16 h 05 / 20 minutes)

1. Questions à poser aux parents
2. Le tableau des avantages et des inconvénients

Partie C – Présentation de routines (de 16 h 05 à 16 h 30 / 25 minutes)

1. Points importants à considérer dans l'établissement d'une routine
2. Des exemples de routine
3. Devoir

Pause (de 16 h 30 à 16 h 40 / 10 minutes)

Activité 2 (de 16 h 40 à 17 h 30 / 50 minutes) :

Partie D – Pourquoi les adolescents désobéissent (de 16 h 40 à 16 h 55 / 15 minutes)

1. Questions à poser aux parents
2. Les facteurs possibles de la désobéissance

Partie E – Comment bien formuler les règles (de 16 h 55 à 17 h 05 / 10 minutes)

1. Points importants à considérer dans l'établissement des règles
2. Des règles formulées à la positive
3. Des règles formulées selon la théorie des 5 « C »

Partie F – Exercices (de 17 h 05 à 17 h 25 / 20 minutes)

1. Exercices sur la formulation des règles à la positive
2. Exercices sur la formulation des règles selon les 5 « C »

Partie G – Évaluation de la rencontre (de 17 h 25 à 17 h 30 / 5 minutes)

1. Retour et questionnaires

Description de l'activité 1

Assurer la mise en place de routines quotidiennes auprès de l'adolescent

Partie A – Retour (de 15 h 30 à 15 h 45 / 15 minutes)

1. Retour sur la rencontre 1 – Être parent d'un adolescent vivant avec un SGT

- ✓ Rappel concernant l'adolescence en général
- ✓ Rappel concernant les troubles associés (syndrome de Tourette)

L'animateur fait un bref retour sur les contenus vus lors de la rencontre précédente. Il questionne d'abord les parents sur les éléments qu'ils ont retenus concernant l'adolescence en général, le SGT ainsi que sur les troubles associés. Au besoin, l'animateur peut utiliser la présentation PowerPoint de la rencontre 1.

L'animateur s'assure d'inclure les points suivants dans la discussion :

- ✓ De nombreux adolescents ayant un SGT ne possèdent pas la même maturité sociale que leurs pairs du même âge (immaturité).
- ✓ La présence de ce retard dans la maturité sociale peut causer un retard dans l'acquisition des habiletés nécessaires pour gérer sa vie de façon autonome.
- ✓ L'âge chronologique n'est donc pas forcément lié à l'âge de maturité du jeune.
- ✓ Il est donc important d'aborder l'encadrement auprès de l'adolescent (routines, règles et interventions comportementales).

Partie B – L'importance des routines (de 15 h 45 à 16 h 05 / 20 minutes)

1. Questions à poser aux parents :

L'animateur débute une discussion en demandant aux parents de définir pour eux ce qu'est une routine quotidienne et à quoi elle sert. Il questionne également les parents sur leurs propres routines quotidiennes et vérifie l'importance de ces routines pour ceux-ci. Ainsi, l'animateur tente d'amener

les parents à prendre conscience qu’eux-mêmes, ils ont des routines quotidiennes, qu’elles sont importantes pour eux et qu’elles leur permettent de bien fonctionner. L’animateur fait le parallèle avec l’importance des routines chez l’adolescent, et ce, surtout en présence d’un SGT, considérant les diverses difficultés entraînées par celui-ci et les troubles associés.

Voici quelques exemples de questions à poser aux parents :

- ✓ Qu’est-ce qu’une routine quotidienne?
- ✓ À quoi sert-elle?
- ✓ Vous, en tant que parent, quelles sont vos routines quotidiennes?
- ✓ Pourquoi sont-elles importantes pour vous?

L’animateur alimente la discussion à partir des éléments clés suivants :

- ✓ Les parents ont tendance à sous-estimer l’importance des routines.
- ✓ À l’école, les enfants bénéficient d’une routine. À la maison, c’est donc à vous de fournir la routine et la structure.
- ✓ Il est prouvé que la plupart des enfants fonctionnent mieux avec des routines quotidiennes structurées.
- ✓ La littérature indique que les enfants atteints d’un SGT fonctionnent bien dans une atmosphère où une routine est prévisible.
- ✓ Une routine sécurise l’enfant.
- ✓ Une routine réduit l’anxiété.
- ✓ Une routine aide à mieux contrôler les symptômes (ex : les tics).
- ✓ Une routine permet à l’enfant de s’organiser de façon séquentielle (ex : en étape).
- ✓ La stabilité, la cohérence et la constance sont importantes dans les routines.
- ✓ Établir une routine peut exiger des efforts, mais vous verrez des résultats positifs.

2. Le tableau des avantages et des inconvénients

L’animateur explique aux parents qu’il existe de nombreux avantages et inconvénients reliés à la présence et à l’absence de routines quotidiennes. À l’aide d’un tableau, l’animateur dresse avec les parents la liste de ces avantages et de ces inconvénients. Plusieurs exemples à inclure dans cette liste d’avantages et d’inconvénients sont d’ailleurs présentés ci-dessous. L’animateur invite les parents à

inscrire les avantages et inconvénients trouvés en groupe dans le tableau prévu à cet effet (fiche 2.1), dans le cahier du participant.

Avantages	Inconvénients
Sécurise le jeune et peut diminuer les symptômes (ex : tics) Indique ce qui est attendu Favorise la planification Favorise l'organisation et la gestion du temps Favorise la discipline et l'autorégulation Évite au parent de répéter Évite des conflits	Ne sait pas à quoi s'attendre Augmente le stress et l'anxiété Augmente les tics Augmente les symptômes des troubles associés Augmente les conflits Augmente la perte de temps

Fiche 2.1 – Liste des avantages et des inconvénients reliés aux routines quotidiennes

Avantages	Inconvénients
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____
• _____	• _____

Partie C – Présentation de routines (de 16 h 05 à 16 h 30 / 25 minutes)

1. Points importants à considérer dans l'établissement d'une routine

L'animateur présente aux parents les points importants qui sont à considérer pour l'élaboration d'une routine fonctionnelle. L'animateur amène ces points sous forme de discussion et invite les parents à ajouter des éléments, au besoin.

Points à considérer :

- ✓ Trouvez le degré de routine et de structure qui fonctionne le mieux pour votre famille.
- ✓ Élaborez la routine avec votre adolescent.
- ✓ Faites une liste de toutes les choses que votre enfant doit faire au moment de vie ciblé.
- ✓ Estimez le temps nécessaire à chaque activité, mais soyez réaliste.
- ✓ Incluez des contrôles dans la routine.
- ✓ La routine doit être simple à suivre.
- ✓ La routine doit être écrite au JE.
- ✓ La routine doit utiliser le présent comme temps de verbe.
- ✓ La routine doit être en support visuel.
- ✓ Faites attention aux changements de routine :
(les rendez-vous, activités organisées et sports doivent être incorporés aux routines.
Affichez dans la maison un calendrier de planification familiale et donnez un préavis.)

2. Des exemples de routine

L'animateur présente aux parents trois exemples de routine quotidienne selon trois moments de vie différents, soit le matin, au retour de l'école et le soir. L'animateur aborde également les « astuces » présentées avec chacune des routines. Il invite les parents à suivre à partir de la fiche 2.2 du cahier du participant.

Fiche 2.2 – Les routines⁴

La routine du matin

6 h 45	1. Je me réveille.	5 min.	
6 h 50	2. Je vais à la salle de bain.	5 min.	Contrôle
6 h 55	3. Je m'habille et je range mon pyjama.	5 min.	
7 h	4. Je fais mon lit.	5 min.	
7 h 05	5. Je déjeune et je prends ma médication.	20 min.	Contrôle
7 h 25	6. Je fais mon hygiène (brossage des dents, toilette, lavage des mains, coiffure).	15 min.	
7 h 40	7. Je prépare mon lunch.	10 min.	
7 h 50	8. Je m'habille (manteau, souliers, bottes) et je vérifie que je n'ai rien oublié pour l'école.	5 min.	Contrôle
7 h 55	9. J'attends l'autobus.		

Astuces :

- ✓ L'utilisation d'un réveil matin peut permettre de favoriser l'autonomie de votre ado.
- ✓ La relation avec votre ado peut être à éviter au réveil (absence des effets de la médication).
- ✓ Votre ado peut utiliser la même chaise ou le même bol le matin. Ce sont des habitudes qui peuvent être sécurisantes.
- ✓ La télévision est à éviter le matin, car cela peut amener votre ado à perdre la notion du temps.
- ✓ Faire des préparatifs la veille comme préparer le sac à dos, sortir les vêtements ou préparer le lunch permet de diminuer le stress de votre ado le matin.

⁴ Tiré et adapté de La Fondation canadienne du syndrome de la Tourette. (2006). *Comprendre le syndrome de la Tourette. Manuel pour les familles*. Mississauga, ON: Auteur.

Fiche 2.2 – Les routines (suite)

La routine après l'école

16 h 15	1. Je suis de retour à la maison.	5 min.	
16 h 20	2. Je défais ma boîte à lunch.	5 min.	
16 h 25	3. Je fais une activité physique.	30 min.	
16 h 55	4. Je fais mes devoirs.	35 min.	Contrôle
17 h 30	5. Je soupe.	30 min.	

Astuces :

- ✓ Prévoir un temps à la fin de l'école pour pouvoir se détendre : une activité physique après l'école soulagera le stress et permettra aux jeunes qui retiennent leurs tics à l'école d'évacuer ceux-ci.
- ✓ Prévoir un temps fixe pour les devoirs : considérer les préférences et les besoins de votre ado.
- ✓ La durée du temps alloué aux devoirs va varier selon l'âge de votre enfant et le professeur.

La routine du soir

18 h	1. Je participe aux tâches (ex : vaisselle).	20 min.	Contrôle
18 h 20	2. Je m'occupe en temps libre.	1 h 25 min.	
19 h 45	3. Je prends ma douche.	15 min.	
20 h	4. Je prépare mes choses pour le lendemain (lunch, sac d'école, vêtements, etc.).	15 min.	Contrôle
20 h 15	5. Je fais mon hygiène (brossage des dents, toilette, etc.).	15 min.	
20 h 30	6. Je fais une activité relaxante (musique, lecture, etc.).	30 min.	Contrôle
21 h	7. Je me couche.		

Astuces :

- ✓ Inclure les préparatifs pour le matin dans la routine du soir est fortement suggéré.
- ✓ Certains adolescents sont capables de gérer leur propre routine du soir, mais il est important de leur fixer certaines limites (ex. heure de retour à la maison et heure du coucher).
- ✓ Un 30 minutes d'activité relaxante à l'heure du coucher est suggéré (éviter les écrans).

3. Devoir

L'animateur présente aux parents le devoir à faire à la maison, en lien avec les routines. Il demande aux parents de cibler lequel des trois moments de vie entre le lever, le retour de l'école et le soir est le plus problématique pour leur adolescent. L'animateur explique aux parents que d'ici la semaine prochaine, ils devront prendre le temps de s'asseoir avec leur adolescent et planifier ensemble une routine selon la théorie et les modèles présentés. L'animateur informe aussi les parents qu'un rendez-vous téléphonique aura lieu au cours de la semaine, avant la prochaine rencontre, afin de les accompagner dans la mise en place de cette routine. D'ailleurs, l'animateur doit apporter une feuille présentant ses disponibilités pour les rendez-vous téléphoniques (outil 2.1). Il demande aux parents d'inscrire leur nom sur la feuille durant la pause, ainsi que leur numéro de téléphone. L'animateur informe les parents que chaque rendez-vous téléphonique sera d'une durée maximale de 15 minutes. Enfin, l'animateur demande que les parents apportent une copie de la routine lors de la prochaine rencontre, puisqu'ils la présenteront aux autres participants.

Outil 2.1 – Modèle d’horaire (*à imprimer*)

Horaire pour la prise des rendez-vous téléphoniques :

Date	Heure	Prénom, nom	Numéro de téléphone
	__ h __ à __ h __		
	__ h __ à __ h __		
	__ h __ à __ h __		
	__ h __ à __ h __		
	__ h __ à __ h __		
	__ h __ à __ h __		
	__ h __ à __ h __		
	__ h __ à __ h __		
	__ h __ à __ h __		

PAUSE DE 10 MINUTES (de 16 h 30 à 16 h 40)

L'animateur invite les parents à prendre une courte pause de 10 minutes. Il rappelle aux parents d'inscrire leur nom ainsi que leur numéro de téléphone sur la feuille prévue à cet effet, pour la prise de rendez-vous téléphoniques. Pour la pause, il est suggéré d'avoir une cafetière ainsi qu'une cruche d'eau pour proposer aux parents un breuvage.

Description de l'activité 2

Favoriser le respect des règles chez l'adolescent

Partie D – Pourquoi les adolescents désobéissent (de 16 h 40 à 16 h 55 / 15 minutes)

1. Questions à poser aux parents

L'animateur débute la discussion en demandant aux parents pourquoi, selon eux, leur adolescent désobéit à certaines règles.

Deux points importants à aborder :

- ✓ Concernant l'adolescence : l'adolescent apprend de plus en plus à défendre ses intérêts et à nommer ses choses.
- ✓ Concernant le SGT : il ne faut pas oublier que la présence d'un SGT implique chez l'adolescent une difficulté de contrôle des impulsions.

2. Les facteurs possibles de la désobéissance

L'animateur présente aux parents la fiche des facteurs possibles de la désobéissance (fiche 2.3).

Fiche 2.3 – Les facteurs possibles de la désobéissance⁵

Les facteurs liés à l'adolescent	
Les besoins	Il existe cinq besoins fondamentaux : 1. Besoin biologique (s'abriter, manger, boire, dormir, etc.) 2. Besoin de sécurité et de protection (environnement familial stable, besoin de structure, d'ordre, de limites, etc.) 3. Besoin d'affection, d'amour et d'appartenance 4. Besoin de reconnaissance ou d'estime de soi (se sentir compétent, être reconnu pour ses forces, être écouté, etc.) 5. Besoin d'actualisation ou de réalisation de soi Quand votre ado désobéit, il est possible que ce soit parce que votre demande entre en conflit avec la satisfaction de l'un de ces besoins.
Le tempérament	Le tempérament de votre ado peut aussi avoir une influence sur la désobéissance. On distingue trois types de tempérament : 1. L'enfant facile : bonne humeur, s'adapte aux changements 2. L'enfant difficile : irritable, réagit négativement au changement 3. L'enfant lent : niveau plus faible d'activité motrice, faibles réactions
Les difficultés liées à l'inattention	Si votre ado a également un TDAH, il peut facilement être distrait. ✓ Faites attention aux stimulations environnementales lorsqu'une consigne est donnée. ✓ Les difficultés liées à la mémoire de travail verbale font que votre ado peut avoir de la difficulté à se rappeler de la consigne donnée. ✓ Attention aux consignes trop élaborées, car votre ado aura du mal à sélectionner ce qui est le plus important. ✓ La mauvaise perception du temps retarde l'exécution de la consigne.

⁵ Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Les difficultés liées à l'impulsivité	Si votre ado présente de l'impulsivité, il peut réagir plus vivement lorsque vos demandes ou consignes sont dites avec un ton élevé ou émotionnel. Il peut également avoir de la difficulté à repousser un plaisir pour effectuer une tâche.
Les difficultés liées aux troubles associés	La présence d'un TDAH, d'un TOC, d'un TOP, d'un trouble anxieux, d'un trouble de l'humeur ou autres peut également avoir un effet sur la désobéissance de votre ado, considérant les difficultés qu'entraînent ces troubles associés.
Les facteurs liés à l'environnement	
Les caractéristiques du parent	✓ Un tempérament explosif ou émotif peut déclencher chez votre ado une réactivité et ainsi, augmente la désobéissance. ✓ Un style parental trop permissif (manque de cadre) ou trop autoritaire (réactivité) peut influencer la désobéissance. ✓ La communication utilisée pour faire les demandes est importante, car son influence est considérable (le ton, le langage).
Les stress familiaux	✓ Les stress qui affectent l'état ou le bien-être émotionnel des parents (faible patience, irritable, prioriser la punition, donner des ordres). ✓ Les stress qui affectent la perception des comportements de l'ado par les parents (seuil de tolérance plus faible, exagération). ✓ Les stress qui affectent directement le vécu émotionnel de l'ado.
Les caractéristiques liées aux règles	✓ Des règles longues, multiples et incohérentes. ✓ Un manque de constance.
Les conséquences et les renforcements	✓ L'utilisation ou non des conséquences et des renforcements influence directement les comportements de votre ado. Un renforcement permettra d'augmenter la probabilité d'apparition du comportement approprié et la punition permettra de diminuer la probabilité d'apparition du comportement inapproprié. ✓ C'est l'un des facteurs sur lequel vous avez le plus de prise.

Partie E – Comment bien formuler les règles (de 16 h 55 à 17 h 05 / 10 minutes)

1. Points importants à considérer dans l'établissement des règles

L'animateur explique aux parents que les règles familiales représentent le cadre qui est attendu, les limites. Les règles sont également le reflet des valeurs familiales. Les règles ne sont donc pas toutes les mêmes d'une famille à l'autre, selon les valeurs qui sont priorisées.

Points importants à aborder :

- ✓ Décidez les règles dont vous avez besoin dans votre domicile familial.
- ✓ Impliquez votre adolescent dans l'élaboration des règles.
- ✓ Votre adolescent doit savoir à quoi s'attendre.
- ✓ Commencez avec les règles les plus importantes, sinon vous allez submerger votre adolescent.
- ✓ L'importance du ton et du contact visuel dans les demandes, les consignes et les règles est à considérer.
- ✓ Assouplissez les demandes (une seule à la fois et donner plus de temps pour l'exécuter).

2. Des règles formulées à la positive

L'animateur explique aux parents que les règles formulées à la négative avec le « ne pas » sont souvent utilisées avec automatisme, mais elles ne sont pas recommandées. Il explique que la formulation à la positive est importante. Il demande aux parents pourquoi, selon eux, il est important que les règles soient formulées à la positive, et ce, surtout lorsque l'adolescent présente un SGT.

Réponse : L'animateur rappelle aux parents que le SGT entraîne une difficulté de contrôle des impulsions. Donc, lorsqu'un parent dit à son adolescent de ne pas faire quelque chose, l'effet inverse se produit fréquemment : le parent crée chez son ado le désir de faire cette chose interdite. Formuler une règle ou une demande à la négative peut donc provoquer le comportement non souhaité.

L'animateur demande ensuite aux parents s'ils ont des exemples de règles négatives qu'ils utilisent auprès de leur adolescent et si celles-ci provoquent le comportement non souhaité.

3. Des règles formulées selon la théorie des 5 « C »

L'animateur présente la théorie des 5 « C » aux parents. Il invite les parents à suivre la théorie à partir de la fiche 2.4 du cahier du participant.

Fiche 2.4 – La théorie des 5 « C »⁶

Claire	○ Peu nombreuses. ○ Facile à comprendre (considérer l'âge et la maturité). ○ Des mots compris par l'enfant.
Concrète	○ Décris le comportement attendu. ○ Simple et précise. ○ Ne pas laisser place à interprétation. ○ Formule à la positive.
Constante	○ Appliquée toujours de la même façon. ○ Ne varie pas (humeur, fatigue, contexte). C'est probablement la règle la plus difficile à suivre, mais la plus importante. Vos interventions et l'application de vos règles ne doivent pas varier. Il est primordial de rester ferme lorsqu'il s'agit des règles auxquelles vous tenez le plus. Permettez-vous de la flexibilité sur certaines règles qui n'influenceront pas le comportement de votre groupe. Si les règles changent tous les jours, votre enfant ne se retrouvera plus il ne sera pas quoi faire.
Cohérente	○ Utile, présente une raison d'être. ○ Les parents, vous devez l'appliquer vous aussi.
Conséquente	○ La conséquence au respect ou au non-respect de la règle est logique (ex : votre ado dit une insulte, la conséquence logique serait de présenter ses excuses ou de faire un geste réparateur).

⁶ Tiré et adapté de Allard, C. (2015). *Les 5 « C » pour des interventions agréables et comprises de tous*. Educatout. <https://www.educatout.com/outils/trucs-et-astuces/intervention-et-communication/les-5-c-pour-des-interventions-agreables-et-comprises-de-tous.html>

Partie F – Exercices (de 17 h 05 à 17 h 25 / 20 minutes)**1. Exercice sur la formulation des règles à la positive**

L'animateur explique d'abord aux parents l'exercice portant sur la formulation des règles à la positive (fiche 2.5). L'exercice peut être fait en groupe ou en dyade, selon le temps et le choix de l'animateur. Il s'agit de transformer des règles formulées à la négative en règles formulées à la positive. L'animateur invite également les parents à ajouter des règles qui proviennent de leur vécu, dans les cases vides prévues à cet effet.

2. Exercice sur la formulation des règles selon les 5 « C »

L'animateur distribue un bout de papier vierge à chaque parent ainsi qu'un crayon. Chacun est invité à inscrire une règle fréquente qu'il utilise auprès de son adolescent. Ensuite, les papiers sont tous mis dans un contenant vide et, à tour de rôle, chaque parent doit piger un papier, lire la règle à voix haute et en faire l'analyse selon la théorie des 5 « C ». L'animateur invite les parents à s'entraider et à trouver des solutions pour que les 5 « C » soient autant que possible présents, en modifiant ou en ajoutant des éléments à la règle.

Si le temps le permet, la fiche 2.6 contient des exercices supplémentaires à faire sur les règles et la théorie des 5 « C ». L'animateur peut proposer aux parents de les compléter à la maison.

Fiche 2.5 – Exercices pratiques sur la formulation positive

Formulation à la négative	Formulation à la positive
Ne fais pas de bruit lorsque tu te lèves le matin.	
Ne laisse pas traîner tes vêtements au sol.	
Ne mange pas dans ta chambre.	
Ne « sape » pas quand tu manges.	
Ne sacre pas.	
Ne sois pas impoli.	
Ne crie pas après ton frère.	
Ne claque pas la porte.	

Fiche 2.6 – Exercices pratiques sur la théorie des 5 « C » (facultatifs)

Maxime est un adolescent âgé de 16 ans. La mère de Maxime est tannée que la chambre de son fils soit en bordel. Elle lui dit, en criant : « Maxime là tu vas aller ranger ta chambre, sinon tu n’auras pas de sortie de la semaine ».

	Oui	Non	Précisez comment votre règle respecte chacun des critères
Claire			
Concrète			
Constante			
Cohérente			
Conséquente			

Jonathan est un adolescent âgé de 14 ans. Chaque fois qu’il revient de l’école, il marche sur le plancher avec ses bottes remplies de neige et son père lui dit « Ne marche pas avec tes bottes sur le plancher ».

	Oui	Non	Précisez comment votre règle respecte chacun des critères
Claire			
Concrète			
Constante			
Cohérente			
Conséquente			

Fiche 2.6 – Exercices pratiques sur la théorie des 5 « C » (facultatifs) (suite)

Claudia est une adolescente âgée de 15 ans. Elle se lève souvent en retard le matin. La mère lui dit régulièrement « Claudia, lève-toi il est 7 h 25. Habille-toi, va broser des cheveux, prends ton petit déjeuner, prépare ton diner et brosse tes dents. Sinon, tu vas manquer l'autobus et tu devras te rendre à l'école à pied. »

	Oui	Non	Précisez comment votre règle respecte chacun des critères
Claire			
Concrète			
Constante			
Cohérente			
Conséquente			

Jessica est une adolescente âgée de 13 ans. Elle utilise un langage vulgaire depuis peu. Son père tolère ce langage à l'occasion, alors qu'à d'autres moments, il se fâche contre elle et lui dit « Change ton langage, ça presse ». Le père de Jessica utilise régulièrement un langage vulgaire.

	Oui	Non	Précisez comment votre règle respecte chacun des critères
Claire			
Concrète			
Constante			
Cohérente			
Conséquente			

Partie G – Évaluation de la rencontre (de 17 h 25 à 17 h 30 / 5 minutes)**1. Retour et questionnaires**

L'animateur rappelle aux parents le devoir à faire concernant les routines, de même que le rendez-vous téléphonique qui aura lieu au courant de la prochaine semaine. Il demande ensuite aux parents leurs impressions sur cette rencontre. Tous les parents sont invités à nommer une chose qu'ils ont apprise. L'animateur invite ensuite les parents à remplir le questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4). Chaque animateur doit remplir la grille de suivi de la rencontre 2 (outil 2.2).

Outil 2.2 – Grille de suivi de la rencontre 2⁷

Groupe d'habiletés sociales et gestion de la colère - Volet parents

Atelier 2 : L'encadrement auprès de l'adolescent vivant avec un SGT

Noms des intervenants :

Lieu des rencontres : Centre Arc-en-Ciel

Moment :

Heure :

Réalisée	Durée prévue	Durée réelle	Activité 1 – Assurer la mise en place de routines quotidiennes auprès de l'adolescent (60 minutes)	Appréciation de l'activité ⁸	Commentaires
	15 min		Partie A – Retour 1. Retour sur la rencontre 1		
	20 min		Partie B – L'importance des routines 1. Questions à poser aux parents 2. Le tableau des avantages et des inconvénients		
	25 min		Partie C – Présentation de routines 1. Points importants à considérer dans l'établissement d'une routine 2. Des exemples de routine 3. Devoir		

⁷ Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

⁸ Légende d'appréciation de l'activité : 0 = insatisfaisant, 1 = passable, 2 = bien, 3 = très bien

Réalisée	Durée prévue	Durée réelle	Activité 2 – Favoriser le respect des règles chez l’adolescent (50 minutes)	Appréciation de l’activité ⁹	Commentaires
	15 min		Partie D – Pourquoi les adolescents désobéissent 1. Questions à poser aux parents 2. Les facteurs possibles de la désobéissance		
	10 min		Partie E – Comment bien formuler les règles 1. Points importants à considérer dans l’établissement des règles 2. Des règles formulées à la positive 3. Des règles formulées selon la théorie des 5 C		
	20 min		Partie F – Exercices 1. Exercices sur la formulation des règles à la positive 2. Exercices sur la formulation des règles selon les 5 C		
	5 min		Partie G – Évaluation de la rencontre 1. Retour et questionnaires		

⁹ Légende d’appréciation de l’activité : 0 = insatisfaisant, 1 = passable, 2 = bien, 3 = très bien

Rencontre 3

L'encadrement auprès de l'adolescent vivant avec un SGT (suite)

Activité (120 minutes)	Favoriser les comportements appropriés de l'adolescent
Thème	L'encadrement
Sous-thème	Les interventions comportementales
Matériel	Cahier du participant (fiches 3.1 à 3.7), crayons, une copie imprimée des mises en situation (outil 3.1), une copie par participant du corrigé du jeu-questionnaire (outil 3.2), une copie imprimée par participant du questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4) et une copie imprimée par animateur de la grille de suivi de la rencontre 3 (outil 3.3)
Objectifs	Objectif général 1. Initier les parents à utiliser des interventions adaptées permettant de favoriser l'apparition de comportements appropriés et de diminuer les comportements inappropriés.
	Objectifs intermédiaires 1. Permettre aux parents de partager des expériences personnelles. 2. Laisser place aux questionnements et aux réflexions des parents.
	Objectifs spécifiques 1. Les parents utilisent des renforcements qui favorisent l'apparition des comportements appropriés. 2. Les parents utilisent des punitions qui favorisent la diminution des comportements inappropriés.

Plan de la rencontre

Partie A – Retour (de 15 h 30 à 15 h 50 / 20 minutes)

1. Retour sur la rencontre 2 – L’encadrement auprès de l’adolescent vivant avec un SGT

Partie B – La parentalité dite « réactive » et « proactive » (de 15 h 50 à 16 h 05 / 15 minutes)

1. Présentation théorique sur les parentalités identifiées
2. Présentation théorique sur le conditionnement opérant (renforcements et punitions)

Partie C – Exercices pratiques (de 16 h 05 à 16 h 45 / 40 minutes)

1. Exercices sur les renforcements et les punitions
2. Mises en situation
3. Devoir

Pause (de 16 h 45 à 16 h 55 / 10 minutes)

Partie D – Points à retenir (de 16 h 55 à 17 h 10 / 15 minutes)

1. Points importants à considérer lors de la mise en place de renforcements et de punitions

Partie E - Exercice récapitulatif (facultatif) (de 17 h 10 à 17 h 25 / 15 minutes)

1. Jeu-questionnaire sur l’encadrement

Partie F – Évaluation de la rencontre (de 17 h 25 à 17 h 30 / 5 minutes)

1. Retour et questionnaires

Description de l'activité

Partie A – Retour (de 15 h 30 à 15 h 50 / 20 minutes)

1. Retour sur la rencontre 2 – L'encadrement auprès de l'adolescent vivant avec un SGT

L'animateur effectue un retour sur les contenus abordés à la rencontre précédente, notamment sur le devoir donné aux parents qu'était l'élaboration et la mise en place d'une routine. Les parents, à tour de rôle, présente la routine qu'ils ont établie.

L'animateur est invité à questionner les parents sur les points suivants :

- ✓ Comment s'est déroulée la démarche pour élaborer la routine?
- ✓ Comment était l'implication de leur adolescent?
- ✓ Comment s'est déroulée la mise en œuvre de cette routine?

L'animateur fait ressortir les éléments qui convergent ou qui divergent entre les routines.

Partie B – La parentalité dite « réactive » et « proactive » (de 15 h 50 à 16 h 05 / 15 minutes)

1. Présentation théorique sur les deux parentalités identifiées

L'animateur présente aux parents la théorie qui se rattache à la parentalité appelée « réactive » et à la parentalité appelée « proactive » (fiche 3.1). L'animateur doit s'assurer de faire des nuances dans la présentation théorique. Il doit expliquer aux parents le sens ici donné pour chacune des parentalités identifiées, mais il doit indiquer que selon les écrits, il peut y avoir des variantes. Ici, les deux types de parentalité présentés sont nommés ainsi en fonction du fait que les punitions et les récompenses y étant associées soient réfléchies à l'avance ou non.

Fiche 3.1 – La parentalité « réactive » et « proactive »¹⁰

La parentalité RÉACTIVE :	✓ Concrètement, c'est de réagir promptement. ✓ Elle implique d'être réactif et de réagir rapidement, sur le coup de l'émotion. ✓ Elle est davantage associée à des renforcements négatifs et des punitions positives, lesquels ne sont pas réfléchis et sont donnés sur le coup de l'émotion. Renforcement négatif : retirer quelque chose de désagréable. Punition positive : ajouter quelque chose de désagréable. ✓ Si elle est utilisée à l'occasion, elle peut fonctionner. ✓ Si elle est utilisée fréquemment, elle peut rapidement devenir inefficace et contribuer à un cycle coercitif entre le parent et l'enfant. ✓ Conséquence : une parentalité réactive peut engendrer un modèle inconscient de réactivité et de rigidité.
La parentalité PROACTIVE :	✓ C'est une meilleure approche pour les enfants vivant avec SGT. ✓ Elle est associée à des renforcements positifs et des punitions négatives, lesquels sont réfléchis à l'avance et ne sont pas donnés sur le coup de l'émotion. Renforcement positif : ajouter quelque chose d'agréable. Punition négative : retirer quelque chose d'agréable. ✓ Elle fournit de la prévisibilité, de la cohérence et de la chaleur. ✓ Elle est plus favorable pour la relation parent-enfant. ✓ Conséquence : une parentalité proactive favorise les comportements prosociaux adaptés.

¹⁰ Tiré et adapté de Specht, M. W., Edwards, K. R., Perry-Parrish, C. et Amatya, K. (2018). Brief trans-diagnostic parent training: A strengths-based, parent-centered treatment for youth with Tourette syndrome. Dans J. F. McGuire, T. K. Murphy, J. Piacentini et E. A. Storch (dir.), *The clinician's guide to treatment and management of youth with Tourette syndrome and tic disorder* (p. 225-253). San Diego, CA: Academic Press.

2. Présentation théorique sur le conditionnement opérant

L'animateur explique aux parents en quoi consiste spécifiquement le renforcement ainsi que la punition. Il explique ensuite le « positif » versus le « négatif » ainsi que les deux types de renforçateurs. Pour se faire, il invite les parents à suivre à partir de la fiche 3.2.

- ✓ **Renforcement** : conséquence d'un comportement qui rend plus probable que le comportement soit reproduit de nouveau.
- ✓ **Punition** : conséquence d'un comportement qui rend moins probable que le comportement soit reproduit de nouveau.

Un renforcement ou une punition peut être :

- ✓ **Positif / positive** : par l'ajout d'un stimulus agissant sur l'organisme.
- ✓ **Négatif / négative** : par le retrait d'un stimulus agissant sur l'organisme.

Il existe deux types de renforçateur :

- ✓ **Renforçateur primaire** : répond directement à un besoin essentiel de l'individu, par exemple donner de la nourriture.
- ✓ **Renforçateur secondaire** : renforçateur par un certain apprentissage fait au préalable (ex : jouet, argent).

Fiche 3.2 – Tableau du conditionnement opérant (renforcements et punitions)

Renforcement positif	Ajouter quelque chose d'agréable.	Augmente la probabilité que le comportement se reproduise.
Renforcement négatif	Retirer quelque chose de désagréable.	Augmente la probabilité que le comportement se reproduise.
Punition positive	Ajouter quelque chose de désagréable.	Diminue la probabilité que le comportement se reproduise.
Punition négative	Retirer quelque chose d'agréable.	Diminue la probabilité que le comportement se reproduise.

Partie C – Exercices pratiques (de 16 h 05 à 16 h 45 / 40 minutes)**1. Exercices sur les renforcements et les punitions**

L'animateur demande d'abord aux parents d'identifier, à partir de leurs expériences personnelles, des renforcements et des punitions qu'ils utilisent après de leur adolescent. Cette discussion se fait en groupe. L'animateur ainsi que les parents doivent départager ensemble à quelle catégorie appartiennent les renforcements et les punitions identifiés (fiche 3.4). Ensuite, à partir des renforcements et des punitions nommés, mais aussi à partir d'idées supplémentaires, une banque de renforcements positifs et de punitions négatives est élaborée (fiche 3.5), afin que les parents puissent les utiliser à la maison. L'animateur rappelle aux parents que les renforcements positifs et les punitions négatives appartiennent davantage à la parentalité dite « proactive », soit celle qui fonctionne bien avec le SGT.

Fiche 3.4 – Exercice sur les renforcements et les punitions

Renforcement positif	Ajouter quelque chose d'agréable.	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____
Renforcement négatif	Retirer quelque chose de désagréable.	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____
Punition positive	Ajouter quelque chose de désagréable.	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____
Punition négative	Retirer quelque chose d'agréable.	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____

Fiche 3.5 – Banque de renforcements et de punitions

BANQUE	
Renforcements positifs	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____
Punitions négatives	• _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____ • _____

2. Mises en situation

L'animateur explique aux parents qu'ils doivent sortir leur talent d'acteur pour la prochaine activité, puisque c'est l'heure des mises en situation. Il invite donc les parents à se placer en dyade. Chaque dyade recevra une mise en situation (outil 3.1). Ils auront quelques minutes pour se préparer et ils devront ensuite faire la mise en situation devant le groupe. Pour chaque mise en situation, un participant joue le rôle de l'adolescent, alors que l'autre doit se positionner dans le rôle du parent. L'objectif est que le participant jouant le rôle de l'adolescent émet un comportement selon la mise en situation et le participant jouant le rôle du parent utilise la banque de renforcements et de punitions dressée précédemment pour intervenir sur le comportement de l'adolescent.

Outil 3.1 – Mises en situation (*à imprimer et découper*)

Mise en situation #1. Tu es un(e) adolescent(e) âgé(e) de 13 ans. Tous les soirs, tes parents te rappellent de faire la vaisselle du souper, qui est ta tâche quotidienne. Tu n’y vois aucun intérêt et de toute façon, tu sais que si tu ne fais pas la vaisselle, c’est ta mère qui finira par la faire à ta place. Tu t’opposes donc fermement à faire la tâche et finalement, tu y gagnes parce que tu évites la tâche. Tes parents sont toutefois en colère contre toi et cela crée des tensions dans la maison.

Mise en situation #2. Tu es un(e) adolescent(e) âgé(e) de 14 ans. Tu parles régulièrement de façon impolie et irrespectueuse à tes parents. Cela cause des conflits et ils doivent souvent te retirer à ta chambre. Cette situation t’occasionne beaucoup de frustration, parce que toi, tu aimerais pouvoir passer plus de temps de qualité avec tes parents.

Mise en situation #3. Tu es un(e) adolescent(e) âgé(e) de 15 ans. Ton frère âgé de 11 ans te « tombe sur les nerfs ». Tu décides donc de le pousser et de l’insulter verbalement, pour qu’il se tasse du salon et qu’enfin, tu puisses écouter ton émission de télévision en paix.

Mise en situation #4. Tu es un(e) adolescent(e) âgé(e) de 16 ans. Tu es vraiment en colère, parce que ta console de jeux vidéo ne fonctionne plus, soudainement. Tu donnes brusquement un coup de pied dans le mur, ce qui le brise.

3. **Devoir**

L'animateur invite les parents à choisir deux comportements que fait leur adolescent à la maison, soit un comportement positif qu'ils souhaitent voir augmenter et un comportement perturbateur qu'ils souhaitent voir diminuer. Les parents doivent, au courant de la semaine, mettre en place des renforcements positifs ou des punitions négatives, et ce, de façon réfléchie, ayant pour objectif d'intervenir sur ces deux comportements ciblés. L'animateur présente ensuite brièvement la fiche 3.7 du cahier du participant et il demande aux parents de la lire plus attentivement en devoir.

PAUSE DE 10 MINUTES (de 16 h 45 à 16 h 55)

L'animateur invite les parents à prendre une courte pause de 10 minutes. Pour la pause, il est suggéré d'avoir une cafetière ainsi qu'une cruche d'eau pour proposer aux parents un breuvage.

Partie D – Points à retenir (de 16 h 55 à 17 h 10 / 15 minutes)**1. Points importants à considérer lors de la mise en place de renforcements et de punitions**

L'animateur introduit la théorie qui suit en indiquant qu'il arrive que plusieurs parents essaient les renforcements et les punitions, mais disent que **cela ne fonctionne pas**. L'animateur indique que des points importants sont à considérer pour favoriser la réussite des renforcements et des punitions, tels que ceux déterminés précédemment dans les exercices. Ces points importants sont présentés à la fiche 3.3 du cahier du participant.

Fiche 3.3 – Points importants pour les renforcements et les punitions¹¹

! Critère de réussite trop élevé

- Si le critère de réussite ciblé tient seulement compte de l'âge développemental et non de l'âge de maturité, il se peut que votre ado l'atteigne difficilement.
- Si le critère de réussite est trop élevé, cela réduit les chances que votre ado atteigne ce qui est demandé.
- Si le critère de réussite est trop élevé, votre ado pourrait vivre un sentiment d'échec et avoir ainsi un impact négatif sur son estime personnelle.
- Si le critère de réussite est trop élevé et non-atteint par votre ado, vous vous épuiserez et vous pourriez vous sentir incompetents.

! Renforcements peu fonctionnels avec le SGT

- Faites attention aux renforcements qui ne concernent pas directement le jeune.
- N'oubliez pas de renforcer les efforts. Par exemple, renforcer les efforts à contenir les tics, plutôt que l'absence de ceux-ci.

! Renforcement incohérent

- Pour qu'il soit optimal, le renforcement doit immédiatement suivre le comportement.
- Si le renforcement est incohérent ou que de grands délais sont présents entre le comportement et le renforcement, votre ado y répondra moins bien.

! Mauvaise utilisation du retrait

- Faites attention lorsque vous donnez trop d'avertissements avant de passer au retrait.
- Le retrait doit être suivi d'un retour.
- Attention, vous ne devez pas donner de l'attention pendant le retrait,

¹¹ Tiré et adapté de Specht, M. W., Edwards, K. R., Perry-Parrish, C. et Amatya, K. (2018). Brief trans-diagnostic parent training: A strengths-based, parent-centered treatment for youth with Tourette syndrome. Dans J. F. McGuire, T. K. Murphy, J. Piacentini et E. A. Storch (dir.), *The clinician's guide to treatment and management of youth with Tourette syndrome and tic disorder* (p. 225-253). San Diego, CA: Academic Press.

! Manque de constance

- Attention, il est fréquent que la jeune tente de « gâcher » sa récompense en adoptant de mauvais comportements juste avant le moment d'obtenir sa récompense.
- Il est très important de maintenir la récompense prévue.
- Il faut plutôt ajouter une punition au mauvais comportement, tout en conservant la récompense prévue.
- Si la récompense est annulée, cela enverra comme message à votre ado un manque de constance de votre part. Votre ado veut « tester » jusqu'où son parent maintiendra ce qui était prévu.

Partie E – Exercice récapitulatif (facultatif) (de 17 h 10 à 17 h 25 / 15 minutes)**1. Jeu-questionnaire sur l'encadrement**

Cet exercice est facultatif, en regard du temps disponible.

- Si le temps le permet : l'animateur invite les parents à réaliser le jeu-questionnaire (fiche 3.6) et il s'assure de préciser les réponses à l'aide des explications du corrigé (outil 3.2).
- Si le temps ne le permet pas : l'animateur demande alors aux parents de faire le jeu-questionnaire à la maison. Il fournira le corrigé lors de la rencontre suivante. Il sera donc possible d'inclure un bref retour sur le jeu-questionnaire lors du retour prévu en début de la rencontre suivante.

Fiche 3.6 – Jeu-questionnaire

1. Vrai ou faux.

L'encadrement permet de suppléer à une difficulté de contrôle chez votre ado.

Réponse : _____

2. Vrai ou faux.

Un encadrement doit être ferme, constant et cohérent.

Réponse : _____

3. Vrai ou faux.

La communication entre les parents est importante dans l'encadrement.

Réponse : _____

4. Trouver l'énoncé le plus approprié.

1. En fin de semaine tu ne sortiras pas si tu fais des niaiseries.
2. En fin de semaine tu ne sortiras pas si tu ne t'entends pas bien avec ton frère.
3. En fin de semaine tu ne sortiras pas si tu frappes ton frère.

5. Dans vos interventions auprès de votre adolescent vivant avec un SGT, le mieux est de :

1. Laisser aller tous les comportements inadéquats de votre ado.
2. Intervenir sur tous les comportements inadéquats de votre ado.
3. Intervenir sur les comportements qui entravent le bien-être de votre ado.

6. Vrai ou faux.

Votre ado est en colère et il brise un meuble dans la maison, en frappant dessus. Une punition ne doit pas lui être donnée, puisque le manque de contrôle de votre ado est causé par le SGT.

Réponse : _____

7. Vrai ou faux.

Acheter la paix auprès de votre adolescent est un bon moyen d'éviter des conflits ou des crises.

Réponse : _____

8. Vrai ou faux.

Favoriser l'autonomie de votre adolescent en l'impliquant dans les choix et les décisions concernant l'encadrement familial est une bonne façon de faire.

Réponse : _____

9. Vrai ou faux.

La discipline permet de sécuriser votre ado. Elle permet à votre ado de savoir ce qu'est un comportement approprié versus un comportement qui ne l'est pas.

Réponse : _____

10. Vrai ou faux.

Lorsque votre ado exprime des tics, vous devez lui imposer une conséquence.

Réponse : _____

Outil 3.2 – Corrigé du Jeu-questionnaire (*à imprimer*)

1. Vrai

Réponse : L'encadrement est nécessaire, car elle sécurise votre jeune et vient suppléer à une difficulté de contrôle (même si votre enfant ne sera pas content lorsque vous tenterez de le limiter ou l'encadrer). Cela permet donc de diminuer les comportements rebelles et l'anxiété.

2. Vrai

Réponse : Rappel de la théorie.

3. Vrai

Réponse : Si un parent impose une limite à la suite d'une impolitesse que l'autre parent accepte, ceci donne un message contradictoire à l'enfant et favorise l'opposition. L'enfant doit sentir que ses parents font équipe face aux règles et interdits.

4. (3) En fin de semaine tu ne sortiras pas si frappe ton frère.

Réponse : Il est important de mettre des explications sur vos consignes (ex. En fin de semaine, tu ne sortiras pas si tu fais des niaiseries : ça veut dire quoi, faire des niaiseries?).

5. (3) Intervenir sur les comportements qui entravent le bien-être de mon ado.

Réponse : Cibler les comportements qui entravent le bien-être de l'enfant et ceux des membres de la famille. Modifier un ou deux comportements à la fois.

6. Faux

Réponse : Attention, des comportements demeurent INACCEPTABLES : menacer, frapper, briser des objets et insulter. Une punition doit être donnée, malgré le manque d'autocontrôle que peut engendrer la présence d'un SGT. Votre ado doit être responsabilisé et réparer le geste inacceptable.

7. Faux

Réponse : À ne pas faire. Amener plutôt votre ado à répondre à l'encadrement en adaptant celui-ci.

8. Vrai

Réponse : Il est recommandé d'inclure votre ado dans l'établissement des règles, des tâches, des conséquences, des renforcements, des routines, etc.

9. Vrai

Réponse : La discipline que vous mettez en place auprès de votre ado lui permet de savoir ce qui est attendu.

10. Faux

Réponse : Ne jamais discipliner un tic. Vous pouvez essayer de le changer ou de lui trouver un autre exutoire, mais ne jamais le discipliner. N'oubliez pas que le tic est d'origine neurologique et involontaire. Ce n'est pas un mauvais comportement intentionnel.

Partie D – Évaluation de la rencontre (de 17 h 25 à 17 h 30 / 5 minutes)**1. Retour et questionnaires**

L'animateur rappelle aux parents le devoir à faire concernant les renforcements et les punitions (et le jeu-questionnaire, s'il y a lieu). Il demande ensuite aux parents leurs impressions sur cette rencontre. Tous les parents sont invités à nommer une chose qu'ils ont apprise. L'animateur demande aux parents de remplir le questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4). Chaque animateur doit remplir la grille de suivi de la rencontre 3 (outil 3.3).

Fiche 3.7 – Liste de comportements et de stratégies d’intervention¹²

Accaparant ou Envahissant	Aidez le jeune à percevoir votre territoire d’adulte et de couple. Il doit tolérer d’être seul pendant de courtes périodes, et ce, sans vous envahir ou vous déranger.
Argumente ou Négocie	Prenez position face à la demande de l’enfant et donnez une explication pour lui permettre de comprendre votre décision. Si possible, ne pas vous expliquer ou vous justifier à outrance. Il est souvent inutile d’argumenter pour lui faire comprendre votre choix ou de tenter de le raisonner parce que de toute façon, il maintiendra sa demande.
Insatisfait ou Maussade	Comprendre l’insatisfaction de votre enfant et lui permettre de l’exprimer. Toutefois, tentez de ne pas vous laisser envahir par son humeur en gardant une certaine distance entre lui et vous. Cela va aussi permettre aux autres membres de la famille de ne pas être envahis par l’irritabilité de votre jeune.
Dépendant ou Immature	Accompagnez votre enfant vers une plus grande autonomie en l’invitant à répondre en partie à ses besoins. Valoriser la notion de « petit pas » transmet le message que vous lui faites confiance et qu’il en a les capacités. Aménagez l’environnement pour faciliter certaines tâches qu’il doit accomplir quotidiennement sans votre aide (crochets pour vêtements, soulier avec velcro, routine du matin affichée au mur).
Têtu ou Rigide	Évitez d’argumenter et ne pas vous attendre à ce qu’il accepte vos arguments ou explications. Il faut une forme de maturité pour comprendre un raisonnement et il faut du contrôle pour accéder à vos demandes. Si vous faites une demande importante (se laver, faire devoirs...), vous pouvez faire de petits aménagements (l’heure, l’endroit, le temps) avec votre jeune, mais conservez votre demande.
Demandant ou Harcelant	Positionnez-vous clairement (sans ambivalence) face à sa demande et ne pas changer d’avis. S’il persiste dans sa demande, vous pouvez l’inviter à se centrer sur un autre sujet en lui proposant des activités ou

¹² Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

	il est parfois préférable de couper le contact avec votre enfant jusqu'à ce qu'il décroche de son idée (ne plus donner d'explication, ne pas répondre aux questions, changer de pièce).
Crise de rage	Intervenir avant la crise si possible. Lors de la crise, il est préférable de retirer l'enfant dans un lieu sécuritaire afin qu'il puisse se calmer. Le but est qu'il reprenne le contrôle de lui-même. Vous pouvez lui permettre de s'amuser dans sa chambre le temps qu'il se change les idées et reprenne son calme. Durant la crise, il est préférable de ne plus argumenter ni de faire de demande à l'enfant. Lorsqu'il est calme, et si nécessaire, rediscuter avec lui de ce qui s'est passé et des raisons qui ont déclenché la crise. Par la suite, il faut prévoir un scénario entre parents et avec le jeune sur le déroulement d'une prochaine crise. Par exemple: je vais te demander de te retirer dans ta chambre et tu vas trouver des moyens pour te calmer.... tu ne pourras pas briser des objets...ni frapper autrui, etc.
Agité ou Anxieux	Nommer la crainte ou la peur de votre enfant pour ensuite le rassurer. Dans un second temps, il faut inviter votre enfant à se trouver des moyens pour se rassurer (je peux dormir avec mon toutou, je peux laisser la porte ouverte, je peux penser à mon film préféré...).
Peu sociable	Choisir des activités plus solitaires (natation, dessin...) et surtout plus structurées (scout, cadet, cours organisés...) afin qu'il soit supporté par un encadrement pour développer ses habiletés sociales. Il est préférable comme parents de ne pas combler complètement cette lacune puisque les habiletés sociales se développent à travers les expériences avec d'autres jeunes.

Outil 3.3 – Grille de suivi de la rencontre 3¹³
Groupe d'habiletés sociales et gestion de la colère - Volet parents
Atelier 3 : Favoriser les comportements appropriés de l'adolescent

Noms des intervenants :

Lieu des rencontres : Centre Arc-en-Ciel

Moment :

Heure :

Réalisée	Durée prévue	Durée réelle	Activité	Appréciation de l'activité ¹⁴	Commentaires
	20 min		Partie A – Retour 1. Retour sur la rencontre 2		
	15 min		Partie B – La parentalité dite « réactive » et « proactive » 1. Présentation théorique sur les parentalités identifiées 2. Présentation théorique sur le conditionnement opérant (renforcements et punitions)		
	40 min		Partie C – Exercices pratiques 1. Exercices sur les renforcements et les punitions 2. Mises en situation 3. Devoir		
	15 min		Partie D – Points à retenir 1. Points importants à considérer lors de la mise en place de renforcements et de punitions		
	15 min		Partie E – Exercice récapitulatif (facultatif) 1. Jeu-questionnaire sur l'encadrement		

¹³ Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

¹⁴ Légende d'appréciation de l'activité : 0 = insatisfaisant, 1 = passable, 2 = bien, 3 = très bien

			Partie F – Évaluation de la rencontre		
			1. Retour et questionnaires		

Rencontre 4

La communication avec un adolescent SGT

Activité (120 minutes)	La communication avec un adolescent SGT
Thème	La communication expressive
Sous-thème	Les demandes Le message au JE La résolution de conflits
Matériel	Cahier du participant (fiches 4.1 à 4.6), crayons, une copie imprimée par participant du questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4) et une copie imprimée par animateur de la grille de suivi de la rencontre 4 (outil 4.1)
Objectifs	Objectif général 1. Améliorer la communication parent-enfant.
	Objectifs intermédiaires 1. Permettre aux parents de se connaître. 2. Créer une ambiance agréable au sein du groupe. 3. Laisser place aux questionnements et aux réflexions des parents.
	Objectifs spécifiques 1. Les parents connaissent les principes d'une demande bien formulée. 2. Les parents utilisent le message JE pour communiquer à leur enfant. 3. Les parents utilisent le message JE au bon moment pour discuter avec l'enfant (après le retour au calme).

Plan de la rencontre

Partie A – Retour sur la semaine passée (15 h 30 à 15 h 50 / 20 minutes)

1. Retour sur la rencontre 3 – L’encadrement auprès de l’adolescent vivant avec un SGT

Partie B – Faire une demande (15 h 50 à 16 h 10 / 20 minutes)

1. Retour dans le temps
2. La demande

Partie C – Activité sur le message JE (16 h 10 à 16 h 35 / 25 minutes)

1. Les pièges à éviter
2. Le message JE
3. La résolution de conflits

Pause (16 h 35 à 16 h 45 / 10 min)

Partie D – Exercice communication (16 h 45 à 17 h 15 / 30 minutes)

1. Activité communication
2. Devoir

Partie E – Technique d’impact sur l’écoute (17 h 15 à 17 h 25 / 10 minutes)

1. Image sur l’écoute
2. Devoir

Partie F – Évaluation de la rencontre (17 h 25 à 17 h 30 / 5 minutes)

1. Retour et questionnaires

Description de l'activité

Partie A – Retour sur la semaine passée (15 h 30 à 15 h 50 / 20 minutes)

1. Retour sur la rencontre 3 – L'encadrement auprès de l'adolescent vivant avec un SGT

L'animateur effectue un retour sur le contenu abordé à la rencontre précédente, notamment sur le devoir donné aux parents, soit la mise en place de renforcements et de punitions auprès de deux comportements ciblés ; l'un que le parent souhaitait voir augmenter et l'un que le parent souhaitait voir diminuer. Si le jeu-questionnaire a été complété à la maison, il est suggéré que l'intervenant puisse prévoir un bref retour sur celui-ci et fournisse une copie du corrigé à chaque parent.

L'animateur peut également faire un tour de table avec les parents sur comment a été leur semaine. Il est important que les participants aient ce temps de partage parce qu'il leur permet de s'ouvrir et de s'entraider entre eux.

Partie B – Faire une demande (15 h 50 à 16 h 10 / 20 minutes)

1. Retour dans le temps

L'animateur demande aux parents de se rappeler comment ils étaient en tant qu'ados. Pour les aider, il peut leur parler de l'école où ils allaient, les passe-temps qu'ils avaient, la musique qu'ils écoutaient, leur habillement, etc. L'animateur demande ensuite aux parents comment était leur relation avec les adultes de leur entourage, comme leurs parents ou leurs enseignants. Ils peuvent nommer ce qu'ils aimaient le plus de ces adultes, ce qui les énervait le plus, le genre de communication qu'ils aimaient avoir.

Le but de l'exercice est de faire ressortir les différences dans leur comportement face à des adultes à l'écoute, ouverts et respectueux, par rapport à leur comportement avec des adultes avec qui ils ne s'entendaient pas. Les parents pourront ainsi mieux comprendre les attentes de leur adolescent face à eux. L'écoute, la bienveillance, l'intérêt et le respect devraient être des caractéristiques qui ressortent des adultes appréciés chez les adolescents.

2. La demande

L'animateur demande aux parents de nommer les façons de faire une demande qu'ils auraient appréciées étant plus jeunes. Il peut aussi les questionner sur les façons de faire une demande qui fonctionnent auprès de leur enfant, ainsi que celles qui ne fonctionnent pas.

Il est important de questionner les parents avant de leur montrer la théorie pour engager la discussion. Ils se souviendront davantage des trucs nommés par eux-mêmes que ceux nommés par l'animateur. Ils peuvent aussi avoir d'autres bons conseils qui ne seraient pas inclus dans la fiche, mais dont les autres parents pourraient bénéficier.

L'animateur invite ensuite les parents à consulter la fiche 4.1 « Comment faire efficacement une demande » à la page 27. Pour chaque point, l'animateur peut demander aux parents de tenter de l'expliquer dans leurs mots ou de nommer un exemple. L'animateur complète ensuite avec la théorie reliée.

À la fin de la théorie, l'animateur demande aux parents s'ils se reconnaissent dans certaines façons de faire, soit parce qu'ils appliquent déjà un truc, ou parce qu'ils devraient en appliquer un pour modifier leurs pratiques.

Le SGT étant souvent associé à de l'argumentation, de l'opposition et des crises de colère, il est particulièrement important de faire les demandes de la bonne façon afin que les adolescents y répondent mieux. La formulation des demandes sert donc à prévenir et éviter les crises.

Fiche 4.1 – Comment faire efficacement une demande¹⁵

- ✓ **Faire la demande au moment opportun et faire le suivi**
 - Si l'adolescent est plus fatigué, la demande ne doit pas exiger beaucoup d'effort. S'il est stressé ou frustré, ce n'est pas le moment idéal pour faire la demande et ce serait mieux d'attendre. Le parent doit être disponible pour superviser l'adolescent. Il doit aussi vérifier si la demande est faite, pour la récompenser, s'il y a lieu.
- ✓ **S'assurer que l'enfant prête attention à ce qu'on lui dit**
 - S'assurer d'être proche de l'adolescent (dans la même pièce), qu'il nous regarde dans les yeux, qu'il réponde à notre demande ou qu'il soit capable de répéter la demande. On peut interpeler l'adolescent par son nom, attendre qu'il réponde en nous regardant et ensuite faire notre demande.
- ✓ **Éliminer, si possible, toute distraction avant de donner une consigne**
 - Éviter de faire une demande pendant que l'adolescent fait une activité (écouter la télévision, parler au téléphone, jouer à un jeu, etc.) ou pendant qu'il répond déjà à une de nos demandes. On peut annoncer qu'une demande sera faite après l'activité : « Après ton émission, j'aimerais que tu ailles me donner ton linge sale s'il te plaît. »
 - On peut questionner l'adolescent pour savoir s'il est distrait : « Où es-tu rendu dans ta page de livre? », « J'aimerais te parler, es-tu disponible? », « Pourrais-tu faire pose au vidéo que tu écoutes s'il te plaît? ».
- ✓ **Donner une consigne brève, claire, concrète, affirmative, directe, sur un ton neutre**
 - Cette théorie rejoint celle vue dans les rencontres précédentes sur le thème des règles. Les règles sont des directives à respecter en tout temps dans la maison, alors qu'une demande est une consigne donnée sur le coup. Une demande peut reprendre une règle de la maison : « Isaac, comme on a convenu ensemble, il est l'heure de faire tes devoirs. ». Il ne doit pas trop avoir d'explication, cela empêchera l'argumentation. La demande doit être sur le comportement voulu et non sur le comportement à arrêter.
- ✓ **Donner une consigne à la fois**
- ✓ **Demander à l'enfant de répéter, donner avertissement au besoin**
- ✓ **Faire des descriptions de tâches et des rappels**

¹⁵ Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Partie C – Activité sur le message JE (16 h 10 à 16 h 35 / 25 minutes)

1. Les pièges à éviter¹⁶

L'animateur explique aux parents, en lien avant l'exercice précédent, qu'il y a plusieurs pièges à éviter lorsqu'on s'exprime à l'adolescent. Il y en a en formulant une demande, mais aussi en voulant lui communiquer comment on se sent par rapport à son comportement.

L'animateur présente les pièges à éviter lorsque l'on exprime des émotions.

- ✓ Crier des noms, étiqueter, insulter « tu es sourd »
- ✓ Commander ou donner des ordres « tais-toi »
- ✓ Questionner « qu'est-ce que tu fais à te tenir avec eux ? »
- ✓ Accuser « tu es toujours sur mon dos »
- ✓ Ironiser « je suis contente que tu arrives à temps! »

2. Le message JE

L'animateur montre la technique du message JE (fiche 4.2) : Quand ..., je me sens parce que..... J'aimerais.... et donne un exemple. Il peut demander aux parents de donner un exemple également.

L'animateur explique l'importance du message JE :

- ✓ Garder une bonne relation parent-enfant
- ✓ Régler un conflit avec l'adolescent, son conjoint ou n'importe quel autre membre de la famille.
- ✓ Parler de soi, ne pas accuser, favorise l'écoute chez l'autre.
- ✓ Diminuer le risque de conflit
- ✓ Éviter les pièges

¹⁶ Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Fiche 4.2 – Le message au JE¹⁷



Quand...

Je décris la situation ou le contexte qui provoque l'émotion.



Je me sens...

Je nomme l'émotion vécue ou je décris comment je me sens en utilisant le « je ».



Parce que...

J'explique pourquoi je me sens ainsi.



J'aimerais...

Je précise ce que je souhaiterais pour me sentir bien.

« Quand je reviens du travail, je me sens impatiente, parce que je suis fatiguée. J'ai besoin qu'on me laisse tranquille pendant cinq minutes. »

« Tu n'as pas respecté ton engagement par rapport au ménage de ta chambre et je suis en colère parce que je n'aime pas quand la maison est en désordre. J'aimerais que tu fasses ton ménage avant que la visite arrive. »

¹⁷ Tiré de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

3. La résolution de conflits

L'animateur présente brièvement les étapes de la résolution de conflits vues par les ados dans le groupe. Les parents peuvent suivre à l'aide de la fiche 4.3 du cahier du participant.

Fiche 4.3 – Les étapes de la résolution de conflits¹⁸

1. Se calmer

Nous vérifions si c'est le bon moment pour résoudre le conflit (ne pas utiliser le message JE avant d'avoir fait cette étape.)

- Nous désirons tous les deux le régler ;
- Nous sommes tous deux calmes et disponibles ;
- Nous avons assez de temps ;
- L'endroit est propice à l'écoute ;

2. S'expliquer

Chacun présente à tour de rôle son point de vue par rapport au conflit (utilisation du message JE). Tous doivent s'écouter. Si le conflit nécessite de trouver des solutions, continuez les étapes. La résolution peut s'arrêter à cette étape si le conflit ne nécessite pas de trouver des solutions.

3. Trouver des solutions

Nous cherchons ensemble des solutions possibles (excuses, réparation du geste, négociation, compromis, partage, nouvelle idée créative pour régler le problème, retour aux règles et à la routine)

4. Évaluer les solutions

Nous évaluons les solutions émises et nous choisissons la meilleure

- Plait aux deux parties
- Efficace
- Réaliste

5. Élaborer un plan d'action

Nous établissons un plan d'action.

¹⁸ Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

PAUSE DE 10 MINUTES (de 16 h 20 à 16 h 30)

Pour la pause, il est suggéré d’avoir une cafetière ainsi qu’une cruche d’eau pour proposer aux parents un breuvage.

Partie D – Exercice communication (16 h 45 à 17 h 15 / 30 minutes)**1. Activité communication**

L'animateur demande aux parents de se placer en dyades. Il explique alors les consignes de l'activité :

- ✓ Un parent fait le parent, l'autre l'adolescent. Le parent formule mal une demande.
- ✓ Celui qui fait l'ado doit utiliser le message JE pour dire comment il s'est senti.

L'animateur demande aux parents d'inverser les rôles. Si le temps le permet, les participants peuvent refaire l'exercice avec le même type de demande, mais cette fois de la bonne façon.

À l'aide d'un retour en groupe, l'animateur demande aux parents de communiquer comment ils se sentent face à une demande mal formulée et dans quels contextes ils utiliseraient cette méthode. Il est important de nommer que les parents peuvent encourager leur enfant à utiliser la même méthode.

2. Devoir

L'animateur explique aux parents le devoir à faire d'ici à la semaine prochaine :

- ✓ Noter 3 situations où le message JE a été utilisé et remplir le tableau dans le cahier du participant (fiche 4.4).

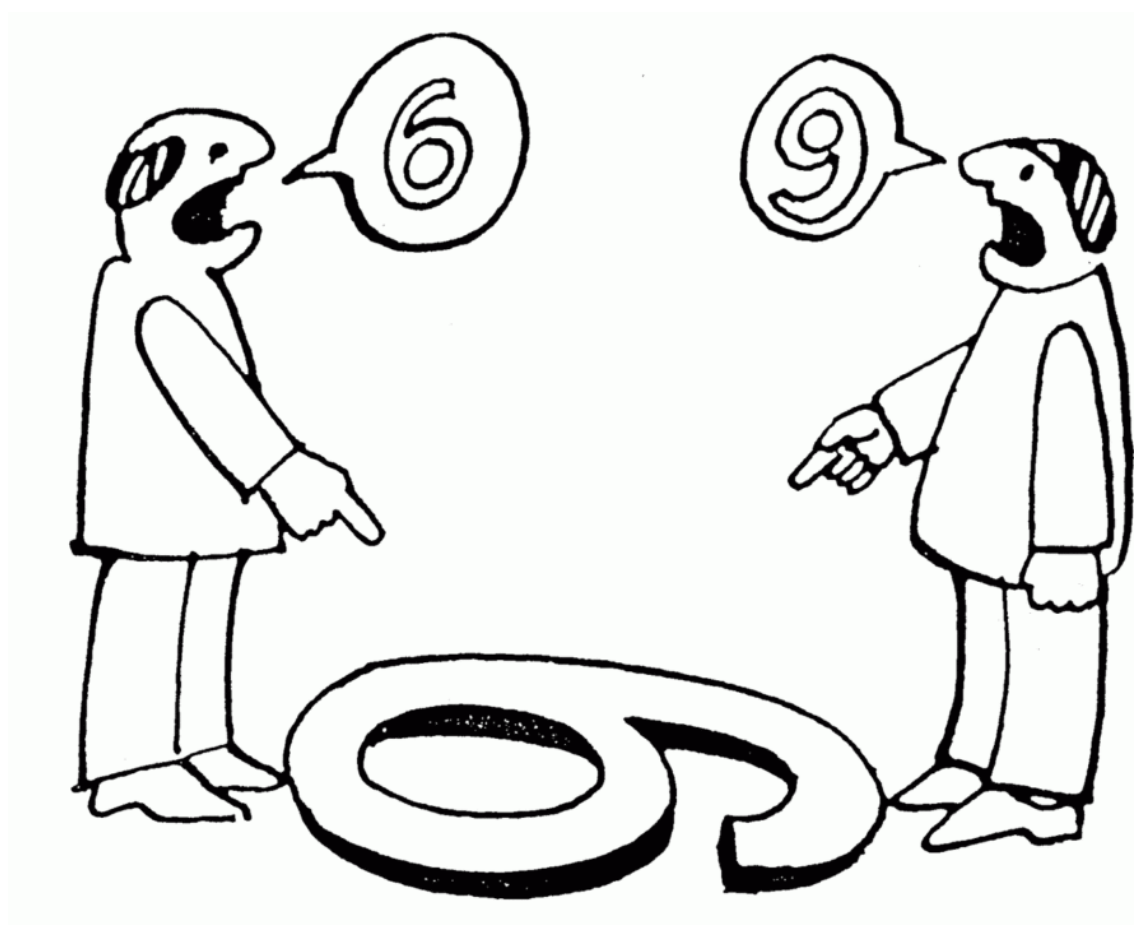
Fiche 4.4 - Devoir sur le message au JE

Situation	Message JE utilisé	A-t-il été bien utilisé ?	Quel effet a-t-il eu ?
	Quand : Je me sens : Parce que : J'aimerais :		
	Quand : Je me sens : Parce que : J'aimerais :		

Partie E - Technique d'impact sur l'écoute (17 h 15 à 17 h 25 / 10 minutes)**1. Image sur l'écoute**

L'animateur montre l'image du 6 et du 9 (fiche 4.5) dans le cahier du participant et leur demande ce qu'ils en pensent, leurs réflexions par rapport à la communication. L'animateur complète la réflexion en leur faisant remarquer qu'il est important d'être à l'écoute de l'autre pour bien comprendre son point de vue. Il est important d'être à l'affût du non verbal puisqu'un grand pourcentage de la communication est attribué au non verbal (le ton, nos actions, notre expression faciale).

Fiche 4.5 – Image du 6 et du 9¹⁹



¹⁹ Image récupérée à <https://londonjazzcollector.wordpress.com/about/ljc-people-opinions-and-the-internet/>

2. **Devoir**

L'animateur explique aux parents le devoir à faire d'ici à la semaine prochaine :

- ✓ Entourer les compétences qu'ils croient avoir par rapport à l'écoute de la liste dans le cahier du participant (fiche 4.6).

Fiche 4.6 – Compétences sur l'écoute active

➤ Entourez la réponse : **1** = rarement, **2** = parfois, **3** = souvent, **4** = la plupart du temps

a. Je me place face à mon adolescent lorsqu'il me parle.	1	2	3	4
b. Je regarde mon adolescent lorsqu'il me parle.	1	2	3	4
c. Je démontre que j'aime écouter mon adolescent (je souris, je ne soupire pas).	1	2	3	4
d. Lorsque j'écoute mon adolescent, je ne fais pas autre chose (avec mes mains, par exemple).	1	2	3	4
e. Je donne des signaux non verbaux qui démontrent de mon écoute (hochement de tête, expression faciale en lien avec ce qui est raconté, « hum hum » de compréhension)	1	2	3	4
f. J'ai des expressions faciales reliées à ce qui est raconté, sans réagir excessivement.	1	2	3	4
g. Je reste au même endroit lorsque mon adolescent me parle, je ne me déplace pas d'une pièce à l'autre.	1	2	3	4
h. Je pose des questions sur ce que mon adolescent vient de me dire.	1	2	3	4
i. Je réponds à ce qu'il me dit (je ne change pas de sujet immédiatement).	1	2	3	4
j. J'attends que mon adolescent ait terminé de parler avant de réagir, je ne l'interromps pas.	1	2	3	4
k. Je rappelle les points principaux de ce qu'il m'a dit pour être certain d'avoir bien compris.	1	2	3	4
l. Je n'écoute pas seulement les mots qui sont dit par mon adolescent, mais je tente de comprendre ses besoins et les non-dits derrière les mots.	1	2	3	4

➤ Entourez la ou les compétences que vous désirez améliorer

Partie F – Évaluation de la rencontre (17 h 20 à 17 h 30 / 10 minutes)**1. Retour et questionnaires**

L'animateur rappelle aux parents le devoir à faire d'ici à la semaine prochaine. Il demande ensuite aux parents leurs impressions sur cette rencontre. Tous les parents sont invités à nommer une chose qu'ils ont apprise. L'animateur demande aux parents de remplir le questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4). Chaque animateur doit remplir la grille de suivi de la rencontre 4 (outil 4.1).

Outil 4.1 – Grille de suivi de la rencontre 4²⁰

Groupe d'habiletés sociales et gestion de la colère - Volet parents

Atelier 4 : La communication avec un adolescent SGT

Noms des intervenants : Sandrine Filion et Sara-Jane Garceau, stagiaires à la maîtrise en psychoéducation

Lieu des rencontres : Centre Arc-en-Ciel

Moment : mercredi, hiver 2020

Heure : 15 h 30 à 17 h 30

Réalisée	Durée prévue	Durée réelle	Activité	Appréciation de l'activité ²¹	Commentaires
	15 min		Partie A – Retour sur la semaine passée 1. Retour sur la rencontre 3		
	25 min		Partie B – Faire une demande 1. Retour dans le temps 2. La demande		
	25 min		Partie C – Activité sur le message JE 1. Les pièges à éviter 2. Le message JE 3. La résolution de conflits		
	30 min		Partie D – Exercice communication 1. Activité communication 2. Devoir		
	5 min		Partie E – Technique d'impact sur l'écoute 1. Image sur l'écoute 2. Devoir		
	10 min		Partie F – Évaluation de la rencontre 1. Retour et questionnaire		

²⁰ Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

²¹ Légende d'appréciation de l'activité : 0 = insatisfaisant, 1 = passable, 2 = bien, 3 = très bien

Rencontre 5

Comment favoriser la gestion des émotions chez son ado

Activité (120 minutes)	La gestion des émotions avec un adolescent SGT
Thème	La gestion des émotions
Sous-thème	La communication réceptive L'expression des émotions L'écoute
Matériel	Cahier du participant (fiches 5.1 à 5.4), crayons, une copie imprimée par participant du questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4), deux copies imprimées de la mise en situation (outil 5.1) une copie imprimée par animateur du suivi de la rencontre 5 (outil 5.2).
Objectifs	Objectif général 1. Améliorer la gestion des émotions de l'enfant
	Objectifs intermédiaires 1. Permettre aux parents de se connaître. 2. Créer une ambiance agréable au sein du groupe. 3. Laisser place aux questionnements et aux réflexions des parents.
	Objectifs spécifiques 1. Les parents reconnaissent leurs propres lacunes en termes d'écoute et en ciblent une à travailler. 2. Les parents connaissent les principaux principes pour une écoute active. 3. Les parents sont capables de faire le reflet d'une émotion vécue par leur adolescent. 4. Les parents connaissent des trucs pour accompagner leur adolescent dans la gestion de leurs émotions. 5. Les parents connaissent les différentes zones des émotions et connaissent au moins un truc pour aider leur adolescent.

Plan de la rencontre

Partie A – Retour sur la semaine passée (15 h 30 à 15 h 50 / 20 minutes)

1. Retour sur le message au JE
2. Retour sur le questionnaire sur l'écoute

Partie B – Être à l'écoute de l'enfant (15 h 50 à 16 h 05 / 15 minutes)

1. Théorie
2. Pratique

Partie C – Refléter une émotion (16 h 05 à 16 h 30 / 25 minutes)

1. Théorie
2. Exemples

Pause (16 h 30 à 16 h 40 / 10 minutes)

Partie D – Exercice pratique (16 h 40 à 17 h 10 / 30 minutes)

1. Exercice

Partie E – Accompagner la gestion des émotions chez leur enfant (17 h 10 à 17 h 20 / 10 minutes)

1. Les signes précurseurs de la colère
2. Zones des émotions
3. Techniques d'apaisement
4. Devoir

Partie F – Évaluation de la rencontre (17 h 20 à 17 h 30 / 10 minutes)

1. Retour et questionnaires

Description de l'activité

Partie A - Retour sur la semaine passée (15 h 30 à 15 h 50 / 20 minutes)

1. Retour sur le message au JE

L'animateur questionne les parents sur leur devoir de la semaine passée : les parents ont-ils essayé le message au JE ? Si oui, est-ce que ça a fonctionné ? Quels sont les résultats et ce qui a fait que ça n'a pas fonctionné ? Ont-ils eu de la difficulté à formuler le message ? En ont-ils discuté avec leur enfant de l'importance du message au JE ?

2. Retour sur le questionnaire sur l'écoute

L'animateur questionne les parents sur leur questionnaire : Quelles prises de conscience ont-ils pu faire ? D'après le questionnaire, quelles habiletés voudraient-ils travailler pour être davantage à l'écoute ? En cibler au moins une.

Partie B – Être à l'écoute de l'enfant (15 h 50 à 16 h 05 / 15 minutes)

1. Théorie²²

L'animateur demande aux parents ce qu'ils font pour être le plus à l'écoute possible et complète avec les principes d'écoute.

- ✓ Avoir des conditions propices à la discussion (pas d'autres personnes dans la pièce, les deux personnes sont disponibles, il n'y a pas de stimuli).
- ✓ L'écoute est active (le parent incite l'enfant à parler, pose des questions sans trop interrompre, reformule ce qu'il a dit sans faire le perroquet, l'aide à trouver ses propres solutions)
- ✓ Le parent prête attention au non verbal de l'enfant (ce qu'il ne dit pas) et à son non-verbal (ce que mon corps envoie comme message).

²² Tiré et adapté de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Il peut faire le lien avec la résolution de conflits : ça prend de l'écoute pour connaître la vision de l'autre.

2. Pratique

Si le temps le permet, l'animateur prend deux volontaires pour lire une mise en situation entre une mère et son enfant (outil 5.1). S'il n'y a pas de volontaires, l'animateur peut le faire seul ou avec son collègue. Les parents doivent ensuite nommer ce qui est bien dans la simulation et ce qui est à améliorer. L'animateur peut faire des liens avec le questionnaire qu'ils ont rempli à la maison et la théorie.

Outil 5.1 Mise en situation sur l'écoute²³ (à imprimer)

Personnages : le narrateur, Lucas (l'enfant) et Patricia (le parent)

Narrateur « *Le repas de Lucas est servi et tous les membres de la famille sont assis à table (Patricia, Éric, Xavier et Rosalie), sauf Lucas, qui regarde la télévision dans le salon. »*

Lucas « *Je n'ai pas faim, je ne veux pas manger. »*

Patricia (S'approchant de Lucas) : « *Tu n'as pas envie de manger ce soir ? »*

Lucas « *Je ne me sens pas bien, je n'ai vraiment pas envie de manger ce soir. J'ai une boule dans l'estomac. »*

Patricia « *Tu te sens tendu, quelque chose te dérange ? »*

Lucas « *C'est le concours fi vendredi prochain, je suis sûr que ça va mal aller. »*

Patricia « *Tu as peur de rater, c'est ça ? »*

Lucas « *C'est le fi des divisions et j'ai beaucoup de difficulté avec les divisions. Tout le monde a déjà obtenu son diplôme 2 et, moi, je ne l'ai pas encore. Je ne l'aurai jamais, je ne suis pas capable. »*

Patricia « *Tu te sens découragé ? »*

Lucas « *Je ne sais pas encore mes divisions avec les multiples de 7 et de 8, je ne les saurai jamais à temps. »*

Patricia « *Qu'est-ce que tu pourrais faire pour y arriver ? »*

Lucas « *Il faudrait que je m'exerce comme pour un vrai concours, un peu chaque jour. »* (En parlant, Lucas s'approche de la table et va manger.) « *Je vais les réviser un peu ce soir. »*

Patricia « *Si tu veux, je pourrais te faire un petit défi après ta révision. »* Lucas (En parlant presque la bouche pleine) : « *Merci, maman. »*

²³ Tiré de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Partie C – Refléter une émotion (16 h 05 à 16 h 30 / 25 minutes)

1. Théorie

L'animateur doit expliquer comment faire pour refléter une émotion (nommer l'émotion qui se trouve sous ce que la personne dit). Il peut nommer les moments dans la mise en situation précédente où la mère a fait un reflet « je te sens tendu », « tu as peur de rater » et « tu es découragé ».

- ✓ L'animateur doit dire aux parents l'importance de refléter l'émotion chez leur adolescent : ça montre à l'autre qu'on l'écoute vraiment, ça favorise l'expression des émotions chez l'adolescent, ça lui permet de reconnaître qu'il vit une émotion alors qu'il ne s'en rendait même pas compte. C'est important de nommer l'émotion au lieu de réagir sur ce que le jeune dit, ça peut éviter des conflits superficiels. C'est de se poser la question « Qu'est-ce qu'il veut me dire en me disant ça, qu'est-ce qui se cache en dessous de ces mots ? »

2. Exemples ²⁴

L'animateur doit lire l'énoncé aux parents et leur demander l'émotion qui se trouve derrière l'énoncé, et comment ils pourraient faire un reflet. Les aider seulement s'ils n'ont aucune idée, faire aider les autres parents du groupe en premier.

Variante : l'animateur peut préalablement écrire les énoncés sur un papier et faire piger les parents.

- a. Pourquoi Fido a-t-il été tué ? C'était un si bon chien.
Émotion : Il s'ennuie de son chien.
Reflet : Tu t'ennuies beaucoup de ton chien.
- b. J'ai obtenu 65% pour mon exposé oral. (baisse les yeux) J'avais tellement travaillé.
Émotion : déçu
Reflet : Tu es déçu de ton résultat après avoir autant travaillé ?
- c. Je ne veux plus retourner au Karaté, je suis nul.
Émotion : Il se sent dévalorisé, découragé.
Reflet : Ça ne s'est pas bien passé au cours de Karaté pour toi ?

²⁴ Tiré de Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

PAUSE DE 10 MINUTES (de 16 h 20 à 16 h 30)

Pour la pause, il est suggéré d’avoir une caf  ti  re ainsi qu’une cruche d’eau pour proposer aux parents un breuvage.

Partie D – Exercice pratique (16 h 40 à 17 h 10 / 30 minutes)**1. Exercice**

L'animateur doit demander aux parents de se placer en dyade. Un des deux parents doit raconter une situation difficile vécue avec son enfant dans les derniers jours et l'autre parent doit pratiquer l'écoute active en se référant aux bonnes pratiques. Ensuite, ce parent doit ensuite formuler un reflet au parent qui a raconté son histoire.

2. Retour en groupe

L'animateur demande aux parents d'échanger les rôles après quelques minutes. Un retour en groupe est effectué en demandant aux parents ce qui a été facile ou plus difficile pendant l'exercice.

3. Devoir

Pratiquer le reflet avec leur ado et remplir la grille dans le cahier du participant (fiche 5.1).

Fiche 5.1 – Devoir sur le reflet**1. Situation :**

Émotion :

Reflet :

2. Situation :

Émotion :

Reflet :

Partie E – Accompagner la gestion des émotions chez leur enfant (17 h 10 à 17 h 20 / 10 minutes)

1. Les signes précurseurs de la colère

L'animateur explique que la colère a des signes précurseurs et de reconnaître les signes permet d'éviter une explosion parce qu'on peut agir à faire diminuer la tension au lieu d'attendre qu'elle soit élevée. L'animateur présente le tableau des signes précurseurs (fiche 5.2).

Fiche 5.2 – Signes verbaux et non-verbaux de la colère (signes précurseurs à une explosion)²⁵

Les indices non verbaux	Les indices verbaux
❖ <u>Expressions faciales</u> : surtout bas du visage et partie front-sourcils (joues, bouche, paupières) : lèvres serrées et pressées ; ailes du nez et lèvre supérieure haussées ; arête du nez plissée ; front plissé verticalement qui se creuse de rides profondes autour des sourcils ; haussement des paupières accompagné de la contraction des muscles oculaires ; dents serrées ; visage tendu vers l'avant ; menton relevé ; regard fixe et délibérément braqué sur quelqu'un ; visage et cou rougis. ❖ <u>Expressions corporelles</u> : poings serrés ou gestes des poings ; mains froides, moites, humides ou chaudes ; poignée de main raide, bouts des doigts contractés ; si en position debout : pieds écartés, l'un précédant l'autre (posture d'attaque), corps penché vers l'avant et pouvant envahir l'espace de l'autre ; muscles tendus ; mouvements brusques ; gestes d'attaques (coup de poing, coup de pied, lancement d'objets, etc.) ; doigt d'honneur ; si mépris : attitude générale de retrait et de distance. ❖ <u>Réactions physiologiques</u> : nœud à l'estomac ou boule dans le ventre ; mal au ventre ou mal au cœur ; rythme cardiaque et respiration accélérés ; transpiration et sueurs plus abondantes ; sensation de chaleur ou bouffée d'énergie qui pousse à l'action ; champ de vision brouillé ; perte de contact avec l'entourage.	❖ Haussement du ton de voix et rythme élevé ; grincement des dents.

²⁵ Tiré et adapté de Verret, C. et Massé, L., avec la collaboration de Lévesque, M. (2016). *Gérer ses émotions et s'affirmer positivement*. Montréal, Qc : Chenelière Éducation.

2. Zones des émotions

L'animateur présente les zones que les jeunes abordent dans leur groupe (fiche 5.3). Les zones sont aidantes parce qu'il est important qu'ils reconnaissent qu'eux-mêmes sont en colère, mais aussi parce qu'ils peuvent faire prendre conscience à leur enfant qu'il l'est alors qu'il ne l'aurait pas remarqué.

Les zones d'émotions fonctionnent avec toute émotion désagréable : colère, tristesse, peur, stress. Les adolescents peuvent discuter dans la zone verte idéalement, mais peuvent être capables dans la zone jaune. S'ils sont dans la zone orange ou rouge, il est recommandé de ne pas discuter avec l'enfant, mais de lui proposer un moyen de se calmer. Les parents peuvent demander à l'adolescent dans quelle zone il se trouve. Ils peuvent l'aider à se situer à l'aide des différentes sensations physiques qu'il ressent.

Fiche 5.3 – Zones d’émotions²⁶

Zones	Description/interventions
La zone verte (degré 1)	signifie qu’ils sont dans une zone de confort, c’est-à-dire qu’ils se sentent bien. ➤ On peut régler des conflits dans cette zone. Idéalement attendre d’être le plus près possible du 1 avant de régler la situation problématique.
La zone jaune (degrés 2 à 4)	signifie qu’ils sentent un léger inconfort ou un léger malaise, mais qu’ils sont en contrôle de la situation ou qu’ils ont une bonne maîtrise de soi. ➤ Si l’adolescent est en contrôle, on peut discuter avec lui. On peut aussi lui proposer un moyen pour l’aider à se calmer.
La zone orange (degrés 5 à 7)	signifie qu’ils sont dans une zone critique : s’ils ne font rien pour apaiser leurs émotions, ils risquent de perdre le contrôle de leurs émotions ou la maîtrise de soi. ➤ Ne pas régler de problème ni négocier avec l’adolescent, apaiser les émotions avant toute chose.
La zone rouge (degrés 8 à 10)	signifie qu’ils sont en danger : ces degrés indiquent qu’ils ont perdu le contrôle de leurs émotions ou leur maîtrise de soi. Par exemple, ils ont fait une crise de colère, ils sont en état de panique (peur) ou ils sont inconsolables (tristesse). ➤ Ne pas régler de problème ni négocier avec l’adolescent, apaiser les émotions avant toute chose. Assurer la sécurité de l’adolescent et des autres personnes.

²⁶ Tiré et adapté de Verret, C. et Massé, L., avec la collaboration de Lévesque, M. (2016). *Gérer ses émotions et s’affirmer positivement*. Montréal, Qc : Chenelière Éducation.

3. Techniques d'apaisement

L'animateur nomme aux parents qu'ils ont de la théorie complémentaire dans leur cahier, soit des techniques d'apaisement pour faire redescendre le thermomètre à 0, ou plus bas qu'il était. Ces techniques (fiche 5.4) peuvent servir avant de faire de la résolution de conflit, par exemple. Elles peuvent être utilisées par les parents et par les adolescents.

Fiche 5.4 - Techniques d'apaisement²⁷

- Étapes pour un retour au calme réussi
- ✓ **Étape no 1** : Arrêter toute communication, rediriger l'attention du jeune sur son moyen en gardant un ton calme.
- ✓ **Étape no 2** : S'éloigner de la situation/ se retirer
- ✓ **Étape no 3** : Choisir son moyen
- Liste de ce qui permet de faire descendre l'émotion négative, et favoriser un retour au calme.
- ✓ Méditation/relaxation
Plusieurs types de musique ou de méditation dirigée avec une voix. On peut en trouver sur des sites comme *Youtube* ou sur des applications.
- ✓ Imagerie mentale
Se construire un endroit imaginaire dans notre tête où on peut aller dès que ça ne va pas.
- ✓ Pleine conscience
Être conscient de ce qu'on fait dans le moment présent, sans penser à avant ou à après. Utiliser nos 5 sens pour être conscient du monde qui nous entoure. Manger en pleine conscience, marcher dans le bois en pleine conscience, écouter de la musique en pleine conscience, se concentrer sur l'odeur d'une chandelle ou d'une huile essentielle, etc.
- ✓ Opérations mentales
Faire le truc du 5 : 5 objets qu'on voit dans la pièce, 5 sensations physiques, 5 choses qu'on entend.
Compter de 100 à 0
Faire un casse-tête ou un cube *Rubik*.
- ✓ Apaisement tactile

²⁷ Tiré et adapté de Verret, C. et Massé, L., avec la collaboration de Lévesque, M. (2016). *Gérer ses émotions et s'affirmer positivement*. Montréal, Qc : Chenelière Éducation.

Glue, pâte à modeler, objet mou, « *Tangle* », flatter son animal

- ✓ Réaliser une activité artistique

Écouter de la musique, faire du dessin, lire un livre

- ✓ Être actif

Aller dehors, faire un jeu, faire un sport, s'entraîner.

4. Devoir

Proposer un moyen à l'adolescent afin qu'il retrouve son calme. (le situer dans la zone, le référer aux techniques apprises).

Partie F – Évaluation de la rencontre (17 h 20 à 17 h 30 / 10 minutes)

1. Retour et questionnaires

L'animateur rappelle les devoirs à faire. Il demande ensuite aux parents leurs impressions sur cette rencontre. Tous les parents sont invités à nommer une chose qu'ils ont apprise. L'animateur demande aux parents à remplir le questionnaire d'évaluation de la rencontre (outil 1.4). Chaque animateur doit remplir la grille de suivi de la rencontre 5 (outil 5.2).

Outil 5.2 – Grille de suivi de la rencontre 5²⁸

Groupe d'habiletés sociales et gestion de la colère - Volet parents

Atelier 5 : Comment favoriser la gestion des émotions chez son ado

Noms des intervenants : Sandrine Filion et Sara-Jane Garceau, stagiaires à la maîtrise en psychoéducation

Lieu des rencontres : Centre Arc-en-Ciel

Moment : mercredi, hiver 2020

Heure : 15 h 30 à 17 h 30

Réalisée	Durée prévue	Durée réelle	Activité	Appréciation de l'activité ²⁹	Commentaires
	20 min		Partie A – Retour sur la semaine passée 1. Retour sur la rencontre 3 5. Retour sur le questionnaire sur l'écoute		
	15 min		Partie B – Être à l'écoute de l'enfant 1. Théorie 2. Pratique		
	25 min		Partie C – Refléter une émotion 1. Théorie 2. Exemples		
	30 min		Partie D – Exercice pratique 2. Exercice		
	10 min		Partie E – Accompagner la gestion des émotions chez leur enfant 1. Les signes précurseurs de la colère 3. Zones des émotions 4. Techniques d'apaisement 5. Devoir		
	10 min		Partie F – Évaluation de la rencontre 1. Retour et questionnaire		

²⁸ Tiré et adapté de Verret, C. et Massé, L., avec la collaboration de Lévesque, M. (2016). *Gérer ses émotions et s'affirmer positivement*. Montréal, Qc : Chenelière Éducation.

²⁹ Légende d'appréciation de l'activité : 0 = insatisfaisant, 1 = passable, 2 = bien, 3 = très bien

Références

- Allard, C. (s.d.). *Les 5 « C » pour des interventions agréables et comprises de tous*. Educatout. <https://www.educatout.com/outils/trucs-et-astuces/intervention-et-communication/les-5-c-pour-des-interventions-agreables-et-comprises-de-tous.htm>
- Labbé, C. (2011). *Syndrome Gilles de la Tourette. Conseils aux parents*. Repéré à https://www.chusj.org/getmedia/775877cf-5abb-4c1f-9842-3f34300629ab/depliant_F-181_syndrome-Gilles-de-la-Tourette_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
- La Fondation canadienne du syndrome de la Tourette. (2005). *Comprendre le syndrome de la Tourette. Manuel pour les éducateurs*. Mississauga, ON : Auteur.
- La Fondation canadienne du syndrome de la Tourette. (2006). *Comprendre le syndrome de la Tourette. Manuel pour les familles*. Mississauga, ON : Auteur.
- Massé, L., Verreault, M., et Verret, C. avec la collaboration de Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Melançon, G., Labbé, C. et Duchesne, G. (2010). *Syndrome Gilles de la Tourette. Dépliant destiné aux parents pour mieux comprendre et vivre avec un enfant atteint du syndrome*. Repéré à https://www.chusj.org/getmedia/2685f563-32d3-426b-bce9-a781619bdb10/depliant_F-861_syndrome-Gilles-de-la-Tourette-mieux-comprendre_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
- Royer, É., Morand, C. et Gendron, M. (2005). *Pratiquons ensemble nos compétences : un programme basé sur les forces des adolescents et de leurs parents*. Donnacona, Québec: Centre de santé et de services sociaux de Portneuf, Programme Famille-enfance-jeunesse et santé mentale.
- Specht, M. W., Edwards, K. R., Perry-Parrish, C. et Amatya, K. (2018). Brief trans-diagnostic parent training: A strengths-based, parent-centered treatment for youth with Tourette syndrome. Dans J. F. McGuire, T. K. Murphy, J. Piacentini et E. A. Storch (dir.), *The clinician's guide to treatment and management of youth with Tourette syndrome and tic disorder* (p. 225-253). San Diego, CA: Academic Press.
- Verret, C. et Massé, L., avec la collaboration de Lévesque, M. (2016). *Gérer ses émotions et s'affirmer positivement*. Montréal, Qc : Chenelière Éducation.