

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
CATHERINE BERNIER

ÉVALUATION D'UN PROGRAMME POUR PARENTS D'ENFANT(S)
PRÉSENTANT UN DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ

OCTOBRE 2009

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

Sommaire

Cette présente étude porte sur l'évaluation de l'implantation d'un programme pour parents d'enfants âgés entre 5 et 12 ans présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Ce programme a été élaboré par deux psychologues de la Commission scolaire des Navigateurs, mesdames Nathalie Bouffard et Fabienne Gagnon. Le programme « Mieux intervenir auprès de mon enfant avec un diagnostic de TDA/H » a été expérimenté pour la première fois au printemps 2007 dans une école primaire de la région de Lévis. L'objectif principal de cet essai est de comparer les caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007) aux conditions d'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) reconnues dans la littérature dans le but de vérifier si le programme possède les caractéristiques nécessaires pour être efficace. Afin d'enrichir cette évaluation de programme, les impacts de celui-ci seront évalués. De plus, différentes données d'observation seront également utilisées ainsi que des données recueillies auprès des participants. Le second objectif est de fournir des recommandations concrètes permettant d'améliorer le programme et de maximiser son efficacité. Huit participants, âgés entre 31 ans et 51 ans, ont accepté de participer à la recherche et neuf enfants ont été rejoints par le programme (une mère avait deux enfants d'âge primaire présentant un TDA/H). Les participants ont complété différents questionnaires, soient l'*Échelle d'évaluation Conners pour le parent-révisée : version longue* (Conners, 1997), l'*Indice de stress parental* (Bigras, LaFrenière, & Abidin, 1996), le *Parent Evaluation Inventory (PEI-Parent)* (Kazdin, Siegel, & Bass, 1992) et la grille *Évaluation des ateliers* (Gagnon,

1998, cité dans Naud & Sinclair, 2003). Cette cueillette de données a été enrichie par l'observation des rencontres par la chercheure et par deux entrevues semi-structurées, l'une portant sur le développement de l'enfant ayant un TDA/H (anamnèse) et la seconde, sur l'évaluation du programme par les parents. L'analyse de l'ensemble de ces résultats indique que certaines conditions d'efficacité n'ont pas été rencontrées, ce qui a diminué les impacts positifs possibles du programme. En effet, le résultat moyen au *PEI-Parent* à l'échelle « Progrès du parent » révèle que les parents soulignent avoir fait des progrès modérés. En outre, les commentaires des parents dans l'entrevue semi-structurée visant à faire l'évaluation du programme révèlent également des impacts mitigés. Les participants ont intégré peu de moyens enseignés dans le programme dans leur quotidien et aucun changement de comportement n'a été noté chez quatre des neuf enfants ciblés. Les changements de comportement des cinq autres enfants sont minimes. Des impacts positifs sont tout de même ressortis : les parents se sont sentis moins isolés et davantage soutenus; les échanges leur ont permis de relativiser leur situation et l'ensemble des parents indiquent avoir une attitude plus calme et positive avec leur enfant présentant un TDA/H, ce qui a amélioré leur relation parent-enfant selon eux. Cet essai se termine avec des recommandations visant à accroître la concordance entre les caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007) et les conditions d'efficacité reconnues dans la littérature afin d'augmenter les impacts positifs du programme auprès de la clientèle, apportant ainsi de précieuses données pour les applications futures de ce programme d'entraînement aux habiletés parentales.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	ix
REMERCIEMENTS.....	x
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	5
Le TDA/H : Description du trouble et de ses impacts	6
Historique	6
Description du trouble	10
Prévalence	17
Étiologie	18
Évaluation.....	21
Troubles comorbides et problèmes associés	22
Impacts sur la famille	24
Traitements.....	26
Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales.....	30
Impact des programmes d'entraînement aux habiletés parentales	33
Conditions d'efficacité	37
Caractéristiques reliées au programme.....	38
Caractéristiques reliées aux animateurs et aux méthodes d'animation employées.....	42
Caractéristiques reliées à la clientèle.....	48
Objectifs de la recherche	49
MÉTHODE.....	51
Participants.....	52
Instruments de mesure.....	62
Déroulement	69
Lieu d'expérimentation	71
Description du programme.....	73
Historique du programme.....	73
Structure globale des ateliers.....	74
1 ^{re} rencontre.....	75

2 ^e rencontre.....	79
3 ^e rencontre.....	83
4 ^e rencontre.....	86
5 ^e rencontre.....	88
 RÉSULTATS	91
Conditions d'efficacité	92
 Évaluation des rencontres	107
Taux de participation.....	108
Résultats à la grille <i>Évaluation des ateliers</i>	109
Données recueillies lors de l'observation des rencontres.....	117
 Évaluation du programme	124
Résultats au questionnaire <i>PEI-Parent</i>	124
Entrevues post-test : commentaires reçus selon différents thèmes	126
Entrevues post-test : incidence de la participation au groupe	134
 Liens entre les différents résultats obtenus	137
Liens entre les caractéristiques de la clientèle et les conditions d'efficacité..	137
Liens entre les caractéristiques du programme et les conditions d'efficacité	141
 DISCUSSION.....	143
Caractéristiques générales du programme.....	145
Cadre théorique	145
Buts et objectifs.....	147
 Conditions d'efficacité et impacts du programme	150
Conditions d'efficacité reliées au programme	151
Conditions d'efficacité reliées à l'animation	156
Conditions d'efficacité reliées à la clientèle	159
 Recommandations	164
Recommandations reliées aux caractéristiques du programme.....	164
Recommandations reliées aux caractéristiques de l'animation.....	168
Recommandations reliées aux caractéristiques de la clientèle.....	172
Autres recommandations.....	173
 Limites, forces et retombées de la recherche	174
 CONCLUSION	178
 RÉFÉRENCES	182

APPENDICES.....	192
APPENDICE A : Entrevue semi-structurée sur le développement de l'enfant présentant un TDA/H	192
APPENDICE B : Autorisation de communiquer des renseignements confidentiels	195
APPENDICE C : Tableaux synthèses d'une entrevue semi-structurée portant sur le développement de chaque enfant présentant un TDA/H ciblé par l'étude.....	197
APPENDICE D : Grille « Évaluation des ateliers ».....	208
APPENDICE E : Questionnaire « PEI-Parent ».....	210
APPENDICE F : Entrevue semi-structurée portant sur l'évaluation de programme	215
APPENDICE G : Formulaire de consentement.....	218

Liste des tableaux

Tableau 1 : Description des participants	55
Tableau 2 : <i>Échelle d'évaluation Conners pour le parent</i> : Résultats significatifs ($T>65$) aux trois échelles reliées aux symptômes du DSM-IV	57
Tableau 3 : <i>Échelle d'évaluation Conners pour le parent</i> : Résultats significatifs ($T>65$)	58
Tableau 4 : <i>Indice de stress parental</i> : Résultats obtenus par les participants, en rang centile, selon le domaine	61
Tableau 5 : Répartition des items de certains indices de l' <i>Échelle d'évaluation Conners pour le parent</i>	64
Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques reliées au programme	93
Tableau 7 : Comparaison des caractéristiques reliées à l'animation	98
Tableau 8 : Comparaison des caractéristiques reliées à la clientèle (facteurs de risque).....	104
Tableau 9 : Comparaison des caractéristiques reliées à la clientèle (conditions d'efficacité).....	105
Tableau 10 : Taux de participation aux cinq rencontres du programme	108
Tableau 11 : Évaluation des ateliers : moyenne et dispersion.....	110
Tableau 12 : Thèmes principaux de chacune des rencontres.....	111
Tableau 13 : Points forts et points faibles spécifiques de chaque rencontre	123
Tableau 14 : Résultats au questionnaire <i>PEI-Parent</i>	125
Tableau 15 : Résumé de l'anamnèse de l'enfant d'Yvette	198
Tableau 16 : Résumé de l'anamnèse de l'enfant de Dalila	199
Tableau 17 : Résumé de l'anamnèse de l'enfant de Paulette	200
Tableau 18 : Résumé de l'anamnèse du beau-fils d'Oscar.....	201

Tableau 19 : Résumé de l'anamnèse de l'enfant d'Ernestine.....	202
Tableau 20 : Résumé de l'anamnèse de l'enfant d'Angéline	203
Tableau 21 : Résumé de l'anamnèse de l'enfant de Béatrice	204
Tableau 22 : Résumé de l'anamnèse de l'enfant A de Solange.....	205
Tableau 23 : Résumé de l'anamnèse de l'enfant B de Solange	207

Liste des figures

Figure 1 :	Plan de la salle de classe et emplacement des participants.....	72
Figure 2 :	Contenu : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.....	112
Figure 3 :	Moyens : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre	113
Figure 4 :	Animation : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre....	114
Figure 5 :	Climat : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre	115
Figure 6 :	Incidence : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.....	116
Figure 7 :	Satisfaction globale : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.....	117

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma plus profonde gratitude envers ma directrice d'essai, Mme Colette Jourdan-Ionescu pour sa présence, son soutien, sa patience, son ouverture et ses conseils judicieux. Elle m'a grandement aidée à mener à terme ce projet d'essai. Je remercie également les deux autres membres de mon comité, Mme Line Massé et Mme Martyne Verreault. Les connaissances impressionnantes de Mme Massé dans le domaine du TDA/H et des PEHP, sa générosité et ses suggestions très pertinentes m'auront permis d'enrichir cet essai. De plus, je tiens à remercier Mme Verreault d'avoir accepté de lire mon essai malgré une demande un peu tardive.

Je suis également très reconnaissante envers Mme Nathalie Bouffard et Mme Fabienne Gagnon, conceptrices du programme, ainsi que Mme Louise Pothier des services éducatifs de la Commission scolaire des Navigateurs, qui ont généreusement accepté que l'implantation du programme constitue l'objet de ma recherche. Je remercie également tous les participants qui ont accepté de donner de leur précieux temps pour participer à mes entrevues.

Je tiens également à remercier mes amies Mylène, Sylvie et Marie-Lisa pour leur soutien et leurs encouragements. Elles m'auront permis de garder le sourire et l'espoir pendant ce long processus. Je remercie tout particulièrement mon amie Jacinthe car sa bonne humeur, sa disponibilité, son efficacité et sa très grande générosité m'ont été d'une aide inestimable. Je remercie également mes parents pour leur support et leur confiance en moi tout au long de mes études.

Finalement, je tiens à souligner le soutien exceptionnel de mon conjoint pendant ces dix dernières années. Il a été à mes côtés et il m'a accompagné tout au long de mes études post-secondaires. Grâce à ses petits gestes au quotidien, sa patience, sa compréhension et son amour, il a grandement facilité mon cheminement doctoral et tout particulièrement ma rédaction d'essai. *Merci Francis!*

INTRODUCTION

Par ses possibilités d'intervention, la diversité des problématiques à traiter et la multiplicité des défis à relever, le milieu scolaire est très riche. Les différentes problématiques et troubles présentés par les enfants et les adolescents, tels les troubles envahissants du développement, les troubles du comportement et les troubles d'apprentissage, pour ne nommer que ceux-ci, mobilisent de nombreux intervenants. Conséquemment, ceux-ci se tiennent toujours à l'affût des nouveaux développements dans les domaines de l'évaluation et de l'intervention auprès de ces différentes clientèles. La psychologie, science complexe et constamment en évolution, permet de comprendre de plus en plus plusieurs de ces troubles et fournit des méthodes d'intervention reconnues comme étant efficaces. C'est notamment pourquoi les psychologues sont régulièrement sollicités pour procéder à des évaluations, s'impliquer dans les plans d'intervention, intervenir directement auprès des élèves et fournir support et conseils auprès des autres intervenants.

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est sans aucun doute l'une des problématiques qui demande le plus de temps aux psychologues scolaires, surtout dans les écoles primaires, selon l'expérience des psychologues de la Commission scolaire des Navigateurs. C'est pourquoi ceux-ci ont recherché les meilleures méthodes pour venir en aide à ces enfants et à leur famille. C'est ainsi qu'est

né le programme à la base de cet essai. En effet, les psychologues de cette commission scolaire ont choisi de développer un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) pour les parents d'enfants de 5 à 12 ans présentant un TDA/H.

Les PEHP constituent une méthode d'intervention existante depuis plusieurs décennies (Briesmeister & Schaefer, 1998). Ceux-ci sont utilisés pour outiller les parents vivant des situations particulières ou devant composer avec la présence d'une certaine problématique chez leur enfant. Plusieurs PEHP ont été développés pour aider des parents d'enfants présentant un TDA/H (Cunningham, 2006; Everett & Everett, 1999; Massé & Verreault, en préparation). De nombreux chercheurs ont réalisé des études à ce sujet afin de déterminer s'il s'agissait d'une façon d'intervenir efficace auprès de cette clientèle. Ces recherches ont permis d'établir que les PEHP engendraient de nombreux impacts positifs (Anastopoulos, Rhoads, & Farley, 2006; Barkley, 2006a; Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham Jr, 2004; Massé, Lanaris, & Couture, 2007; Pelham & Fabiano, 2008) et ont également permis de déterminer des conditions favorisant leur efficacité. Ces conditions d'efficacité seront à la base de cet essai.

Cet essai vise donc à évaluer le programme élaboré par deux psychologues de la Commission scolaire des Navigateurs, mesdames Nathalie Bouffard et Fabienne Gagnon. Pour ce faire, les caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007) seront analysées et comparées aux conditions d'efficacité reliées aux PEHP relevées dans la littérature. De plus, des données seront recueillies pendant les rencontres et

auprès des participants. Cette évaluation a également pour objectif de formuler des recommandations concrètes visant à améliorer le programme et à le rendre le plus conforme possible aux conditions d'efficacité reconnues dans les écrits à ce sujet.

La première section de ce projet de recherche vise à mieux connaître le TDA/H et les PEHP à l'aide d'un relevé de littérature. Entre autres, les trois catégories de conditions d'efficacité des PEHP seront présentées de façon détaillée. Les objectifs de cette recherche seront également indiqués. Par la suite, la méthode utilisée pour effectuer cet essai sera expliquée, en décrivant les participants, les instruments de mesure employés, le déroulement de la recherche, le lieu d'expérimentation et le programme à la base de cet essai. Il sera ensuite question des différents résultats obtenus, puis ceux-ci feront l'objet d'une discussion. Cette discussion permettra d'analyser davantage les résultats à la lumière du respect ou non des conditions d'efficacité, de présenter des recommandations et de déterminer les limites, les forces et les retombées possibles de ce travail. Finalement, les conclusions de cet essai seront énoncées.

CONTEXTE THÉORIQUE

Le TDA/H : Description du trouble et de ses impacts

Dans cette section, l'historique du Trouble : déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) sera d'abord présenté, puis les manifestations de ce syndrome seront décrites. Par la suite, il sera question de la prévalence de ce trouble, de son étiologie, de l'évaluation qui doit être faite avant de poser ce diagnostic, puis des troubles comorbides et des problèmes associés au TDA/H. Finalement, les impacts de la présence d'un enfant ayant un TDA/H sur la famille et les traitements possibles seront présentés.

Historique

Les recherches portant sur l'hyperactivité et le déficit de l'attention remontent à plus d'un siècle. En effet, il existe un consensus voulant que la première description de l'hyperactivité ait été réalisée en 1902 par Georges Still, pédiatre reconnu en Grande-Bretagne (Barkley, 2006a; Bouvard, Le Heuzey, & Mouren, 2006; Desjardins, 2001; Lecendreux, Konofal, & Touzin, 2007, Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003). Cependant, il est possible de relever dans la littérature la présentation de cas isolés d'enfants présentant des symptômes d'hyperactivité avant même le début du XX^e siècle (Bouvard et al., 2006). De plus, Lecendreux et al. (2007) et Raymond (2004) rapportent qu'au XIX^e siècle, des scientifiques allemands, dont le Dr Heinrich Hoffman, décrivaient des cas d'enfants hyperactifs.

Néanmoins, c'est à Still que reviennent officiellement les premiers écrits sur l'hyperactivité. Celui-ci avait observé un groupe de 20 enfants présentant des problèmes d'agitation, de désobéissance et d'impulsivité. Ceux-ci étaient incapables de maintenir une attention soutenue. Ils présentaient des retards scolaires importants, et ce, malgré des capacités intellectuelles apparemment normales. Ces enfants provenaient de milieux familiaux différents. Certains de ces milieux étaient chaotiques, alors que d'autres fournissaient un encadrement adéquat. En outre, quelques enfants présentaient des maladies graves ou des lésions cérébrales alors que d'autres étaient en bonne santé. Il était donc difficile d'établir une cause aux comportements observés chez ces enfants. Still émet alors l'hypothèse que ces enfants présentent un déficit du contrôle moral (Desjardins, 2001). Cet auteur sera le premier à poser l'hypothèse selon laquelle des lésions cérébrales peuvent expliquer ces symptômes (Bouvard et al., 2006; Lecendreux et al., 2007). C'est alors le point de départ des recherches sur ce qui est maintenant appelé le « Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité » (TDA/H).

Comme nous allons le voir, l'appellation de ce syndrome se transforme beaucoup au cours du XX^e siècle. Le vocable de ce trouble est modifié en fonction des écoles de pensée, des époques et des hypothèses émises pour expliquer les symptômes observés (Lecendreux et al., 2007). Toutefois, la description des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité réalisée par Still change peu (Barkley, 2006a).

En 1917-1918, une grave épidémie d'encéphalite se répand dans l'ensemble de l'Europe et des États-Unis (Barkley, 2006a; Bouvard et al., 2006; Desjardins, 2001; Lecendreux et al., 2007). Les individus atteints par cette infection virale présentaient une agitation majeure et de graves problèmes d'apprentissage (Bouvard et al., 2006). C'est à partir de ce moment que la communauté scientifique des États-Unis commence à porter une attention particulière aux manifestations d'hyperactivité chez les enfants (Barkley, 2006a; Bouvard et al., 2006). Les observations réalisées à la suite de cette épidémie étayent l'hypothèse voulant que l'hyperactivité soit expliquée par des lésions cérébrales. De plus, il est possible d'observer que des enfants atteints d'épilepsie, de déficience mentale, de paralysie cérébrale ou ayant subi un traumatisme crânien, ayant eu une maladie infectieuse telle la méningite ou ayant vécu des problèmes périnataux peuvent également présenter des symptômes d'agitation, d'impulsivité et d'inattention (Barkley, 2006a; Bouvard et al., 2006). Il est alors question d'atteinte cérébrale légère (*minimal brain damage*) pour désigner ce trouble.

Il demeure toutefois des enfants qui présentent des symptômes semblables, sans qu'aucun accident, maladie ou malformation entraînant des lésions cérébrales ne puisse être identifié. La notion d'atteinte cérébrale légère se transforme donc par la désignation de dysfonction cérébrale minime (*minimal brain dysfunction*) (Bouvard et al., 2006). Ce terme est abandonné à la fin des années 60. À partir de cette décennie, le trouble est désigné par ses symptômes plutôt que par ses causes possibles. Au fil des ans, l'importance est mise en alternance sur les symptômes d'inattention et d'hyperactivité.

Dans les années 60, c'est l'hyperactivité qui est placée au premier plan. Il est alors question du « syndrome de l'enfant hyperactif » ou de « syndrome hyperkinétique » (Barkley, 2006a; Bouvard et al., 2006; Raymond, 2004). La description du trouble fait son apparition dans la deuxième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-II)* en 1968 sous la terminologie de « réaction hyperkinétique de l'enfance (ou de l'adolescence) » (traduction libre)¹ (American Psychiatric Association, 1968). Par la suite, c'est le déficit de l'attention qui prend plus d'importance dans les années 70. En effet, plusieurs recherches, dont celles de Virginia Douglas (Douglas, 1972, 1980, 1983) au Canada mettent l'emphasis sur les problèmes d'inattention et du contrôle des impulsions. Selon cette auteure, ce sont des déficits de l'attention et l'impulsivité qui expliqueraient davantage les problèmes d'agitation et d'apprentissage ainsi que les difficultés relationnelles vécus par les enfants atteints de ce syndrome. En 1980, l'appellation du trouble change dans la troisième édition du *DSM* et devient « Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » (traduction libre)² (American Psychiatric Association, 1980). La version révisée de la troisième édition du *DSM*, parue en 1987, change à nouveau le vocable de ce trouble et replace les problèmes de comportement et d'hyperactivité au premier plan. Il est alors question du « Trouble : Hyperactivité avec déficit de l'attention » (American Psychiatric Association, 1987). Il est possible de voir apparaître la dénomination qui est utilisée aujourd'hui vers la fin du XX^e siècle. En effet, en 1994, paraît le *DSM-IV*. Dans cette nouvelle édition de ce manuel diagnostique, le syndrome est ainsi décrit : « Trouble : déficit de

¹ La dénomination anglophone est : “hyperkinetic reaction of childhood (or adolescence)”

² La dénomination anglophone est : “attention deficit disorder with or without hyperactivity”

l'attention/hyperactivité », d'où l'acronyme TDA/H (American Psychiatric Association, 1994). Dans la version révisée du *DSM-IV* parue en 2000 (*DSM-IV-TR*), le terme utilisé demeure le même (American Psychiatric Association, 2000).

Description du trouble

De plus en plus, le *DSM* est le manuel reconnu à travers le monde pour établir des diagnostics en santé mentale (Barkley, 2006a). En outre, la classification du *DSM* est celle exigée dans l'ensemble des revues anglaises (Bouvard et al., 2006) et il s'agit de la classification généralement employée chez les Nord-américains (Massé, Lanaris, & Couture, 2006). C'est pourquoi ce seront les critères du *DSM-IV-TR* qui seront retenus dans cet essai, ainsi que l'acronyme TDA/H (American Psychiatric Association, 2000). De façon globale, le TDA/H se caractérise par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui se démarque, aux plans de la fréquence et de la sévérité, de façon significative de ce qui est normalement attendu d'un enfant ayant le même niveau de développement. Les symptômes doivent apparaître avant l'âge de sept ans, être présents dans au moins deux milieux de vie différents (par exemple, à la maison et à l'école), entraîner une altération significative du fonctionnement et ne pas être expliqués par un autre trouble (par exemple, un trouble envahissant du développement) (American Psychiatric Association, 2000).

Il existe également une deuxième classification des troubles mentaux et des troubles de comportement : la *Classification internationale des maladies (CIM)*.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui publie cet ouvrage, a édité la dixième version de cette classification en 1993. Dans la *CIM-10*, l'appellation qui a été retenue pour désigner ce syndrome est : « Perturbation de l'activité et de l'attention » dans la section des « Troubles hyperkinétiques ». Cette définition est davantage employée en Europe, tout particulièrement en France (Bouvard et al., 2006).

Il est possible de remarquer que les critères nécessaires pour attribuer un diagnostic de TDA/H sont distincts selon les classifications. Alors que le *DSM-IV-TR* fait la distinction entre trois types de TDA/H (type mixte, type inattention prédominante et type hyperactivité-impulsivité prédominante), la *CIM-10* exige qu'un individu présente un certain nombre de symptômes dans les trois composantes avant d'émettre un diagnostic (au moins six symptômes d'inattention, trois d'hyperactivité et un d'impulsivité). Cependant, les symptômes identifiés pour décrire chacune des composantes (inattention, hyperactivité, impulsivité) sont semblables dans les deux ouvrages de référence. Voici une description de chacune de ces composantes.

Tout d'abord, afin de bien comprendre ce qu'est l'**inattention**, il faut d'abord expliquer ce qu'est l'attention. Selon Massé et ses collègues (2006, p. 6), l'attention est « un mécanisme cognitif permettant le traitement et la gestion des informations ». Selon Lecendreux et ses collaborateurs (2007, p. 56), « l'attention est un processus neuro-physiologique complexe qui nous permet de nous orienter dans notre environnement et de réagir de façon appropriée en filtrant les stimuli les plus

appropriés ». Ce pédopsychiatre et ses collègues expliquent que nous sommes confrontés à une multitude de stimuli chaque jour et qu'il est nécessaire de bien faire le tri entre les informations qui sont essentielles à notre fonctionnement et celles qui sont futiles ou non-pertinentes. Ces stimuli peuvent être de différentes natures : visuelle, tactile, auditive, olfactive. Pour une personne présentant un déficit de l'attention, il est beaucoup plus difficile de faire ce tri. C'est pourquoi l'enfant présentant un TDA/H aura tendance à être distracté par tout ce qui se passe autour de lui (distractivité externe) et en lui (distractivité interne) (par exemple, une personne qui échappe un objet, l'enseignante qui circule entre les pupitres, l'odeur du restaurant du coin qui entre par la fenêtre, son ventre qui gargouille).

Pour bien comprendre le concept d'attention, il est important de distinguer ses différentes composantes. De façon générale, quatre formes d'attention sont décrites soient l'attention sélective, soutenue, divisée et la vigilance (Gagné, Moreau, & Ainsley, 2001; Massé et al., 2006). Un document de formation produit par le Gouvernement du Québec (Ministère de l'éducation et Ministère de la santé et des services sociaux, 2003) décrit deux composantes supplémentaires à celles déjà énoncées. Il s'agit de l'éveil et de la plasticité. Voici donc une courte définition de chacun de ces aspects de l'attention.

L'attention sélective, qui peut également être appelée attention dirigée ou focalisée, permet de « trier les informations disponibles dans le but de ne retenir et de ne traiter que celles qui sont pertinentes pour l'activité en cours en inhibant la réponse aux

autres stimuli présentés » (Lussier & Flessas, 2001, p.92). *L'attention soutenue* est le processus qui permet d'orienter intentionnellement notre attention sur un stimulus particulier pendant une certaine période de temps, de façon continue. Cette période peut varier de 15 à 30 minutes selon les conditions (Lussier & Flessas, 2001; Massé et al., 2006). *L'attention divisée* est la capacité d'effectuer deux tâches ou plus en même temps ou de traiter deux messages ou plus simultanément (Ministère de l'éducation et Ministère de la santé et des services sociaux, 2003). La *vigilance* permet aux individus de demeurer ouverts à leur environnement et d'y repérer certaines informations particulières selon le projet qu'ils poursuivent. C'est également cette dimension de l'attention qui nous permet de reconnaître certains signaux dans notre environnement même si nous faisons une tâche requérant notre attention (par exemple, la cloche qui sonne) (Gagné et al., 2001; Massé et al., 2006). *L'éveil* ou *l'alerte* est un concept qui décrit l'état dans lequel nous sommes lorsque nous sortons du sommeil, lorsque nos sens sont ouverts sur le monde qui nous entoure. Lussier et Flessas (2001, p.92) décrivent cet état ainsi : « mobilisation énergétique minimale de l'organisme qui permet au système nerveux d'être réceptif de façon non spécifique à toute information ». Finalement, la *plasticité* fait référence à « la capacité d'effectuer un changement dans le mode d'activité » (Ministère de l'éducation et Ministère de la santé et des services sociaux, 2003, p. 34). Cette plasticité permet aux gens d'arrêter une activité en cours pour en débuter une autre lorsque des signaux internes ou externes l'indiquent.

Chez un enfant présentant un TDA/H, certains de ces mécanismes d'attention ne sont pas bien régulés. En effet, celui-ci aura de la difficulté à focaliser son attention sur ce qui est important (par exemple, les explications de son enseignante de français) car son attention peut être facilement détournée par des bruits, des mouvements, des odeurs, ses pensées, etc. De plus, il est ardu pour lui de demeurer attentif pendant une longue période de temps sur une même tâche, surtout s'il n'est pas motivé par ce qu'il doit accomplir (par exemple, ses devoirs). Dans certaines conditions, lorsque la tâche qu'il accomplit est hyperstimulante (par exemple, les jeux vidéos), il peut devenir tellement absorbé par ce qu'il fait qu'il ne sera plus vigilant aux autres signaux de son environnement (par exemple, sa mère qui lui dit de venir manger). Finalement, il est très difficile pour un enfant ayant un TDA/H de faire efficacement deux choses à la fois ou d'assimiler plusieurs consignes en même temps.

Les difficultés d'attention entraînent également d'autres complications chez les enfants présentant un TDA/H. En effet, ceux-ci vont avoir plus de difficultés à s'organiser et à s'orienter dans le temps et dans l'espace, ce qui peut entraîner de nombreux oubliers; ils vont avoir tendance à ne pas se mettre à la tâche immédiatement lorsqu'une consigne est donnée, surtout s'ils ne sont pas intéressés; ils vont manquer de persévérance en particulier si la tâche demande un effort au plan cognitif ou si elle est monotone; ils ont de la difficulté à suivre les consignes et les règles et leur mémoire de travail n'est pas aussi efficace que celle des enfants ne présentant pas ce trouble (Massé et al., 2006).

La composante **hyperactivité** est celle qui est généralement la plus évidente. Il est fréquent d'entendre les commentaires suivants à propos d'enfants hyperactifs : « une petite tornade », « une vraie girouette », « il ne tient pas en place ». Ces expressions vont de pair avec celles que les parents et enseignants emploient à leur propos : « il gruge mon énergie », « il demande toute mon attention », « il me vide ». Il est normal que les enfants soient actifs, bougent, courent, sautent et fassent du bruit. Ils ont beaucoup d'énergie et ils ont besoin d'aller à la découverte de leur environnement. Cependant, cette agitation devient un problème quand elle est excessive et entrave le niveau de fonctionnement de l'individu. Plusieurs auteurs rapportent que les enfants présentant un TDA/H avec une composante d'hyperactivité sont agités la majorité du temps et bien souvent, même dans leur sommeil (Bouvard et al., 2006; Lecendreux et al., 2007; Massé et al., 2006). Ils vont présenter des mouvements désordonnés, faire des bruits de bouche lorsque c'est inapproprié, bouger constamment les pieds ou les mains, triturer tout ce qui leur tombe sous la main. Lorsqu'ils paraissent calmes, il est possible de remarquer, en les observant attentivement, qu'ils sont généralement tendus et qu'ils se forcent pour maîtriser leur agitation (Compernolle & Doreleijers, 2004). Généralement, cette composante d'hyperactivité motrice diminue chez les adolescents (Desjardins, 2001; Lecendreux et al., 2007). « Les signes d'activité motrice exagérée (par exemple, courir et grimper exagérément, ne pas pouvoir rester assis) deviennent moins fréquents et les symptômes d'hyperactivité peuvent se limiter à de la nervosité [par exemple, agiter les pieds, pianoter avec les doigts], ou à une sensation intérieure d'agitation et d'incapacité à tenir en place » (American Psychiatric Association, 2000, p. 104).

Finalement, l'**impulsivité** est directement reliée à la capacité d'inhiber une action verbale ou motrice. Cette capacité d'inhibition permet, entre autres, de choisir, parmi un ensemble de possibilités, la réponse la plus appropriée ou le comportement le plus adapté dans un contexte donné. Les enfants présentant un TDA/H avec une composante d'impulsivité éprouvent davantage de difficultés à s'arrêter avant d'effectuer un geste ou de donner une réponse. Ils ne prennent généralement pas le temps de réfléchir pour évaluer si le geste qu'ils s'apprêtent à faire ou les paroles qu'ils veulent dire sont ajustés à la situation. Ils agissent sur-le-champ, sans penser aux conséquences. Ce manque d'inhibition entraîne généralement beaucoup de problèmes chez les enfants ayant un TDA/H, autant aux plans scolaire, social que familial. En effet, ils vont répondre aux questions avant qu'elles ne soient entièrement posées, ils vont être très prompts à réagir devant une frustration, ils peuvent interrompre une conversation pour dire ce qui leur passe par la tête, ils ne lèveront pas la main en classe pour donner une réponse et donneront la réponse sans que l'enseignant(e) ne leur ait donné la parole. Il est très ardu pour ces enfants d'attendre leur tour dans les jeux et d'être patients dans les files d'attente. De plus, cette impulsivité, conjuguée à l'hyperactivité, amène les jeunes à briser plus fréquemment leurs jouets, à faire plus de dégâts et à poser des gestes dangereux (par exemple, s'élancer sur la route pour rattraper un ballon). Leurs actions sont parfois brusques, promptes et irréfléchies (Lecendreux et al., 2007; Massé et al., 2006).

Prévalence

Il y a eu longtemps consensus pour indiquer qu'il y avait en moyenne de 3 à 5% des enfants ayant l'âge de fréquenter l'école primaire qui présentaient un TDA/H (Bouvard et al., 2006; Causse, 2006; Lecendreux et al., 2007). C'était également le taux de prévalence indiqué dans le *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). En 2000, le *DSM-IV-TR* indiquait une légère augmentation de ce taux de prévalence, qui se situait alors entre 3 et 7 % (American Psychiatric Association, 2000). D'autres études indiquent des taux de prévalence différents, selon les critères utilisés et les régions où ces études ont eu lieu. Vincent (2007) rapporte que ces taux varient entre 2 % et 12 %. Ce trouble serait présent partout dans le monde (American Psychiatric Association, 2000; Barkley, 2006a). Cependant, le taux de prévalence serait plus faible en Europe, où les professionnels de la santé se réfèrent davantage aux critères de la *CIM-10*, qui sont plus restrictifs (Massé et al., 2006).

Les différentes études démontrent que le trouble est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Cependant, le ratio garçon : fille varie beaucoup, allant de 2 :1 à 9 :1 (American Psychiatric Association, 2000). Il a été longtemps véhiculé que ce syndrome s'estompait à l'adolescence et disparaissait avant l'âge adulte. Cependant, il est maintenant démontré que 50 à 80 % des enfants présentant un TDA/H conservent des symptômes du trouble à l'adolescence (Lecendreux et al., 2007; Barkley, 2006a), même si généralement, les manifestations d'hyperactivité motrice diminuent (Desjardins, 2001; Lecendreux et al., 2007). Il existe encore peu d'études portant sur le taux de prévalence

du TDA/H à l'âge adulte, mais selon la recension des écrits de Vincent (2007), les chercheurs estiment qu'il y aurait environ 4 % de la population générale atteints par ce syndrome.

Étiologie

Il n'est pas possible d'identifier une seule cause au TDA/H. C'est d'ailleurs pourquoi les termes « syndrome » et « trouble » sont employés pour désigner le TDA/H plutôt que le terme « maladie ». En effet, une maladie est reliée à une cause organique identifiable et unique alors qu'un trouble ou un syndrome désigne un ensemble de symptômes (Lecendreux et al., 2007; Raymond, 2004). Bien qu'il y ait eu plusieurs hypothèses pour expliquer le TDA/H au cours du dernier siècle (allergies alimentaires, conditions environnementales, facteurs psychosociaux, lésions cérébrales), les études démontrent de plus en plus que ce sont des facteurs neurologiques et neurochimiques qui sont à la base de ce syndrome (Barkley, 2006a).

Il est maintenant reconnu qu'il existe un facteur héréditaire dans la transmission du TDA/H, en raison d'études familiales, d'études sur les jumeaux et les enfants adoptés et d'études sur la génétique moléculaire (Barkley, 2006b). Par exemple, une recherche réalisée par Biederman et ses collègues auprès d'adultes présentant un TDA/H indique que 57 % de leurs enfants répondent également aux critères de ce trouble (Biederman, Faraone, Mick, Spencer, Wilens, Kiely et al., 1995). Vincent (2007) rapporte qu'il est possible de découvrir des liens familiaux dans la majorité des cas présentant un TDA/H.

Cependant, le facteur héréditaire ne peut expliquer en entier la transmission de ce syndrome puisque l'étude des jumeaux monozygotes met en évidence que 81 % des cas présentent le trouble de façon conjointe (Coolidge, Thede, & Young, 2000). Si l'origine de ce trouble était uniquement génétique, il devrait y avoir concordance dans la totalité des cas à l'étude. L'hypothèse la plus probable serait donc qu'il y ait une prédisposition génétique ou une vulnérabilité génétique à ce trouble et que certains facteurs neurologiques ou environnementaux (par exemple, une naissance prématurée, des complications périnatales, le tabagisme de la mère pendant la grossesse, une anoxie à la naissance) favoriseraient l'émergence ou non de ce trouble (Barkley, 2006a; Causse, 2006).

En ce qui concerne l'aspect neurologique, il est de plus en plus évident que les jeunes ayant un diagnostic de TDA/H présentent des anomalies au lobe frontal. Ce dernier est le siège de plusieurs fonctions exécutives, dont celles d'inhibition (capacité de retenir une réponse ou de la différer dans le temps), de planification (capacité à organiser une séquence d'actes et de comportements) et de flexibilité mentale (capacité à moduler une réponse), ce qui expliquerait une partie de leurs difficultés d'attention, d'hyperactivité et, surtout, d'impulsivité (Barkley, 2006c; Lecendreux et al., 2007). D'autres études recensées par Massé et al. (2006) indiquent qu'il se pourrait également que les individus présentant un TDA/H ait une activité électrique moindre dans les régions préfrontale et frontale limbique et ce, dans l'hémisphère droit tout particulièrement. En outre, l'hypothèse de dysfonctions dans le système réticulé,

système jouant un rôle primordial dans la modulation de l'activité corticale, est également formulée. Pour ce qui est de l'aspect neurochimique, Barkley (2006a) recensent plusieurs études démontrant que la production et la transmission de la dopamine et de la noradrénaline présentent des dysfonctions. Cependant, quelques-unes d'entre elles ne sont pas concluantes. Pourtant, la médication administrée aux enfants présentant un TDA/H vise à rétablir l'équilibre dans les systèmes dopaminergiques et noradrénergiques, ce qui soutient l'hypothèse voulant que ces systèmes soient impliqués dans le TDA/H. Bien qu'il y ait plusieurs preuves démontrant que ces neurotransmetteurs présentent des déséquilibres chez les individus atteints de TDA/H, Barkley (2006c) rappelle qu'il n'existe aucune certitude jusqu'à présent. Des études recensées par Massé et ses collègues (2006) révèlent que des atteintes cérébrales et l'intoxication au plomb pourraient également avoir un lien avec la présence de ce syndrome chez un faible pourcentage d'individus.

Finalement, il est important de mentionner que certains facteurs, autrefois identifiés comme étant les causes du TDA/H, ont été écartés. C'est le cas, entre autres, des facteurs psychosociaux (Barkley, 2006c). Cependant, il a été démontré que des facteurs familiaux (par exemple, un encadrement familial chaotique ou inadapté) ou environnementaux (par exemple, un milieu socioéconomique faible) peuvent exacerber les symptômes et faire en sorte que ceux-ci perdurent au cours du développement du jeune. Ces facteurs peuvent également engendrer la présence de troubles associés ou amener des difficultés d'adaptation sociale chez l'enfant (Desjardins, 2001; Barkley,

2006a). Les hypothèses voulant que la consommation de sucres raffinés, de colorants alimentaires ou d'agents de conservation joue un rôle dans l'apparition du TDA/H ont également été écartées (Desjardins, 2001; Massé et al., 2006).

Évaluation

Aucun test, aucune évaluation, aucun examen ne permet de déterminer avec certitude la présence d'un TDA/H (American Psychiatric Association, 2000). Le diagnostic de ce syndrome est très complexe, puisque le portrait clinique de chaque jeune est différent, selon l'intensité de chacun de ses symptômes (Lecendreux et al., 2007). C'est un médecin, un pédiatre ou un pédopsychiatre qui pose le diagnostic, en fonction des informations qu'il reçoit de différentes sources (parents, milieu scolaire, milieu de garde). Le Dr François Raymond (Raymond, 2004) décrit bien la procédure d'évaluation qui est généralement utilisée au Québec lorsqu'il y a une hypothèse de TDA/H chez un enfant. Il procède d'abord à une entrevue avec les parents, où il vérifie un ensemble d'éléments depuis la conception de l'enfant jusqu'au moment de la consultation (grossesse, accouchement, tempérament, sommeil, langage, adaptation de l'enfant dans différents milieux). Grâce à cette entrevue, il repère les facteurs de risque et il en apprend davantage sur les comportements de l'enfant. De plus, il vérifie s'il y a des antécédents familiaux de ce trouble.

Il procède également à un examen physique de l'enfant, afin de vérifier si des problèmes de santé peuvent expliquer les manifestations d'hyperactivité et d'inattention.

De plus, une *échelle d'évaluation Conners* (Conners, 1997) est habituellement complétée par les parents et des intervenants du milieu scolaire. Ce questionnaire permet de repérer de façon systématique et relativement objective la présence de symptômes d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité et d'autres troubles associés. Il vérifie également si l'enfant a déjà été rencontré par un(e) orthopédagogue ou un(e) orthophoniste et il peut demander un bilan académique et comportemental de l'enfant à son enseignant(e). Il insiste généralement pour qu'une évaluation psychologique et parfois neuropsychologique soit réalisée, afin de bien comprendre le profil cognitif de l'enfant. En procédant de cette façon, il s'assure d'avoir les informations nécessaires pour éliminer toutes les hypothèses possibles avant de poser un diagnostic de TDA/H. De plus, le Dr Raymond précise qu'il faut être très prudent avant de poser un diagnostic lorsque des facteurs psychosociaux (par exemple, la séparation des parents) semblent exacerber les symptômes.

Troubles comorbides et problèmes associés

Il existe différents troubles fréquemment associés au TDA/H. Selon le *DSM-IV-TR*, les enfants ayant un TDA/H présentent dans la moitié des cas environ, un TOP ou un trouble des conduites (American Psychiatric Association, 2000). Environ la même proportion de jeunes aurait des difficultés d'apprentissage selon Causse (2006) et Lecendreux et al. (2007). Il arrive également que des enfants ayant un TDA/H présentent des troubles d'ordre affectif, tels des troubles anxieux (entre 25 % et 35 % des cas en moyenne) (Barkley, 2006c) ou dépressifs (environ 20 %) (Causse, 2006; Collège des

médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001). Finalement, le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est également associé au TDA/H. Environ 50 % des enfants présentant un SGT ont également un TDA/H. Cependant, peu d'enfants ayant reçu un diagnostic de TDA/H se voient également attribuer un diagnostic de SGT (American Psychiatric Association, 2000).

Lahey et Carlson (1991) relèvent que les problèmes associés au TDA/H sont différents selon le type présent chez l'enfant. En effet, les enfants présentant un TDA/H de type mixte ou à prédominance hyperactivité/impulsivité auraient plus tendance à avoir des troubles de la conduite ou à émettre des comportements impulsifs que ceux qui ont un TDA/H à prédominance inattention. Ces derniers seraient plus retirés socialement, mais moins rejetés par leurs pairs. Ils seraient également plus amorphes et ils présenteraient davantage de symptômes dépressifs et anxieux.

Le TDA/H entraîne également de nombreux autres problèmes, dont voici une liste non exhaustive : conflits avec les pairs, faible estime de soi, image de soi négative, rejet ou retrait social, échecs scolaires [plus d'un élève sur trois ayant un TDA/H reprennent une année scolaire selon Barkley (2006a)], agressivité, mauvaise évaluation du danger, problèmes de coordination motrice, labilité émotive, faible tolérance à la frustration (American Psychiatric Association, 2000; Barkley, 2006c). La présence d'un enfant ayant un TDA/H a également un impact majeur sur ses relations familiales, celles-ci devenant souvent conflictuelles.

Impacts sur la famille

La présence d'un enfant présentant un TDA/H dans la famille a de nombreux impacts sur ses membres. En effet, plusieurs situations peuvent entraîner des conflits entre l'enfant atteint de ce trouble, ses parents et la fratrie (par exemple, l'enfant perd ou brise ses jouets, est en conflit avec les membres de sa fratrie, ne veut pas faire ses devoirs, est en échec scolaire, n'accomplit pas ses tâches domestiques, s'impatiente, bouge et parle presque tout le temps, fait des crises dans des endroits publics, etc.). Les parents remarquent également que leur enfant ne répond pas aussi bien que les autres enfants de son âge aux approches éducatives habituelles. Comme le mentionnent le Dr Lecendreux et ses collègues (2007, p. 267) : « Pour que les méthodes traditionnelles fonctionnent, il faut que l'enfant soit capable d'être attentif, de mémoriser, de planifier, de mesurer les conséquences négatives d'un comportement et d'en tirer un enseignement... Autant de caractéristiques qui font justement défaut aux enfants hyperactifs ». Les parents deviennent de plus en plus découragés et se sentent impuissants devant la situation qui se détériore de jour en jour. En outre, avant de connaître et de bien comprendre le diagnostic du TDA/H, ils peuvent se culpabiliser et penser qu'ils éduquent mal leur enfant. De plus, ils peuvent se considérer comment étant des parents moins compétents (Anastopoulos, 1998) et vivre un niveau de stress plus élevé (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, & DuPaul, 1992; Levac, McCay, Merka, & Reddon-D'Arcy, 2008). Les conflits conjugaux sont souvent plus nombreux dans les familles où il y a un enfant ayant un TDA/H (Anastopoulos, 1998).

L'entourage (famille élargie, voisins, amis) peut également porter des jugements envers l'enfant qui présente un TDA/H et ses parents. Le TDA/H n'est pas un handicap visible, comme la trisomie ou la paralysie cérébrale. Il est donc plus difficile pour l'entourage de bien comprendre ce trouble et il peut attribuer, à tort, les comportements de l'enfant à un manque de discipline et d'encadrement de la part de leurs parents. Ces derniers sont parfois jugés sur leur façon d'éduquer leur enfant ou sur les moyens qu'ils prennent pour traiter le TDA/H (par exemple, la médication) (Desjardins, 2001; Raymond, 2004). Ce regard négatif porté par l'entourage, combiné aux comportements problématiques de l'enfant, amènent fréquemment l'isolement de la famille (Desjardins, 2001).

En outre, il arrive d'observer une escalade négative dans la discipline et dans les interactions parents-enfant, ce qui aggrave la situation (Desjardins, 2001; Laviguer, 2006). Les parents avec un enfant TDA/H développent souvent un style parental de plus en plus négatif et directif (Anastopoulos, 1998). Certains parents agissent de façon opposée, en devenant trop tolérants et en lâchant prise devant les comportements de leur enfant. Dans un cas comme dans l'autre, les parents se découragent et s'épuisent devant le stress qu'ils vivent au quotidien (Desjardins, 2001).

Les membres de la fratrie subissent également des impacts lorsqu'ils ont un frère ou une sœur ayant un TDA/H. Les conflits et le stress existant dans la famille ont des répercussions sur eux. Ils sont souvent en conflit avec leur frère ou leur sœur; ils

subissent parfois les conséquences d'un système disciplinaire plus serré, dont ils n'ont pas besoin; leurs amis ne veulent plus jouer avec leur fratrie, car elle est trop dérangeante, etc. Ils vivent de l'isolement, le niveau d'exigences est parfois plus élevé envers eux (par exemple, : « soit raisonnable », « montre l'exemple ») et il peut arriver que les parents manquent d'énergie et de temps pour leur accorder autant d'attention qu'ils le devraient (Desjardins, 2001; Lavigne, 2006).

Les spécialistes s'accordent pour dire que ces parents ont besoin de soutien et d'aide afin de retrouver un certain équilibre dans leur famille et d'utiliser les meilleurs outils possibles pour accompagner et encadrer leur enfant présentant un TDA/H (Desjardins, 2001; Lavigne, 2006; Lecendreux et al., 2007; Massé et al., 2006; Raymond, 2004). La mère accepterait plus volontiers de l'aide de la part de services extérieurs que le père selon Lecendreux et al. (2007).

Traitements

De plus en plus, le TDA/H est considéré comme étant un trouble chronique (Chronis, Jones, & Raggi, 2006; Massé et al., 2006). Il n'existe donc pas de médicaments, ni de thérapies qui permettent de guérir ce syndrome. Cependant, des moyens existent pour diminuer les symptômes et réduire leurs impacts dans le quotidien.

Tout d'abord, il y a la médication. Cette dernière permet de réduire les symptômes du TDA/H, mais ceux-ci réapparaissent lorsque la durée d'action du

médicament est terminée (Lecendreux et al, 2007). Il existe deux classes de médicaments actuellement disponibles sur le marché qui s'adressent spécifiquement aux individus atteints de ce trouble. La première est celle qui est la plus connue. Il s'agit des psychostimulants, dont fait partie le méthylphénidate (*Ritalin*, *Ritalin LA*, *Focalin*, *MetadateCD*, *Concerta*, *Biphentin*), la dexamphétamine (*Dexédrine*) et un médicament constitué de quatre sels d'amphétamines (*Adderall* et *Adderall XR*). Ces médicaments agissent essentiellement en permettant une libération accrue de dopamine dans le cerveau. De plus, ceux-ci bloquent la pompe de recapture de ce neurotransmetteur. Ces médicaments, selon leur composition, peuvent avoir un effet allant de quelques heures, c'est-à-dire entre trois et six heures (courte durée d'action) à plusieurs heures, soit entre 10 et 12 heures (longue durée d'action). L'autre classe de médicament, les non-psychostimulants, comprend un seul représentant pour le moment pour traiter le TDA/H: l'atomoxétine (*Strattera*) qui agit davantage sur la noradrénaline, en bloquant la pompe de recapture de celle-ci. L'atomoxétine a une très longue durée d'action, qui peut aller jusqu'à 24 heures (Collège des médecins du Québec, 2006; Vincent, 2007). Tous les médicaments nommés précédemment existent au Québec sous forme de comprimés. Cependant, le méthylphénidate est maintenant disponible aux États-Unis sous forme de timbre transdermique (Vincent, 2007) et ce type de médication devrait bientôt être accepté au Canada (Canadian ADHD Resource Alliance, 2008).

Les études démontrent que les psychostimulants permettent de réduire les symptômes du TDA/H chez 73 à 77 % des cas (Connor, 2006). Certains auteurs

indiquent des taux de réussite un peu plus faibles, dont Vincent (2007) qui indique que la médication permet de réduire les symptômes du TDA/H de façon efficace chez 50 % à 70 % des sujets atteints. Une recension des écrits réalisée par Greenhill, Halperin et Abikoff en 1999 révèle également des taux de réussite variant entre 69 % à 77 %. Bien que ces taux diffèrent légèrement, il est possible de constater qu'en moyenne, entre 20 et 30 % des jeunes présentant un TDA/H ne répondent pas au traitement pharmacologique, soit parce que la médication ne donne pas les résultats attendus, parce que les effets secondaires sont trop importants ou parce qu'il y a présence de troubles comorbides (par exemple, le Syndrome de Gilles de la Tourette) (Chronis et al., 2006; Connor, 2006; Danforth, Harvey, Ulaszek, & McKee, 2006; DuPaul, Barkley, & Connor, 1998).

En outre, malgré le fait que la médication soit le traitement le plus efficace pour traiter les symptômes spécifiques du TDA/H, il est préférable que son usage soit inscrit dans une prise en charge globale, multimodale et à long terme (Anastopoulos & Shelton, 2001; Chronis et al., 2006; Connor, 2006; Massé et al., 2006; Pelham & Fabiano, 2008; Raymond, 2004). En effet, même si la médication a un impact majeur sur les symptômes du TDA/H, ce moyen a ses limites, notamment sur les problèmes associés tels les difficultés d'apprentissage, le manque d'habiletés sociales ou une faible estime de soi (Chronis et al., 2006). De plus, pour différentes raisons (par exemple, la présence d'effets secondaires chez leur enfant, motifs personnels), certains parents refusent de médicamenter leur enfant (Anastopoulos & Farley, 2003). Qui plus est, puisque les effets de la médication à longue action durent en moyenne huit heures (sauf le Strattera

qui peut avoir un effet de 24 heures), une certaine partie de la journée n'est pas couverte par les effets de la médication (Daly, Creed, Xanthopoulos, & Brown, 2007). Les parents et les enfants ont donc besoin de moyens supplémentaires pour compenser les déficits reliés au TDA/H. C'est pourquoi des approches comportementales et psychosociales sont nécessaires pour venir en aide aux enfants souffrant de TDA/H.

Il existe plusieurs types de stratégies qui peuvent venir en aide aux enfants présentant un TDA/H. Par exemple, il est possible d'instaurer des stratégies compensatoires en classe, de placer des mesures particulières d'encadrement, d'instaurer un système de renforcement, d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales pour développer certaines habiletés telles l'auto-contrôle, la gestion des émotions, les habiletés sociales, etc. L'action doit être concertée entre les différents milieux où évoluent l'enfant (famille, école, milieu de garde), multidisciplinaire impliquant un partenariat [entre parents, enseignant(e), éducateur(trice), psychologue, orthophoniste, orthopédagogue, médecin, etc.] et comprendre une combinaison de moyens (Massé et al., 2006; Raymond, 2004). Une approche multimodale permet d'avoir un impact plus grand sur les difficultés associées à cette problématique. De plus, pour espérer une évolution positive dans le développement d'un jeune présentant un TDA/H, les interventions doivent être effectuées à long terme (Barkley, 2006a, Chronis et al., 2006). Plusieurs recherches permettent d'établir que le traitement optimal du TDA/H consiste en une combinaison d'approches psychosociales et de la médication (Anastopoulos et al., 2006; Barkley, 2006a).

Parmi les méthodes développées pour aider les enfants présentant un TDA/H, il existe également des programmes d'entraînement aux habiletés parentales spécifiquement conçus pour des parents d'enfants présentant un TDA/H. Ce type de programme peut s'inscrire dans une approche multimodale. Cet essai portera essentiellement sur cette dernière pratique et il en sera question dans la section suivante.

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales

Les parents ont parfois besoin d'accompagnement et d'enseignement pour répondre adéquatement aux besoins de leurs enfants, spécifiquement lorsque ceux-ci présentent des difficultés particulières. Au cours des dernières décennies, une nouvelle approche a vu le jour afin d'aider ces parents et leurs enfants. Il s'agit des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP). Les premiers PEHP remontent aux années 60 (Briesmeister & Schaefer, 1998). Depuis ce temps, de nombreux programmes ont vu le jour dans le but de soutenir les parents dans l'apprentissage de stratégies éducatives efficaces et de les aider à développer une interaction positive avec leur enfant. Selon Briesmeister et Schaefer (1998), les PEHP visent essentiellement à outiller les parents puisque ce sont les premiers agents de changement des comportements de leur enfant. Webster-Stratton et Hooven (1998) mentionnent que ces « programmes s'appuient sur l'hypothèse générale que l'apprentissage, par les parents, de stratégies de modification des comportements (leurs comportements autant que ceux de leur enfant) amènera des transformations dans les interactions initiées par les parents avec leur

enfant, lesquelles résulteront en un meilleur ajustement social et émotionnel de ce dernier » (Webster-Stratton & Hooven, 1998, traduits dans Normandeau & Venet, 2000, p. 143-144). Les principes à la base des PEHP relèvent essentiellement de trois grands modèles conceptuels soient le modèle de l'apprentissage social, la théorie de l'attachement et la théorie systémique (Normandeau & Venet, 2000). Les mêmes modèles théoriques sont présentés dans Massé et al. (2007), à l'exception qu'elles parlent plutôt d'approche comportementale, dans laquelle elles incluent le modèle de l'apprentissage social et le conditionnement opérant et elles ajoutent également que la théorie de l'attachement et l'approche systémique sont à la base des PEHP. Ces programmes existent sous différentes formes et visent à répondre aux besoins de clientèles variées, présentant des problématiques diverses (Bloomquist & Schnell, 2002).

Certains PEHP visent à aider les parents dont les enfants présentent des particularités tels des troubles des conduites, des troubles d'opposition et des problèmes d'agressivité (Barkley, Edwards, & Robin, 1999; Eyberg & Boggs, 1998; Forehand & McMahon, 1981; Kazdin, 2005; Patterson, 1976), des troubles anxieux (Turgeon & Brousseau, 1999) ou des troubles du spectre de l'autisme (Koegel, Koegel, Fredeen, & Gengoux, 2008). Les parents ont alors besoin de soutien pour adapter leur encadrement aux particularités de leur enfant et pour développer de nouveaux outils d'intervention. Ce soutien peut être offert selon différentes formules, c'est-à-dire en individuel, en groupe ou de façon combinée (en groupe et en individuel).

Des PEHP destinés spécifiquement à des parents d'enfants et d'adolescents présentant un TDA/H existent (Cunningham, 2006; Everett & Everett, 1999; Massé & Verreault, en préparation; Robin, 1998, 2006). Massé et al. (2007) définissent les objectifs des PEHP destinés aux parents d'enfants ayant un TDA/H ainsi :

Les PEHP ont généralement pour objet d'informer les parents sur la problématique du TDAH (description clinique, problèmes associés, étiologie, traitement, etc.) et d'augmenter leurs compétences parentales en les aidant à adopter des attitudes et des pratiques éducatives favorisant la réduction des comportements inadaptés de leur enfant et le remplacement de ceux-ci par des comportements adéquats. (p. 260)

Ce type de programme permet de répondre généralement à trois besoins principaux qu'ont les parents d'enfants ayant un TDA/H (Ministère de l'éducation et Ministère de la santé et des services sociaux, 2003):

- besoin de développer leurs compétences parentales, d'augmenter leurs pratiques parentales positives et de diminuer leurs pratiques négatives;
- besoin d'échanger avec d'autres parents vivant des situations semblables, de briser l'isolement et de se sentir soutenus;
- besoin d'acquérir de nouvelles connaissances à propos du TDA/H et de briser les mythes existants autour de cette problématique.

De plus, quelques programmes reconnus, s'adressant aux parents d'enfants ayant des problèmes de comportement, répondent également aux besoins de parents d'enfants présentant un TDA/H tels les programmes de Webster-Stratton conçus en 1992 (Webster-Stratton, 2005, 2006; Webster-Statton & Hancock, 1998) et celui de Barkley (1997). Une traduction et une adaptation québécoise de la première version du programme de Barkley (1987) intitulé *Defiant Children* ont été effectuées par Cloutier en 1997 (Cloutier, 1997). En français, ce PEHP s'intitule *Programme de formation pour*

les Parents d'Enfants Défiant l'Autorité Parentale (P.E.D.A.P.) et est offert dans plusieurs centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. Cloutier a révisé son programme de formation en 2003 à partir de la seconde édition du programme de Barkley parue en 1997.

Dans cette section portant sur les PEHP, les impacts et les conditions d'efficacité de ces types de programmes seront présentés.

Impacts des programmes d'entraînement aux habiletés parentales

L'entraînement aux habiletés parentales est un sujet largement étudié. Cependant, les études portant sur les impacts des programmes spécifiques destinés aux parents d'enfants TDA/H sont moins nombreuses (Barkley, 2006a).

Quelques études ont été menées afin de comparer les effets des traitements pharmacologiques aux traitements de nature psychosociale, tels les PEHP. Entre autres, une étude majeure a été menée aux États-Unis par six équipes de chercheurs afin de comparer l'efficacité de différents types de traitement. Cette étude du *Multimodal Treatment Study of ADHD* (MTA) (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b) a été effectuée sur une période de 14 mois auprès de 579 enfants âgés entre sept et neuf ans présentant un TDA/H de type mixte. Les participants étaient divisés aléatoirement en quatre groupes. Le premier groupe recevait un traitement pharmacologique contrôlé (médication psychostimulante); le deuxième, une thérapie comportementale incluant un

programme d'entraînement aux habiletés parentales, un traitement l'été sous la forme d'un camp pour les enfants et des interventions en milieu scolaire; le troisième, une approche combinée des deux méthodes précédentes (médication et thérapie comportementale) et finalement, le dernier groupe recevait les services habituellement offerts dans la communauté. Les résultats de cette vaste étude démontrent que le traitement pharmacologique et le traitement combiné ont des impacts semblables sur les symptômes directs du TDA/H. Cependant, le traitement combiné a des effets positifs plus marqués sur les symptômes d'opposition et d'agressivité et les symptômes internalisés, les relations parent-enfant, les habiletés sociales de l'enfant (telles qu'évaluées par les enseignants) et les conduites parentales que l'approche pharmacologique seule (MTA Cooperative Group, 1999a). De plus, cette étude a permis de constater que le traitement combiné permettait une réduction de la dose nécessaire de médication (Chronis et al., 2006). Des effets positifs, mais dans une mesure moindre que dans les deux groupes précédents, ont été observés dans le groupe recevant le traitement comportemental seul et celui ayant les services de la communauté.

De leur côté, Abikoff et ses collègues (Abikoff, Hechtman, Klein, Weiss, Fleiss, Etcovitch et al., 2004) ont réalisé une étude auprès de 103 enfants âgés de sept à neuf ans et présentant un TDA/H. Les enfants ayant un Trouble de la conduite ou des troubles d'apprentissage ont été exclus de la recherche. Les données ont été recueillies entre 1990 et 1995. Les enfants étaient alors divisés en trois groupes. Le premier groupe recevait un traitement pharmacologique; le second, un traitement pharmacologique associé à des

interventions psychosociales (entraînement aux habiletés parentales et counseling, entraînement aux habiletés sociales chez les enfants, psychothérapie et aide au plan académique) et le troisième, un traitement pharmacologique associé à un traitement psychosocial de contrôle de l'attention. Les résultats de cette recherche indiquent que les approches combinées entraînent des résultats semblables au traitement pharmacologique seul. Les conclusions de ce rapport ne supportent pas l'hypothèse initiale des auteurs voulant que les approches combinées diminuent davantage les symptômes du TDA/H ou que celles-ci permettent une réduction de la médication. De plus, les analyses réalisées par ces chercheurs indiquent qu'une approche combinée a une efficacité semblable à l'utilisation de la médication seule sur les symptômes des troubles d'opposition.

Chronis et ses collègues (2004) ont recensé 28 études portant sur les PEHP destinés aux parents d'enfants présentant un TDA/H. L'analyse de l'ensemble de ces études permet de faire ressortir que les PEHP ont entraîné des progrès sur différents aspects touchant les enfants présentant un TDA/H et leur famille, notamment sur les problèmes de comportement des enfants, tels qu'observés par leurs parents, et une diminution des comportements négatifs de l'enfant et des parents. Barkley (2006a) souligne que les traitements pour la famille ne semblent pas avoir d'impacts sur la réduction des symptômes directs du TDA/H, mais qu'ils sont très utiles pour réduire les conflits familiaux, tout particulièrement lorsqu'il y a également présence d'un trouble d'opposition. Anastopoulos et al. (2006) mentionnent qu'il est effectivement irréaliste d'espérer qu'un traitement psychosocial puisse éliminer les symptômes du TDA/H étant

donné la nature neurologique de ce trouble. Cependant, selon ces auteurs, les PEHP ont de nombreux effets positifs, autant pour les enfants que pour les parents. Entre autres, ils indiquent que ce type de programme permet aux parents d'avoir un ajustement plus adéquat des techniques de gestion de comportement aux besoins de leur enfant. Les PEHP peuvent également prévenir l'apparition de troubles comorbides, tels le trouble d'opposition et le trouble des conduites. Ils ajoutent que cela entraîne des interactions plus positives entre les parents et leur enfant. Par le fait même, les enfants sont moins exposés, notamment, à l'échec et à la critique, ce qui peut engendrer chez eux une meilleure estime de soi et une meilleure humeur. En outre, les parents augmentent leur compréhension de cette problématique et interprètent plus justement les comportements de leur enfant.

De leur côté, Massé et al. (2007) soulignent également plusieurs avantages à ce type de programme. Elles relèvent les effets suivants à partir d'une douzaine d'études : « une diminution du stress parental, une augmentation du sentiment de compétence parentale, une amélioration des habiletés de résolution des problèmes comportementaux, une amélioration de la relation parent-enfant et une amélioration des connaissances des parents concernant le TDA/H, la médication et les pratiques parentales recommandées auprès de ces enfants » (p. 264). De plus, une étude qualitative réalisée par Massé, Lanaris, & Boudreault (2005) portant sur l'appréciation des bénéfices liés à une participation à un PEHP révèle que les parents ont identifié avoir fait plusieurs gains à la suite de leur participation au programme. Ils rapportent être davantage patients avec

leurs enfants et par le fait même, avoir moins de conflits avec eux. Ils indiquent également avoir une meilleure compréhension du TDA/H et de ses impacts, être plus tolérants et compréhensifs envers certains comportements de leur enfant, avoir développé une meilleure communication avec lui et intervenir de façon plus adéquate et adaptée.

Une recension récente de 22 études, publiées entre janvier 1997 et septembre 2006 et portant sur les programmes destinés aux parents d'enfants TDA/H, a permis d'établir que les PEHP remplissaient les critères d'un traitement efficace pour le TDA/H (Pelham & Fabiano, 2008). De façon générale, les PEHP constituent donc un traitement efficace pour le TDA/H et de nombreux impacts positifs résultent d'une participation à ce type de programme.

Conditions d'efficacité

Les études réalisées jusqu'à présent permettent d'établir certaines conditions favorisant l'efficacité des PEHP auprès de parents d'enfants ayant un TDA/H. Voici donc certains critères qu'il est préférable d'observer dans l'élaboration d'un PEHP s'adressant à ce type de clientèle. Ces critères seront divisés en trois grandes catégories : les caractéristiques reliées au programme, les caractéristiques reliées aux animateurs et aux méthodes d'animation employées et les caractéristiques reliées à la clientèle. Il est important de se rappeler que les interventions auprès d'une clientèle d'enfants présentant un TDA/H doivent être multimodales et multidisciplinaires. Il est donc préférable que la

participation des parents à un PEHP s'inscrit dans le cadre d'une intervention globale, qui inclut des interventions plus spécifiques avec l'enfant et le milieu scolaire.

Caractéristiques reliées au programme. Des variables telles le format du groupe, le nombre de rencontres, le suivi après le PEHP, le lieu des rencontres et les thèmes ont été analysées par les chercheurs suivants afin d'établir des conditions d'efficacité. Tout d'abord, les modalités du programme doivent être ajustées aux besoins des parents, à leur capacité de comprendre et d'appliquer le contenu présenté et à la vitesse à laquelle ils atteignent les objectifs fixés (Anastopoulos & Farley, 2003; Anastopoulos et al., 2006; Bloomquist & Schnell, 2002; Kazdin, 2005; Vitaro & Tremblay, 1994). Ce type d'ajustement est plus aisé à effectuer lorsque le programme est présenté de façon individuelle aux parents (Bloomquist & Schnell, 2002). Braswell et Bloomquist (1991) allient régulièrement les deux formats de rencontres. Ils offrent des rencontres de groupe aux parents et ils leur proposent des rencontres additionnelles individuelles lorsqu'ils ont des besoins qui dépassent les ressources et moyens offerts dans le groupe (par exemple, des problèmes de comportement majeurs chez l'enfant, des problèmes personnels chez le parent, des difficultés conjugales). Les formats individuels sont de plus recommandés pour les parents présentant un faible niveau socio-économique (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006).

Les formats individuel et de groupe présentent chacun des avantages et des inconvénients (Braswell & Bloomquist, 1991). Outre la possibilité d'adapter le

programme et l'horaire aux besoins des parents et de leurs enfants et d'ajuster le contenu à leurs besoins et leur rythme d'apprentissage, les PEHP offerts en individuel permettent un meilleur engagement de la part des parents dans un processus de changement (Braswell & Bloomquist, 1991; Chronis et al., 2004; Robin, 1998, 2006). Cependant, cette façon de procéder est coûteuse en temps et en salaire. Outre l'économie de temps et d'argent, Normandeau et Venet (2000) ainsi que Braswell et Bloomquist (1991) présentent plusieurs avantages à l'utilisation du groupe. En effet, ce format permet aux parents d'échanger avec des personnes vivant des difficultés similaires et ainsi de constater qu'ils ne sont pas les seuls à rencontrer de telles difficultés. Également, ils sont généralement plus rapidement à l'aise de partager leurs expériences en groupe; ils se sentent davantage compris et moins seuls; ils s'engagent plus rapidement dans un processus d'autogestion; ils développent un sentiment de compétence; ils sont plus sensibles aux différences entre le développement de chaque enfant et ils ont la possibilité d'élargir leur réseau de soutien social. De plus, les parents ont tendance à être plus réceptifs aux idées offertes par les autres parents qu'à celles proposées par les « experts », c'est-à-dire, les animateurs. Braswell et Bloomquist (1991) ajoutent que plusieurs parents ayant complété leur programme de groupe ont exprimé à la fin des séances avoir trouvé le support des autres membres du groupe aussi précieux sinon plus que l'apprentissage de nouvelles habiletés parentales. Finalement, Webster-Stratton et Hancock (1998) indiquent que l'utilisation du groupe favorise un plus grand engagement des parents à l'intervention.

Kazdin (1997, 2005) indique que le nombre de rencontres et la durée du programme doivent être ajustés à la sévérité des difficultés présentées par les jeunes touchés par le programme. Le programme de Kazdin (2005), destiné aux jeunes présentant un trouble de la conduite ou un trouble d'opposition, est d'une durée de 12 à 16 rencontres. Ce programme est offert aux familles de façon individuelle hebdomadairement et dure entre 45 et 60 minutes. Selon Bloomquist et Schnell (2002), de 10 à 18 sessions sont nécessaires pour accomplir un PEHP et ils ajoutent qu'il faut prévoir de trois à six rencontres pour enseigner une habileté spécifique à des parents. De leur côté, Anastopoulos et al. (2006) indiquent qu'entre 8 et 12 rencontres, d'une durée d'une heure en individuel et de 90 minutes environ en groupe, sont nécessaires pour effectuer un PEHP. Dans la recension des 28 études portant sur les PEHP destinés à des parents d'enfants ayant un TDA/H de Chronis et al. (2004), la majorité des programmes durait entre 8 et 12 sessions. Une recension de 22 études portant sur le même sujet, effectuée en 2008, relève un nombre maximum légèrement plus élevé de rencontres, qui varient en majorité entre 8 et 16 sessions (Pelham & Fabiano, 2008).

En outre, il est suggéré d'effectuer des rencontres après le programme (mensuellement ou selon les besoins), afin de faire un suivi auprès des parents, de revenir sur certaines notions apprises pendant le PEHP et de permettre aux parents d'échanger entre eux. Cette façon de faire favoriserait un meilleur maintien des acquis (Bloomquist & Schnell, 2002).

Selon Cunningham (2006) et Kazdin (1997), il est préférable d'offrir le PEHP dans un milieu accessible dans la communauté (par exemple, à l'école, à la Maison de la famille) plutôt que dans un milieu clinique (par exemple, en centre hospitalier). De cette façon, les parents perçoivent le programme comme étant moins stigmatisant.

Finalement, les thèmes pouvant être abordés dans un PEHP pour parents d'enfants ayant un TDA/H sont nombreux. De façon générale, certains thèmes reviennent fréquemment dans les PEHP existants : développement de l'enfant et causes des problèmes de comportement, mesures de renforcement, attention positive, attention sélective, temps d'arrêt, punitions, directives et règles, résolution de conflits et techniques de communication (Chronis et al., 2006; Massé et al., 2007). Massé et ses collègues (2007) relèvent certains aspects reconnus comme étant des besoins importants chez les enfants présentant un TDA/H mais peu abordés dans ce type de programme.

Ces thèmes sont les suivants :

le renforcement de l'estime de soi, le soutien aux apprentissages scolaires (soutien pour les difficultés d'apprentissage, encadrement des devoirs, soutien à la motivation scolaire, collaboration avec le milieu scolaire), le développement d'habiletés sociales, le développement de la maîtrise de soi (tolérance à la frustration, contrôle de l'impulsivité, gestion de la colère) ainsi que les pratiques familiales de communication (p. 274).

Elles ajoutent également qu'il est peu question des interventions préventives pouvant être réalisées dans l'environnement du jeune (par exemple, aménagement de sa chambre, organisation du temps).

Caractéristiques reliées aux animateurs et aux méthodes d'animation employées. Tout d'abord, les animateurs doivent posséder des compétences et des qualités particulières pour animer ce type de programme efficacement et de façon à favoriser l'adhésion des parents. Les thérapeutes doivent être des professionnels ayant une connaissance approfondie du TDA/H, des techniques de gestion de comportement et des principes d'apprentissage social. Cette expertise est nécessaire afin que les animateurs soient en mesure d'utiliser adéquatement les programmes proposés et qu'ils puissent s'ajuster aux besoins des parents (Anastopoulos & Farley, 2003; Kazdin & Wiesz, 1998). De plus, Anastopoulos et Farley (2003) indiquent que les animateurs doivent être capables de faire preuve de créativité et de flexibilité pour adapter leurs interventions aux besoins et au niveau de compréhension des parents, ce qui favorise le succès des PEHP. Pour les professionnels moins expérimentés, la supervision est une option à envisager afin de favoriser la réussite des interventions (Bloomquist & Schnell, 2002).

En outre, il est primordial que les intervenants soient en mesure de créer un bon lien avec les parents, en prenant le temps de communiquer avec eux, en se montrant empathiques, en utilisant l'humour et en les acceptant (Alexander, Barton, Schiavo, & Parsons, 1976). Une étude réalisée par Levac et ses collègues (Levac et al., 2008) auprès de 37 parents ayant participé au programme *The Incredible Years* de Webster-Stratton (2006) fait ressortir l'importance que les parents se sentent acceptés et supportés et non blâmés par les professionnels animant le programme. Ces auteurs concluent leur article

en indiquant que les parents semblent davantage en mesure de s'engager dans un processus de réflexion de leurs pratiques parentales dans un tel climat. Cette réflexion sur eux-mêmes peut avoir une influence positive sur le processus de changement de leurs pratiques parentales et dans leur relation parent-enfant. En outre, il est préférable que les intervenants utilisent le dialogue, qu'ils questionnent les parents et les amènent à réfléchir lorsqu'il y a des problèmes ou de la résistance plutôt que de les confronter (Kazdin, 1997; Patterson & Forgatch, 1985).

Ces principes concordent d'ailleurs avec l'approche préconisée et suggérée par Webster-Stratton dans ses PEHP, soit l'approche collaborative (Webster-Stratton & Hancock, 1998; Webster-Stratton & Herbert, 1994). Dans ce type d'approche, « l'intervenant s'implique dans une relation réciproque où l'expertise des parents (connaissance de leur enfant, de leur famille et de leur communauté) et celle de l'intervenant (connaissance du développement des enfants et de la dynamique familiale, connaissance de la gestion des comportements) sont mises à profit » (Normandeau & Venet, 2000, p. 171). Contrairement à une approche didactique, où les animateurs se positionnent comme étant les experts de la problématique et prescrivent davantage des méthodes et des modes de fonctionnement pré-établis, l'approche collaborative vise à faire participer activement le parent et à le placer dans un processus de résolution de problèmes. À partir des idées, suggestions et expériences des parents, les animateurs ajoutent des informations pertinentes, replacent les suggestions dans un contexte plus général et systématisent les principes de changement de comportements présents dans

les suggestions. Cette approche encourage la participation des parents, dans un esprit d'ouverture et de respect (Normandeau et Venet, 2000).

En outre, Webster-Stratton et Herbert (1994) relèvent six rôles principaux que doivent tenter d'accomplir les animateurs de PEHP dans le cadre de l'approche collaborative. Le respect de ces rôles favorise l'engagement des parents et l'implantation réussie d'un programme.

1^{er} rôle : Construire une relation « soutenante ». Afin d'établir une relation « soutenante » avec les participants, Webster-Stratton et Herbert (1994) suggèrent aux intervenants de se dévoiler quelque peu en partageant des expériences qu'ils ont vécues (autant personnelles que professionnelles), d'utiliser l'humour, d'être optimistes quant à la capacité des parents de changer et de supporter les participants dans leurs communications avec les partenaires (par exemple, avec l'école).

2^e rôle : Permettre aux parents de se donner du pouvoir. Ce rôle s'accomplit en renforçant et en validant les prises de conscience des parents, en les aidant à modifier leurs pensées défaitistes, en les encourageant à se renforcer eux-mêmes et en les aidant à se construire un réseau de soutien social.

3^e rôle : Enseigner. L'enseignement vise d'abord à consolider les apprentissages des parents et se fait au rythme des besoins et des objectifs des parents. Cet

enseignement vise à expliquer aux parents le rationnel derrière les théories énoncées, en leur montrant que ces principes ont été prouvés comment étant efficaces, en leur faisant des suggestions et en adaptant les concepts aux circonstances particulières. Pour favoriser les apprentissages, Webster-Stratton et Herbert (1994) suggèrent de donner des devoirs, de réviser et de résumer les concepts enseignés pendant les rencontres et de s'assurer que ces connaissances pourront être généralisées dans d'autres contextes. Les vidéos, les jeux de rôle et les répétitions sont de bons moyens d'enseignement et de modelage selon eux. Finalement, chaque rencontre doit être évaluée par les parents.

4^e rôle : Interpréter : L'utilisation d'analogies et de métaphores est fortement recommandée par ces mêmes auteurs pour expliquer certaines théories et concepts. De plus, ils encouragent les animateurs à recadrer les perceptions et les croyances des parents à propos des difficultés rencontrées et à faire des liens entre le vécu de leur enfant et leur propre vécu quand ils étaient jeunes.

5^e rôle : Être un leader et donner des défis. Ce rôle consiste à mettre un cadre facilitant le fonctionnement de groupe, à s'assurer que les discussions demeurent dans le sujet et ne s'écartent pas des objectifs que le groupe s'est fixé, à être à l'écoute des participants et de leur niveau de compréhension et à s'ajuster à la résistance possible.

6^e rôle : Anticiper les progrès et les difficultés. Les animateurs doivent être en mesure d'anticiper les problèmes éventuels, les résistances aux changements et les

rechutes afin de prévenir les parents que de telles situations peuvent survenir. Ils doivent également se faire rassurant en leur prédisant des changements positifs et des succès.

Normandeau et Venet (2000) résument les caractéristiques énoncées dans Webster-Stratton et Herbert (1994) en dix conditions susceptibles de favoriser l'engagement des parents et l'implantation réussie du programme. Les voici :

- 1) Établir une relation chaleureuse et « soutenante »
- 2) Permettre aux parents de se donner du pouvoir en renforçant et en validant leurs idées
- 3) Utiliser des techniques d'enseignement concrètes (vidéocassettes, jeux de rôle)
- 4) Proposer des interprétations (sous forme de métaphores ou d'analogies), recadrer et convaincre
- 5) Diriger les parents et leur proposer des défis
- 6) Anticiper les progrès et les difficultés
- 7) Individualiser, généraliser et contextualiser selon les besoins du moment
- 8) Envisager le long terme
- 9) Utiliser les groupes de parents comme un outil de soutien social
- 10) Développer un réseau de soutien social à l'extérieur du groupe de thérapie (Normandeau et Venet, 2000, p.178)

Finalement, plusieurs méthodes doivent être utilisées pour animer un PEHP. Bloomquist et Schnell ont relevé, en 2002, les meilleures pratiques pour ce type de programme. Selon eux, un PEHP doit contenir de l'enseignement à propos des habiletés à développer ou à acquérir, du modelage, des jeux de rôle, de la pratique, de la rétroaction sur les nouveaux apprentissages et sur les jeux de rôle, du renforcement, des discussions et des devoirs à la maison. Comme il a été vu précédemment, le modelage à l'aide de vidéocassettes est, d'ailleurs, une méthode employée dans les programmes de Webster-Stratton (2006). Cunningham (2006) emploie également cette technique. Il

s’agit d’une méthode tout particulièrement efficace pour les parents plus limités au plan verbal ou ayant moins d’instruction, ainsi que pour l’enseignement d’habiletés complexes (Cunningham, 2006; Webster-Stratton & Hancock, 1998). Rappelons que le modelage est « une technique qui permet aux intervenants de faire une démonstration de l’habileté à apprendre par une mise en situation illustrée concrètement » (Bowen, Desbiens, Gendron, & Bélanger, 2006, p. 219). Cette démonstration peut être faite directement par les animateurs, être présentée grâce à une vidéocassette ou être fait sous forme de témoignage de l’un des animateurs ou d’un invité spécial (Gendron, Royer, & Morand, 2005). Pour faire du modelage, il est important de décrire le comportement approprié et d’en définir clairement les composantes, en décortiquant le comportement attendu par étapes. Il y a trois éléments qui composent essentiellement l’apprentissage par modelage : l’attention, la mémorisation et la reproduction. Les animateurs doivent s’assurer d’utiliser le plus de stratégies possibles pour optimiser l’efficacité de chacune de ces étapes (par exemple, fournir un document décrivant les étapes comportementales de l’habileté enseignée et s’assurer qu’il est possible d’identifier ces étapes dans la démonstration réalisée, faire plusieurs répétitions, amener les parents à expérimenter la technique, renforcer l’utilisation de la technique, amener le parent à s’auto-observer et à s’auto-évaluer) (Bandura, 1976; Gendron et al., 2005). Finalement, il est suggéré de remettre aux parents des documents résumant les informations données lors des rencontres (Anastopoulos & Farley, 2003; Bloomquist & Schnell, 2002).

Caractéristiques reliées à la clientèle. Certaines particularités reliées à la clientèle doivent être prises en considération afin d'évaluer la pertinence d'offrir un PEHP à des parents d'enfants ayant un TDA/H. En effet, ce type de programme ne convient pas à tous les parents d'enfants recevant ce diagnostic (Anastopoulos et al., 2006). Tout d'abord, il est préférable que les parents ciblés aient un enfant d'âge préscolaire ou primaire atteint d'un TDA/H, c'est-à-dire entre 4 et 12 ans (Anastopoulos et al., 2006; Massé et al., 2007). Massé et Verreault (en préparation) proposent de regrouper les parents selon le cycle de leur enfant au primaire. Les programmes destinés aux parents d'adolescents sont plus rares, semblent moins efficaces et des recherches supplémentaires doivent être réalisées afin de préciser les impacts et l'efficacité de ce type d'intervention (Chronis et al., 2004). En outre, Anastopoulos et al. (2006) mentionnent que la présence d'un enfant atteint de ce trouble doit entraîner des perturbations au plan familial ou engendrer un stress parental élevé pour qu'un PEHP soit conseillé. De plus, ces auteurs précisent que le programme n'est pas efficace si les parents éprouvent des problèmes conjugaux importants ou s'ils présentent des signes de détresse psychologique significatifs. Chronis et al. (2004) abondent dans le même sens et ajoutent que la présence de psychopathologie chez les parents, notamment d'un diagnostic de dépression chez la mère, diminuent l'impact des PEHP. De plus, ces auteurs soulignent d'autres caractéristiques pouvant faire en sorte qu'un PEHP n'entraîne pas les effets escomptés telles la présence d'un TDA/H chez le parent, la monoparentalité de la mère et la présence de problèmes de consommation d'alcool ou de drogues chez le parent.

Dans une recension des écrits à propos des PEHP, Kazdin (1997) relève un ensemble de caractéristiques qui favorise l'efficacité de ce type d'intervention. Entre autres, les parents ayant un niveau éducatif ou socioéconomique plus élevé répondent généralement mieux à ce type de programme. De plus, un bon lien d'attachement entre les parents et leur enfant, la présence des deux parents lors des rencontres et l'existence d'un réseau de soutien social riche constituent des facteurs favorisant la réussite des PEHP. Il est également important que les parents aient des attentes réalistes par rapport au programme et qu'ils ne vivent pas un haut niveau de stress, ce qui diffère d'Anastopoulos et ses collègues (2006) qui, comme mentionné précédemment, indiquent plutôt que le niveau de stress parental doit être élevé.

Objectifs de la recherche

Ce contexte théorique permet de constater que le TDA/H est une problématique complexe, quoique de mieux en mieux comprise, qui doit être traitée à l'aide d'interventions multifactorielles et multidisciplinaires. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales font partie de ces interventions. Leurs impacts sur les symptômes directs du TDA/H ne sont pas clairement démontrés (Abikoff et al., 2004; MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b). Cependant, plusieurs études relèvent des répercussions positives de ces types de programme sur les problématiques associées aux TDA/H (par exemple, l'opposition), sur la relation parent-enfant, sur la compréhension du trouble par le parent et sur le niveau de stress parental (Anastopoulos et al., 2006;

Barkley, 2006a; Chronis et al., 2004; Massé et al., 2007). De plus, plusieurs PEHP reconnus, destinés à des parents d'enfants présentant un TDA/H ou des troubles de comportements, ont entraîné des impacts positifs (Barkley, 1997; Cunningham, 2006; Everett & Everett, 1999; Webster-Stratton, 2006). Les recherches effectuées sur les PEHP dans les dernières décennies ont permis d'identifier plusieurs conditions d'efficacité reliées au programme, à l'animation ainsi qu'à la clientèle ciblée.

Cette présente étude vise à évaluer l'implantation d'un programme d'habiletés parentales destiné à des parents d'enfants d'âge préscolaire et primaire ayant reçu un diagnostic de TDA/H. Cette évaluation se fera essentiellement à partir des conditions d'efficacité relevées dans la littérature. Les caractéristiques du programme élaboré par deux psychologues de la Commission scolaire des Navigateurs seront comparées à ces conditions d'efficacité. Diverses recommandations seront émises en lien avec ces conditions d'efficacité afin d'améliorer le programme. De plus, différentes données recueillies auprès des parents et lors d'observations des rencontres permettront d'enrichir cette évaluation du programme et d'évaluer les impacts de celui-ci. Cette étude est donc pertinente pour le milieu puisqu'il pourra bénéficier d'une recherche approfondie sur le sujet des PEHP en lien avec la problématique du TDA/H et ainsi, ajuster le programme pour qu'il corresponde le mieux possible aux données scientifiques connues sur le sujet. La clientèle visée par ce programme en ressortira également gagnante puisque des ajustements aux ateliers pourront être réalisés afin de répondre le plus adéquatement et efficacement possible à leurs besoins.

MÉTHODE

Cette section s'attarde d'abord aux participants et aux instruments de mesure utilisés. Par la suite, le déroulement de la recherche est décrit ainsi que le lieu d'expérimentation. Finalement, le programme sur lequel porte le présent projet de recherche est présenté.

Participants

Les participants à cette recherche sont les parents d'enfants présentant un TDA/H qui ont participé au programme « Mieux intervenir auprès de mon enfant avec un diagnostic TDA/H » donné dans une école de la région de Lévis. Sur une possibilité de 12 participants au début du groupe, huit ont participé à la recherche. Une mère a refusé de faire partie de la recherche et a d'ailleurs seulement assisté à la première rencontre du groupe pour abandonner par la suite. Trois autres mères se sont également retirées du programme pour différentes raisons. La première a eu un accident de voiture juste avant le début du groupe lui occasionnant certaines blessures physiques, la deuxième a assisté à une rencontre et a abandonné par la suite pour des raisons personnelles (séparation) et la dernière a assisté seulement à la deuxième rencontre, car elle avait des problèmes de transport. Il y a donc eu huit participants stables au groupe et à la recherche.

Les participants au groupe devaient avoir un enfant d'âge préscolaire ou primaire (5 à 12 ans) présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Ils étaient invités à participer au groupe par la psychologue scolaire de leur école. Les conditions pour faire partie du groupe étaient les mêmes que celles pour être inclus dans la présente recherche. La mère et/ou le père de l'enfant pouvaient assister aux rencontres. Les beaux-parents pouvaient également participer, mais ils devaient demeurer avec l'enfant la majorité du temps (plus d'une semaine sur deux). Les participants à la recherche étaient volontaires et aucune rémunération ne leur a été versée.

Dans le groupe, il y avait sept mères et un beau-père. Ce dernier assistait au groupe parce que sa conjointe, la mère de l'enfant, travaillait de soir une semaine sur deux et les rencontres concordaient avec sa semaine de travail de soir. Ce beau-père demeurait avec l'enfant de sa conjointe à temps plein depuis environ cinq ans et le connaissait très bien. Une mère avait également trois enfants présentant un TDA/H de différents types. Puisque son aîné était au secondaire, il n'en sera pas question dans cette recherche étant donné qu'il ne faisait pas partie de la clientèle ciblée. Seules les données de ses deux plus jeunes enfants seront considérées.

Le Tableau 1 présente les principales caractéristiques des huit participants actifs du groupe¹. Ces données ont été enregistrées au début du programme le 22 mars 2007. Les participants sont alors âgés de 31 à 51 ans, ont en moyenne 42 ans avec un écart-type de 7,67 ans. Leurs enfants ont de 5 à 12 ans et l'âge moyen est de 8,1 ans avec un écart-type de 2,26.

Une entrevue anamnestique a été effectuée auprès des participants afin de mieux décrire la clientèle ciblée (voir le canevas de l'entrevue à l'Appendice A). De plus, une autorisation a été demandée (Appendice B) à chaque parent pour consulter le dossier psychologique, le dossier scolaire et le dossier d'aide particulière de leur enfant. Le dossier psychologique est ouvert et conservé par les psychologues scolaires. Celui-ci contient des rapports d'évaluation réalisée en milieu scolaire, les données brutes des tests administrés, les faits d'observation et les rapports synthèses. Le dossier scolaire est conservé au secrétariat et contient les données administratives ainsi que les bulletins. Le dossier d'aide particulière est également conservé au secrétariat et contient les rapports et documents indiquant les mesures d'aide prises et les interventions réalisées pour soutenir l'enfant dans son parcours scolaire (plan d'intervention, rapport d'interventions, etc.)

¹ Tous les noms désignant les participants ou leur famille sont fictifs afin de préserver leur anonymat. De plus, quelques informations ont été légèrement transformées afin d'éviter qu'un participant ou un membre de sa famille ne soit identifié.

Tableau 1¹

Description des participants

No	Noms	Âge	Sexe	Scolarité	Occupation	Noms des enfants	Âge des enfants	Diagnostics des enfants
1	Yvette	32 ans	F	DEC ¹ , DEP ²	Assistante en pharmacie	Alphonse	5 ans	TDA/H mixte avec impulsivité importante
2	Dalila	46 ans	F	DEC	Secrétaire	Samson	12 ans	TDA/H type inattention prédominante
3	Paulette	44 ans	F	DES ³	Cuisinière	Charlot	11 ans	TDA/H type mixte
4	Oscar	37 ans	M	Maîtrise	Enseignant au Cégep	Gary	7 ans	TDA/H type inattention prédominante
5	Ernestine	51 ans	F	Baccalauréat	Fonctionnaire	Camério	7 ans	TDA/H type mixte
6	Angéline	49 ans	F	DEP	Mère au foyer	Maurice	8 ans	TDA/H type mixte
7	Béatrice	46 ans	F	DEC	Directrice d'une résidence pour personnes âgées	Simon-Pierre	9 ans	TDA/H type mixte avec impulsivité importante
8	Solange	31 ans	F	Baccalauréat	Conseillère en ressources humaines	Gaston (8A) Claudette(8B)	8 ans 6 ans	TDA/H type hyperactivité-impulsivité prédominante

¹ DEC = Diplôme d'études collégiales² DEP = Diplôme d'études professionnelles³ DES = Diplôme d'études secondaires

¹ Dans tous les tableaux présentés dans cet essai, les participants sont présentés dans l'ordre où ils ont été rencontrés en entrevue pré-test. Chaque participant est associé à un numéro et ce même numéro est attribué à leur enfant. Pour la mère ayant deux enfants touchés par le programme, ses enfants seront distingués en ajoutant une lettre (A, B) à ce numéro.

À partir des entrevues anamnestiques et des données recueillies dans les dossiers scolaires, il est possible de découvrir que six des neuf enfants touchés par ce programme présentent un TDAH de type mixte, dont deux ont une composante importante d'impulsivité. Deux enfants présentent un TDA/H de type inattention prédominante et un de type hyperactivité-impulsivité prédominante. Ces diagnostics ont tous été posés par des médecins (médecin de famille, pédiatre ou pédopsychiatre). Tous ces enfants sont médicamenteux, soit avec *Ritalin* (4/9) ou *Concerta* (5/9). Quatre enfants sur neuf ont des problèmes d'apprentissage, dont trois ont repris une année scolaire. Six des neuf enfants présentent des problèmes de relations sociales selon l'anamnèse réalisée avec leurs parents.

Il y a quatre familles de type nucléaire. Cependant, parmi eux, un couple s'est séparé pour revenir ensemble par la suite. Une mère est monoparentale et les trois autres participants évoluent dans une famille recomposée. Les caractéristiques de chacun des enfants sont synthétisées dans les Tableaux 15 à 23 à l'Appendice C.

En outre, l'*Échelle d'évaluation Conners pour le parent – révisée : version longue (CPRS-R :L)* (Conners, 1997) et l'*Indice de stress parental* (Bigras et al., 1996) ont été administrés¹ aux parents afin de décrire plus précisément leur situation avant leur participation au programme (pour une description de ces questionnaires, voir la section suivante portant sur les instruments de mesure).

¹ Les questionnaires ont été complétés peu de temps avant le début du groupe puisque les entrevues pré-test ont débuté le 12 avril 2007 et que la première rencontre du programme a eu lieu le 22 avril 2007.

Les résultats obtenus à partir de l'*Échelle d'évaluation Conners pour le parent* sont très hétérogènes. En effet, certains parents perçoivent de nombreuses difficultés chez leur enfant, alors que d'autres ne relèvent aucune particularité. Pourtant, tous les enfants touchés par ce programme étaient médicamenteux lors de l'administration de ce questionnaire, à l'exception d'Alphonse. Cet enfant a commencé à être médicamenteux par la suite, juste avant le début du programme.

Les Tableaux 2 et 3 indiquent les échelles significatives pour chacun des participants. Le Tableau 2 présente les trois échelles du questionnaire reliées spécifiquement aux symptômes décrivant le TDA/H dans le DSM-IV. Le deuxième tableau (Tableau 3) résume les résultats obtenus aux 11 autres échelles de ce test.

Tableau 2

Échelle d'évaluation Conners pour le parent : Résultats significatifs ($T > 65$) aux trois échelles reliées aux symptômes du DSM-IV

No	Noms des enfants	Échelles		
		DSM-IV: Inattentif(ve)	DSM-IV : Hyperactif(ve)- Impulsif(ve)	DSM-IV : Total
1	Alphonse	X		
2	Samson			
3	Charlot	X	X	X
4	Gary			
5	Camério	X	X	X
6	Maurice	X	X	X
7	Simon-Pierre		X	X
8A	Gaston	X		X
8B	Claudette			

Tableau 3

Échelle d'évaluation Conners pour le parent : Résultats significatifs (T>65)

No et noms des enfants	Opposition- nel(le)	Échelles									
		Problèmes cognitifs/ Inattention	Hyper- activité	Géné(e)/ anxieux(se)	Perfection- nisme	Problèmes sociaux	Psycho- somatique	Index de Conners	IGC* : Agité(e)- DA-H**	IGC* : impulsif(ve)	IGC* : Labilité émotionnelle
1 Alphonse		X						X	X		
2 Samson											
3 Charlot	X	X	X	X		X	X	X	X		X
4 Gary											
5 Camério	X		X					X	X		
6 Maurice	X		X		X	X	X	X	X	X	X
7 Simon-Pierre			X		X	X					
8A Gaston		X						X	X		
8B Claudette											

* Index global de Conners

** Déficit d'attention - hyperactivité

Parmi les huit participants, ce sont Paulette (mère de Charlot) et Angéline (mère de Maurice) qui perçoivent le plus de difficultés chez leur enfant. Les résultats de ces deux mères atteignent le seuil significatif à la majorité des échelles du *CPRS-R* : *L*. Seuls les résultats à deux échelles ne sont pas significatifs dans chacun des profils, soit « Perfectionnisme » et « Index global de Conners : Labilité émotionnelle » pour Charlot et les échelles « Problèmes cognitifs/inattention » et « Géné-anxieux » pour Maurice.

Yvette (mère d'Alphonse), Ernestine (mère de Camério), Béatrice (mère de Simon-Pierre) et Solange (pour son enfant Gaston) indiquent un certain nombre de difficultés chez leur enfant. Comme il a été mentionné précédemment, Alphonse n'était pas médicamenteux lors de l'administration du questionnaire. Il présentait alors des difficultés d'attention, d'agitation et d'impulsivité selon sa mère. Les échelles « DSM-IV : Inattentif », « Problèmes cognitifs /inattention », « Index de Conners DA-H » et « IGC : Agité-impulsif » sont significatives. Les mêmes échelles sont significatives dans le profil de Gaston. Cependant, contrairement à Alphonse, Gaston était médicamenteux lors de l'administration du questionnaire. En ce qui concerne Camério, les trois indices reliés aux symptômes du TDA/H selon le DSM-IV sont significatifs, ainsi que celui mesurant le TDA/H selon l'index de Conners. De plus, les échelles mesurant l'opposition et l'hyperactivité et l'index global de Conners pour l'agitation et l'impulsivité sont significatifs. Simon-Pierre, quant à lui, est hyperactif et perfectionniste et il présente des problèmes sociaux. Les échelles du DSM-IV « Hyperactif-impulsif » et « Total » sont également significatives.

Il n'y a aucun indice dans les profils de Dalila (mère de Samson), Oscar (beau-père de Gary) et Solange (pour son enfant Claudette) qui se situent au-dessus du seuil clinique.

Les résultats à l'échelle d'évaluation *Conners pour le parent* révèlent donc que trois enfants (Samson, Gary et Claudette) ne semblent pas présenter des difficultés comportementales particulières, alors que tous les autres profils indiquent la présence d'échelles significatives. Entre autres, Alphonse et Samson semblent davantage inattentifs, Simon-Pierre est plutôt hyperactif-impulsif et Charlot, Camério et Maurice présentent des symptômes autant d'inattention que d'hyperactivité-impulsivité.

Pour ce qui est de l'*Indice de stress parental* (Bigras et al., 1996), seuls les résultats obtenus aux échelles totales (total domaine enfant; total domaine parent; total stress) seront présentés afin d'avoir une vision globale du niveau de stress vécu par les parents participants au groupe. Il est important de noter que les parents ne semblent pas avoir répondu défensivement puisque l'indice existant pour vérifier cet aspect était non-significatif pour chacun des profils. Le Tableau 4 présente les résultats, en rang centile, de chacun des participants selon ces domaines.

Tableau 4

Indice de stress parental : Résultats obtenus par les participants, en rang centile, selon le domaine

No	Noms des parents	Résultats en rang centile		
		Domaine enfant	Domaine parent	Stress total
1	Yvette	78	37	57
2	Dalila	70	54	62
3	Paulette	98	73	94
4	Oscar	33	5	10
5	Ernestine	91	71	86
6	Angéline	96	42	85
7	Béatrice	79	63	75
8	Solange	97	81	93
	Moyenne	80,25	53,25	70,25
	Écart-type	21,72	24,75	27,89

* Les rangs centiles en gras indiquent les résultats significatifs.

Le niveau de stress parental de chacun des participants varie grandement. En effet, Oscar présente un niveau de stress parental très faible à l'échelle « Stress total», qui se situe à plus de deux écarts types sous la moyenne des résultats des autres participants. Les résultats de Paulette, Ernestine, Angéline et Solange se situent dans la zone significative à l'échelle « Stress total». Chez ces parents, il s'agit principalement du « Domaine enfant » qui augmente leur niveau de stress, car leurs résultats sont également cliniquement significatifs à cette échelle. Cependant, de façon générale, les résultats des participants sont élevés au « Domaine enfant », ceux-ci étant tous au-dessus du 70^e rang centile, à l'exception d'Oscar. Le résultat de ce beau-père à l'échelle « Domaine enfant » se retrouve à nouveau à plus de deux écarts types sous la moyenne des résultats des autres participants.

En ce qui concerne les résultats dans le « Domaine parent », ceux-ci sont tous dans la moyenne. Toutefois, Solange présente un résultat élevé, près d'être significatif, au 81^e rang centile. Rappelons que le seuil pour qu'un résultat soit significatif est le 85^e rang centile. Il est important de noter cependant que certaines questions de l'*ISP* dans la section « domaine parent » sont moins pertinentes pour des parents ayant des enfants d'âge scolaire (par exemple, à l'item 83 « Un mois environ après mon accouchement, j'ai remarqué que je me sentais plus triste et plus dépressive que je m'y attendais »). Cette caractéristique du questionnaire peut donc amener une sous-estimation du niveau de stress parental des participants dans le « domaine parent ». En somme, les résultats de l'*ISP* démontrent que quatre parents sur huit font preuve de stress parental en lien avec les caractéristiques de leur enfant et qu'aucun participant n'atteint le seuil clinique dans le domaine du parent.

Instruments de mesure

Tout d'abord, l'*Échelle d'évaluation Conners pour le parent – révisée : version longue* (CPRS-R:L; Conners, 1997) a été administrée aux parents impliqués dans la recherche en pré-test, sauf si le participant l'avait déjà complétée pendant l'année scolaire en cours.

Ce questionnaire contient 80 questions et s'adresse à des parents d'enfants âgés de 3 à 17 ans inclusivement. Généralement, les parents sont en mesure de le compléter

en une quinzaine de minutes. Les répondants doivent indiquer sur une échelle de type Likert jusqu'à quel point le comportement décrit dans l'item correspond au comportement de leur enfant. L'échelle va de 0 à 3 où :

- 0 signifie « pas vrai du tout » (jamais ou rarement)
- 1 signifie « juste un peu vrai » (occasionnellement)
- 2 signifie « assez vrai » (souvent)
- 3 signifie « très vrai » (très souvent ou presque toujours)

Les résultats sont regroupés en 14 échelles qui permettent d'évaluer des indices spécifiques reliés au TDA/H et de déceler d'autres problèmes pouvant être associés au TDA/H.

Les sept premières échelles mesurent des difficultés qui peuvent être en lien avec le TDA/H ou qui permettent de soupçonner la présence de troubles comorbides :

- « Oppositionnel(le) » (10 items)
- « Problèmes cognitifs/ Inattention » (12 items)
- « Hyperactivité » (9 items)
- « Gêné(e)/anxieux(se) » (8 items)
- « Perfectionnisme » (7 items)
- « Problèmes sociaux » (5 items)
- « Psychosomatique » (6 items)

Il y a également quatre autres échelles totales dont l'« Index de Conners de déficit d'attention-hyperactivité (DA-H) », qui est composée de 12 items. Ensuite, les échelles « Index global de Conners (IGC) : Labilité émotionnelle » (3 items) et « IGC : Agité(e)-impulsif(ve) » (7 items) se réunissent pour former l'indice « IGC: Total », qui comprend donc 10 items. Finalement, il y a trois échelles reliées directement

aux critères diagnostiques du TDA/H du DSM-IV, soient les échelles « DSM-IV : Inattentif(ve) » et « DSM-IV : Hyperactif(ve)-Impulsif(ve) », composées chacune de neuf items et qui se réunissent pour former l'échelle « DSM-IV : Total ». Certains items sont utilisés dans plus d'une échelle. Voici un tableau résumant dans quelles échelles se répartissent ces items.

Tableau 5

Répartition des items de certains indices de l'*Échelle d'évaluation Conners pour le parent*

Échelles	
Problèmes cognitifs/Inattention (12 items)	<ul style="list-style-type: none"> - Six items ont une utilisation unique - Deux items sont utilisés simultanément dans les échelles « Index de Conners de déficit d'attention-hyperactivité » et « DSM-IV : Inattentif(ve) » - Un item est utilisé dans l'« Index de Conners de déficit d'attention-hyperactivité » - Trois items sont utilisés dans l'échelle « DSM-IV : Inattentif(ve) »
Hyperactivité (9 items)	<ul style="list-style-type: none"> - Trois items ont une utilisation unique - Cinq items se retrouvent dans l'échelle « DSM-IV : Hyperactif(ve)-Impulsif(ve) » - Un item est utilisé dans l'échelle « IGC : Agité(e)-impulsif(ve) »

Le résultat brut obtenu à chacune de ces échelles est transformé en score T. Ce score T doit être supérieur à 65 pour considérer le problème comme étant significatif. Il est important de mentionner que ce questionnaire possède de bonnes qualités psychométriques. Les coefficients de cohérence interne varient de $r = 0,73$ à $r = 0,94$, ce

qui est hautement satisfaisant. En ce qui concerne la fidélité test-retest, les coefficients oscillent entre $r = 0,47$ et $r = 0,85$ ($p < 0,05$) selon les échelles, pour un intervalle de six à huit semaines. Pour ce qui est de la validité factorielle des sept échelles spécifiques, les corrélations varient de faible à moyenne.

Ensuite, l'*Indice de stress parental (ISP)* (Bigras et al., 1996) a été administré avant le début du programme. Cet instrument de mesure, ainsi que l'*Échelle d'évaluation Conners pour le parent* décrit précédemment, visaient à mieux décrire la clientèle ciblée. L'*ISP* est un questionnaire comportant 101 questions, qui est généralement complété en 20 minutes. Il y a deux versions disponibles, selon le sexe du parent. L'analyse des résultats permet de déterminer le niveau de stress parental en fonction de trois domaines : domaine de l'enfant (47 items), domaine du parent (54 items) et domaine total. Un résultat élevé au domaine de l'enfant signifie que ce dernier présente des caractéristiques (par exemple, de l'hyperactivité) qui demandent plus d'adaptation et d'ajustement de la part des parents. Ces particularités peuvent représenter une charge plus grande pour les parents et doivent être considérées comme des stresseurs pour ceux-ci. Le domaine enfant comprend six sous-échelles :

- Adaptabilité (11 items)
- Acceptabilité (7 items)
- Exigence (9 items)
- Humeur (5 items)
- Hyperactivité (9 items)
- Renforcement (6 items)

Le domaine parent évalue davantage les aspects reliés aux caractéristiques individuelles du parent (par exemple, la dépression) ou aux particularités du fonctionnement parental qui peuvent engendrer du stress chez le parent (par exemple, une relation conjugale insatisfaisante) et ainsi influencer sa relation avec son enfant. Ce domaine est composé de sept sous-échelles :

- Dépression (9 items)
- Attachement (7 items)
- Restrictions (7 items)
- Sentiment de compétence (13 items)
- Isolement social (6 items)
- Relation conjugale (7 items)
- Santé du parent (5 items)

Un résultat significatif à l'échelle « Total stress » révèle un système familial où les parents sont plus à risque de développer des pratiques inadéquates et où l'enfant présente des difficultés d'adaptation.

Un résultat est considéré comme étant significatif, selon les normes de la version originale anglaise, à partir du 85^e rang centile et ce pour chacune des échelles. Cet instrument possède également un indice permettant de vérifier si le parent a répondu défensivement. Cet indice se calcule à partir de leurs réponses à 15 items ciblés. Si le résultat à cet indice est de 24 points ou moins, cela indique que le parent peut avoir répondu de façon défensive. La validité et la fidélité de ce questionnaire sont reconnues (Bigras et al., 1996).

En outre, une grille intitulée *Évaluation des ateliers* était remise à la fin de chacune des rencontres de façon individuelle aux participants (Appendice D). Ce questionnaire comprend 14 items qui évaluent cinq thèmes généraux (contenu, moyens, animation, climat, incidence) et la satisfaction globale de la rencontre. Les participants doivent répondre sur une échelle de type Likert allant de 1 (tout à fait en désaccord) à 5 (tout à fait d'accord). Ce formulaire d'évaluation a été construit par Gagnon en 1998 dans le cadre de l'implantation d'un projet d'intervention précoce à Rouyn-Noranda et il a été repris dans un programme de valorisation du développement du jeune enfant dans le cadre de la vie familiale par Naud et Sinclair (2003). Le questionnaire a été légèrement adapté pour la présente étude. En effet, la formulation des questions 5 et 12 a été changée. Dans la grille originale, les questions étaient formulées à la négative (item 5 = Les discussions n'apportent rien et item 12 = Je n'ai rien appris d'utile aujourd'hui). Dans le questionnaire adapté pour cette étude, les items ont été formulés à la positive et sont devenus: « item 5 = Les discussions m'apportent beaucoup » et « item 12 : J'ai appris plusieurs informations utiles aujourd'hui ». De plus, deux questions ouvertes ont été ajoutées à la fin de la grille : « Un sujet que j'aimerais aborder plus tard » et « Autre commentaires ».

De plus, lors de la rencontre post-test, les parents devaient compléter l'adaptation du *Parent Evaluation Inventory* de Kazdin, Siegel et Bass (1992) intitulé *PEI-Parent* (Voir Appendice E). Ce questionnaire vise à obtenir le point de vue des parents sur leurs progrès et sur leur appréciation des rencontres. Cet instrument a été traduit et adapté par

Massé en 1998 et comporte 19 items, qui se divisent en deux échelles. La première échelle comprend 11 items et évalue le progrès du parent, alors que la seconde échelle comprend huit questions et mesure le niveau d'acceptabilité du programme par les parents. L'échelle évaluant le niveau d'acceptabilité vise à vérifier si les parents ont trouvé que le programme était adéquat, intéressant, approprié et stimulant. Les réponses sont cotées de 1 à 5, la cote 3 correspondant à une réponse neutre, modérée. Il est donc possible d'obtenir un score maximal de 55 points à l'échelle « Progrès du parent », puisque cette échelle comprend 11 questions. Un progrès modéré (advenant une moyenne de trois points à chaque réponse) est de 33 points. En ce qui concerne l'échelle « Acceptabilité », qui comprend 8 items, le score maximal est de 40 points et le résultat indiquant un niveau d'acceptabilité modéré est de 24 points. Un score total est également calculé, qui réunit les résultats des deux échelles précédentes (Kazdin et al., 1992).

Finalement, lors de la rencontre post-test, une entrevue semi-structurée a été réalisée avec les participants. Le canevas de cette entrevue a été élaboré par la chercheure, Catherine Bernier, et se retrouve à l'Appendice F. Les informations obtenues lors de ces entrevues ont été notées et analysées dans un premier temps. Des regroupements de thèmes ont été réalisés. Par la suite, les entrevues, qui étaient enregistrées, ont été écoutées afin de s'assurer que toutes les informations pertinentes avaient été relevées dans l'analyse de contenu.

Déroulement

En tout premier lieu, le projet de recherche a été présenté à mesdames Nathalie Bouffard et Fabienne Gagnon, psychologues à la Commission scolaire des Navigateurs (CSDN) en septembre 2006. Ces dernières sont les conceptrices du programme. Elles ont accepté que le projet de recherche soit mis en place. Mme Louise Pothier, directrice adjointe des services éducatifs à la CSDN a également donné son accord à l'implantation de cette recherche. Par la suite, une demande a été effectuée au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières afin d'obtenir un certificat attestant que ce projet respectait les normes éthiques de la recherche auprès des êtres humains. Ce certificat, portant le numéro CER-06-117-06.06, a été émis le 18 décembre 2006 et était valide jusqu'au 31 décembre 2008. Le comité d'éthique a ensuite permis une prolongation jusqu'au 31 décembre 2009.

Les parents ont été recrutés en février 2007 par deux psychologues travaillant dans des écoles primaires du secteur où avait lieu le programme. Ces psychologues ont vérifié auprès des parents, lorsqu'ils ont accepté de participer au groupe, s'ils autorisaient que leurs coordonnées téléphoniques soient transmises à la chercheure.

L'ensemble des parents a donné son accord pour être contacté par téléphone. Parmi eux, une seule personne a refusé de s'impliquer dans le projet de recherche. Il est

important de mentionner que le refus de participer à la recherche ne contreviendrait pas à l'inclusion du parent dans le groupe.

Une première rencontre individuelle (pré-test) a été planifiée, du 12 mars 2007 au 4 avril 2007, avec les onze participants ayant donné leur accord pour faire partie de la recherche. La première partie de cette rencontre a été consacrée à l'explication du projet de recherche et du formulaire de consentement (Appendice G). Après avoir reçu ces informations, les onze parents ont officiellement accepté de collaborer à la recherche en signant le formulaire de consentement. La deuxième partie de la rencontre a été employée pour réaliser une entrevue semi-structurée (anamnèse) (Appendice A) puis pour compléter l'*Échelle d'évaluation Conners* et l'*Indice de stress parental*.

Par la suite, la chercheure a assisté aux cinq rencontres du groupe afin d'observer le niveau de participation des parents, le déroulement des séances, le contenu présenté et les méthodes utilisées par les deux psychologues qui animaient. Les ateliers ont eu lieu un jeudi soir sur deux, de 19h à 21h, du 22 mars au 17 mai 2007. À la fin de chaque rencontre, les parents devaient remplir la fiche « Évaluation des ateliers » (Appendice D).

Finalement, un entretien individuel (post-test) avec les huit parents ayant assisté de façon constante au programme a eu lieu une semaine environ après la dernière séance du groupe (semaine du 21 mai 2007). Une évaluation de programme a alors été réalisée

en deux temps. Tout d'abord, la chercheure a effectué une entrevue semi-structurée (Appendice F) afin d'obtenir les commentaires des parents sur différents aspects du programme. Par la suite, les participants ont complété le questionnaire « PEI-Parent ». Cette rencontre a constitué la dernière étape de la cueillette de données.

Lieu d'expérimentation

Les entrevues pré-test et post-test ont eu lieu dans le bureau de la psychologue de l'école primaire où l'application du programme avait lieu. Le local de la psychologue est grand, bien éclairé et aéré. Les entretiens avec les participants ont eu lieu autour d'une table rectangulaire. L'expérimentatrice était assise en face des parents.

Les rencontres de groupe se faisaient dans une salle de classe, qui est utilisée par le service de garde. Les tables étaient disposées en forme de « U » et les participants s'installaient autour de ces tables. Les animatrices présentaient leur contenu à l'avant de la classe. Les participants ont conservé les places qu'ils avaient choisies lors de la première rencontre tout au long du programme. Voici un schéma présentant la disposition de la classe et la position de chacun des participants.

Écran power-point		Tableau	
Animatrices			
	Béatrice		Ernestine
Yvette			Oscar
Paulette	Angéline	Monique	Dalila

	Table à café et collation		Observatrice
--	---------------------------	--	--------------

Figure 1. Plan de la salle de classe et emplacement des participants.

Description du programme

Historique du programme

Ce programme, destiné aux parents d'enfants présentant un TDA/H, s'inscrit dans un projet plus global de l'équipe des psychologues et psychoéducateurs de la Commission scolaire des Navigateurs. En effet, au début des années 2000, ces professionnels constatent alors qu'ils sont de plus en plus sollicités pour dépister et évaluer le TDA/H. En équipe, ils s'interrogent sur les outils les plus adaptés pour dépister et évaluer les élèves présentant des indices de TDA/H. De plus, ils font des démarches afin de faciliter le processus de référence de ces élèves à des services externes, tels les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le service de pédopsychiatrie de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis.

Une fois que la procédure d'évaluation est établie et que les références se font généralement plus facilement, l'équipe de psychologues et de psychoéducateurs décident de relever un autre défi visant également à aider cette clientèle. Ils développent un projet commun visant à faciliter l'intervention auprès de ces élèves. Ils choisissent de cibler plus précisément trois groupes de personnes touchées de près par cette problématique, soit l'élève présentant un TDA/H, ses parents et les enseignants en général, puisque ceux-ci sont susceptibles chaque année de retrouver dans leur classe des élèves présentant ce type de difficulté. Parmi l'équipe de psychologues et de psychoéducateurs, six psychologues se proposent pour développer plus particulièrement chacun de ces volets. Deux psychologues élaborent un portefolio et un guide pour les enfants ayant un

TDAH, deux autres préparent une formation pour les enseignants et finalement, deux psychologues conçoivent des ateliers pour les parents. Chaque équipe commence à travailler sur leur volet particulier pendant l'année scolaire 2005-2006. C'est donc au mois de novembre 2005 que deux psychologues, Mesdames Nathalie Bouffard et Fabienne Gagnon, commencent à développer le programme pour les parents dont il est question dans cet essai. C'est ainsi que le programme s'intitulant « Mieux intervenir auprès de mon enfant avec un diagnostic TDA/H » est mis en place en mars 2007 auprès des parents. Au début du projet, Mesdames Bouffard et Gagnon désiraient élaborer environ huit rencontres. Toutefois, elles ont rapidement constaté qu'il leur serait très difficile, étant donné l'ampleur et la complexité de la tâche et compte tenu du temps qui leur était alloué, d'atteindre cet objectif. De plus, elles ont analysé la situation des psychologues scolaires de leur commission scolaire et elles ont fait le constat qu'il serait difficile pour eux d'assumer l'animation de huit rencontres, à raison d'une rencontre aux deux semaines, étant donné leur horaire déjà très chargé. Elles ont donc décidé de restreindre le programme à cinq rencontres. Voici donc une brève description de la structure globale des ateliers, ainsi qu'un résumé de chacune des rencontres quant aux objectifs, au contenu et aux méthodes employées.

Structure globale des ateliers

De façon générale, chacun des ateliers est structuré de la même façon. Au début de chacune des rencontres, à l'exception de la première, les animateurs prennent le temps de revenir sur le contenu de la rencontre précédente. Ils demandent aux

participants ce qu'ils ont observé en lien avec les thèmes abordés et ce qu'ils ont modifié dans leur quotidien auprès de leur enfant. Par la suite, ils expliquent les objectifs de la rencontre puis, une partie davantage informative et éducative est présentée. Les aspects théoriques sont entrecoupés d'activités (en groupe, en équipe ou individuelles), de démonstrations et de discussions. Le contenu est appuyé par une présentation power-point. Chacun des participants reçoit, au début de la rencontre, une copie des diapositives du power-point, avec un espace pour écrire des commentaires. De plus, des exercices, des réflexions et des documents informatifs leur sont remis. Chacune des rencontres est d'une durée de deux heures incluant une pause d'une dizaine de minutes.

1^{ère} rencontre. La première rencontre se différencie des autres et se divise essentiellement en trois grandes sections. La première partie vise à présenter les généralités en lien avec le programme et à mieux connaître les membres du groupe. Par la suite, une capsule théorique explique davantage le TDA/H et la rencontre se conclut avec la présentation de la typologie de parent, typologie qui a été élaborée par les conceptrices du programme.

La première section débute avec un mot de bienvenue, la présentation des animateurs puis une brève présentation des participants. Par la suite, un tableau synthétisant les thèmes des cinq rencontres est présenté puis les objectifs généraux du programme sont donnés. Ces objectifs sont les suivants :

- Créer un lieu de partage et d'échanges
- Approfondir nos connaissances par rapport au TDA/H

- Analyser nos façons d'intervenir comme parents
- Mettre en place de nouvelles façons d'intervenir

Par la suite, les animateurs précisent ce que le programme peut leur offrir. En effet, ils indiquent aux parents qu'il s'agit d'un lieu d'échange pour discuter des difficultés de leur enfant et des conséquences que le TDA/H peut avoir à la maison et à l'école. En outre, ils indiquent que c'est un groupe où les participants peuvent mettre à jour leurs connaissances par rapport au TDA/H ainsi qu'apprendre des moyens concrets pour aider et accompagner leurs enfants. Par la suite, ils précisent que ce n'est pas un groupe de thérapie, qu'ils n'analyseront pas le vécu personnel des participants et qu'ils ne rechercheront pas les causes du comportement des enfants ciblés. Ils désirent plutôt se centrer sur des moyens à utiliser pour améliorer leur quotidien. Après ces précisions, les animateurs demandent aux participants d'écrire, puis de partager leurs attentes avec les autres membres du groupe pendant qu'un animateur les écrit au tableau. Par la suite, ce sont les attentes des animateurs qui sont présentées. L'accent est mis sur le respect de la confidentialité et le respect des autres, de leurs opinions et de leur droit de parole.

Pour terminer cette section, les objectifs de la première rencontre sont énoncés :

- Présenter le programme
- Partager nos attentes
- Permettre aux parents de faire connaissance
- Approfondir nos connaissances par rapport au TDA/H
- Réfléchir sur les styles de parents

Suite à la présentation des objectifs de la rencontre, les parents font un exercice pour se présenter et pour connaître un peu plus les autres participants, ainsi que leurs

enfants. La première étape de cette activité consiste à répondre à certaines questions très simples telles que « le prénom de mon enfant, une activité que j'aime, une qualité de mon enfant, mon signe astrologique, etc. ». Par la suite, les participants doivent se déplacer et échanger avec les autres membres du groupe afin de trouver des parents qui ont des réponses semblables. Un retour sur cette activité est ensuite fait en grand groupe.

La deuxième section de cette première rencontre vise essentiellement à aider les parents à mieux connaître le TDA/H. Pour ce faire, un extrait d'environ une trentaine de minutes du DVD *Portrait du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité* (Centre hospitalier Robert-Giffard, 2006) est présenté¹. L'extrait porte plus particulièrement sur les symptômes du TDA/H et l'impact de ce trouble au quotidien. À la fin du visionnement, les participants ont quelques minutes pour partager leurs impressions ou commentaires par rapport au documentaire. Après une pause, les animateurs poursuivent la rencontre en demandant aux participants la signification exacte des lettres TDA/H. Par la suite, ils leur demandent de donner des symptômes et manifestations qu'ils connaissent de cette problématique et un animateur écrit leurs réponses au tableau. Pour terminer cette section, une présentation plus théorique est réalisée, à l'aide d'un *powerpoint* afin de présenter les caractéristiques du TDA/H, les statistiques reliées à ce trouble, l'étiologie puis les symptômes. Ces derniers sont divisés en six catégories, soient les difficultés de l'attention, la bougeotte motrice, les difficultés

¹ Les animatrices avaient prévu présenter des extraits du DVD dans leur programme. Cependant, lors de la première rencontre du groupe, elles n'avaient pas encore reçu le DVD. Elles ont alors présenté davantage de théorie à propos du TDA/H.

d'organisation, l'hyper-réactivité des émotions, l'impulsivité et les problèmes interpersonnels (Vincent, 2007). Pour chacun de ces regroupements, les manifestations sont décrites pour les enfants ainsi que pour les adultes, afin de démontrer l'impact de ce trouble à long terme. Les impacts sont également présentés en fonction des différents stades développementaux. Finalement, les difficultés associées au TDA/H sont mentionnées (difficultés d'apprentissage, difficultés de comportement, éléments dépressifs, manifestations d'anxiété) ainsi que les stratégies d'intervention efficaces. C'est ainsi que se termine cette deuxième section, à caractère plus informatif, pour faire place à la description de la typologie de parent.

Cette dernière portion de rencontre est amorcée par la lecture d'une histoire, inspirée d'un document de formation fait par madame Johanne Lemieux (2006), travailleuse sociale. Cette histoire, qui s'intitule « *Comment traverser l'océan enfance* », est une métaphore qui explique les éléments dont un bébé a besoin pour traverser l'océan qui sépare le continent de sa naissance à celui du monde des adultes. Un élément très important pour la réussite de cette traversée est la présence des parents, qui assurent plusieurs fonctions (**capitaine, maître d'équipage, infirmier, mécanicien**) à bord du bateau afin d'assurer la sécurité de leur enfant et la réussite de la traversée.

Cette analogie sert de présentation à un questionnaire, élaboré par les conceptrices du programme, que les participants doivent compléter afin de découvrir leurs styles de parent. Le questionnaire est divisé en quatre sections. En effet, Mesdames

Bouffard et Gagnon ont identifié quatre styles de parent que devraient développer l'ensemble des parents, mais plus particulièrement ceux d'enfants TDA/H. Il s'agit des styles de parent suivants : **directive, organisateur, compréhensif et persévérand**. Chacune de ces qualités est associée à un rôle du parent dans l'histoire précédente (directive = capitaine, organisateur = maître d'équipage, compréhensif = infirmier et persévérand = mécanicien). Les caractéristiques de chacun de ces types de parent sont davantage expliquées dans la deuxième rencontre. Le questionnaire vise d'abord à amener les parents à faire une première réflexion sur leurs styles de parent. Ils doivent comptabiliser leurs résultats afin de découvrir quelle place occupe chacun de ces rôles dans leur style parental. Les animateurs précisent qu'il est normal que certains types de parent soient plus développés que d'autres, l'équilibre parfait n'étant pas possible. Lorsque tous les parents ont fini de compléter le questionnaire, un retour est fait en grand groupe. Les animateurs lisent l'interprétation des résultats et expliquent brièvement chacun des types de parents. Par la suite, s'ils le désirent, les parents peuvent présenter leur résultat à l'ensemble du groupe. Suite à cette discussion, les animateurs demandent aux parents d'observer pendant les deux prochaines semaines comment se manifestent dans leur quotidien chacun de leur type de parent et quels styles ils devraient développer davantage. Le tout se termine par une petite évaluation de la rencontre, où les animateurs demandent aux participants leurs commentaires et leurs suggestions.

2^e rencontre. Dans un premier temps, après un mot de bienvenue, les objectifs de la deuxième rencontre sont présentés :

- Créer un lieu de partage et d'échanges
- Augmenter ses habiletés de parent compréhensif
- Revoir la typologie des parents
- Identifier les besoins des humains
- Faciliter la compréhension des différentes étapes reliées au processus du deuil
- Développer une communication plus efficace

Par la suite, un retour sur la typologie des parents est effectué. Les animateurs demandent alors aux participants de partager ce qu'ils ont observé pendant les deux semaines par rapport à ce thème et d'indiquer, s'ils le désirent, le ou les types de parent qu'ils ont le plus développé jusqu'à présent. Par la suite, un tableau est présenté, où chaque type de parent est décrit de façon plus spécifique à l'aide de caractéristiques précises et de maximes. Les participants sont alors invités à faire un cercle et à représenter la proportion approximative qu'occupe chacun de ces rôles dans leur style parental. Les animateurs demandent également aux parents quel est le type de parent qu'ils désirent développer davantage dans les prochaines semaines.

Lorsque les parents comprennent bien la typologie de parent, la pyramide de Maslow, décrivant une hiérarchie des besoins chez l'être humain, est présentée. Toutefois, avant d'afficher la diapositive illustrant la pyramide des besoins, les animateurs demandent aux parents de nommer des exemples de besoins que présentent les enfants. Les réponses sont notées en même temps au tableau. Par la suite, les différents besoins identifiés par Maslow, ainsi que les raisons justifiant la hiérarchie qu'il a déterminée, sont expliqués. Des liens peuvent être faits entre les réponses données par les parents et les informations présentées dans les diapositives. Rappelons

que ces besoins sont les suivants : besoins physiologiques; de sécurité; d'amour et d'appartenance; d'estime de soi et de considération; d'actualisation de soi. Les animateurs décrivent également des particularités associées au TDA/H pour chacun des besoins de la pyramide.

Avant la pause, les animateurs introduisent le troisième thème de la soirée, soit le deuil. En effet, après avoir lu un texte s'intitulant *De l'enfant rêvé à l'enfant réel* (Laporte, 2002, p. 36-37) ils demandent aux membres du groupe de compléter individuellement deux feuilles. Sur la première, ils doivent répondre à quatre questions :

1. Comment me suis-je rendu compte que mon enfant avait une difficulté particulière ?
2. Dans l'évolution de mon enfant, qu'est-ce que je trouve le plus difficile ?
3. Comment ai-je appris le diagnostic de TDA/H ?
4. Jusqu'à présent, comment y ai-je réagi ?

La deuxième activité vise à faire réfléchir les parents sur la façon dont ils imaginaient leur enfant avant sa naissance et à réfléchir sur les différences qui existent entre ce qu'ils avaient imaginé et la réalité. Finalement, les parents doivent également penser à la façon dont ils imaginent les prochaines étapes développementales de leur enfant, telles son entrée au secondaire, son adolescence et sa vie adulte.

Une fois les deux feuilles complétées, il y a une discussion en grand groupe sur ces sujets et des mots-clés sont écrits au tableau pour bien illustrer les propos des parents.

Après la pause, les animateurs demandent aux parents s'ils connaissent les étapes du deuil. Leurs réponses sont écrites au tableau et par la suite, les animateurs complètent ces réponses grâce à une présentation de chacune des étapes du deuil¹ :

- Le choc
- La négation
- La colère ou le désespoir
- Le marchandage
- Le détachement
- L'acceptation de la condition

Chacune des étapes est expliquée et des exemples spécifiques reliés au diagnostic de TDA/H sont donnés afin que les parents puissent se reconnaître dans ce processus de deuil. Par la suite, les animateurs mentionnent brièvement des actions que les parents peuvent entreprendre pour cheminer dans ce processus et aider leur enfant à traverser leur propre deuil.

Finalement, une piste d'intervention est explorée afin d'améliorer la communication entre le parent et son enfant. Il s'agit d'une méthode de communication orientée vers les solutions développée par Ben Furman. Cette méthode est tirée d'une formation reçue par l'une des deux psychologues avec Ben Furman au début des années 2000. Furman utilisait alors deux mains, l'une s'appelant la main accusatrice et l'autre, la main du souhait, afin d'illustrer deux façons de communiquer, l'une inefficace et l'autre plus gagnante. Les animatrices expliquent d'abord les aspects qui composent la main accusatrice et font une démonstration de cette manière de communiquer. Les

¹ Les étapes présentées sont une adaptation de celles de Monbourquette (2004).

participants ont également une feuille, dans leur cahier du participant, expliquant les cinq aspects qui composent la main accusatrice. Par la suite, les animateurs demandent aux participants de se placer en équipe de deux où, à tour de rôle, ils doivent expérimenter le rôle de l'enfant et du parent. Le parent doit choisir une situation qui le dérange chez son enfant et utiliser les ingrédients de la main accusatrice pour lui en parler. Par la suite, un retour est fait en groupe afin que les participants puissent s'exprimer sur la façon dont ils se sont sentis durant l'exercice. Un animateur peut écrire des mots-clés au tableau. La même démarche est effectuée pour expliquer, démontrer et expérimenter la « main du souhait ». Un retour est également réalisé en grand groupe. Les parents doivent exprimer comment ils se sont sentis et identifier les différences entre cette expérience et celle de la « main accusatrice ». Finalement, les animateurs demandent à chaque participant de choisir un comportement de leur enfant qu'il souhaiterait voir s'améliorer et ils leur suggèrent d'utiliser « la main du souhait » pour en discuter avec lui. Il s'agit de leur tâche pour les deux semaines suivantes. La rencontre se termine sur une évaluation de la rencontre.

3^e rencontre. Comme à l'habitude, les animateurs accueillent les parents et les félicitent pour leur présence et leur persévérance. Les objectifs de la soirée sont ensuite présentés :

- Crée un lieu de partage et d'échanges
- Développer l'estime de soi
- Construire sur le positif
- Développer le parent organisateur

Un retour sur la tâche suggérée à la deuxième rencontre est alors effectué. Les parents doivent partager avec l'ensemble du groupe la façon dont ils ont utilisé la « main du souhait » à la maison avec leur enfant.

Par la suite, quelques activités et explications sont données afin de mieux comprendre le développement de l'estime de soi chez l'enfant. La première activité est inspirée du programme de Barkley (Cloutier, 2003) et s'intitule « Mon pire et mon meilleur patron ». Les parents doivent penser au meilleur et au pire patron qu'ils ont eu dans leur vie et inscrire dans leur cahier les comportements et attitudes que chacun de ces patrons présentait, ainsi que les réactions que cela suscitait en eux. Par la suite, les participants partagent en groupe les caractéristiques auxquelles ils ont pensé pour chacun des types de patron, ainsi que les émotions ressenties sous leur direction. Pendant ce temps, un des animateurs doit écrire les réponses au tableau. Cette activité vise à entamer une réflexion sur les attitudes et comportements qui engendrent des interactions positives et qui incitent une personne à travailler de concert avec un autre. Le parallèle entre le rôle d'un patron et celui d'un parent est également fait.

Ensuite, il y a une section plus théorique où les animateurs définissent l'estime de soi, la façon dont celle-ci se forme chez l'enfant et les facteurs qui l'influencent. De plus, ils expliquent comment un enfant développe un « juge intérieur », puis ils indiquent le rôle de celui-ci et ses limites. De plus, ils nomment certaines

caractéristiques de l'estime de soi chez un enfant TDA/H et des façons pour le parent de faire équipe avec son « juge intérieur ». À la fin de cette section, il y a une pause.

La rencontre se poursuit avec un autre bloc théorique, où les animateurs expliquent aux participants comment ils peuvent encourager et récompenser leur enfant dans le but de voir augmenter des comportements positifs. Des exemples de récompenses sont donnés et un système de récompenses à l'aide de tableaux et de jetons est expliqué. En outre, les animateurs précisent qu'il est important de récompenser rapidement l'enfant lorsque le geste désiré est observé et qu'il est nécessaire de l'encourager le plus fréquemment possible lorsqu'il pose de bons comportements.

Finalement, la rencontre se termine avec une section qui aborde davantage l'organisation des routines afin de compenser les déficits des enfants présentant un TDA/H. L'accent est mis spécifiquement sur la mise en place de routines pour certaines périodes de la journée qui peuvent être problématiques (le lever, les repas, les devoirs, le coucher). De plus, un document de deux pages, intitulé *Le défi des routines* est disponible pour les parents dans leur cahier. Ce document comprend plusieurs suggestions afin d'améliorer les routines et le déroulement de la journée. Les moyens proposés sont inspirés du livre *Ces parents à bout de souffle* (Lavigueur, 2006). À l'aide de ces feuilles-support, une activité intitulée « 24 heures top chrono !!! » est proposée aux parents. Une journée typique dans la vie d'Alex, un enfant de huit ans présentant un TDA/H est décrite aux membres du groupe. Ils doivent identifier des stratégies qui

pourraient aider les parents d'Alex à passer une meilleure journée. En effet, la journée décrite est particulièrement mouvementée. Les animateurs suggèrent aux parents de choisir un moment de la journée qui est également difficile pour eux à la maison. Ils peuvent faire cet exercice seul ou en équipe. Par la suite, un retour est fait avec tout le groupe sur l'activité. Finalement, la rencontre s'achève avec l'image d'un jardin, où les animateurs font le parallèle entre l'entretien d'un jardin et le développement de l'estime de soi chez l'enfant. En effet, les parents peuvent décider, par exemple, de réaménager certaines choses, d'arroser les fleurs plutôt que les mauvaises herbes ou de semer de nouvelles graines. Pour terminer, les animateurs demandent aux parents de mettre en place une nouvelle routine ou d'en modifier une qui pourrait être améliorée dans les deux prochaines semaines. Pour ce faire, ils peuvent se servir des moyens proposés dans le document *Le défi des routines*. Avant le départ des parents, une évaluation de la rencontre est réalisée.

4^e rencontre. Après un mot de bienvenue, les objectifs de la quatrième rencontre sont présentés :

- Créer un lieu de partage et d'échanges
- Proposer aux parents un modèle de famille harmonieuse
- Favoriser une réflexion sur la nécessité de l'encadrement
- Développer le parent directif

Par la suite, les animateurs demandent aux parents s'ils ont mis en place ou modifié une routine pendant les deux semaines précédentes et s'il y a eu des impacts à la suite de ce changement.

Une fois ce retour sur l'atelier précédent effectué, les animateurs enchaînent avec un exercice où les parents doivent dessiner, de façon individuelle, un modèle de famille harmonieuse. Dans un deuxième temps, ils peuvent présenter, s'ils le désirent, leur dessin et sa signification aux autres membres du groupe. Dans un troisième temps, un animateur dessine au tableau un modèle de famille harmonieuse. Les parents doivent d'abord identifier les caractéristiques de ce dessin puis détailler les responsabilités propres aux parents et aux enfants. À l'aide des réponses des participants, l'animateur explique les particularités de son dessin et fait des liens avec les dessins présentés par les autres membres du groupe. De plus, il explique les caractéristiques qui facilitent l'harmonie et le respect des rôles de chacun des membres d'une famille.

Il y a ensuite une section sur l'encadrement des enfants. Tout d'abord, certaines craintes reliées au fait d'exercer son autorité parentale sont présentées. Par la suite, ils discutent de l'importance d'identifier ses valeurs en tant que parent et d'établir des règles claires afin de les faire respecter au quotidien. Ils expliquent également les avantages des routines et des règles de vie avec l'application de conséquences. Finalement, cette partie sur l'encadrement se termine avec des moyens pour contrecarrer les comportements inacceptables, dont l'application de conséquences logiques et de la technique 1-2-3. La technique du 1-2-3 enseignée est celle présentée par Lavigueur (2006). Une démonstration est faite par les animateurs afin de bien illustrer l'application de cette technique. Par la suite, ils expliquent à quel moment il est nécessaire de l'appliquer et quels en sont les avantages. La tâche suggérée pour les deux prochaines

semaines est la mise en place de la technique du 1-2-3 à la maison. Les parents doivent l'expliquer à leur enfant et indiquer à quels moments ils vont l'utiliser. Une évaluation de la rencontre clos la soirée.

5^e rencontre. Il s'agit de la dernière séance du groupe de parents. Celle-ci n'a pas tout à fait la même structure que les autres soirées et les animateurs en font l'annonce au début de la rencontre. En effet, il n'y a pas de pause afin d'avoir plus de temps pour que tous les participants puissent partager un gâteau pour souligner la fin du programme. Les objectifs de cette 5^e rencontre sont les suivants :

- Créer un lieu de partage et d'échanges
- Élaborer un plan d'intervention
- Développer les qualités du parent directif et persévérand
- Évaluer le programme

Suite à l'annonce de ces objectifs, un retour est effectué sur le devoir de la dernière rencontre concernant l'application de la technique du 1-2-3. Les animateurs enchaînent en donnant plus d'explications sur la mise en place d'un coin retrait. Une feuille qui en décrit les caractéristiques est également remise aux parents pour qu'ils puissent l'ajouter dans leur cahier du participant.

Dans un deuxième temps, les animateurs s'inspirent à nouveau de la théorie de Ben Furman et des principes de la communication orientée vers les solutions pour expliquer aux parents que les problèmes peuvent plutôt être abordés sous l'angle d'un manque d'habiletés. Cela peut amener un changement dans la perception qu'un parent a

de son enfant. Au lieu d'envisager les difficultés de son enfant en termes de problèmes, le parent détermine les habiletés que son enfant doit développer. Par la suite, les parents font un portrait de leur enfant et préparent un plan d'action pour la maison. Sur une feuille intitulée « Je prépare le plan d'action de mon enfant », les participants doivent d'abord identifier les forces et les défis de leur enfant qui présente un TDA/H. Ces défis sont ensuite transformés en habiletés à acquérir. Lorsque les parents ont complété leur plan d'action individuellement, ils peuvent le partager avec les autres membres du groupe.

Une dernière partie théorique achève cette cinquième rencontre. Les animateurs présentent le programme « Je suis capable » (Furman & Ahola, 1999/2001) publié par les éditions du Centre de psychothérapie stratégique. Ils expliquent les étapes de ce programme, qui vise également le développement d'une habileté chez l'enfant. Voici un résumé des étapes de ce programme. Tout d'abord, l'enfant doit choisir une habileté à développer, lui trouver un nom original, inscrire les avantages à développer cette habileté, identifier un animal ou un personnage qui pourra l'aider et le soutenir et se trouver des personnes pour l'encourager. De plus, il doit inscrire pourquoi il pense qu'il est capable d'acquérir cette nouvelle habileté et pourquoi son entourage croit aussi qu'il en est capable. Ensuite, il planifie une fête pour célébrer sa réussite, il pratique son habileté et prévoit les rechutes. Lorsqu'il a réussi, il doit remercier les gens qui l'ont aidé lors de sa fête et il peut enseigner cette habileté à quelqu'un d'autre par la suite.

Suite à la description du programme « Je suis capable », les animateurs décrivent certains livres qui peuvent être pertinents pour les parents s'ils veulent approfondir leurs connaissances du TDA/H et apprendre d'autres moyens d'intervention. De plus, ils donnent quelques sites Internet que les parents peuvent consulter. Les participants ont les références nécessaires dans leur cahier.

Avant la remise des diplômes aux parents, les animateurs prennent environ une vingtaine de minutes pour effectuer une évaluation du programme avec l'aide des participants. Tout d'abord, ils complètent une feuille où ils doivent répondre aux trois questions suivantes :

- Qu'est-ce que j'ai particulièrement aimé dans les rencontres de groupe ?
- Quel est le changement que j'ai réalisé et qui me rend fier ?
- Qu'est-ce que je suggère aux animateurs pour les prochains groupes de parents ?

Par la suite, les parents partagent leurs réponses et donnent leurs commentaires et suggestions afin d'améliorer le programme.

Pour clore les ateliers, les animateurs remettent un diplôme à chacun des participants. Sur celui-ci, les animateurs les félicitent pour avoir développé leurs qualités de parent **directif, organisateur, compréhensif et persévérant**. Cela permet de faire un lien avec la typologie présentée à la première rencontre. Tout le monde partage ensuite un gâteau et échange librement. C'est ainsi que prend fin le programme de cinq rencontres pour les parents d'enfants présentant un TDA/H.

RÉSULTATS

Voici maintenant les différents résultats obtenus grâce à la méthode présentée précédemment. La première section de ce chapitre visera à analyser si les caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007) répondent aux conditions d'efficacité relevées dans la littérature. Par la suite, des informations complémentaires permettant d'évaluer chacun des ateliers seront données puis l'évaluation du programme et de ses impacts sur la clientèle sera réalisée. Finalement, des liens entre ces différentes sections viendront clore la présentation des résultats.

Conditions d'efficacité

Dans cette section, les conditions d'efficacité recueillies dans la littérature sont présentées dans les Tableaux 6 à 9. Ces tableaux permettent de visualiser si les caractéristiques favorisant l'efficacité des PEHP reconnues dans les recherches effectuées à ce sujet sont présentes dans le programme de Bouffard et Gagnon (2007), programme à l'étude dans cet essai. Certaines précisions reliées à ce programme en lien avec les conditions d'efficacité sont également indiquées.

Le premier tableau présenté dans cette section consacrée aux conditions d'efficacité, soit le Tableau 6, permet de constater que le programme de Bouffard et

Tableau 6

Comparaison des caractéristiques reliées au programme

Caractéristiques	Conditions d'efficacité selon la littérature	Caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007)	Précisions concernant le programme de Bouffard et Gagnon (2007)
Format du programme	En groupe En individuel, selon les besoins	✓	
Nombre de rencontres	En moyenne entre 8 et 12 rencontres	5 rencontres	
Suivi après le PEHP	Suivi recommandé		
Lieu des rencontres	Dans un milieu communautaire (école, maison de la famille)	✓	École
Thèmes	Problématique du TDA/H		Thème abordé partiellement
	Développement de l'enfant		Thème abordé partiellement
	Facteurs influençant le développement des problèmes de comportement		
	Systèmes de renforcement		Thème abordé partiellement
	Contrat de comportement		
	Attention positive		Thème abordé partiellement
	Temps d'arrêt	✓	
	Attention sélective		
	Punitions		Thème abordé partiellement
	Directives et règles		Thème abordé partiellement
Résolution de conflits	Résolution de conflits		
	Pratiques de communications familiales		Thème abordé partiellement:
			Autres thèmes abordés : Typologie de parents, deuil, routines, estime de soi

Gagnon (2007) répond à quelques caractéristiques d'efficacité reliées au programme, mais que plusieurs d'entre elles sont respectées partiellement ou pas du tout. En effet, en ce qui concerne le format du programme, le fait que celui-ci soit réalisé en groupe répond à une condition d'efficacité. Cependant, la possibilité d'offrir un soutien ou un suivi individuel si les participants ont des besoins qui dépassent le cadre du programme n'est pas présente. En outre, le nombre de rencontres est inférieur à celui qui est recommandé et il n'y a pas de rencontre de suivi planifiée à la fin du programme. Par contre, le fait que les rencontres se déroulent en milieu scolaire correspond à un critère d'efficacité.

En ce qui concerne les thèmes choisis dans le programme de Bouffard et Gagnon (2007), le contenu abordé dans chacun des thèmes a été comparé avec le contenu suggéré dans la littérature. Lorsqu'il était équivalent et englobait tous les aspects cités dans les programmes déjà existants pour les parents d'enfants présentant un TDA/H, il est mentionné dans le tableau que le thème a été abordé « exactement ». Si le sujet a été présenté, mais que certains aspects n'ont pas été traités, le commentaire « thème abordé partiellement » est inscrit dans la colonne de droite. Il n'y en a qu'un seul sujet qui correspond exactement aux thèmes qui sont généralement abordés dans les PEHP pour parents d'enfants TDA/H ou d'enfants présentant des problèmes du comportement, soit le « Temps d'arrêt ».

Il y a sept thèmes abordés partiellement et voici, pour chacun de ces thèmes, les parties qui sont touchées et celles qui ne le sont pas. Dans la description du TDA/H, plusieurs aspects sont abordés tels la prévalence de ce trouble, l'étiologie, les symptômes, les impacts du trouble à chaque stade développemental, les troubles associés et les traitements efficaces. Cependant, cette dernière section est incomplète et insuffisamment détaillée. En effet, il n'est pas question de l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales auprès des enfants TDA/H et les raisons expliquant l'efficacité de la médication ne sont pas illustrées. En outre, la présentation des symptômes du TDA/H en six catégories, tels que divisés dans Vincent (2007), est intéressante. Cependant, elle peut engendrer de la confusion puisque le *DMS-IV-TR* divise les symptômes en trois catégories. Qui plus est, certaines catégories de Vincent (2007) peuvent être considérées comme étant des problématiques associées (par exemple, problèmes interpersonnels) dans le *DSM-IV-TR*..

En ce qui concerne le thème portant sur le développement de l'enfant, les besoins de ceux-ci sont présentés de façon globale, à l'aide de la pyramide des besoins de Maslow et les animateurs expliquent comment la présence d'un TDA/H chez l'enfant peut affecter ces besoins. Cependant, il n'est pas question des caractéristiques spécifiques reliées au stade de développement des enfants de l'âge ciblé.

En outre, dans le cadre du programme, un système de renforcement à l'aide d'un tableau et des jetons est présenté. Cependant, il manque d'explications sur la façon dont

ce système doit être mis en place (par exemple, le nombre de jetons nécessaires pour obtenir une récompense, la fréquence des renforcements, les types de renforcement).

En ce qui concerne le thème « attention positive », il est abordé partiellement lorsqu'il est question des façons d'encourager son enfant et à l'intérieur de l'activité « Mon pire et mon meilleur patron ». Cependant, il n'y a aucune explication directement reliée à ce thème dans le programme et sur les techniques pour accorder de l'attention positive.

Pour ce qui est des punitions, seules la façon d'effectuer un retrait et les qualités d'un lieu pour le retrait sont expliquées. Il n'est pas question des caractéristiques que doivent posséder les conséquences et les pertes de priviléges pour être efficaces et des limites reliées à l'utilisation des punitions.

En outre, le thème « directives et règles » est abordé partiellement car il est uniquement question des règles dans le programme. La façon de choisir les demandes faites à l'enfant et les caractéristiques que doivent posséder ces directives pour être efficaces ne sont pas présentées.

Le thème concernant les pratiques de communications familiales est également incomplet parce que l'expression des émotions et l'importance de l'écoute sont, entre autres, des sujets qui ne sont pas discutés. Cependant, certaines techniques de

communication sont présentées dans l'exercice « la main du souhait et la main accusatrice » (par exemple, parler au « je », prendre le temps de fixer un rendez-vous avec la personne, éviter de généraliser en utilisant des adverbes tels que « jamais », « toujours », etc.).

Finalement, quatre thèmes qui sont habituellement touchés dans ce type de programme ne sont pas abordés du tout, soient les facteurs influençant le développement des problèmes de comportement, les contrats de comportement, l'attention sélective et la résolution de conflits. Les thèmes suivants ont été ajoutés : typologie de parents, deuil, routines, estime de soi.

Le Tableau 7, quant à lui, présente les caractéristiques reliées à l'animation. Il est possible de constater que les psychologues possèdent la formation et toutes les qualités nécessaires pour animer ce type de programme. L'observation des rencontres et l'analyse des méthodes d'animation ont permis de déterminer si les rôles¹ devant être joués par les animatrices étaient accomplis complètement ou partiellement. Pour qu'un rôle soit accompli complètement, les caractéristiques de l'animation devaient correspondre en tout point à la description réalisée par Webster-Stratton et Herbert (1994) des neuf rôles des animateurs. Ceux-ci étaient accomplis « en majorité » lorsqu'il manquait un seul aspect et « partiellement » quand deux aspects ou plus n'étaient pas totalement respectés.

¹ Pour un rappel des caractéristiques de ces rôles, voir p. 44 à 46 de cet essai.

Tableau 7

Comparaison des caractéristiques reliées à l'animation

Caractéristiques	Conditions d'efficacité selon la littérature	Caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007)	Précisions concernant le programme de Bouffard et Gagnon (2007)
Formation	Professionnels avec un diplôme universitaire Connaissance approfondie du TDA/H Connaissance approfondie des techniques de gestion de comportement	✓ ✓ ✓	
Qualités recherchées chez les animateurs	Empathiques Créatifs Flexibles Capables de créer un bon lien avec les parents En mesure d'utiliser l'humour	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	
Rôles des animateurs ¹	Établir une relation chaleureuse et « soutenante » Permettre aux parents de se donner du pouvoir Proposer des interprétations, recadrer et convaincre Diriger les parents et leur proposer des défis Anticiper les progrès et les difficultés Individualiser, généraliser et contextualiser selon les besoins du moment Envisager le long terme Utiliser le groupe comme outil de soutien social Développer un réseau de soutien social à l'extérieur du groupe		Rôle accompli en majorité Rôle accompli partiellement Rôle accompli partiellement (métaphores, analogies, recadrage) Rôle accompli partiellement ✓ ✓ Rôle accompli partiellement ✓ Rôle accompli partiellement

¹ Normandeau et Venet (2000) présentent dix rôles spécifiques que doivent accomplir les animateurs. Le rôle suivant : « Utiliser des techniques d'enseignement concrètes (vidéocassettes, jeux de rôle) » a été retiré de la liste et intégré plutôt dans la section « méthodes employées ».

Tableau 7 (suite)

Comparaison des caractéristiques reliées à l'animation

Caractéristiques	Conditions d'efficacité selon la littérature	Caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007)	Précisions concernant le programme de Bouffard et Gagnon (2007)
Méthodes employées	Enseignement	✓	
	Modelage		Démonstrations
	Modelage à l'aide de vidéocassettes		
	Jeux de rôle		
	Pratique	✓	
	Métaphores et analogies	✓	
	Rétroactions sur les nouveaux apprentissages et les jeux de rôle		Rétroaction sur les nouveaux apprentissages réalisés
	Renforcement	✓	
	Devoirs à la maison		Devoirs non-formels suggérés
	Documents remis aux participants	✓	

Parmi les rôles que les animateurs doivent jouer pour maximiser la réussite d'un PEHP et pour en augmenter les impacts et l'efficacité, trois sont totalement accomplis par les animatrices. Elles sont en mesure de présenter des exemples et des explications pour amener les parents à mieux anticiper les difficultés possibles avec leur enfant et à garder espoir en envisageant les progrès possibles. De plus, elles sont capables d'individualiser les situations au besoin, lorsque les parents rapportent des événements particuliers reliés à leur vécu familial, de les généraliser pour amener le groupe à mieux comprendre si nécessaire et de replacer certains événements dans leur contexte. Elles réussissent également à amener les participants à se sentir soutenus par les autres membres du groupe et ce, tout au long du programme.

De plus, les animatrices créent une relation chaleureuse avec les participants. Ces derniers se sont sentis soutenus et compris par elles. Elles donnent certains exemples reliés à leur pratique et à leur vie personnelle. Cependant, pour accomplir totalement ce rôle, Webster-Stratton et Herbert (1994) suggèrent aux animateurs d'accompagner les participants dans leur communication avec l'école. Dans le cas présent, les animateurs travaillent dans le milieu scolaire et peuvent difficilement aider les parents dans leur discussion avec les membres du personnel car elles se trouveraient à ce moment en conflit de rôle. Elles peuvent leur donner des moyens généraux, les encourager dans leurs démarches, sans les soutenir individuellement.

Quatre autres rôles sont réalisés partiellement par les animatrices. En effet, elles utilisent des métaphores et des analogies (par exemple, la typologie de parent) pour amener les parents à mieux saisir des concepts particuliers. De plus, elles recadrent certains propos des parents afin de les amener à percevoir une situation différemment et à mieux interpréter les besoins de leur enfant. Cependant, il a été observé par l'observatrice que cette technique pourrait être utilisée davantage quand, par exemple, les parents partagent leurs sentiments en lien avec les limites du monde scolaire ou qu'ils attribuent des causes, parfois incomplètes ou erronées, aux comportements de leur enfant. En outre, les animatrices expliquent bien les concepts enseignés, en s'exprimant clairement, en présentant plusieurs exemples, en se référant au quotidien des participants et en reformulant régulièrement ce qu'elles disent. Par contre, le rationnel derrière ces concepts et les motifs justifiant l'utilisation de certaines techniques sont peu précisés.

En ce qui concerne le rôle « diriger les parents et leur proposer des défis », les deux psychologues sont en mesure de bien diriger les discussions et elles vont chercher l'opinion de l'ensemble des membres du groupe. Il n'y a eu qu'une seule discussion où elles ont eu de la difficulté à arrêter les échanges quand elles ont constaté que ceux-ci s'écartaient du sujet abordé. Elles proposent également aux parents certains défis, sous la forme de tâches suggérées à la maison, mais ces devoirs pourraient être plus clairs et mieux organisés. Finalement, les rôles « permettre aux parents de se donner du pouvoir » et « envisager le long terme » sont accomplis partiellement grâce à certaines activités et suggestions. Les animatrices tentent, autant que possible, de renforcer les

participants quand ils font des changements positifs ou qu'ils proposent de bonnes idées aux autres membres du groupe afin qu'ils prennent conscience de leurs forces. Un seul rôle n'est pas joué par les animatrices, soit celui visant à aider les parents à se construire un réseau de soutien social à l'extérieur du groupe.

Pour ce qui est des méthodes utilisées, les animatrices emploient seulement la moitié des techniques suggérées pour animer un PEHP. Bien sûr, elles font d'abord de l'enseignement. Elles utilisent également des métaphores et des analogies pour présenter certains concepts, elles renforcent les participants régulièrement et leur remettent des documents. Parmi ces documents, il y a toutes les diapositives des power-point, les exercices et des documents complémentaires à la théorie présentée lors des ateliers (par exemple, un document présente des moyens pour mettre des routines efficaces en place). De façon générale, ces documents sont bien présentés, laissant de l'espace aux participants pour prendre des notes. Cependant, il aurait pu y avoir davantage de contenu complémentaire pour les personnes désirant approfondir certains sujets (par exemple, fournir de la documentation sur l'étiologie du trouble, sur le fonctionnement de la médication, sur la façon de mettre en place un système de renforcement, etc.). La pratique était également une technique utilisée dans le programme. Cependant, elle l'était de façon partielle et il manquait d'activités d'intégration et d'application.

En outre, le modelage n'a pas été employé dans le programme. Bien qu'il y ait eu certaines démonstrations réalisées par les animatrices, cela ne correspondait pas tout à

fait à du modelage puisque les étapes de cette technique n'étaient pas toutes respectées. Pour être considéré comme tel, il aurait fallu que les participants aient une description détaillée des habiletés à développer, que les démonstrations illustrent clairement ces étapes, que les parents puissent expérimenter les techniques, qu'ils développent la capacité de s'auto-observer et de s'auto-évaluer et qu'ils vivent des renforcements à la suite de l'application de ces techniques dans le quotidien. De plus, il n'y avait pas de jeux de rôle dans le programme, ni utilisation de vidéocassettes présentant des mises en situation pour faire du modelage. Le manque de temps et le manque d'outils (les animatrices n'avaient pas à leur disposition des vidéocassettes illustrant des techniques d'intervention) constituent des facteurs qui expliquent le fait qu'elles n'aient pas utilisé ces types de techniques. Finalement, en ce qui concerne les devoirs, elles suggèrent aux parents d'essayer ou d'utiliser certains moyens enseignés lors les rencontres pendant les deux semaines d'intervalle entre les séances, font un retour sur le devoir au début de la séance suivante et formulent certaines suggestions d'amélioration quand les techniques ne sont pas appliquées adéquatement. Cependant, ces devoirs ne sont pas écrits, les participants n'ont aucun document formel à compléter, ils ne savent pas précisément ce qu'ils doivent observer grâce à des points de repère et le retour sur le devoir est bref, c'est-à-dire qu'il n'y a pas systématiquement un retour sur la qualité des interventions mises en place.

Les tableaux suivants, les Tableaux 8 et 9, présentent les facteurs de risque et les conditions d'efficacité reliées à la clientèle. Dalila présente un facteur de risque associé

Tableau 8

Comparaison des caractéristiques reliées à la clientèle (facteurs de risque)

Caractéristiques	Facteurs de risques selon la littérature liés à l'inefficacité des programmes	Caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007)	Précisions concernant le programme de Bouffard et Gagnon (2007)
Santé mentale des parents	Présence de psychopathologie chez les parents Dépression de la mère Problèmes de consommation chez les parents Présence d'un TDA/H chez le parent		Une participante présentait des symptômes d'un TDA/H. Une participante était monoparentale
Situation conjugale	Monoparentalité Problèmes conjugaux importants	✓ (1 participante) ✓ (1 participante)	Un couple semblait présenter des divergences d'opinion importantes.

Tableau 9

Comparaison des caractéristiques reliées à la clientèle (conditions d'efficacité)

Caractéristiques	Conditions d'efficacité selon la littérature	Caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007)	Commentaires
<i>Parents</i>			
Niveau éducatif ou socioéconomique	Niveau éducatif ou socio-économique plus élevé	✓ (3 participantes)	Trois participants avec un diplôme universitaire, trois avec un DEC et deux avec un DES ou un DEP
Lien d'attachement parent-enfant			
Niveau de stress parental	Bon lien d'attachement parent-enfant Niveau élevé selon Anastopoulos et al. (2006) Niveau de stress parental faible selon Kazdin (1997)	Non évalué ✓ (4 participantes) ✓ (1 participant)	Non évalué Quatre participants avec un résultat significatif au score total de l'ISP et un parent a un score très faible
Participation des parents	Deux parents présents aux rencontres		Un seul parent assistait aux rencontres
Soutien social	Réseau de soutien social riche	Non évalué	
Niveau d'attentes des parents	Niveau d'attentes réalistes	✓	
<i>Enfants</i>			
Âge	Âge préscolaire et primaire	✓	
Problèmes de comportements	Présence de problèmes de comportements	✓ (2 participantes)	Deux enfants ayant plusieurs échelles significatives à l'échelle de Connors

à un faible de taux de réussite des PEHP, soit la monoparentalité. En outre, il a été possible d'observer pendant les rencontres et les entrevues qu'elle présentait plusieurs symptômes du TDA/H, bien qu'elle n'ait pas de diagnostic. Paulette, quant à elle, semblait vivre plusieurs conflits avec son conjoint. Parmi les huit conditions d'efficacité associées à la clientèle, deux conditions sont remplies, soit le niveau d'attentes réalistes des participants et l'âge des enfants ciblés. Cependant, il est important d'apporter quelques précisions quant à l'âge des enfants ciblés. En effet, la littérature démontre que les PEHP sont plus efficaces pour les enfants d'âge préscolaire et primaire. Cependant, le contenu doit être adapté à l'âge des enfants touchés par le programme. Certaines interventions sont différentes si l'enfant a 5 ans ou s'il a 11 ans par exemple. Il est important de s'assurer que le contenu puisque convenir à tous les parents et à l'âge de leur enfant et habituellement, les grands écarts d'âge sont évités. Dans le programme à l'étude, certains contenus ne sont pas adaptés ou ajustés selon l'âge des enfants, tel le programme « Je suis capable », qui est approprié pour des enfants âgés d'un maximum de dix ans. En outre, deux conditions ne sont pas évaluées, soit la relation d'attachement parent-enfant et le réseau de soutien social des parents.

Pour ce qui est du niveau éducatif ou socio-économique, trois parents ont un diplôme universitaire (Oscar, Ernestine et Solange) et trois autres parents ont un diplôme d'enseignement collégial (Yvette, Dalila et Béatrice). Par contre, deux participantes (Paulette et Angéline) présentent une scolarisation de niveau secondaire et un milieu socio-économique plus faible. Lors des rencontres, il a été observé que leur niveau de

compréhension des concepts était plus limité. Ces deux participantes vivent également un niveau de stress parental élevé et leurs enfants présentent plusieurs problèmes de comportements selon les résultats à l'*Échelle d'évaluation Conners pour le parent*. Deux autres parents (Angéline et Solange) vivent également un niveau de stress parental significatif à l'*ISP*. À l'inverse, Oscar présente un très faible niveau de stress parental. En outre, un seul parent assiste aux rencontres alors que la présence des deux parents est recommandée. Finalement, il est important d'ajouter que parmi les trois participantes ayant abandonné le programme, deux présentaient des facteurs de risque pouvant mener à son inefficacité. L'une d'elles avait un faible niveau socio-économique et une faible scolarisation alors que l'autre mère vivait des conflits conjugaux importants qui ont mené à une séparation. Cependant, les données concernant ces parents ne sont pas incluses dans les Tableaux 8 et 9 car seules les données des huit participants stables sont analysées.

Évaluation des rencontres

Cette section contient un ensemble d'informations qui permet d'évaluer de façon plus particulière chacun des cinq ateliers. Le taux de participation est d'abord présenté puis les résultats obtenus à la grille *Évaluation des ateliers* sont détaillés. Finalement, les points forts et les points faibles des rencontres, tels qu'observés par la chercheure, sont résumés.

Taux de participation

Le Tableau 10 présente le taux de participation à chacune des rencontres. En moyenne, le taux de participation est de 70,9 %. Parmi les 12 parents inscrits, onze d'entre eux auraient pu assister de façon constante aux rencontres, la douzième ayant eu un accident de voiture peu avant le début des rencontres. Le taux de participation a donc été calculé sur la base de onze participants potentiels.

Tableau 10

Taux de participation aux cinq rencontres du programme

	Nombre de participants présents	Taux de participation
Rencontre 1	8	72,72 %
Rencontre 2	9	81,81 %
Rencontre 3	8	72,72 %
Rencontre 4	7	63,63 %
Rencontre 5	7	63,63 %
Moyenne du taux de participation		70,9%

Il y a trois participantes qui ont abandonné le programme. Rappelons qu'une mère a quitté le groupe car elle vivait des difficultés au plan personnel (séparation) et un autre parent avait des problèmes de transport. En ce qui concerne la troisième personne ayant abandonné le groupe, il n'est pas possible de dire pour quelles raisons elle a fait ce choix car elle n'avait pas accepté de participer à la recherche. Parmi les autres participants, quatre d'entre eux ont manqué un des cinq ateliers, soit en raison d'un conflit d'horaire ou d'un problème d'organisation et non par manque d'intérêt.

Si le taux de participation avait été calculé à partir des huit participants stables du groupe, il aurait été de 75 % à la première rencontre, de 100 % aux rencontres 2 et 3 et de 87,5 % aux deux dernières rencontres.

Résultats à la grille Évaluation des ateliers

La grille *Évaluation des ateliers* (Appendice D) permet aux participants de donner leur appréciation de la rencontre en fonction de cinq thèmes principaux et d'indiquer leur niveau de satisfaction globale. Cette grille était distribuée à la fin de chacun des ateliers et les participants devaient la remplir sur place et la remettre à la chercheure par la suite. Les parents encerclaient un chiffre, de 1 à 4, correspondant à leur évaluation de chacun des items (1 = tout à fait en désaccord, 2 = moyennement en désaccord, 3 = moyennement d'accord, 4 = tout à fait d'accord). Les items sont identifiés par des mots-clés dans le Tableau 11 (voir la description complète à l'Appendice D). Ce tableau présente la moyenne des réponses des participants pour chaque item pour l'ensemble des cinq rencontres ainsi que la dispersion des moyennes obtenues à chaque rencontre.

Tableau 11

Évaluation des ateliers : moyenne et dispersion

Thèmes	Items spécifiques	Moyenne des niveaux de satisfaction des cinq rencontres	Dispersion des moyennes
Contenu	Thème intéressant	3,67	3,50-3,86
	Objectifs clairs	3,67	3,50-3,86
Moyens	Activités favorisant l'apprentissage	3,44	3,00-3,86
	Matériel intéressant	3,54	3,17-3,71
Animation	Apport des discussions	3,57	3,38-3,71
	Animation favorisant la discussion	3,72	3,63-3,86
Climat	Animatrices connaissant bien la matière	3,69	3,50-3,86
	Temps bien utilisé	3,61	3,00-3,86
Incidence	Respect des animatrices	3,80	3,67-3,88
	Respect du groupe	3,86	3,83-3,88
	Sentiment d'appartenance	3,80	3,67-3,88
	Informations utiles	3,46	3,00-3,71
	Facilité de mise en pratique	3,60	3,17-3,86
	Satisfaction globale	3,75	3,63-3,86

Il est possible de remarquer, grâce à l'analyse de la dispersion des moyennes, que toutes les moyennes sont égales ou supérieures à 3 (3 signifiant moyennement d'accord et 4, tout à fait d'accord). Les moyennes des cinq rencontres les plus faibles se retrouvent aux items évaluant si les activités suggérées favorisent les apprentissages ($M = 3,44$), si les informations sont utiles ($M = 3,46$) et si le matériel est intéressant ($M = 3,54$). Les trois moyennes les plus élevées se retrouvent dans les sections « Climat » et « Animation ». Les participants se sentent respectés par les autres membres du groupe ($M = 3,86$), par les animatrices ($M = 3,80$) et ils ont développé un sentiment

d'appartenance ($M = 3,80$). La moyenne à l'item « satisfaction globale » est également élevée ($M = 3,75$).

Le Tableau 12 fait un rappel des principaux thèmes abordés dans les rencontres du programme. Ce rappel est nécessaire puisque certains items dans la grille *Évaluation des ateliers* portent sur les thèmes et le contenu. Cela permettra de mieux comprendre les Figures 2 à 6 qui présentent les résultats moyens obtenus pour chacune des rencontres à chaque item spécifique, en suivant l'ordre des items.

Tableau 12

Thèmes principaux de chacune des rencontres

Rencontres	Thèmes principaux
Rencontre 1	Présentation des participants, des animateurs et des règles du groupe Description du TDA/H La typologie de parents
Rencontre 2	Les besoins d'un enfant TDA/H Le deuil La communication orientée vers les solutions
Rencontre 3	L'estime de soi Les systèmes de renforcement Les routines
Rencontre 4	Le modèle d'une famille harmonieuse Les règles Le temps d'arrêt (technique du 1-2-3)
Rencontre 5	Le coin du calme Le plan d'action Présentation du programme « Je suis capable » Bilan

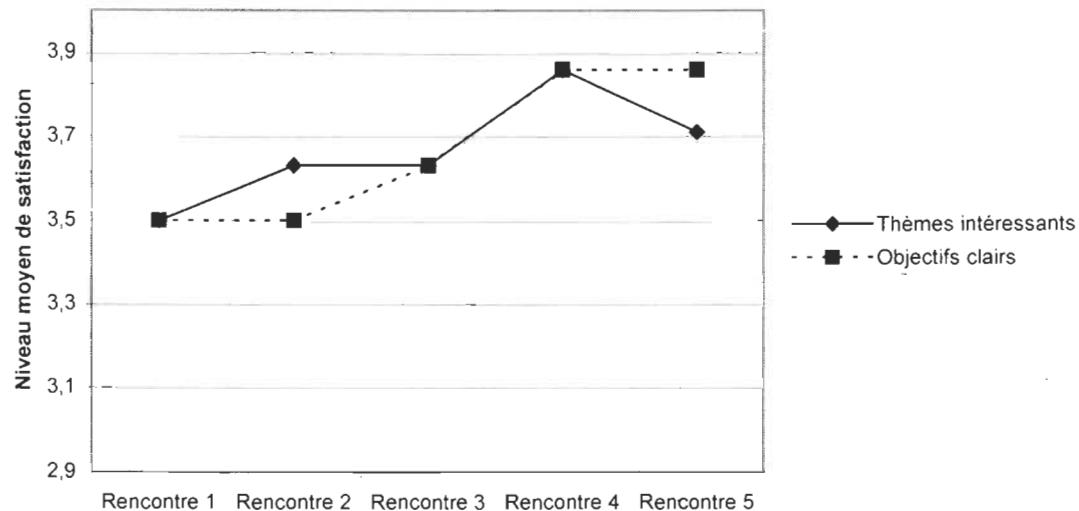


Figure 2. Contenu : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.

La quatrième rencontre est celle qui est la plus appréciée quant au contenu ($M = 3,86$) alors que la première rencontre est celle obtenant les scores les plus faibles ($M = 3,5$). Au fil des rencontres, le niveau moyen de satisfaction augmente progressivement de la deuxième à la quatrième rencontre à l'item « objectifs clairs ». Une amélioration est également observable de la première à la quatrième séance à l'item « thèmes intéressants » avec une légère diminution à la cinquième rencontre.

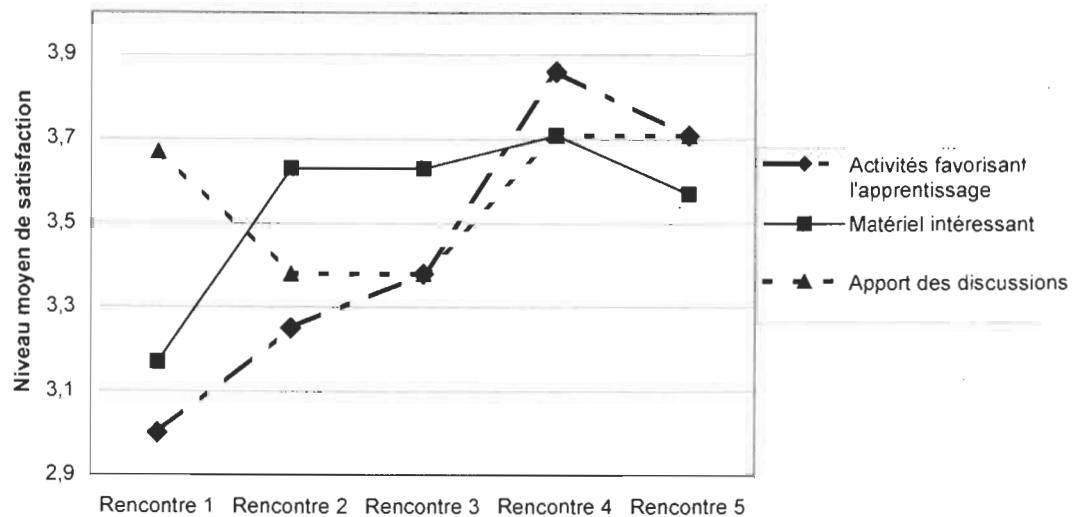


Figure 3. Moyens : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.

La quatrième rencontre est celle où les résultats sont les plus élevés pour les items « activité favorisant l'apprentissage » et « matériel intéressant » et le résultat obtenu à l'item « apport des discussions » est ex æquo avec celui de la cinquième rencontre. Les participants indiquent avoir été de plus en plus satisfaits des activités réalisées pendant les rencontres jusqu'à la dernière séance, où une légère diminution est observée. Les discussions semblent avoir été plus enrichissantes aux première, quatrième et cinquième rencontres. Les deux niveaux moyens de satisfaction les plus faibles se situent à la première rencontre.

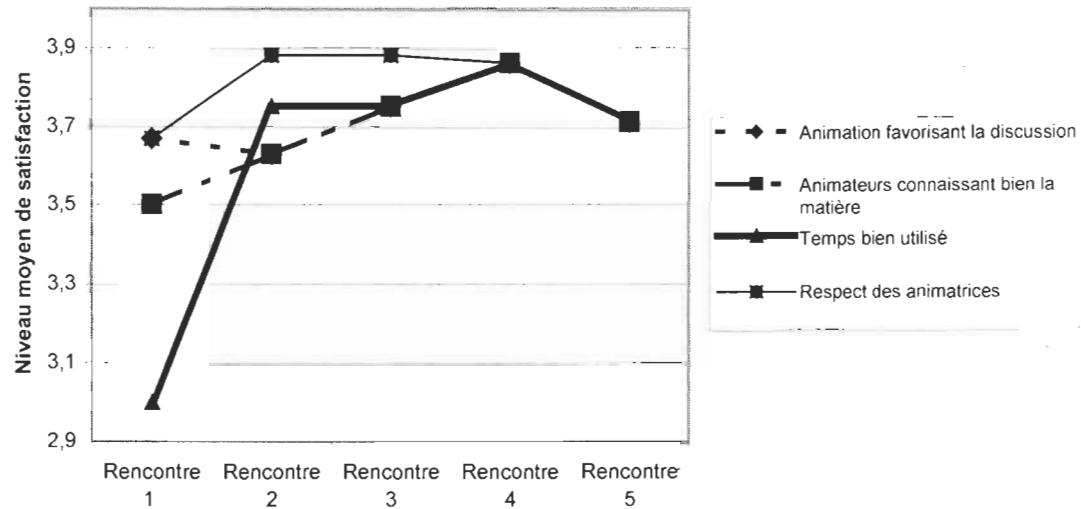


Figure 4. Animation : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.

De façon générale, les niveaux de satisfaction au thème « animation » sont élevés, allant de 3,5 à 3,88, à l'exception du résultat à l'item « temps bien utilisé » de la première rencontre ($M = 3$). À cette séance, la rencontre s'est prolongée tout près de 30 minutes au-delà du temps annoncé. La quatrième rencontre a également été plus longue que prévue d'une vingtaine de minutes. Cependant, les résultats indiquent que les parents n'ont pas été insatisfaits de cette prolongation à l'horaire. On remarque une certaine baisse entre la quatrième et la cinquième rencontre aux quatre items évaluant l'animation.

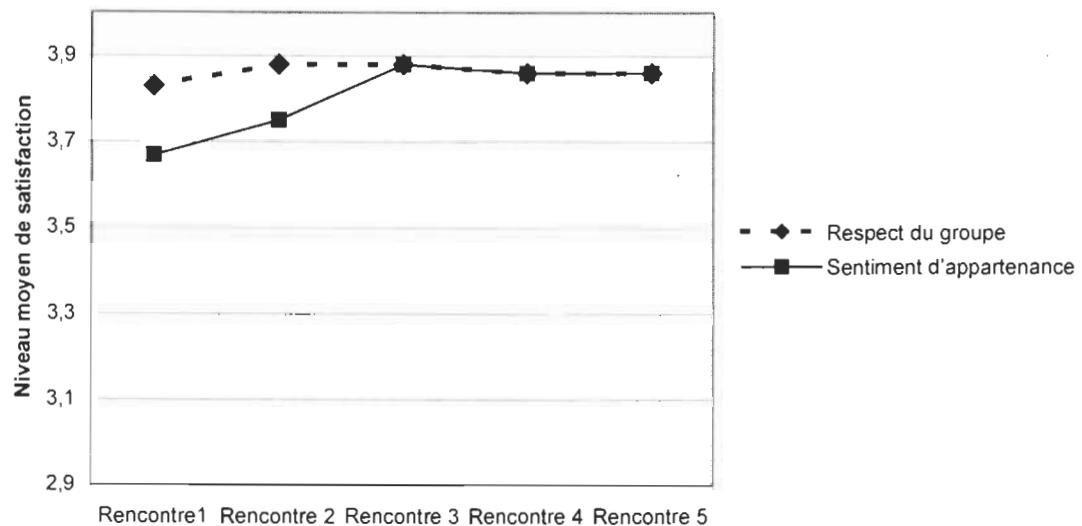


Figure 5. Climat : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.

Les participants indiquent des niveaux de satisfaction très élevés et homogènes dans la section « climat ». Tout au long des rencontres, ceux-ci indiquent s'être sentis respectés par les autres membres du groupe et très rapidement, un sentiment d'appartenance semble s'être installé.

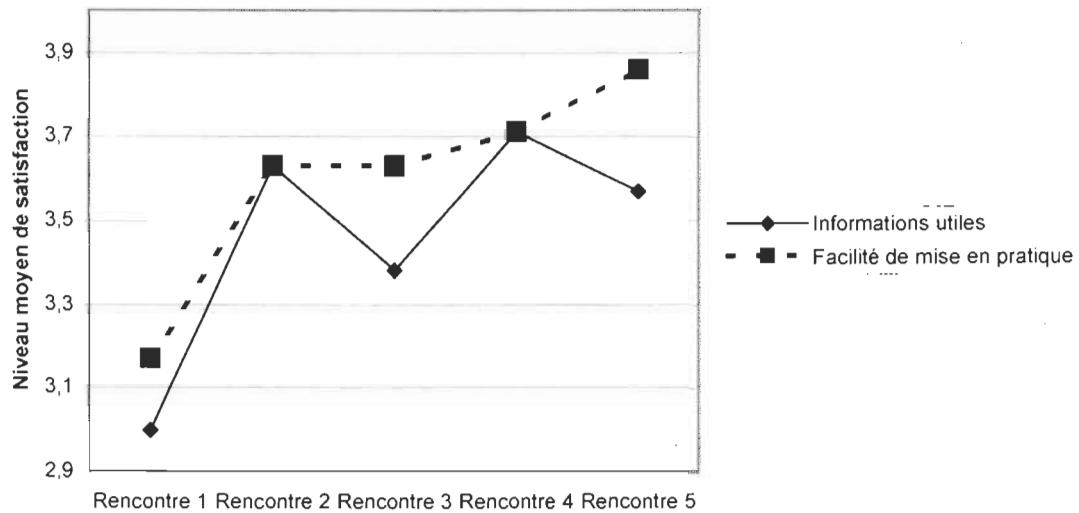


Figure 6. Incidence : Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.

Les résultats les plus faibles au thème « Incidence » s'observent à la première rencontre avec une moyenne de 3 pour l'item « informations utiles » et de 3,17 à l'item « facilité de mise en pratique ». Les résultats révèlent, qu'en moyenne, les participants trouvent que les informations les plus utiles se retrouvent à la quatrième rencontre ($M = 3,71$) alors que les concepts les plus faciles à mettre en pratique se situent à la cinquième rencontre ($M = 3,86$).

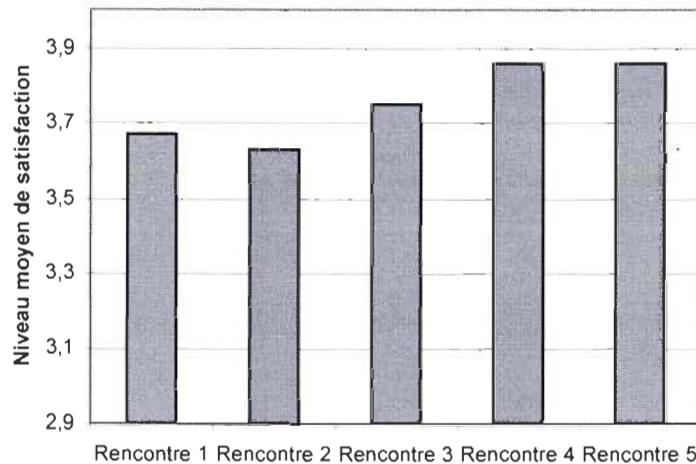


Figure 7. Satisfaction globale: Niveau moyen de satisfaction pour chaque rencontre.

Finalement, les résultats au 14^e item de la grille *Évaluation des ateliers*, qui mesure la satisfaction globale des participants, sont homogènes et varient entre 3,67 et 3,86, ce qui indique que les participants ont été généralement satisfaits du programme.

Données recueillies lors de l'observation des rencontres

Cette section vise à compléter l'évaluation de chacune des rencontres grâce aux observations réalisées par la chercheure pendant les cinq séances et à l'analyse du contenu et de la structure des ateliers. Des commentaires généraux touchant l'ensemble des rencontres sont d'abord présentés. Ensuite, des observations supplémentaires spécifiques à chacun des ateliers sont consignées à l'intérieur d'un tableau (Tableau 13) sous forme de points forts et de points faibles (pour un rappel des thèmes abordés à chacune des rencontres, voir p.111).

De façon globale, plusieurs forces ressortent grâce à l'observation directe des rencontres. Au plan de l'animation, les psychologues formaient une bonne équipe, elles se complétaient bien et avaient une bonne complicité. Elles utilisaient l'humour, des analogies et des métaphores et elles donnaient plusieurs exemples concrets. Elles félicitaient et encourageaient régulièrement les parents et se montraient empathiques. Les animatrices favorisaient la discussion et étaient à l'écoute des membres du groupe. Les documents remis étaient clairs, bien organisés et de l'espace était prévu pour la prise de notes. Le contenu était généralement bien expliqué, clair et vulgarisé, même si quelques mots plus complexes auraient pu être davantage expliqués (par exemple, « inhibition », « neurotransmetteur », « relativiser »). Les parents étaient respectueux entre eux, s'impliquaient dans les discussions et participaient bien. Dans les deux dernières rencontres, ils faisaient des blagues et exprimaient davantage leurs émotions.

En ce qui concerne les points faibles, quelques aspects sont à souligner. Il faut d'abord indiquer que le but du programme n'est pas suffisamment clair. En effet, il n'a pas été expliqué au départ aux participants et il n'est pas inscrit dans les documents du programme. Le but d'un programme doit expliquer la situation que l'on désire changer ou améliorer, ce qui n'a pas été fait dans le cas présent. De plus, les objectifs généraux étaient vagues et ne permettaient pas de saisir clairement ce qui était visé et travaillé dans le programme. Qui plus est, les objectifs de chacun des ateliers n'étaient pas suffisamment spécifiques et n'étaient pas mesurables, ni quantifiables. Il y en avait trop et ils n'étaient pas toujours en lien avec les objectifs généraux du programme, dont voici un rappel :

1. Créer un lieu de partage et d'échanges
2. Approfondir nos connaissances par rapport au TDA/H
3. Analyser nos façons d'intervenir comme parent
4. Mettre en place de nouvelles façons d'intervenir

Prenons un exemple pour illustrer ces constatations concernant les objectifs de chacun des ateliers. À la 2^e rencontre, les objectifs étaient les suivants :

1. Créer un lieu de partage et d'échanges
2. Augmenter ses habiletés de parent compréhensif
3. Revoir la typologie des parents
4. Identifier les besoins des humains
5. Faciliter la compréhension des différentes étapes reliées au processus du deuil
6. Développer une communication plus efficace

Le premier objectif est déjà formulé dans les objectifs généraux du programme. Il ne s'agit donc pas d'un objectif particulier du 2^e atelier. Le quatrième objectif, quant à lui, n'est pas suffisamment spécifique et ne semble pas relié, à prime abord, à la problématique du TDA/H. Le contenu détaillé permet de constater que certains liens sont faits entre la pyramide des besoins de Maslow et les besoins plus particuliers des jeunes ayant un TDA/H, mais ces liens sont limités. En outre, le cinquième objectif portant sur le deuil n'est pas un thème dont il est question dans les objectifs généraux du programme. Finalement, les objectifs 2, 3 et 5 sont vagues et ne permettent pas de déterminer quelles sont les habiletés spécifiques que les parents devraient avoir développées à la fin de l'atelier, ni les connaissances précises qu'ils auraient dû acquérir.

En outre, l'observation directe des ateliers a permis de constater que la coordination entre les deux psychologues quant à leur tour d'animer aurait pu être plus

peaufinée. Leur débit était parfois un peu rapide, et ce principalement dans les premières rencontres. La maîtrise de la technologie utilisée, principalement le fonctionnement du logiciel power-point, pourrait être améliorée. De plus, à quelques reprises, les animatrices n'avaient pas tout le matériel nécessaire pour faire les exercices (par exemple, crayons de couleurs) ou le matériel était non-fonctionnel (par exemple, crayons pour écrire au tableau). Certains aspects du *power-point*, qui servait de soutien à l'animation, devraient être ajustés (par exemple, il y avait parfois trop de textes dans les diapositives, certains tableaux étaient trop petits). À trois reprises, la durée des rencontres n'a pas été respectée, les conceptrices du programme ayant prévu trop de contenu. De façon générale, il y avait trop de contenu dans tous les ateliers, ce qui ne permettait pas de l'approfondir. Cette particularité a amené les animatrices à quelques reprises à expliquer trop rapidement la matière ou les exercices demandés. De plus, le contenu manquait de liens directs avec la problématique du TDA/H (par exemple, la présentation des besoins de Maslow, l'activité « la main du souhait et la main accusatrice », la présentation des caractéristiques d'une famille harmonieuse, les explications reliées au « juge intérieur » dans le thème de l'estime de soi). Qui plus est, davantage de liens auraient pu être faits entre les réponses fournies par les parents aux questions des animateurs et le contenu présenté.

La séquence des thèmes abordés a également été observée. Il était très pertinent que la première rencontre débute avec la présentation des règles du groupe, des animateurs, des participants et des objectifs du programme, puis que la description des

caractéristiques du TDA/H soit effectuée. La métaphore en lien avec la typologie de parent (pour plus de détails sur cette typologie, voir p. 79) était originale, intéressante et constituait un ancrage pour faire des liens avec tous les thèmes abordés subséquemment. Cependant, l'utilisation de cette métaphore n'a pas été suffisamment développée et claire dans les rencontres suivantes. En effet, chacune des rencontres semblait viser à développer un type de parent particulier (pour la rencontre 2, il s'agissait du parent compréhensif; la rencontre 3, le parent organisateur; la rencontre 4, le parent directif et la rencontre 5, le parent persévérand). Cependant, comme il a été mentionné précédemment, il y avait beaucoup de thèmes et de contenu dans une même rencontre et le regroupement réalisé en fonction de la typologie de parent amenait un déroulement qui était décousu à certains moments. Revenons à l'exemple de la 2^e rencontre. Dans le même atelier, il était question de la pyramide des besoins de Maslow, du deuil et de la communication orientée vers les solutions. Ce sont tous des thèmes très différents, qui ne sont pas nécessairement reliées entre eux. En outre, dans la 5^e rencontre, le plan d'action en lien avec le développement d'habiletés aurait pu être abordé plus tôt dans le programme. Ainsi, les parents auraient pu développer leur plan d'action au fur et à mesure qu'ils progressaient à l'intérieur du programme.

Finalement, il a été possible de remarquer que certains contenus n'étaient pas suffisamment appuyés par des données scientifiques et par des pratiques probantes dans le domaine du TDA/H (par exemple, le questionnaire sur la typologie de parent, la main du souhait et la main accusatrice de Ben Furman, l'approche de juge intérieur en lien

avec l'estime de soi, le modèle de la famille harmonieuse). De plus, certains thèmes et activités ne convenaient pour les enfants plus âgés. Par exemple, la méthode « Je suis capable » (Furman & Tapani, 1999), présentée à la rencontre 5, est conçue pour les enfants de cinq à dix ans, alors que certains enfants ciblés par le groupe étaient âgés de plus de dix ans. Le Tableau 13 termine cette section en présentant les points forts et les points faibles spécifiques à chacune des rencontres.

Tableau 13

Points forts et points faibles spécifiques de chaque rencontre

Rencontres	Points forts	Points faibles
1 ^{re} rencontre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Règles du groupe bien expliquées 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Contenu manquant parfois d'espoir pour les parents (par exemple, certaines diapositives présentaient une série de conséquences négatives possibles du TDA/H à chaque stade de développement) ○ Présence de deux parents revendicateurs et défensifs prenant le contrôle de la discussion pendant une vingtaine de minutes. Manque de recadrage de cette discussion qui dérive et devient hors-contexte
2 ^e rencontre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un parent plus touché par un thème est bien supporté pendant la pause par une animatrice ○ Entraide entre deux participantes pour une situation particulière 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Manque de clarté dans les consignes d'un exercice en lien avec la typologie de parent
3 ^e rencontre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilisation d'un texte apporté par un participant ○ Remise d'un document bien construit sur les routines et appuyé par la littérature (Lavigueur, 2006) ○ Échanges de conseils entre participants 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Absence d'activités d'intégration sur les thèmes portant sur le renforcement et l'application des routines ○ Manque de clarté dans les consignes d'un exercice en lien avec les routines ○ Lien peu établi par les animatrices entre l'activité « Mon meilleur et mon pire patron » et le thème de l'attention positive, tel que conçu initialement dans le programme de Barkley (1997)
4 ^e rencontre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Démonstrations réalisées par les animatrices 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Deux participantes ayant parfois des commentaires hors-propos ○ Aucune pratique de la technique 1-2-3 demandée aux parents
5 ^e rencontre	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diplôme remis aux parents ○ Discussion moins formelle autour d'un gâteau avec les parents à la fin du programme 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un participant ayant parfois des commentaires hors-propos ○ Manque d'exemples déjà préparés pour donner des idées aux participants dans l'exercice où ils doivent transformer des difficultés en habiletés à acquérir

Évaluation du programme

La section précédente a permis de dresser un portrait plus précis des forces et faiblesses du programme à l'aide de l'analyse de différentes données portant sur chacune des rencontres. Le segment suivant de ce chapitre vise plutôt à évaluer de façon plus globale le programme. Tout d'abord, les résultats au questionnaire *PEI-Parent* seront présentés. Par la suite, les commentaires recueillis auprès des participants dans le cadre d'une entrevue post-test portant sur l'évaluation du programme seront divisés en deux parties, la première faisant un résumé des différents commentaires reçus à propos des caractéristiques du programme et la deuxième portant davantage sur les incidences du programme dans la vie des participants.

Résultats au questionnaire PEI-Parent

La moyenne des résultats est de 70,9 % à l'échelle « Progrès du parent », de 82,5 % à l'échelle « Acceptabilité » et de 75,8 % à l'échelle mesurant le score total. Rappelons que l'échelle « Progrès du parent » vise à vérifier si le participant évalue avoir progressé dans son rôle de parent grâce à son implication dans le programme et qu'elle comprend 11 items. Par ailleurs, l'échelle « Acceptabilité » mesure si le parent a trouvé le programme adéquat, intéressant, approprié et stimulant et est composée de huit items. Les parents doivent répondre à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 à 5. Le score modéré est de 33/55 (60 %), advenant une réponse neutre de trois points à chacun des items. Le résultat maximal est de 55 points à l'échelle « Progrès du parent ». À l'échelle « Acceptabilité », le score modéré est de 24 points (60 %) et le résultat

maximal est de 40 points. Le Tableau 14 présente les résultats de chaque participant à ce questionnaire, ainsi que la moyenne et l'écart type des résultats de chacune des échelles.

Tableau 14

Résultats au questionnaire *PEI-Parent*

No	Nom des parents	Échelles		
		Progrès du parent	Acceptabilité	Score total
1	Yvette	42/55	39/40	81/95
2	Dalila	41/55	31/40	72/95
3	Paulette	37/55	34/40	71/95
4	Oscar	33/55	32/40	65/95
5	Ernestine	37/55	25/40	62/95
6	Angéline	52/55	40/40	92/95
7	Béatrice	33/55	28/40	61/95
8	Solange	37/55	35/40	72/95
Moyenne		39/55	33/40	72/95
Moyenne en pourcentage		70,9 %	82,5 %	75,8 %
Écart type		6,16	5,13	10,36

*Les résultats en gras s'écartent à plus d'un écart-type de la moyenne

La moyenne des résultats à l'échelle « Progrès du parent » (70,9 %) s'approche du résultat modéré qui est de 60 %, surtout si l'on tient compte que cette moyenne serait plus faible si le résultat d'Angéline, qui est extrême et à plus de deux écarts types au-dessus de la moyenne, n'influencait pas cette moyenne vers le haut. Sans le résultat d'Angéline, le score moyen de cette échelle serait de 67,52 %. Les parents considèrent donc avoir fait certains progrès. Deux parents, Oscar et Béatrice, obtiennent un résultat équivalent au score modéré à 60 % (33/55) ce qui signifie qu'ils ont fait des progrès

modestes dans leur rôle de parent auprès de leur enfant TDA/H. Les six autres participants présentent un résultat au-dessus de ce score modéré.

En ce qui concerne les résultats à l'échelle « Acceptabilité », la moyenne des résultats des parents ($M = 82,5\%$) s'écarte davantage du score modéré de 60 %. Ces résultats révèlent que, de façon générale, les parents ont apprécié le programme et l'ont trouvé pertinent, stimulant et intéressant. Il y a deux résultats qui se situent à plus d'un écart type au-dessus de la moyenne, soient ceux d'Yvette et Angéline et il y a un score à plus d'un écart-type sous la moyenne, soit celui d'Ernestine. Angéline, de façon globale, semble avoir répondu de façon extrême vers le haut, principalement à l'échelle « Progrès du parent ».

Entrevues post-test : commentaires reçus selon différents thèmes

Dans cette section, les commentaires et suggestions recueillis dans l'entrevue post-test sont regroupés selon les différents thèmes abordés dans cet entretien. Le masculin sera toujours utilisé pour désigner les participants, afin d'éviter de personnaliser les commentaires des membres du groupe.

Attentes initiales. Au début de l'entrevue post-test, les parents indiquent quelles étaient leurs attentes au début du groupe. Voici le résumé de leurs attentes : avoir des moyens pour mieux gérer les comportements de leur enfant à la maison, à l'école et avec les pairs, développer l'autonomie et augmenter l'estime de soi de leur enfant, obtenir des

moyens pour améliorer leur relation parent-enfant, en apprendre davantage sur le TDA/H et partager avec d'autres parents ayant un vécu semblable. Un participant mentionne qu'il n'avait aucune attente en particulier au début de groupe. Il allait à la première rencontre pour explorer et vérifier s'il allait apprécier et apprendre quelque chose dans ce programme. Finalement, il a été satisfait et il a décidé de poursuivre son implication dans le groupe. De façon générale, les propos des parents lors de l'entrevue concordent avec les attentes qu'ils avaient données lors de la première rencontre du groupe et qui avaient été compilées par l'observatrice.

Animation. De façon générale, les participants disent avoir apprécié les moyens utilisés par les deux psychologues pour animer le groupe. Ils semblent avoir tout particulièrement aimé les discussions de groupe ainsi que les mises en situation et les démonstrations (sketchs) que les animatrices faisaient puisque la moitié des participants en parlent spontanément. De plus, les participants indiquent que les psychologues étaient bien préparées et qu'elles expliquaient clairement le contenu présenté, qu'elles favorisaient la participation de tous les membres du groupe, qu'elles leur permettaient de s'exprimer, qu'elles réussissaient à aller chercher les plus timides et qu'elles répondaient facilement aux questions posées spontanément. Un seul participant mentionne avoir remarqué que les animatrices avaient parfois de la difficulté à répondre aux questions. Le support visuel est adéquat. Cependant, deux membres du groupe, dont un tout particulièrement, soulignent que les animatrices devraient avoir une meilleure connaissance du matériel informatique qu'elles utilisent. La moitié des participants relèvent que les animatrices faisaient une bonne équipe, qu'elles se complétaient bien.

Les exemples donnés sont appréciés et permettent de mieux comprendre. Les parents soulignent également plusieurs qualités chez les deux psychologues : compétentes, à leur écoute et attentives à leurs besoins, à l'aise, dynamiques, sympathiques, empathiques, accueillantes et respectueuses.

Outre une meilleure gestion du matériel informatique, les participants font également d'autres suggestions d'amélioration quant à l'animation. Deux membres du groupe auraient apprécié avoir davantage d'exemples tirés de la pratique ou du vécu des animatrices. De plus, un d'entre eux suggère que les animatrices fassent davantage de démonstrations et de mises en situation puis qu'elles amènent les participants à faire des jeux de rôle. Deux parents auraient également aimé que les animatrices puissent présenter des extraits du vidéo réalisé par le Centre hospitalier Robert-Giffard (2006).

Un seul parent est moins satisfait de l'animation. Il trouve qu'il y avait parfois des longueurs, il n'a pas aimé faire des activités en sous-équipes et il aurait apprécié plus de dynamisme et un débit plus rapide des animatrices.

Contenu et thèmes. De façon générale, le contenu est apprécié par sept des huit parents. Parmi ces sept participants, deux parents indiquent que beaucoup de contenu était déjà connu pour eux et qu'ils auraient été capables d'aller plus loin. La huitième personne aurait vraiment aimé aller plus en profondeur dans le contenu. Elle trouvait que les thèmes n'étaient pas suffisamment en lien avec le TDA/H et aurait souhaité en

apprendre davantage à propos de l'estime de soi, du deuil et des manifestations spécifiques du TDA/H.

Les thèmes que tous les parents ont apprécié le plus sont les suivants : la typologie de parent, le deuil, l'estime de soi et le renforcement, les règles puis la communication orientée vers les solutions avec l'activité « la main du souhait ». L'approche du 1-2-3 est également prisée, mais il est possible de constater lors de l'entrevue que deux parents ne l'ont pas comprise telle qu'enseignée. En outre, les lectures suggérées et expliquées à la fin du programme sont très appréciées par tous les parents.

Quelques participants évaluent certains thèmes comme étant pertinents alors que d'autres les apprécient moins. Tout particulièrement, le thème des routines est évalué très positivement par cinq parents sur huit (un parent indique même que les animatrices auraient pu élaborer davantage ce thème), alors que deux parents trouvent le thème moins pertinent car les routines sont intégrées dans leur quotidien depuis longtemps. Un autre parent a tout simplement moins apprécié ce thème. En ce qui concerne l'activité¹ en lien avec ce thème, deux parents ont trouvé la mise en situation trop extrême, jugeant que les péripéties mentionnées dans cette mise en situation étaient exagérées et ne

¹ Rappelons que l'activité est basée sur une mise en situation où une journée typique dans la vie d'Alex (enfant présentant un TDA/H) et sa famille est présentée. De nombreuses péripéties, qui démontrent les manifestations et conséquences possibles du trouble au quotidien, surviennent dans la journée. Les participants devaient proposer des changements dans les routines pour améliorer le déroulement de la journée.

pouvaient toutes survenir dans une même journée, alors que deux parents l'ont trouvée tout à fait juste et reflétant bien leur réalité. Les autres parents n'ont pas émis de commentaires particuliers sur cette activité.

Les thèmes et les activités ayant des évaluations plus mitigées de la part des parents sont : l'activité « mon meilleur et mon pire patron », la famille harmonieuse, le coin du calme, l'élaboration du plan d'action et le programme « Je suis capable ». Les objectifs de l'activité « mon meilleur et mon pire patron » ne sont pas clairs pour trois parents et ceux-ci ne comprennent pas la pertinence de cette activité. Un autre parent trouve l'activité intéressante mais il précise que cela ne lui a pas permis de progresser. Les autres parents trouvent l'activité pertinente. En ce qui concerne le modèle de la famille harmonieuse, un des sept parents présents à la quatrième rencontre apprécie vraiment l'activité en lien avec ce thème. Celui-ci trouve l'idée d'utiliser un moyen visuel (dessins) très intéressante et il ajoute que cette activité favorise l'échange. Deux parents disent avoir apprécié l'exercice tout en indiquant que le thème ne leur apprenait rien de nouveau. Un quatrième parent dit avoir aimé l'activité, mais ses commentaires amènent l'évaluatrice à croire qu'il n'a pas bien compris le sens de cet exercice. Finalement, un parent trouve cette activité peu pertinente et trop longue, alors que les deux autres participants présents à cette rencontre n'ont pas émis de commentaires particuliers sur cette activité. Les thèmes abordés dans la dernière rencontre (coin du calme, plan d'action, programme « Je suis capable ») reçoivent également des évaluations mitigées. Les conseils concernant le coin du calme sont appréciés par trois

parents sur sept. Les autres parents trouvent cela moins pertinent, soit parce que la présence d'un coin retrait n'est pas nécessaire pour leur enfant ou parce qu'ils connaissent déjà le principe. Pour ce qui est du programme présenté « Je suis capable », trois parents mentionnent qu'ils trouvent cela invraisemblable ou très difficile à appliquer. Finalement, en ce qui concerne le plan d'action, quatre parents sur sept n'apprécient pas l'activité. Un parent suggère de joindre l'activité en lien avec l'élaboration du plan d'action (exercice visant à transformer les problèmes en habiletés à acquérir) au thème de la communication orientée vers les solutions.

Finalement, deux thèmes sont jugés pertinents par tous les parents. Cependant, ceux-ci sont davantage connus pour la moitié des parents. Il s'agit de la description du TDA/H et de la pyramide des besoins. En ce qui concerne la description des caractéristiques du TDA/H, les quatre parents connaissant déjà le thème auraient aimé aller plus loin dans le contenu (par exemple, comprendre davantage la biologie du TDA/H, en apprendre plus sur les mécanismes d'action de la médication) ou passer plus rapidement sur le contenu. En ce qui concerne la pyramide des besoins, ils n'ont proposé aucun changement dans le contenu ou le temps accordé à ce thème.

Certains parents font des suggestions de thèmes à approfondir : la biologie du TDA/H, la médication, les alternatives à la médication, l'estime de soi. Quelques parents proposent également des thèmes à ajouter au programme : relation avec les pairs et la fratrie, adaptation au milieu scolaire, distinction entre les comportements normaux d'un

enfant et les comportements dus au TDA/H, moyens pour favoriser les apprentissages et pour faciliter la période des devoirs et leçons. Un parent suggère également d'ajuster davantage le contenu selon l'âge des enfants.

Dynamique de groupe. Les parents sont très satisfaits dans l'ensemble de la dynamique du groupe. Ils trouvent que les participants sont respectueux et à l'écoute. Quatre parents souhaiteraient même avoir plus de discussions et d'échanges pour apprendre davantage du vécu et des expériences des autres parents. Certains membres du groupe donnent quelques suggestions pour favoriser encore davantage la dynamique du groupe : avoir la présence des deux parents, recentrer les discussions quand elles s'écartent trop du sujet et essayer d'avoir une meilleure homogénéité dans les participants (niveau de connaissance du TDA/H, âge des enfants, problématiques de ceux-ci).

Matériel remis. Le matériel distribué aux participants est apprécié et évalué comme étant clair et pertinent. Plus de la moitié des participants mentionnent que cela leur permettait de revoir des notions à la maison et de les partager avec le conjoint.

Durée des rencontres. Les séances duraient deux heures, incluant une pause de 10 à 15 minutes. Six parents sur huit sont totalement satisfaits de cette durée des rencontres, alors que deux parents préféreraient des rencontres plus longues. Un parent

insiste sur l'importance de respecter l'horaire et de ne pas dépasser l'heure prévue pour la fin des rencontres. De plus, celui-ci propose de faire une pause plus courte.

Nombre de rencontres. Parmi les huit participants présents de façon régulière au groupe, cinq sont tout à fait satisfaits du nombre de rencontres prévus pour le programme, c'est-à-dire cinq rencontres. Cependant, trois d'entre eux accepteraient de participer au programme advenant un nombre plus élevé de rencontres (de six à huit maximum). Deux parents apprécieraient avoir plus de rencontres (entre six et dix rencontres). Finalement, le huitième parent préférerait que le contenu soit plus condensé et avoir uniquement quatre séances.

Moment des rencontres. Le moment des rencontres, soit le jeudi, de 19 h à 21 h est apprécié par tous les participants et ils n'émettent aucun commentaire particulier quant à cette caractéristique du programme.

Local. Tous les parents trouvent le local adéquat, certains précisant que la disposition du local favorisait les échanges. Un participant ajoute également que la présence de fenêtres était appréciée et un autre trouve très intéressant que le programme s'effectue dans une école. Ce parent trouve que ce lieu faisait plus naturel et créait un lien avec les enfants.

Entrevues post-test : incidence de la participation au groupe

Moyens utilisés. Lors des entrevues post-test, tous les parents indiquent qu'ils ont essayé certains moyens appris dans le groupe dans leur quotidien, mais quelques-uns ont de la difficulté à se souvenir de ce qu'ils ont tenté. Trois participants sur huit indiquent avoir utilisé la technique de communication orientée vers les solutions qui avait été enseignée à l'aide d'un exercice intitulé « la main du souhait ». Trois membres du groupe ont intégré de nouvelles routines ou fait des ajustements à celles déjà existantes (par exemple, la mettre par écrit ou en images). Un participant a mis en place un tableau de renforcement, un autre a appris à faire des demandes plus claires et un autre utilise la technique du 1-2-3 telle qu'enseignée dans le programme. Deux autres parents soulignent se servir également de cette technique sauf qu'il est possible de constater lors de l'entrevue que le moyen n'est pas appliqué tel que les animatrices l'ont expliqué et démontré.

Changements d'attitudes du parent envers son enfant présentant un TDA/H. Les changements les plus importants se situent au plan des attitudes du parent. Tous les participants expriment avoir changé d'attitude envers leur enfant de différentes façons et à différents niveaux. Le trois quart des parents indiquent qu'ils réussissent à demeurer plus calmes avec leur enfant souffrant d'un TDA/H, qu'ils ont un meilleur contrôle sur leurs émotions, qu'ils demeurent plus neutres et qu'ils sont plus patients. Cinq participants sur huit expliquent qu'ils ont une meilleure compréhension des difficultés de leur enfant et un parent ajoute même qu'il attribue moins les comportements de son

enfant à un manque de volonté de sa part ou à un désir de faire de la peine à ses parents. La moitié des parents considèrent qu'ils ont une meilleure relation avec leur enfant. Trois parents indiquent qu'ils se font davantage confiance en tant que parent, deux participants trouvent qu'ils sont plus affectueux et l'un de ces deux participants ajoute qu'il donne plus d'encouragements à son enfant. Deux membres du groupe considèrent qu'ils sont plus compréhensifs envers leur enfant et davantage à leur écoute et un parent remarque qu'il est plus constant dans ses interventions et dans les conséquences qu'il annonce. Finalement, un parent indique que la participation au groupe lui a permis de progresser dans son processus de deuil de l'enfant « parfait ».

Changements d'attitudes remarqués chez le parent envers ses autres enfants.

Deux situations familiales ne s'appliquaient pas à cette question (un enfant était un enfant unique et l'autre enfant avait une fratrie d'âge adulte). Parmi les autres participants, un parent indique que cela n'a pas eu d'impact dans sa relation avec son second enfant. Un autre participant utilise le coin du calme avec son enfant plus jeune, mais il ajoute que son attitude envers cet enfant n'a pas changé. Trois participants expliquent qu'ils demeurent plus calmes avec leurs autres enfants, qu'ils discutent davantage avec eux, qu'ils leur donnent davantage d'explications, que le climat est plus respectueux. Un de ces trois parents ajoute qu'il a utilisé davantage les moyens appris dans le groupe avec son enfant plus jeune et que la participation au groupe l'a amené à constater que cet enfant présentait également plusieurs caractéristiques d'hyperactivité et de difficultés d'attention.

Changements du comportement de l'enfant. Parmi les neuf enfants touchés par le programme, quatre enfants n'ont pas changé de comportement grâce à la participation de leur parent au groupe. Parmi les parents de ces quatre enfants, deux indiquent qu'ils ont remarqué des changements dans les comportements de leur enfant, mais ils attribuent ces modifications à d'autres facteurs (par exemple, la prise de médication). Pour les cinq autres enfants, un participant remarque un changement d'attitude chez son enfant et il attribue cette modification à son propre changement d'attitude envers lui, car il demeure plus calme. Un autre parent va dans le même sens et ajoute que son enfant est moins agressif envers lui et réagit plus positivement à ses interventions. Un membre du groupe remarque que son enfant est plus respectueux physiquement et verbalement envers sa sœur plus jeune et un autre indique que son enfant est plus affectueux envers ses parents et qu'il est plus conscient de ses comportements inadéquats. Finalement, le dernier enfant ciblé est plus motivé, plus conscient de ses responsabilités et applique davantage ses routines.

Remarques générales. Tous les participants recommanderaient à d'autres parents ayant un enfant TDA/H de participer à ce programme. Un peu plus de la moitié des participants ont apprécié participer au programme parce que cela leur a permis de constater que d'autres parents vivaient des difficultés semblables aux leurs et que d'autres enfants sont touchés par les mêmes difficultés. De plus, ces participants ajoutent que leur participation leur a permis de comparer leur situation à d'autres situations et de relativiser ce qu'ils vivent. Certains parents ajoutent également qu'ils ont réalisé que leur

enfant avait fait beaucoup de progrès et que ses comportements étaient, somme toute, moins graves que ce que d'autres parents rapportaient comme difficulté chez leur enfant. De plus, la moitié des participants souligne que la participation au groupe leur a permis de sortir de l'isolement qu'ils vivaient. Finalement, un participant tenait à préciser que c'était encourageant de constater que certaines personnes (telles les deux psychologues qui animaient le groupe) s'investissent et agissent pour améliorer la situation des enfants présentant un TDA/H.

Liens entre les différents résultats obtenus

Liens entre les caractéristiques de la clientèle et les conditions d'efficacité

À la lumière de ces observations, il est possible de constater que deux parents, soient Paulette et Angéline, perçoivent de nombreuses difficultés comportementales chez leur enfant respectif et présentent un niveau de stress parental total et relié au domaine de l'enfant significativement élevé. Ces deux mères ont un niveau d'éducation plus faible et leur niveau de compréhension est plus limité lors des rencontres. Cette dernière caractéristique constitue un facteur pouvant diminuer l'efficacité du programme selon les conditions d'efficacité reliées à la clientèle relevées dans la littérature. De plus, en ce qui concerne Paulette, plusieurs de ses commentaires lors des rencontres de groupe et pendant les entrevues permettent de comprendre qu'il y a des conflits au sein du couple et plusieurs irritants, ce qui constitue un facteur de risque supplémentaire pouvant conduire à la réduction de l'efficacité du programme. Ce sont ces deux mères qui,

d'emblée, auraient souhaité davantage de rencontres. Au questionnaire *PEI-Parent*, Paulette présente, à l'échelle « Progrès du parent », un résultat de 37/55 ce qui est légèrement plus élevé que le score modéré de 33/55. Par contre, Angéline, de son côté, indique un résultat très élevé à l'échelle « Progrès du parent » (52/55).

Oscar, de son côté, ne présente aucun facteur de risque pouvant réduire l'efficacité du programme. Il possède un bon niveau d'éducation (maîtrise universitaire) et socio-économique. Son niveau de stress parental était très faible, ce qui peut constituer une condition d'efficacité selon Kazdin (1997), mais un facteur faisant que le programme est moins approprié pour lui selon Anastopoulos et al. (2006). Selon les résultats à l'échelle de Conners, son beau-fils ne présente pas de problèmes de comportement, ce qui ne correspond pas à la condition d'efficacité indiquant que les enfants touchés par le programme doivent présenter certains problèmes de comportement. Dans ses commentaires sur le programme, Oscar mentionne à quelques reprises qu'il connaissait déjà plusieurs notions enseignées dans le programme et que sa participation lui a permis d'ajuster certains comportements, mais surtout de prendre conscience qu'il appliquait déjà plusieurs moyens et de confirmer qu'il agissait de la bonne façon. Au *PEI-Parent*, son résultat à l'échelle « Progrès du parent » est de 33/55, ce qui correspond au score modéré et cela signifie qu'il a moyennement appris dans ce programme et que les progrès ont été modestes.

Ernestine, de son côté, indique la présence de certaines difficultés chez son enfant à l'*Échelle d'évaluation Connors* et les échelles de l'*ISP* sont significativement élevées pour le domaine total et le domaine de l'enfant, ce qui correspond à deux caractéristiques qui font en sorte qu'un PEHP est adéquat pour elle. De plus, elle a un diplôme universitaire et un bon niveau socio-économique. Elle ne présente aucun facteur de risque pouvant diminuer l'efficacité du programme. À l'échelle *PEI-Parent*, son résultat à l'échelle « Progrès du parent » est de 37/55, ce qui signifie qu'elle a fait des progrès modérés.

Solange a plusieurs caractéristiques qui font en sorte que ce type d'intervention est recommandé pour elle. Elle présente un niveau de stress significativement élevé à l'*ISP* à l'échelle « score total » et au « domaine enfant ». De plus, l'échelle domaine parent de l'*ISP* est élevée pour cette mère. Rappelons que cette mère a trois enfants présentant un TDA/H de différents types et que, malgré la médication, elle identifie certaines problématiques chez son enfant Gaston (8A) à l'échelle de Connors. Un de ses enfants présente donc des difficultés de comportement, ce qui correspond également à une caractéristique qui fait en sorte qu'un PEHP est suggéré. En outre, elle possède un bon niveau d'éducation (baccalauréat) et elle ne présente aucun facteur de risque pouvant réduire le niveau d'efficacité du programme. Le score de cette mère au *PEI-Parent* à l'échelle « Progrès du parent » est de 37/55, ce qui veut dire qu'elle a fait des progrès légèrement au-dessus du score moyen de 33/55.

Yvette et Béatrice, quant à elles, présentent un profil semblable au plan des conditions d'efficacité reliées à la clientèle. Elles ne présentent aucun facteur de risque pouvant affecter l'efficacité du programme, leurs enfants présentent chacun certaines difficultés comportementales selon les résultats obtenus à l'échelle de Conners. De plus, leurs résultats à l'*ISP* ne sont pas cliniquement significatifs, mais leur score à l'échelle « Domaine enfant » est au-dessus du 70^e rang centile, ce qui indique tout de même un certain niveau de stress parental. Leur niveau de scolarité est semblable (diplôme d'études collégiales). Cependant, Béatrice présente un niveau de progression à l'échelle *PEI-Parent* de 33/55, ce qui correspond à un score modéré, c'est-à-dire qu'elle considère avoir fait des progrès mitigés au plan de ses interventions et de ses apprentissages auprès de son enfant TDA/H alors qu'Yvette présente un résultat de 42/55, ce qui indique une bonne amélioration. Cette différence peut s'expliquer par la différence d'âge des enfants touchés et par le niveau de connaissance différent des parents par rapport à la problématique. En effet, Yvette a un enfant de cinq ans souffrant de TDA/H. Elle avait reçu le diagnostic quelque mois seulement avant le début du groupe. Ses connaissances par rapport à cette problématique étaient donc moins riches que celles de Béatrice, qui a un enfant de neuf ans ayant reçu ce diagnostic plusieurs années auparavant. De plus, lors de l'entrevue post-test, Béatrice mentionne que plusieurs informations données dans le groupe étaient déjà connues pour elle.

Finalement, Dalila présente un facteur de risque pouvant être relié à l'inefficacité des programmes, soit le fait qu'elle soit monoparentale. En outre, il a été possible

d'observer pendant les rencontres pré-test et post-test ainsi que lors des ateliers qu'elle présentait des symptômes de TDA/H, ce qui pourrait constituer un facteur de risque supplémentaire. De plus, selon les résultats obtenus au Conners, son enfant ayant un TDA/H ne semble plus présenter de problématique particulière sous médication, alors qu'il est recommandé que les jeunes aient des difficultés comportementales pour que ce type de programme soit conseillé. Son niveau de stress parental n'était pas significatif à l'*ISP*, mais l'échelle « domaine enfant » se situe au-dessus du 70^e rang centile, ce qui démontre tout de même un certain niveau de stress en relation avec les caractéristiques de son enfant. Dalila possède un diplôme de niveau collégial. À l'échelle « Progrès du Parent » du *PEI-Parent*, elle indique avoir fait certains progrès avec un score de 41/55. Précisons que Dalila, lors de l'entrevue post-test, mentionne qu'elle a utilisé davantage les moyens appris dans le groupe avec sa fille de neuf ans, qui présente selon Dalila, plusieurs symptômes d'agitation et d'inattention.

Liens entre les caractéristiques du programme et les conditions d'efficacité

Quelques conditions d'efficacité concernant le programme et les méthodes d'animation ne sont pas respectées, ce qui peut être mis en lien avec le faible niveau de progression des parents à l'échelle « Progrès du Parent » au *PEI-Parent*. Le nombre de rencontres est insuffisant, il n'y a pas de possibilité d'offrir un suivi individuel aux parents qui avaient davantage de besoins, plusieurs thèmes généralement abordés dans les PEHP reconnus comme étant efficaces sont peu ou pas du tout présentés dans le programme. En outre, en ce qui concerne l'animation, plusieurs moyens sont utilisés,

mais il n'y a pas de jeux de rôle et de modelage à l'aide de vidéocassettes. De plus, les devoirs ne sont pas clairs et définis. En outre, dans les entrevues post-test, les parents ont appliqué peu de moyens dans leur quotidien de façon constante et stable et les changements observés chez leur enfant sont minimes. Qui plus est, les items ayant les résultats les plus faibles au questionnaire « Évaluation des ateliers » sont les items suivants : « les activités suggérées favorisent les apprentissages » ($M = 3,44$), « les informations sont utiles » ($M = 3,46$) et « le matériel est intéressant » ($M = 3,54$).

DISCUSSION

Dans cette partie, les résultats seront discutés. L'objectif de cet essai est d'évaluer le programme « Mieux intervenir auprès de mon enfant avec un diagnostic TDAH » de Bouffard et Gagnon (2007), ce qui a été fait en analysant les composantes et la structure du programme et en comparant ses caractéristiques avec celles généralement reconnues comme étant efficaces dans la littérature portant sur les PEHP. Dans ce chapitre, certaines caractéristiques générales du programme, tels le cadre théorique et les objectifs, seront discutées en premier lieu. Par la suite, il y aura une section portant sur l'analyse des conditions d'efficacité en lien avec les impacts du programme auprès des participants. Les données principales sur lesquelles se basera cette analyse sont, bien sûr, les conditions d'efficacité des PEHP, ainsi que les résultats obtenus à la grille *Évaluation des ateliers* et au questionnaire *PEI-Parent*, les données d'observation de la chercheure et les commentaires recueillis auprès des participants lors des entrevues post-test portant sur l'évaluation du programme. Cet essai visait également à émettre des suggestions d'amélioration du programme. Celles-ci seront donc présentées par la suite. Finalement, il sera question des limites et des forces de cette recherche et de la pertinence sociale de celle-ci.

Caractéristiques générales du programme

Lors de l'évaluation d'un programme, certaines caractéristiques doivent d'abord être observées tels le cadre théorique sur lequel s'appuie le programme, ainsi que les buts et les objectifs de celui-ci.

Cadre théorique

Tels que le mentionnent Massé et ses collègues (2007), trois grands modèles conceptuels sont généralement à la base des PEHP, soit l'approche comportementale (qui inclut le conditionnement opérant et la théorie de l'apprentissage social), la théorie de l'attachement et la théorie systémique. Plusieurs programmes reconnus se basent, entre autres, sur ses grands modèles théoriques (Barkley, 1997; Cunningham, 2006; Forehand & McMahon, 1981; Patterson, 1976; Webster-Stratton, 2005, 2006). Les bases théoriques de ces programmes sont claires et explicites. Cependant, dans le cas présent, Bouffard et Gagnon (2007) ne font mention à aucun endroit dans leur programme des approches théoriques sur lesquelles elles se sont basées pour le concevoir. La lecture du programme et l'observation des rencontres permettent de constater que certains aspects du programme correspondent toutefois à ces modèles théoriques, plus précisément aux approches comportementales et à la théorie de l'attachement. Par exemple, dans le programme, les animatrices abordent des thèmes tels le renforcement positif et le retrait, qui sont des techniques qui relèvent de la théorie de l'apprentissage social (Normandeau & Venet, 2000). Cependant, dans plusieurs programmes, tels ceux de Barkley (1997) ou de Webster-Stratton (2005, 2006), les motifs qui justifient l'emploi de ces stratégies sont

expliqués, ce qui n'est pas fait dans le cas présent, puisque les stratégies sont démontrées, sans explications supplémentaires.

De plus, quelques thèmes du programme de Bouffard et Gagnon (2007) (par exemple, la description du TDA/H, l'attention positive) visent à aider le parent à mieux comprendre la problématique de son enfant et ses limites, à renforcer le lien entre le parent et son enfant et à développer une relation plus harmonieuse entre eux, ce qui correspond à la théorie de l'attachement. De plus, l'activité « la main du souhait, la main accusatrice » vise indirectement à développer un dialogue plus respectueux et positif entre le parent et son enfant. Cependant, les objectifs de ces thèmes ne sont pas explicites et ne semblent pas s'appuyer clairement sur les théories de l'attachement. Des programmes tels ceux de Eyberg et Boggs (1998) et de Webster-Stratton et Herbert (1994) proposent certaines activités visant spécifiquement à augmenter la fréquence des interactions positives entre le parent et son enfant, en encourageant le parent à accroître l'expression d'affects positifs envers son enfant et à lui démontrer qu'il l'accepte et comprend sa situation.

En outre, le programme de Bouffard et Gagnon (2007) semble s'appuyer très peu sur la théorie systémique. En effet, cette théorie vise à mieux comprendre les symptômes de l'enfant à l'intérieur de son système familial, à déceler les fonctions de ses symptômes dans le système et à mieux comprendre les interactions entre chacun des membres de la famille. Cependant, pour ce faire, l'évaluation de la situation doit

s’élargir à l’ensemble du système familial. De cette façon, il est davantage possible de comprendre les interactions existant dans le couple parental, la fratrie, la famille élargie, l’entourage et les interactions entre l’enfant ayant un TDA/H et chacun des membres de ces systèmes. Dans le cas présent, le temps alloué pour concevoir le programme, ainsi que pour préparer et animer les ateliers, ne permet pas une évaluation aussi complète des systèmes familiaux des participants. En outre, le programme d’Everett et Everett (1999) présente plusieurs schèmes relationnels pouvant résulter de la présence d’un enfant ayant un TDA/H dans la famille, ce qui n’est pas fait dans le programme de Bouffard et Gagnon (2007).

Il est donc possible de constater que le programme à l’étude dans cet essai présente certaines caractéristiques des modèles conceptuels généralement employés dans les PEHP, ce qui est intéressant. Cependant, les approches principales sur lesquelles se base le programme ne sont pas identifiées et il n’est pas possible d’observer de lignes directrices, basées sur un cadre théorique clair, dans le choix des thèmes et des activités ainsi que dans leur enchaînement.

Buts et objectifs

L’élaboration d’un programme se base habituellement sur les besoins du milieu et vise à combler un écart entre une situation initiale, évaluée comme étant problématique ou à améliorer, et une situation désirée (Daigle, 2006). Dans le cas présent, les psychologues de la Commission scolaire des Navigateurs avaient constaté un

besoin grandissant en milieu scolaire pour l'évaluation et l'intervention auprès d'élèves présentant un TDA/H. Pour aider ces élèves, ils ont décidé d'intervenir sur différents volets, tels que le recommandait la littérature (Anastopoulos & Shelton, 2001; Chronis et al., 2006; Massé et al., 2006; Raymond, 2004), en agissant autant auprès des enfants atteints de ce syndrome, qu'auprès de leurs enseignants et leurs parents. Cette initiative est très intéressante et démontre l'intérêt de l'équipe des psychologues pour aider, le plus globalement possible, les élèves présentant un TDA/H. Cependant, en ce qui concerne spécifiquement le programme pour parents, les buts du programme ne sont pas clairement définis. Il n'est pas énoncé, dès le départ, quelle est la situation initiale observée chez les parents et leurs besoins, ainsi que la situation souhaitée à la fin du programme. En outre, les thèmes abordés et les activités réalisées ne sont pas clairs quant aux intentions des conceptrices du programme. À plusieurs reprises, les thèmes visent à informer le parent, à développer ses connaissances. Cependant, dans les objectifs généraux du programme, il est également mentionné qu'il vise à aider le parent à analyser ses façons d'intervenir et à mettre en place de nouvelles méthodes d'intervention. Pourtant, comme il a déjà été mentionné, il y a peu d'activités dans le programme permettant aux parents de développer et d'intégrer de nouvelles façons d'intervenir. Pour ce faire, il aurait fallu, par exemple, que du modelage de façon structurée soit réalisé, que des jeux de rôles avec une rétroaction soient effectués par les participants, que les devoirs fournis soient davantage organisés et qu'il y ait également une rétroaction sur les tâches demandées lors de la rencontre suivante, etc. En outre, il aurait fallu que les thèmes soient davantage approfondis pour amener le parent à mieux

comprendre les motifs justifiant l'emploi de ces techniques et la procédure à suivre pour les appliquer. Le fait que le but du programme n'ait pas été clairement défini au départ peut être une explication à la variété des thèmes abordés. Puisque les conceptrices du programme n'ont pas identifié clairement la situation qu'elles souhaitaient changer, elles semblent avoir tenté d'aborder le maximum de sujets possibles qu'elles savaient pertinents pour les parents d'enfants TDA/H. En effet, tels qu'analysés dans la section précédente, plusieurs thèmes touchés dans le programme sont recommandés pour cette clientèle dans la littérature. Cependant, ils ne sont pas organisés et présentés dans le but d'atteindre un but précis.

Quant aux objectifs de chacun des ateliers, il est possible de constater qu'ils sont souvent vagues et difficilement mesurables et quantifiables. Il est primordial de les formuler pour qu'ils le soient, ce qui permettra par la suite d'évaluer beaucoup plus facilement l'efficacité d'un programme. Dans le cas présent, cet essai visait à évaluer l'implantation du programme et la chercheure s'est basée davantage sur l'analyse des caractéristiques du programme, en lien avec les caractéristiques générales des programmes et les conditions d'efficacité des PEHP relevées dans la littérature. Il ne s'agissait pas d'une évaluation approfondie de l'efficacité du programme, d'autant plus qu'il était expérimenté pour la première fois et que des ajustements seront à faire. Cependant, éventuellement, les impacts directs du programme auprès des participants devront être évalués, pour vérifier si le programme est efficace et entraîne les résultats escomptés. Pour ce faire, les buts du programme et les objectifs spécifiques des ateliers

devront être précis et mesurables. Sinon, il sera très difficile de vérifier si ces objectifs sont atteints et dans quelle mesure. De plus, une formulation plus précise des objectifs permettra de mieux évaluer si les stratégies et les méthodes utilisées dans les ateliers permettent d'atteindre les objectifs en question.

Conditions d'efficacité et impacts du programme

Il est reconnu que les PEHP entraînent de nombreux impacts positifs dans les familles où un enfant a reçu un diagnostic de TDA/H (Anastopoulos et al., 2006; Barkley, 2006a; Chronis et al., 2004; Massé et al., 2007; Pelham & Fabiano, 2008). Les entrevues post-test ont justement permis de faire ressortir plusieurs impacts positifs du programme. Tout d'abord, la participation au groupe a fourni l'occasion aux parents de partager avec des pairs vivant des situations semblables et de se sentir moins seuls. Pour certains, ces échanges leur ont permis de constater que les comportements de leur enfant étaient moins graves qu'ils ne le pensaient. De plus, tous les parents ont indiqué avoir changé d'attitude envers leur enfant et plusieurs d'entre eux ont remarqué une amélioration dans leur relation avec celui-ci. Cependant, pour espérer entraîner une augmentation significative des pratiques parentales positives et ajustées aux particularités des enfants TDA/H, les PEHP doivent respecter plusieurs conditions favorisant leur efficacité. Il est possible de constater que plusieurs conditions d'efficacité ne sont pas respectées dans le programme de Bouffard et Gagnon (2007). Cela peut expliquer la légère progression des parents à l'échelle « Progrès du Parent » du *PEI-Parent* ($M = 70,9\%$), la faible application des méthodes enseignées dans le programme

et les changements modestes dans les pratiques parentales et dans les comportements des enfants tels que rapportés par les parents lors de l'entrevue post-test. Regardons maintenant quelles caractéristiques particulières peuvent expliquer ces différents impacts en fonction des trois catégories de conditions d'efficacité répertoriées dans le contexte théorique.

Conditions d'efficacité reliées au programme

Tout d'abord, en ce qui concerne les caractéristiques reliées au programme, le nombre de rencontres est une condition majeure qui n'a pas été respectée. En effet, toutes les études et les recensions d'écrits à propos des PEHP destinés à la clientèle de parents d'enfants TDA/H ont, au minimum, huit rencontres (Anastopoulos et al., 2006; Bloomquist & Schnell, 2002; Chronis et al., 2004; Pelham & Fabiano, 2008) et peuvent aller, en moyenne, jusqu'à 16 et même 18 sessions (Bloomquist & Schnell, 2002; Pelham & Fabiano, 2008). Bloomquist et Schnell (2002) vont jusqu'à dire qu'il est nécessaire de prévoir entre trois et six rencontres pour enseigner une habileté spécifique à des parents. Il est donc très clair que les cinq rencontres du programme évalué dans cet essai sont insuffisantes pour instaurer un changement significatif dans les pratiques parentales des participants. D'ailleurs, les deux parents ayant le plus de besoins, soient Paulette et Angéline, ont mentionné spontanément lors des entrevues post-test qu'elles auraient apprécié qu'il y ait davantage de rencontres. En outre, Bloomquist et Schnell (2002) recommandent également un rencontre de suivi après le PEHP, afin d'aider les parents à consolider leurs acquis, ce qui n'a pas été fait.

De plus, étant donné le nombre limité de rencontres, il est évident que les thèmes qui sont habituellement abordés dans ce type de PEHP n'ont pas été tous traités. En effet, des thèmes importants tels les facteurs pouvant influencer l'apparition des problèmes de comportement, l'attention positive et sélective, les punitions et les techniques de résolutions de problèmes ont été effleurés ou n'ont pas été présentés du tout. En outre, les autres thèmes abordés dans le programme, l'ont été partiellement pour la majorité. Étant donné le nombre limité de rencontres, les conceptrices du programme semblent avoir tenté d'aborder le maximum de thèmes possibles, sans toutefois entrer en profondeur dans certains contenus. D'ailleurs, à ce sujet, la moitié des parents lors des entrevues post-test ont mentionné qu'ils connaissaient déjà plusieurs éléments présentés et qu'ils auraient aimé explorer davantage certains aspects du programme (par exemple, la biologie du TDA/H, la médication, l'estime de soi). De plus, le résultat moyen de la grille *Évaluation des ateliers* à l'item « J'ai appris plusieurs informations utiles aujourd'hui » est l'un des plus faibles ($M = 3,46$). Donc, le fait que plusieurs thèmes intégrés habituellement dans les programmes reconnus comme étant efficaces aient été abordés partiellement ou en surface et que certains d'entre eux n'aient pas été inclus dans le programme peut également être un facteur expliquant la faible progression des parents.

En outre, tout comme l'a fait remarquer une des participantes, il a été possible d'observer que certains thèmes s'adressaient à une clientèle plus large (ex. : le modèle de la famille harmonieuse) et n'étaient pas reliés directement au TDA/H. De plus,

l'analyse du programme a permis de constater que certains moyens utilisés pour expliquer la théorie (par exemple, le modèle du juge intérieur dans le thème de l'estime de soi) n'étaient pas suffisamment appuyés par la littérature scientifique et par les pratiques probantes auprès des enfants ayant un TDA/H. Ces facteurs s'ajoutent à ceux précédemment énoncés pouvant expliquer la faible progression des parents dans leurs habiletés parentales.

Cela peut également s'expliquer par le fait que plusieurs thèmes ne visaient pas nécessairement l'apprentissage d'habiletés parentales spécifiques, mais plutôt le développement d'une meilleure compréhension de l'enfant, de sa problématique et de l'impact de celle-ci sur la famille (par exemple, la description du TDA/H, des besoins d'un enfant TDA/H, du deuil de l'enfant parfait). Il est donc plausible que l'acquisition de nouvelles habiletés ait été limitée. De plus, certains thèmes, dont la présentation de la typologie de parent, la communication orientée vers les solutions, l'estime de soi, avaient pour objectifs d'amener le parent à mieux comprendre les rôles qu'il devait jouer pour accompagner adéquatement son enfant, à utiliser un langage davantage positif envers celui-ci et à demeurer plus calme. Ces thèmes ont été très appréciés par les parents et l'agencement de ceux-ci est certainement un facteur expliquant le changement d'attitude observé par les parents envers leur enfant. En effet, rappelons que l'ensemble des parents a indiqué avoir modifié de façon positive son attitude envers son enfant présentant un TDA/H.

En outre, les conceptrices du programme ont inséré un thème portant sur l'estime de soi et il s'agit d'un aspect positif à souligner. En effet, Massé et ses collègues (2007) proposent d'incorporer davantage ce thème dans les PEHP car le renforcement de l'estime de soi est un besoin important chez les enfants présentant un TDA/H. Tous les participants ont d'ailleurs apprécié ce thème et quelques-uns d'entre eux auraient même souhaité que le sujet soit approfondi davantage. Certains parents auraient également aimé traiter d'autres sujets proposés par Massé et al. (2007) tels le soutien aux apprentissages scolaires et le développement d'habiletés sociales.

Parmi les caractéristiques reliées au programme, le format de celui-ci est également un aspect important influençant l'efficacité du PEHP. Dans le cas présent, le programme était offert en groupe. Cette caractéristique a plu aux parents et ils ont apprécié le climat qui y régnait. En effet, leurs niveaux de satisfaction moyens dans la section « Climat » de la grille *Évaluation des ateliers* sont les plus élevés et les plus homogènes. Les participants indiquent avoir développé rapidement, après deux rencontres environ (voir *Figure 5*, p. 115), un sentiment d'appartenance au groupe ($M = 3,80$) et s'être sentis respectés par les autres parents ($M = 3,86$). De plus, dans les entrevues post-test, tous les parents ont mentionné avoir apprécié la dynamique de groupe et s'être sentis à l'aise de partager leurs expériences. La moitié des parents ont même ajouté qu'ils auraient apprécié avoir davantage d'échanges avec leurs pairs pour apprendre de leur vécu et de leurs expériences. Plus de la moitié des participants ont apprécié participer au groupe, entre autres, parce que cela leur a permis de constater

qu'ils n'étaient pas seuls à vivre une telle situation. L'expérience de groupe leur a permis de relativiser certains comportements de leur enfant car ils avaient alors des points de comparaison. Ils ont constaté les différences existantes dans le développement de chacun des enfants. Ces bénéfices constituent des avantages du format de groupe et concordent avec les aspects positifs relevés par Braswell et Bloomquist (1991) ainsi que Normandeau et Venet (2000). D'ailleurs, Braswell et Bloomquist (1991) ont relevé dans leur expérimentation d'un PEHP que plusieurs parents avaient exprimé avoir trouvé le support des autres parents aussi enrichissant sinon plus que les apprentissages eux-mêmes. C'est également ce qui se dégage de la présente expérience. Il est possible de constater que l'apprentissage de nouvelles habiletés parentales a été minime, mais que les parents ont retiré plusieurs avantages du fait qu'ils soient en groupe. Ils ont développé une meilleure compréhension de leur enfant et de leur situation.

Cependant, de nombreux auteurs rappellent qu'il est important de pouvoir ajuster les rencontres du PEHP aux besoins des parents (Anastopoulos & Farley, 2003 : Anastopoulos et al., 2006; Bloomquist & Schnell, 2002; Kazdin, 2005; Vitaro & Tremblay, 1994). Dans le cas présent, comme il a été mentionné précédemment dans la section portant sur les buts et objectifs de ce programme, les besoins des parents n'avaient pas été clairement définis au départ, ce qui permettait difficilement un ajustement des thèmes. De plus, la façon dont le programme était construit ne permettait pas ce type d'ajustement. En outre, certains parents auraient eu besoin que le rythme des rencontres soit adapté à leurs niveaux de connaissances et de compréhension. Pour

Oscar, Ernestine, Béatrice et Solange, la cadence aurait pu être accélérée étant donné leurs connaissances préalables et leur facilité à comprendre les notions théoriques. Ces parents auraient certainement retiré davantage de bénéfices de leur participation au groupe et auraient pu faire des progrès plus prononcés. Par contre, Paulette et Angéline auraient eu besoin que le rythme d'enseignement soit légèrement plus lent et plus adapté à leurs besoins et à leur rythme d'apprentissage. Braswell et Bloomquist (1991) recommandent d'offrir des rencontres individuelles quand les besoins des parents dépassent les ressources offertes par le groupe. En outre, Kazdin (2005) utilise un format individuel pour les parents d'enfants présentant des problèmes d'opposition et des troubles de la conduite. Les enfants de Paulette et d'Angéline, par exemple, semblaient présenter des problèmes de comportement plus importants, selon les résultats obtenus à l'*Échelle d'évaluation Conners* et leurs propos lors des rencontres et des entrevues. Elles auraient pu bénéficier de rencontres individuelles, d'autant plus qu'elles présentaient un faible niveau socio-économique. En effet, Lundahl et ses collègues (2006) recommandent d'offrir les PEHP en individuel pour les parents présentant ce statut.

Conditions d'efficacité reliées à l'animation

Dans cette catégorie, plusieurs conditions d'efficacité sont respectées en lien avec les caractéristiques des animatrices et l'accomplissement des rôles présentés dans Normandeau et Venet (2000). En effet, les deux psychologues étaient compétentes et possédaient les qualités humaines nécessaires pour animer ce type de programme. De plus, malgré le fait qu'elles aient eu seulement cinq rencontres, elles ont réussi à intégrer

plusieurs rôles que doivent jouer les animateurs. Sur les neuf rôles, elles en ont accompli trois complètement :

- Anticiper les progrès et les difficultés
- Individualiser, généraliser et contextualiser selon les besoins du moment
- Utiliser le groupe de parents comme un outil de soutien social

Elles en ont également réalisé cinq partiellement :

- Établir une relation chaleureuse et « soutenante »
- Permettre aux parents de se donner du pouvoir
- Proposer des interprétations, recadrer et convaincre
- Diriger les parents et leur proposer des défis
- Envisager le long terme

Le neuvième rôle « développer un réseau de soutien social à l'extérieur du groupe » n'a pas du tout été accompli.

Cependant, seulement la moitié des méthodes d'animation généralement recommandées dans les PEHP a été utilisée adéquatement: l'enseignement, la pratique, l'utilisation de métaphores et d'analogies, le renforcement et la remise de documents. Il est donc possible de constater que les moyens pour les parents de visualiser de nouvelles techniques, de les expérimenter et de les intégrer ont été minimes puisqu'il n'y avait pas de jeux de rôles, de modelage et de devoirs formels demandés. Cela peut expliquer les impacts mitigés que le programme a eus. De plus, il est possible de constater, dans les résultats à la grille *Évaluation des ateliers*, que l'item « les activités favorisaient les apprentissages » a reçu un des résultats moyens le plus faible, avec une moyenne de 3,44/4. Bien que ce résultat soit tout de même élevé, les participants signifient qu'il y

aurait place à l'amélioration. L'utilisation de modelage et de jeux de rôle, techniques qui sont fortement recommandées dans la littérature (Bloomquist et Schnell, 2002), aurait probablement permis d'augmenter l'efficacité du programme. En effet, les parents auraient pu expérimenter davantage les méthodes enseignées, s'auto-observer et s'auto-évaluer. De plus, la rétroaction des animateurs sur les jeux de rôle réalisés par les participants aurait été bénéfique pour tout le groupe. D'ailleurs, un participant a mentionné lors des entrevues post-test qu'il aurait été intéressant de faire ce type d'activité. Des devoirs mieux structurés auraient également incité les parents à utiliser et expérimenter davantage les moyens fournis dans le groupe. De plus, la rétroaction sur le devoir lors de la rencontre suivante aurait dû être plus organisée. Cela aurait permis aux animateurs d'approfondir les thèmes enseignés et d'accomplir davantage certains de leurs rôles d'animateurs (par exemple, « diriger les parents et leur donner des défis », « proposer des interprétations, recadrer et convaincre »). Finalement, l'utilisation de vidéocassettes pour faire du modelage aurait été très pertinente, surtout pour Paulette et Angéline. En effet, selon Cunningham (2006) et Webster-Stratton et Hancock (1998) cette méthode est tout particulièrement efficace pour les parents ayant moins d'instruction.

Cependant, il est important de souligner tout de même l'apport des démonstrations réalisées par les animatrices. Bien que la méthode utilisée ne corresponde pas aux étapes du modelage, ces démonstrations semblent avoir eu un certain impact sur les participants. Par exemple, dans l'explication de la méthode du 1-2-

3, les animatrices ont illustré la technique, en faisant une mise en scène et en expliquant par la suite l'importance de demeurer calme dans de telles situations. Elles ont fait la même chose lorsqu'elles ont expliqué l'activité en lien avec la communication orientée vers les solutions. Dans les commentaires recueillis auprès des participants, ceux-ci indiquent avoir apprécié ces démonstrations. Il est donc possible de penser que l'utilisation de cette technique peut être un facteur expliquant la modification de l'attitude des parents. En effet, ceux-ci ont pu se fier sur des modèles, qu'ils jugeaient crédibles et compétents. Ainsi, ils ont certainement eu tendance à reproduire l'attitude que les animatrices avaient lors de ces démonstrations.

Conditions d'efficacité reliées à la clientèle

La clientèle était assez hétérogène, ce qui faisait en sorte qu'il était difficile d'ajuster le contenu aux besoins de chaque participant. Parmi les trois parents ayant abandonné le groupe rapidement, deux présentaient des facteurs de risques reliés à la clientèle.

Concernant les conditions d'efficacité reliées à la clientèle, certaines caractéristiques peuvent s'ajouter aux facteurs précédemment énoncés pouvant expliquer les progrès mitigés des parents. Tout d'abord, ce ne sont pas tous les enfants qui semblaient présenter des comportements qui entraînaient des perturbations au plan familial et un niveau de stress parental élevé tel que le recommandent Anastopoulos et ses collègues (2006) pour que la participation à un PEHP soit indiquée. Entre autres,

Gary, le beau-fils d'Oscar, ne semblait pas répondre du tout à cette caractéristique. En effet, Gary présentait un TDA/H de type inattention prédominante, aucun indice n'était significatif à l'*Échelle d'évaluation Conners* et le niveau de stress parental d'Oscar était très faible. En outre, ce parent présentait un degré élevé de scolarisation et avait déjà beaucoup de connaissances à propos du TDA/H. De toute évidence, ce beau-père ne présentait pas des besoins suffisants pour bénéficier de ce type de programme. Cela explique probablement pourquoi il indique avoir progressé moyennement à l'échelle « Progrès du parent » au *PEI-Parent*.

Il y avait également deux autres enfants dont l'*Échelle d'évaluation Conners* ne révélait aucun indice particulier, soient Samson, le garçon de Dalila et Claudette, la fille de Solange. Cependant, Dalila avait reconnu en sa fille plus jeune plusieurs caractéristiques du TDA/H et indique avoir bénéficié du programme davantage pour elle que pour son garçon, qui était diagnostiqué avec un TDA/H de type inattention prédominante. D'ailleurs, au questionnaire *PEI-Parent*, elle indique avoir fait des progrès, avec un résultat de 41/55 (75 %). Solange, quant à elle, avait deux autres enfants avec un TDA/H, dont un semblait présenter davantage de difficultés selon le *Conners*. Sa progression à l'échelle « Progrès du parent » du *PEI-Parent* est légèrement plus élevé que le score modéré de 60%, puisque son résultat est de 68 %. Des facteurs reliés aux conditions d'efficacité du programme et de l'animation peuvent également expliquer cette modeste progression. En effet, Solange est une mère ayant un haut niveau de scolarisation (baccalauréat) et possédait déjà plusieurs connaissances à propos

du TDA/H. En effet, le fait d'avoir trois enfants présentant ce trouble l'a amenée à être mieux informée de la problématique. Elle était la seule mère dans le groupe à vivre une telle situation. Les autres participants n'avaient qu'un seul enfant présentant un TDA/H. Cette particularité faisait en sorte que Solange avait beaucoup plus d'expérience avec cette problématique que les autres membres du groupe. De plus, elle avait déjà fait plusieurs lectures à ce sujet. À quelques reprises, elle a partagé ses connaissances et son expérience avec les autres membres du groupe. Elle a même apporté un texte qui représentait l'expérience que vivait un parent qui apprenait que son enfant avait une problématique particulière. Un respect plus strict des conditions d'efficacité aurait certainement permis à cette mère de progresser davantage (par exemple, nombre de rencontres plus élevé, thèmes mieux ajustés, contenu davantage approfondi, démonstrations plus nombreuses, utilisation de jeux de rôle, ajout de rencontres individuelles).

En outre, comme il a déjà été mentionné précédemment, plusieurs caractéristiques de deux parents ne répondaient pas aux critères d'efficacité, soient Paulette et Angéline. Les difficultés de leur enfant, conjuguées à leur niveau de scolarisation moins élevé et leur niveau de stress parental très élevé, faisaient en sorte qu'il était difficile pour elles de profiter pleinement de ce type de programme. Qui plus est, Paulette semblait présenter un facteur de risque supplémentaire. En effet, cette dernière avait indiqué à quelques reprises pendant le groupe et lors de l'entrevue post-test que son conjoint ne comprenait pas bien les mesures à prendre avec leur enfant

TDA/H et que plusieurs conflits existaient entre eux. Paulette, au *PEI-Parent*, indique une légère progression à l'échelle « Progrès du parent » avec un résultat de 67 % alors que le score modéré est de 60 %. Cette modeste progression peut s'expliquer par les facteurs énoncés précédemment. Par contre, Angéline a un résultat très élevé à l'échelle « Progrès du parent » au *PEI-Parent*. Ce résultat s'élève à plus de deux écarts type de la moyenne de l'ensemble des participants. Divers facteurs peuvent expliquer cette démarcation majeure. Tout d'abord, il a été possible de constater lors des entrevues post-test que le niveau de compréhension de cette mère était limité. Quelques méthodes enseignées par les animatrices avaient été mal comprises par Angéline. Il est donc fort possible qu'elle ait l'impression d'avoir fait plusieurs progrès, mais que dans les faits, l'application des méthodes ne soit pas tout à fait juste. De plus, étant donné les grands besoins qu'elle avait, il est possible qu'elle ait évalué avoir beaucoup progressé dans son rôle de parent. Cependant, la chercheure n'évalue pas qu'Angéline a fait des progrès qui se démarquent significativement de ceux réalisés par les autres participants, en se basant sur ses observations lors des ateliers et de l'entretien post-test. Finalement, il se peut également qu'elle ait eu de la difficulté à bien saisir les nuances des questions du questionnaire et qu'elle ait indiqué que tout était positif, par désirabilité sociale.

Les caractéristiques des trois derniers parents, dont il n'a pas été question dans cette section, soient Yvette, Ernestine et Béatrice, correspondaient de façon générale aux conditions d'efficacité reliées à la clientèle. En effet, elles ne présentaient aucun facteur de risque relié à leur santé mentale ou à leur situation conjugale. De plus, elles

possédaient un bon niveau d'éducation et vivaient un niveau élevé de stress parental selon leurs résultats à l'*ISP* au « Domaine enfant », qui étaient significatifs ou près de l'être. De plus, leurs enfants présentaient certaines difficultés comportementales selon les résultats obtenus au Conners. Ce profil de participants est donc sujet à bien progresser dans un PEHP en groupe si les conditions d'efficacité reliées au programme et à l'animation sont respectées. Yvette, de son côté, a effectivement évalué avoir fait des acquis grâce à sa participation au groupe puisqu'elle avait un résultat de 76,36 % à l'échelle « Progrès du parent » au *PEI-Parent*. Toutefois, Ernestine et Béatrice ont fait des progrès plus mitigés, Ernestine ayant un résultat de 67,27 % à cette échelle et Béatrice, de 60 %. Contrairement à Yvette, ces deux mères connaissaient le diagnostic de leurs fils depuis quelques années, alors qu'Yvette l'avait appris seulement quelques mois avant le début du groupe. Son niveau de connaissances à propos de cette problématique était donc moindre que celui d'Ernestine et Béatrice. De plus, son processus de deuil de « l'enfant parfait » était probablement moins avancé que celui des deux autres participantes. Ces caractéristiques peuvent donc expliquer les progrès plus importants d'Yvette, puisque le programme a pu lui permettre d'augmenter ses connaissances du trouble et de cheminer davantage dans son processus de deuil. Ernestine et Béatrice, quant à elles, auraient certainement progressé davantage si les caractéristiques du programme (par exemple, la durée et les thèmes) et de l'animation (par exemple, utilisation de jeux de rôle) avaient été davantage respectées.

Recommandations

Compte tenu des éléments précédemment énoncés, il est possible d'émettre certaines recommandations afin d'augmenter les impacts de ce programme. Puisque les conditions d'efficacité relevées dans la littérature sont à la base de cet essai, les suggestions d'amélioration seront réalisées à l'aide des trois catégories présentées. Par la suite, certaines suggestions qui ne s'inscrivent pas de façon spécifique dans l'une de ces catégories seront ajoutées. Il est important de mentionner que ces recommandations tiendront compte des possibilités et des particularités du milieu scolaire (par exemple, les conditions de travail des intervenants) et de la communauté (par exemple, ressources existantes au CSSS, milieu socio-économique) afin de faire des propositions réalistes et applicables.

Recommandations reliées aux caractéristiques du programme

➤ Clarifier le but du programme

Il est primordial de clarifier le but du programme avant de faire toutes autres modifications ou ajustements à celui-ci. En effet, les recommandations subséquentes visent à amener le programme à correspondre davantage à un PEHP, puisqu'il semble s'agir de certains objectifs généraux des conceptrices. Cependant, comme il a été dit précédemment, peu de moyens d'animation ont été mis en place pour favoriser l'acquisition et l'intégration de nouvelles habiletés parentales et plusieurs thèmes étaient davantage généraux et à caractère informatif. Il est donc possible que les conceptrices du programme, en analysant les besoins des parents et les moyens

offerts par le milieu scolaire, en viennent à la conclusion qu'il serait préférable que le but du programme soit davantage en lien avec une acquisition de connaissances plutôt qu'avec un développement d'habiletés. De cette réflexion, vont en découler plusieurs ajustements, qui seront différents selon le ou les buts fixés.

- Reformuler les objectifs généraux du programme et les objectifs spécifiques de chacun des ateliers

Il est important de formuler les objectifs pour qu'ils soient précis, directement en lien avec le contenu abordé et les stratégies utilisées et qu'ils soient mesurables et quantifiables. Cet exercice facilitera l'ajustement du contenu du programme et le choix des méthodes d'intervention. Cela permettra aux parents d'être mieux dirigés à l'intérieur des rencontres et de comprendre davantage les objectifs qu'eux-mêmes devront avoir atteints à la fin de chacune des rencontres. En outre, une reformulation des objectifs, selon les critères énoncés précédemment, permettra une meilleure analyse de l'efficacité du programme.

- Augmenter le nombre de rencontres

Bien que cette recommandation soit très difficile à appliquer dans le milieu scolaire, étant donné les ressources humaines et financières disponibles, le nombre de rencontres devrait idéalement être augmenté à un minimum de huit ateliers afin de répondre à la condition d'efficacité concernant la durée du programme.

➤ Maintenir le format du groupe et le lieu des rencontres

La littérature et l'expérience des parents dans le présent programme indiquent que le format de groupe présente plusieurs avantages. Cependant, les besoins de chaque parent devront être bien établis afin de s'assurer que ce type de format leur convient. Des précisions et des recommandations seront données à cet effet dans la section concernant les caractéristiques reliées à la clientèle.

En ce qui concerne l'endroit où se tiennent les ateliers, une salle de classe est un lieu tout à fait adéquat, qui correspond aux conditions d'efficacité (Cunningham, 2006; Kazdin, 1997) et qui permet aux parents de se sentir plus à l'aise. La salle doit être bien aménagée pour favoriser l'interaction entre les participants.

➤ Ajuster les thèmes des rencontres

Il est très important de diminuer la quantité de contenu abordé par rencontre, afin de permettre un meilleur approfondissement des concepts et techniques enseignées. Plusieurs facteurs doivent être considérés pour sélectionner les thèmes les plus pertinents dans la vie de la clientèle ciblée. Premièrement, il serait possible d'élaborer davantage chacun des thèmes principaux abordés (ex. : le renforcement, l'attention positive, les règles et les directives) en fonction des techniques recommandées et reconnues efficaces pour cette clientèle et par la suite, laisser les parents choisir les thèmes qui répondent le plus à leurs besoins.

Deuxièmement, les thèmes pourraient être ajustés en fonction des autres ressources disponibles dans la communauté. Par exemple, dans la région desservie par la Commission scolaire des Navigateurs, le CSSS offre le programme de Barkley (1997) qui a été adapté par Cloutier (2003). Il serait important de vérifier les thèmes couverts par ce programme et par les autres services offerts aux parents d'enfants TDA/H dans les CSSS, afin de présenter des thèmes différents. Ainsi, si des parents reçoivent d'autres services, les thèmes seront différents et complémentaires.

Troisièmement, certains thèmes pourraient être ajoutés au programme existant, afin de toucher davantage les besoins reliés au milieu scolaire. D'ailleurs, Massé et al. (2007) indiquent que le soutien aux apprentissages scolaires (soutien pour les difficultés d'apprentissage, encadrement des devoirs, soutien à la motivation scolaire, collaboration avec le milieu scolaire) est un thème qui mériterait d'être intégré davantage aux programmes pour parents d'enfants TDA/H puisque cela correspond à un de leurs besoins majeurs. Des participants au programme ont d'ailleurs fait cette suggestion.

Quatrièmement, il est important de tenir compte des commentaires des parents au sujet des thèmes contenus dans le programme à l'étude dans cet essai. Rappelons que les thèmes jugés comme étant les plus appréciés et pertinents sont la description des rôles du parent à l'aide de la typologie de parents élaborée par les conceptrices du programme, le deuil, l'estime de soi et le renforcement positif, les règles, la

communication orientée vers les solutions, la description du TDA/H et les besoins des enfants.

- Ajouter une rencontre de suivi après le programme tel que recommandé par Bloomquist et Schnell (2002) pour favoriser le maintien des acquis.

Recommandations reliées aux caractéristiques de l'animation

- Maintenir deux professionnels pour l'animation

Les deux psychologues possédaient toutes les compétences et les qualités nécessaires pour animer ce type de programme. Puisque le programme sera donné dans plusieurs écoles différentes de la Commission scolaire des Navigateurs, il sera important de rechercher des animateurs possédant des qualités et des compétences semblables pour animer ce type de groupe. Les psychologues et les psychoéducateurs sont généralement qualifiés pour accomplir cette tâche. Cependant, il est important de tenir compte des conditions de travail de ces professionnels dans les milieux scolaires primaires. En effet, ceux-ci travaillent généralement dans plusieurs écoles primaires à la fois. Rassembler deux psychologues ou deux psychoéducateurs pour animer ce type de programme s'avère donc une tâche très ardue. C'est pourquoi un orthopédagogue pourrait également être un professionnel pouvant jouer le rôle d'animateur. Celui-ci est plus fréquemment associé à une seule école primaire ce qui permettrait de réunir deux animateurs plus facilement. Les connaissances et les

compétences d'un orthopédagogue seraient d'autant plus utiles si des thèmes reliés aux apprentissages scolaires sont ajoutés au programme.

De plus, la présence de deux personnes pour animer un tel type de groupe présente de nombreux avantages et doit être maintenue. Ainsi, les animateurs peuvent se relayer et leurs qualités, compétences et expériences différentes enrichissent les discussions et permettent de fournir aux parents des exemples plus diversifiés. De plus, la présence de deux personnes facilite la logistique de la rencontre, puisqu'une personne peut s'occuper du support matériel (par exemple, distribuer le matériel, écrire au tableau) pendant que l'autre personne anime. Finalement, il a été mentionné à plusieurs reprises que le modelage est nécessaire dans ce type de programme et il est plus facile de faire des démonstrations lorsque deux personnes animent.

- Tenter d'accomplir complètement les neuf rôles que doivent jouer les animateurs
Étant donné le contexte dans lequel est donné le programme et le nombre limité de rencontres, il est plus difficile d'accomplir le neuvième rôle présenté dans les conditions d'efficacité reliées aux caractéristiques reliées à l'animation, soit celui indiquant que les animateurs doivent aider les participants à développer un réseau de soutien social à l'extérieur du groupe. Cependant, certains efforts peuvent être déployés en ce sens. En effet, une grille d'évaluation du réseau de soutien social (Jourdan-Ionescu, Desaulniers, & Palacio-Quintin, 1996) pourrait être complétée par les parents. Par la suite, les animateurs seraient en mesure de suggérer des pistes de

solutions pour aider les parents ayant un réseau de soutien social plus restreint ou fragile, à le développer dans différentes sphères de leur vie. En effet, ils pourraient proposer aux parents des moyens pour faire des rencontres (par exemple, participer à des activités de la Maison de la Famille, s'inscrire dans des activités de loisirs, entrer en contact avec des parents de la même classe que leur enfant ou faisant le même loisir, s'inscrire à un groupe de soutien offert par le CSSS) ou pour utiliser davantage leur réseau actuel (par exemple, faire appel à la famille élargie, aux voisins).

Par ailleurs, les animatrices ont démontré qu'il était possible d'accomplir les autres rôles, totalement ou partiellement, dans le cadre de ce programme. Il est suggéré que les prochains animateurs du programme tentent de tous les accomplir au maximum.

Par exemple, ils pourraient utiliser davantage les connaissances des parents pour présenter la matière et l'approfondir. Cela permettrait de donner du pouvoir aux parents et de les renforcer car ils réaliseraient que leurs idées et leurs réponses sont bonnes.

➤ Prévoir une pratique pour les animateurs

En effet, il a été observé, principalement dans les premiers ateliers, que certains points faibles étaient reliés au débit de la voix, aux tours d'animation et à la gestion du temps et du matériel. C'est pourquoi il est suggéré de faire une pratique avant chacun des ateliers, tout particulièrement les premiers, afin de bien diviser les

sections que chacun doit animer et de s'assurer que le matériel est fonctionnel et adéquat.

➤ Ajuster les méthodes d'animation

Afin de favoriser le développement d'habiletés parentales adaptées aux besoins des enfants présentant un TDA/H, plusieurs méthodes doivent être ajustées ou ajoutées afin de favoriser l'intégration de ces habiletés chez les participants. Voici des suggestions pour augmenter la concordance entre les stratégies d'animation recommandées dans la littérature et celles employées dans le programme.

- Donner des tâches précises aux parents en devoir, avec des fiches pouvant être complétées par ceux-ci à la maison et faire un retour organisé à propos du devoir lors de la rencontre suivante.
- Planifier davantage de discussions et d'échanges entre les parents puisque que ceux-ci ont exprimé qu'ils s'agissaient de l'un de leurs principaux besoins et qu'ils indiquent avoir retiré beaucoup de bénéfices de ces discussions.
- S'assurer de suivre toutes les étapes nécessaires pour faire du modelage et faire davantage de démonstrations afin de pallier à l'absence de vidéocassettes pour faire du modelage.
- Ajouter des jeux de rôles afin d'amener les parents à expérimenter certaines techniques et faire une rétroaction sur ces jeux de rôle.

- S'assurer de pouvoir présenter des extraits du DVD du Centre hospitalier Robert-Giffard (2006) lors de la première rencontre, tel que prévu.

Recommandations reliées aux caractéristiques de la clientèle

- Bien cerner les besoins des parents avant de leur proposer de participer au groupe Les personnes ayant un niveau de compréhension plus limité, qui proviennent d'un milieu socio-économique faible ou dont les enfants présentent des problèmes de comportements très importants, ont besoin d'une aide plus soutenue et d'une intervention plus personnalisée. Le programme étudié dans cet essai ne permet pas de répondre adéquatement aux besoins de ces parents. Cependant, la participation à ce programme pourrait être possible pour ce type de clientèle si elle est intégrée dans un plan d'action plus large, si d'autres services sont offerts par des partenaires du milieu scolaire (par exemple, le CSSS, la DPJ, la pédopsychiatrie) et si un soutien individuel est offert aux parents pour vérifier leur compréhension du contenu et approfondir certains aspects de celui-ci. Les intervenants scolaires peuvent également proposer à ce type de clientèle de consulter auprès d'un autre service (par exemple, le CSSS) s'ils évaluent que leurs besoins sont supérieurs aux moyens offerts par le groupe.

De plus, les parents qui ont un enfant TDA/H, mais dont les comportements n'entraînent pas une perturbation dans le milieu familial pour diverses raisons (par exemple, la médication produit les effets escomptés, les parents utilisent déjà des

pratiques parentales efficaces, les parents ont un bon réseau de soutien social, etc.) n'ont pas besoin de participer à un PEHP. D'autres mesures d'appui peuvent être proposées à ces parents de façon ponctuelle selon leurs besoins particuliers (par exemple, suggestions de lecture, counseling, etc.).

- Regrouper les parents selon l'âge de leur enfant.
- Obliger la participation des deux parents aux rencontres tel que suggéré par Kazdin (1997) et faire des exceptions au besoin.

Autres recommandations

- S'assurer que la participation des parents au groupe s'inscrit dans un plan d'action globale.

En effet, plusieurs auteurs rappellent l'importance de planifier des actions à long terme et de combiner différents moyens d'intervention avec les jeunes présentant un TDA/H pour augmenter l'efficacité du traitement (Anastopoulos & Shelton, 2001; Chronis et al., 2006; Massé et al., 2006; Pelham & Fabiano, 2008; Raymond, 2004). C'est pourquoi la participation des parents au groupe devrait être inscrite dans un plan d'intervention plus large où d'autres mesures sont prises pour aider l'enfant et son environnement (entre autres, un suivi médical régulier concernant la médication).

- Respecter rigoureusement l'horaire des rencontres, ce qui implique de réajuster ou de diminuer le contenu des ateliers, tout particulièrement pour les rencontres 1 et 3 dans lesquelles il y avait trop de contenu pour le temps disponible.
- Clarifier la consigne de l'activité « 24 heures, top chrono » si elle est maintenue dans le programme.

Lors de la 3^e rencontre, il a été observé que la consigne de cette activité n'était pas claire pour les parents. Voici une proposition pour préciser les consignes de l'activité. Les parents devraient d'abord choisir un moment dans la journée de la famille d'Alex (la journée est divisée en cinq sections), de préférence un moment qu'ils trouvent également difficile dans leur propre vie familiale. Il serait important de s'assurer que chaque partie de la journée est choisie par au moins une personne. Par la suite, à l'aide de la documentation fournie sur les routines, ils devraient faire des suggestions aux parents d'Alex et leur proposer des changements pour améliorer le déroulement de leur journée. Pour clore l'activité, un retour serait fait en grand groupe et chaque participant pourrait partager les recommandations qu'il a élaborées. L'activité pourrait être réalisée en individuel ou en équipe.

Limites, forces et retombées de la recherche

Cet essai présente quelques limites, dont les principales se situent au plan de la cueillette de données. Puisque cet essai porte en majorité sur les conditions d'efficacité

des PEHP, il aurait été préférable de toutes les évaluer de façon précise. Dans cet essai, le lien d'attachement parent-enfant et le réseau de soutien social du parent n'ont pas été évaluées dans la section portant sur les conditions d'efficacité reliées à la clientèle. Par contre, le lien d'attachement parent-enfant est une variable difficile à évaluer puisqu'une formation spécifique est nécessaire. De plus, la prise en considération de cette caractéristique aurait alourdi de façon considérable de processus d'évaluation. Il est donc compréhensible que cette variable n'ait pas été à l'étude dans cet essai. Concernant le soutien social, il aurait été facile d'intégrer une grille d'évaluation du réseau de soutien social des parents (Jourdan-Ionescu et al., 1996) dans l'évaluation pré-test et cela aurait permis de préciser la présence ou non de cette condition d'efficacité chez les participants. En outre, l'évaluation des difficultés de comportement chez l'enfant aurait pu être enrichie par la passation d'un outil supplémentaire, la *Liste de vérification des comportements des jeunes de 4 à 18 ans* (Achenbach, 2001), mais, d'un autre côté, cela aurait alourdi le processus d'évaluation. Par ailleurs, l'entrevue semi-structurée visant à évaluer le programme aurait pu contenir des questions plus précises sur les thèmes abordés dans les rencontres. En effet, une évaluation de chaque thème et de chaque activité prise séparément aurait permis d'obtenir davantage de commentaires de la part des parents et de faire une analyse plus précise de leur appréciation de ces thèmes. Finalement, le positionnement de la chercheure pendant les rencontres de groupe ne permettait pas de voir clairement le visage de tous les participants. Certains éléments ont donc pu lui échapper. Cependant, cette position, derrière la classe, permettait à la chercheure d'observer clairement les animatrices tout en étant en retrait des participants,

qui rendait son rôle d'observatrice moins dérangeant. Toujours en ce qui concerne la cueillette de données, les questionnaires *Échelle d'évaluation Conners pour le parent* et l'*ISP* n'ont pas été administrés en post-test pour mesurer quantitativement les changements au niveau du comportement des enfants et du stress vécu par les parents. De plus, les impacts à moyen et long termes du programme n'ont pas été mesurés. Cela aurait permis d'enrichir l'évaluation des impacts du programme. Cependant, il est important de rappeler que cette recherche visait d'abord à évaluer l'implantation du programme et la correspondance entre les caractéristiques de celui-ci et les conditions d'efficacité relevées dans la littérature.

Bien que la cueillette de données présente certaines lacunes, la diversité des moyens utilisés pour évaluer le programme et ses caractéristiques constituent une force de cet essai. En effet, les participants ont pu donner leur appréciation de chacune des rencontres grâce à la grille *Évaluation des ateliers*. De plus, le questionnaire *PEI-Parent* a permis d'obtenir une appréciation plus globale du programme. À cela, s'ajoutaient les observations de la chercheure et les deux entrevues semi-structurées. Des données qualitatives et quantitatives ont été utilisées pour mieux connaître la clientèle et pour évaluer le programme, ce qui constitue également une force de cette recherche.

En outre, une des forces principales de cet essai est la pertinence de cette recherche pour le milieu. En effet, il est rare que des initiatives entreprises par le milieu scolaire puissent faire l'objet d'une évaluation spécifique. Dans le cas présent, le temps

accordé aux professionnels pour mettre en place ce programme ne permettait pas de faire une recherche exhaustive de tout ce qui avait déjà été fait sur le sujet et sur les conditions d'efficacité reconnues. Cet essai a permis de faire des suggestions et des recommandations visant à bonifier le programme, basées sur des principes scientifiques et sur les recherches effectuées au cours des dernières décennies sur les PEHP. Cependant, il est certain que le délai existant entre la première application du programme et le moment où la recherche sera terminée constitue une limite de celle-ci, puisqu'un laps de temps s'est écoulé entre les deux. Néanmoins, les recommandations pourront être appliquées et ainsi permettre des retombées positives dans le milieu. En effet, l'ajustement de certaines caractéristiques du programme, afin qu'elles soient davantage en concordance avec les conditions d'efficacité reliées au PEHP, permettra certainement de répondre encore plus efficacement et adéquatement aux besoins de la clientèle. De plus, cette recherche permettra aux intervenants de mieux cibler les participants pouvant retirer des bénéfices rapidement de ce type de programme et de référer les individus ayant des besoins supplémentaires, en raison des facteurs de risque qu'ils présentent, vers des services plus adaptés à leurs besoins. Cette façon de faire permettra aux intervenants d'utiliser leur temps plus efficacement et de diriger les parents vers les services les plus adaptés pour eux.

CONCLUSION

Ainsi s'achève cet essai, qui visait à évaluer l'implantation d'un PEHP conçu pour aider et outiller des parents d'enfants de 5 à 12 ans présentant un TDA/H. L'objectif principal de cette recherche était le suivant : vérifier si les caractéristiques du programme « Mieux intervenir auprès de mon enfant avec un diagnostic TDAH » de Bouffard et Gagnon (2007) correspondait aux conditions d'efficacité reconnues dans la littérature pour ce type de programme et de clientèle. Cet objectif a été atteint. En effet, il a été possible de constater que les caractéristiques du programme de Bouffard et Gagnon (2007) respectait partiellement les conditions d'efficacité reliées aux caractéristiques du programme, de l'animation et de la clientèle. Cela a influencé les impacts possibles du programme auprès de la clientèle. En effet, les résultats démontrent que l'incidence du programme, selon l'autoévaluation des parents, a été limitée. Les participants ont peu intégré les techniques d'intervention enseignées dans leur quotidien et ils ont évalué avoir fait peu de progrès au plan de leurs habiletés parentales. Cependant, il est important de mentionner que malgré les quelques faiblesses soulevées, plusieurs conditions d'efficacité ont été respectées, et cela malgré des moyens restreints et un temps limité pour bâtir le programme. De plus, les résultats à l'échelle « Acceptabilité » du *PEI-Parent* révèlent que les parents ont apprécié le programme. Des impacts positifs ont également été observés chez les participants. Ceux-ci indiquent avoir modifié leur attitude envers leur enfant et que leur relation avec celui-ci s'est

améliorée. De plus, ils ont apprécié le soutien qu'ils ont reçu dans le groupe. Les discussions que les participants ont eues avec leurs pairs leur ont permis de se sentir moins seuls et de relativiser leur situation.

En outre, le second objectif, qui visait à émettre des suggestions pour améliorer le programme, a également été atteint. En effet, plusieurs recommandations ont été proposées afin d'augmenter l'efficacité du programme selon les normes reconnues dans la littérature et de consolider les impacts positifs déjà observés.

Cet essai a permis de rassembler de nombreuses connaissances récentes au sujet du TDA/H et des PEHP et sera très utile pour les différentes intervenants désirant utiliser ce type d'intervention auprès de parents d'enfants présentant un TDA/H. De plus, cette recherche comprend de nombreuses données, explications et recommandations qui seront très pertinentes pour tous les professionnels de la Commission scolaire des Navigateurs désirant utiliser le programme de Bouffard et Gagnon (2007). La richesse et la diversité des données recueillies permettront aux professionnels d'être plus efficaces lorsqu'ils utiliseront et animeront ce programme. De plus, la clientèle en retirera de nombreux avantages, car ils seront mieux dirigés et les outils fournis seront davantage ajustés à leurs besoins.

Bien que cette recherche présente certaines limites quant à la cueillette de données, qui aurait plus été plus exhaustive et complète, elle démontre également

l'importance de faire un relevé de littérature complet afin de trouver les moyens d'interventions les plus efficaces possibles. Les ajustements proposés à ce programme devront être la priorité en ce qui concerne les interventions futures à réaliser. Par la suite, une nouvelle étude pourrait être réalisée afin d'évaluer l'efficacité du programme ainsi amélioré.

RÉFÉRENCES

- Abikoff, H., Hechtman, I., Klein, G., Weiss, G., Fleiss, K., Etcovitch, J. et al. (2004). Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 802-811.
- Achenbach, T. M. (2001). *Liste de vérification du comportement des jeunes de 4 à 18 ans*. Toronto : Nelson.
- Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S., & Parsons, B. V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 656-664.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2^e éd.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (3^e éd., éd. rév.). Washington DC : Auteur. Traduction française par J.D. Guelfi, Paris : Masson, 1989.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Washington DC : Auteur. Traduction française par J.D. Guelfi, Paris : Masson, 1996.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., éd. rév.). Washington DC : Auteur. Traduction française par J. D. Guelfi et M.A. Crocq, Paris : Masson, 2003.
- Anastopoulos, A. D. (1998). A training program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Dans J. M. Briesmeister, & C. E. Schaefer (Éds), *Handbook of Parent Training : Parents as co-therapists for children's behavior problem* (2e éd.), (pp. 27-60). John Wiley & Sons : New York.
- Anastopoulos, A. D., & Farley, S. E. (2003). A cognitive-behavioral training program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Dans A. E. Kazdin, & R. W. John (Éds), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, (pp. 187-203). New York : Guilford Press.
- Anastopoulos, A. D., & Shelton, T. L. (2001). *Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. New York : Kluwer Academic/Plenum.

- Anastopoulos, A. D., Roads, L. H., & Farley, S. E. (2006). Counseling and training parents. Dans R. A. Barkley (Éd), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd), (pp.453-479). New York : Guilford Press.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 503-520.
- Bandura, A. (1976). *L'apprentissage social*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Barkley, R.A (1987). *Defiant children : A clinician's manual for parent training*. New York : Guilford Press
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children : A clinician's manual assessment and family Intervention*. New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006a). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Dans A. W. David, & E. J. Mash (Éds), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents : Nature, Assessment and Treatment*, (pp. 91-152). New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006b). Etiologies. Dans R. A. Barkley (Éd), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd), (pp.219-247). New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006c). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. Dans R. A. Barkley (Éd), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd), (pp.184-218). New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A., Edwards, G. H., & Robin, A. L. (1999). *Defiant teens : A clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York : Guilford Press.
- Bernier, C. (2007). Entrevue semi-structurée portant sur l'évaluation du programme, canevas d'entrevue. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, K., et al. (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder : a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 431-435.
- Bigras, M., LaFrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental : manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto : Multi-Health Systems Inc.

- Bloomquist, M. L., & Schnell, S. V. (2002). *Helping Children with Aggression and Conduct Problems*, New York : Guilford Press.
- Bouffard, N., & Gagnon, F. (2007). *Mieux intervenir auprès de mon enfant avec un diagnostic TDA/H*. Document inédit, Commission scolaire des Navigateurs.
- Bouvard, M., Le Heuzey, M.-F., & Mouren, M.-C. (2006). *L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte* (2^e éd.). (H. Abbou, F. Bange, S. Cortese, C. Martin, J.-P. Reneric, M.-C. Saiag, & M. Touzin, coll.) Paris : Doin.
- Bowen, F., Desbiens, N., Gendron, M., & Bélanger, J. (2006). L'acquisition et le développement des habiletés sociales. Dans L. Massé, N. Desbiens, & C. Lanaris (Éds), *Les troubles du comportement à l'école, prévention, évaluation et intervention* (pp.213-227). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Braswell, L., & Bloomquist, M. L. (1991). *Cognitive-behavioral therapy with ADHD children : Child, family and school interventions*. New York : Guilford Press
- Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. E. (1998). Introduction. Dans J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Éds), *Handbook of Parent Training: Parents as co-therapists for children's behavior problem* (2^e éd.) (pp. 1-22). New York : John Wiley & Sons.
- Canadian ADHD Resource Alliance (2008). Annexe 16 : Médicaments employés pour traiter le TDAH [version électronique]. *Canadian ADHD Practice Guidelines : Caddra 2007/2008*. Récupéré le 10 avril 2009 de http://www.caddra.ca/cms/index.php?option=com_content&task=view&id=96&Itemid=141
- Causse, C. (2006). *Vivre avec un enfant hyperactif : le guide indispensable aux parents et aux enseignants confrontés à l'hyperactivité*. Monaco : Éditions Alpen.
- Centre hospitalier Robert-Giffard (2006). *Portrait du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité* (enregistrement vidéo). Production : Direction de l'enseignement, Institut universitaire en santé mentale. Québec : Centre hospitalier Robert-Giffard.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham Jr, W. E. (2004). Enhancement to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD : Review and futur directions. *Clinical Psychology Review*, 7, 1-27.
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.

- Cloutier, G. (1997). *Programme de formation P.E.D.A.P. pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale : manuel d'animation*. Traduction et adaptation française de *Defiant Children* de R. A. Barkley (1987). Montréal : CLSC Mercier-Est/Anjou.
- Cloutier, G. (2003). *Programme de formation pour les parents d'enfants défiant l'autorité parentale : guide d'animation*. Traduction et adaptation française de *Defiant Children* (2^e éd.) de R. A. Barkley (1997). Montréal : CLSC Mercier-Est/Anjou.
- Collège des médecins du Québec (2006). *Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : Traitement pharmacologique (mise à jour). Lignes directrices du Collège des médecins du Québec*. Montréal : Collège des médecins du Québec.
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2001). *Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*. Montréal : Collège des médecins du Québec.
- Compernolle, T., & Doreleijers, T. (2004). *Du calme! Comprendre et gérer l'enfant hyperactif* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised*. Toronto : Multi-Health Systems.
- Connor, D. F. (2006). Stimulants. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd.) (pp. 608-647). New York: Guilford Press.
- Coolidge, F. L., Thede, L. L., & Young, S. E. (2000). Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral disorders and executive function deficits: A preliminary investigation. *Developmental Neuropsychology*, 17, 273-287.
- Cunningham, C. E. (2006). COPE : Large-group community-based family-centered parent training. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd.) (pp. 480-498). New York : Guilford Press.
- Daigle, M.. (2006) *Planification et évaluation de programme : notes de cours*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Daly, B. P., Creed, T., Xanthopoulos, M., & Brown, R. T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychological Review*, 17, 73-89.

- Danforth, J. S., Harvey, E. Ulaszek, W. R. & McKee, T. E. (2006). The outcome of group parent training for families of children with attention-deficit hyperactivity disorder and defiant/aggressive behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 188-205.
- Desjardins, C. (2001). *Ces enfants qui bougent trop* (S. Lavigne, coll). Outremont : Éditions Quebecor.
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look, and listen : The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4, 259-282.
- Douglas, V. I. (1980). Higher mental processes in hyperactive children : Implications for training. Dans R. Knights & D. Bakker (Éds), *Treatment of hyperactive and learning disordered children* (pp. 65-92). Baltimore : University Park Press
- Douglas, V.I. (1983). Attention and cognitive problems. Dans M. Rutter (Éd.), *Developmental neuropsychiatry* (pp. 280-329). New York : Guilford Press.
- DuPaul, G. J., Barkley, R. A., & Connor, D. F. (1998). Stimulants. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 510-551). New York : Guilford Press.
- Everett, C. A., & Everett, S. V (1999). *Family Therapy for ADHD*. New York : Guilford Press.
- Eyberg, S. M. & Boggs, S. R. (1998). Parent-child interaction therapy : A psychosocial intervention for the treatment of young conduct-disorder children. Dans J.M. Briesmeister & C.E. Schaefer (Éds), *Handbook of parent training: Parent as cotherapists of children's behavior problems* (2e éd., pp. 61-67). New York: John Wiley.
- Forehand, R. L. & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child : A clinician guide to parent training*. New York: Guilford Press.
- Furman, G, & Ahola, T. (1999). *Je suis capable. Guide de résolution des problèmes chez les enfants : une approche axée sur les solutions*. Traduit et adapté par le Centre de psychothérapie stratégique. Montréal : Centre de psychothérapie stratégique, 2001.
- Gagné, P. P., Noreau, D., Ainsley, L. (2001). *Être attentif...une question de gestion !* Montréal : Chenelière McGraw-Hill.

- Gendron, M., Royer, É., & Morand, C. (2005). *Pratiquons ensemble nos compétences (PEC) : II – Guide de l'intervenant : volet scolaire*. Québec : École et comportement.
- Greenhill, L. L., Halperin, J. M., & Abikoff, H. (1999). Stimulant medications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 503-512.
- Jourdan-Ionescu, C., Desaulniers, R., & Palacio-Quintin, E. (1996). *Grille d'évaluation du réseau de soutien social des parents*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training : Evidence, outcome and issues. *Journal of American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1349-1356.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training : Treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavior in children and adolescents*. New York : Oxford University Press.
- Kazdin, A. E., & Wiesz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Kazdin, A. E., Siegel, T., & Bass, D. (1992). *Parent Evaluation of Parent Treatment*, Traduit et adapté par L. Massé. Trois-Rivières : Département de psychoéducation, 1999.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Fredeen, R. M., & Gengoux, G. W. (2008). Naturalistic behavioral approaches to treatment. Dans K. Chawarsk, A. Klin, & F. R. Volkmar (Éds), *Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers : Diagnostic, assessment, and treatment* (pp. 207-242). New York : Guilford Press.
- Lahey, B. B., & Carlson, C.L. (1991). Validity of the diagnostic category of attention deficit disorder without hyperactivity : A review of the literature, *Journal of Learning Disabilities*, 24, 110-120.
- Laporte, D. (2002). *Favoriser l'estime de soi des 0-6 ans* (éd. abrégée et révisée). Montréal : Éditions de l'Hôpital Ste-Justine.
- Lavigueur, S. (2006). *Ces parents à bout de souffle* (3^e éd.). Outremont : Éditions Quebecor.
- Lecendreux, M., Konofal, É., & Touzin, M. (2007). *Réponses à vos questions : l'hyperactivité TDAH* (Nouvelle édition). Paris : Éditions Solar.

- Lemieux, J. (2006). *Adopte-parentalité : Formation pour les intervenants*. Document inédit.
- Levac, A.-M., McCay, E., Merka, P., & Reddon-D'Arcy, M. L. (2008). Exploring parent participation in a parent training program for children's aggression : Understanding and illuminating mechanisms of change. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21, 78-88.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training : Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Lussier, F., & Flessas, J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant. Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.
- Massé, L., & Verreault, M. (En préparation). *Programme d'intervention à l'intention de parents d'enfants présentant un trouble de déficit d'attention/hyperactivité* (C. Lanaris, F. Boudreault, & C. Verret, coll.). Montréal : Chenelière/McGraw-Hill.
- Massé, L., Lanaris, C., & Boudreault, F. (2005). *Programme d'intervention multidimensionnelle à l'intention d'élèves TDAH intégrés dans leur classe ordinaire, Bilan*. Rapport de recherche déposé à la Direction de l'adaptation scolaire, Ministère de l'éducation, du sport et du loisir du Québec.
- Massé, L., Lanaris, C., & Couture, C. (2006). Le trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH). Dans L. Massé, N. Desbiens, & C. Lanaris (Éds), *Les troubles du comportement à l'école, prévention, évaluation et intervention* (pp.5-16). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Massé, L., Lanaris, C., & Couture, C. (2007). Interventions auprès de parents de jeunes présentant un TDAH. Dans N. Chevalier, M.-C. Guay, A. Achim, P. Lageix, & H. Poissant (Éds), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : Soigner, éduquer, surtout valoriser* (pp. 255-280). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de l'éducation et Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Le trouble de déficit d'attention/hyperactivité. Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes. Document de soutien à la formation : connaissances et intervention*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Monbourquette, J. (2004). *Grandir : aimer, perdre et grandir : l'art de transformer une perte en gain*. Montréal : Novalis

- MTA Cooperative Group (1999a). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Naud, J., & Sinclair, F. (2003). *ÉcoFamille : Programme de valorisation du développement du jeune enfant dans le cadre de la vie familiale*. Montréal : Chenelière/McGraw Hill
- Normandeau, S. & Venet, M. (2000). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I : Les problèmes internalisés* (pp. 141-188). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Organisation mondiale de la santé (1993). *Classification internationale des maladies (10^e éd.). Chapitre V(F) : troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.
- Patterson, G.R. (1976). *Living with children: New methods for parents and teachers*. Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance : A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846-851.
- Pelham Jr, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 184-214.
- Raymond, F. (2004). *Le déficit de l'attention et l'hyperactivité en 32 questions : Guider son enfant à travers ses difficultés personnelles et scolaires*. St-Lambert : Éditions Enfants Québec.
- Robin, A. L. (1998). *ADHD in Adolescents : Diagnosis and Treatment*. New York : Guilford Press.
- Robin, A. L. (2006). Training families with adolescents with ADHD. Dans R. A. Barkley (Éd.), *Attention-deficit hyperactivity disorder : a handbook for diagnosis and treatment (3^e éd.)* (pp. 499-546). New York : Guilford Press.

- Turgeon, L., & Brousseau, L. (1999). *Intervention précoce auprès de jeunes présentant des problèmes d'anxiété : manuels de traitement*. Documents inédits. Montréal : Centre de recherche Fernand-Séguin.
- Vincent, A. (2007). *Mon cerveau a encore besoin de lunettes : le TDAH chez l'adulte* (4^e éd.). Le Gardeur : Impact! Éditions
- Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (1994). Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 457-475.
- Webster-Stratton, C. (2005). The Incredible Years : A Training series for the prevention of young children with conduct problems. Dans E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Éds), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders : Empirically based strategies for clinical practice* (2e éd.) (pp. 435-474). Washington D.C. : American Psychological Association.
- Webster-Stratton, C. (2006). *The Incredible Years : A trouble-shooting guide for parents of children aged 2-8 years*. Seattle : Incredible Years.
- Webster-Stratton, C., & Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems : Content, methods, and therapeutic process. Dans J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Éds), *Handbook of Parent Training* (2e éd) (pp. 98-152). New York : John Wiley & Sons.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families, problem children. Working with parents : A collaborative process*. New York : John Wiley & Sons.
- Webster-Stratton, C., & Hooven, C. (1998). Parent training for child conduct problems. Dans A. S. Bellack & M. Hersen (Éds), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp.185-219). Seattle, WA : Pergamon.

APPENDICE A

Entrevue semi-structurée sur le développement de l'enfant présentant un TDA/H

Entrevue semi-structurée sur le développement de l'enfant présentant un TDA/H (Canevas d'anamnèse)

1. Comment s'est déroulée la grossesse?
2. Comment l'accouchement s'est-il déroulé?
3. Parlez-moi du développement de votre enfant, dans la petite enfance, dans les différentes sphères suivantes :
 - la motricité
 - le langage
 - l'alimentation
 - le sommeil
 - la propreté
4. A-t-il eu des problèmes de santé physique? Si oui, lesquels?
Y a-t-il eu des hospitalisations?
5. Parlez-moi des moments marquants de son enfance.
6. Lorsque votre enfant devait se faire garder, comment réagissait-il?
7. Comment s'est déroulée l'entrée à la garderie?
8. Comment s'est-il développé au plan social?
9. De quelle façon l'entrée à l'école primaire s'est-elle passée?
10. Parlez-moi de son cheminement au plan scolaire.
11. Parlez-moi de votre famille (composition de la famille pour faire le génogramme).
Quels types de relations avez-vous avec votre enfant ?
12. Quelles sont les relations actuelles de votre enfant avec ses amis?
Avec ses collègues de classe?
Avec les enseignants?
Les membres de sa famille?
 - parents,
 - frère/sœur,
 - beaux-parents,
 - demi-frère/demi-sœur,
 - grands-parents

13. Quelles sont les principales qualités de votre enfant?
14. Quelles sont les habiletés qu'il doit développer?
15. Quels sont ses projets d'avenir? Et vous, que souhaitez-vous pour lui?
16. À quel moment les difficultés ont-elles commencé avec votre enfant?
Quelles étaient ces difficultés?
Quand a-t-il reçu le diagnostic TDAH?
Comment cela s'est-il passé?
Quelles ont été vos réactions?
Celles de votre enfant?
17. Est-ce que votre enfant prend de la médication?
Laquelle?
Quels en sont les effets?
Comment se déroule la prise de médication?
18. Quelles sont vos attentes envers le groupe de soutien?

APPENDICE B

Autorisation de communiquer des renseignements confidentiels

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

Je, soussigné(e) _____

autorise _____

Adresse _____

à faire parvenir à _____

Adresse _____

les renseignements suivants _____

ainsi qu'à échanger de l'information se rapportant à la période _____

contenue dans le dossier de _____

Nom _____

Date de naissance _____

Adresse _____

Cette autorisation demeure valable pour un an, et elle est révocable en tout temps par le soussigné ou la soussignée au moyen d'un avis écrit.

Signature du titulaire de l'autorité parentale ou de l'adolescent ou de l'adolescente

Date

APPENDICE C

Tableaux synthèses d'une entrevue semi-structurée portant sur le développement de
chaque enfant présentant un TDA/H ciblé par l'étude

Tableau 15

Résumé de l'anamnèse de l'enfant d'Yvette

Nom	Alphonse
Âge	5 ans
Situation familiale	Famille nucléaire
Fratrie	Sœur âgée de deux ans
Particularités grossesse	Nombreux maux de cœur lors du premier trimestre
Particularités périnatales	Aucune
Particularités de développement	Aucune
Problèmes de santé	Otites à répétition, chirurgie d'un jour pour avoir des tubes à l'âge de deux ans et demi.
Événements marquants	Parents ayant failli se séparer à l'été 2006
Fonctionnement garderie	Bonne adaptation jusqu'à l'âge de quatre ans. Apparition de difficultés comportementales à cet âge. Difficulté à respecter les consignes, conflits avec les pairs, bousculades.
Niveau scolaire	Maternelle
Fonctionnement scolaire	<p>Apprentissages Alphonse étant en maternelle, il est peu évalué sur ses apprentissages</p> <p>Comportement Difficultés d'adaptation; pleurs et crises le matin avant le départ pour l'école; difficultés d'attention, conflits avec les pairs, gestes de violence envers les pairs, comportements d'opposition et d'impulsivité. Difficultés à écouter et respecter les consignes.</p>
Diagnostic	TDA/H de type mixte avec impulsivité
Médication	<i>Ritalin</i> , deux fois par jour
Services d'aide reçus	Demande de service en pédopsychiatrie, en attente

Tableau 16

Résumé de l'anamnèse de l'enfant de Dalila

Nom	Samson
Âge	12 ans
Situation familiale	Mère séparée du père depuis 2000 et n'ayant pas eu d'autre conjoint par la suite. Père voyant ses enfants une fin de semaine sur deux.
Fratrie	Deux frères (22 ans et 15 ans) et une sœur (neuf ans)
Particularités grossesse	Grossesse non planifiée. Parents en processus de séparation avant l'annonce de la grossesse et choisissant de ne pas se séparer finalement. Nombreux malaises physiques chez la mère pendant plus d'un trimestre (vomissements, saignements de nez).
Particularités périnatales	Aucune
Particularités de développement	Nourrisson peu éveillé, devant être stimulé pour se nourrir suffisamment et ne pas s'endormir. Par la suite, choix alimentaires restreints, petit appétit. Enfant réservé, s'exprimant peu.
Problèmes de santé	Hospitalisation d'une durée d'une semaine à l'âge de huit ans en raison d'une infection au rein.
Événements marquants	Séparation des parents en 2000, trois déménagements dont un quand Samson avait un mois.
Fonctionnement garderie	Enfant n'ayant pas fréquenté la garderie
Niveau scolaire	6 ^e année
Fonctionnement scolaire	Apprentissages Difficultés d'apprentissage, reprise de sixième année.
	Comportement Difficultés d'attention, bon comportement. Enfant réservé au début du primaire
Diagnostic	TDA/H de type inattention prédominante
Médication	<i>Concerta</i>
Services d'aide reçus	Groupe du CLSC, « Être parent, ça s'apprend »

Tableau 17

Résumé de l'anamnèse de l'enfant de Paulette

Nom	Charlot
Âge	11 ans
Situation familiale	Famille nucléaire
Fratrie	Sœur âgée de trois ans
Particularité grossesse	Diabète de grossesse contrôlé
Particularités périnatales	Diabète non-controlé lors de l'accouchement Enfant faisant de la fièvre à la naissance
Particularités de développement	Difficultés alimentaires : enfant mangeant peu et donc les choix sont restreints Difficultés de sommeil : sommeil agité, terreurs nocturnes, somnambulisme.
Problèmes de santé	Asthme, une hospitalisation à un an de quelques jours et une autre à deux ans, de la même durée environ
Événements marquants	Aucun
Fonctionnement garderie	Bonne adaptation en bas âge, difficultés de comportement vers l'âge de trois-quatre ans (enfant colérique, manifestations d'opposition)
Niveau scolaire	5 ^e année
Fonctionnement scolaire	Apprentissages Difficultés d'apprentissage, reprise de 2 ^e année Comportement Difficultés d'attention, manque d'application à la tâche, problèmes sociaux, agitation, oubli fréquents, immaturité.
Diagnostic	TDA/H de type mixte
Médication	Ritalin, 3 fois par jour
Services d'aide reçus	Aucun

Tableau 18

Résumé de l'anamnèse du beau-fils d'Oscar

Nom	Gary
Âge	7 ans
Situation familiale	Famille recomposée. Enfant voyant son père biologique environ une fin de semaine sur deux actuellement, mais ayant été plusieurs années sans le voir, celui-ci ayant déjà fait de la prison et ayant eu des problèmes de consommation de drogues et d'alcool (père n'ayant aucun droit légal sur l'enfant).
Fratrie	Aucune
Particularité grossesse	Aucune
Particularités périnatales	Aucune
Particularités de développement	Aucune
Problèmes de santé	Aucun
Événements marquants	Trois déménagements
Fonctionnement garderie	Bonne adaptation Difficultés remarquées vers l'âge de quatre ans : difficultés d'attention et de concentration, enfant se décourageant lorsque le niveau de difficulté augmentait, lenteur d'exécution de certaines tâches (ex. : habillement)
Niveau scolaire	1re année
Fonctionnement scolaire	Apprentissages Difficulté en français. Enfant motivé et fournissant beaucoup d'efforts lors des devoirs Comportement Enfant souvent dans la lune, facilement dérangé par les bruits ambiants, ayant de la difficulté à assimiler plusieurs consignes à la fois, présentant une certaine lenteur d'exécution
Diagnostic	TDA/H de type inattention prédominante
Médication	<i>Concerta</i>
Services d'aide reçus	Aucun

Tableau 19

Résumé de l'anamnèse de l'enfant d'Ernestine

Nom	Camério
Âge	7 ans
Situation familiale	Famille nucléaire
Fratrie	Demi-sœur de 31 ans (fille de la mère et d'un ex-conjoint)
Particularité grossesse	Grossesse tardive, mais aucune complication, bonne santé de la mère
Particularités périnatales	Aucune
Particularités de développement	Petit appétit Difficultés de sommeil (enfant se réveillant à toutes les nuits en pleurant et en étant effrayé jusqu'à l'âge de cinq ans. De cinq ans à sept ans: réveils occasionnels) Énurésie nocturne
Problèmes de santé	Aucun
Événements marquants	Déménagement à l'âge de deux ans Séparation des parents à l'âge de cinq ans Réunification du couple un an plus tard
Fonctionnement garderie	En général, bon fonctionnement, mais agitation présente, difficultés d'attention, impulsivité importante, conflits avec les pairs
Niveau scolaire	2 ^e année
Fonctionnement scolaire	Apprentissages Difficultés d'apprentissage au début de la 1 ^{re} année, mais amélioration lors de l'introduction de la médication en février
	Comportement Difficultés présentes dès la maternelle : enfant se levant souvent et regardant partout, agité, inattentif, impulsif, mais améliorations remarquées en 1 ^{re} année grâce à des mesures adaptatives et à l'introduction de la médication.
Diagnostic	TDA/H mixte
Médication	<i>Concerta</i>
Services d'aide reçus	Aucun

Tableau 20

Résumé de l'anamnèse de l'enfant d'Angéline

Nom	Maurice
Âge	8 ans
Situation familiale	Famille nucléaire
Fratrie	Frère âgé de 11 ans
Particularités grossesse	Diabète de grossesse contrôlé
Particularités périnatales	Aucune
Particularités de développement	Difficultés de sommeil. Enfant ayant commencé à faire ses nuits à l'âge de deux ans et demeurant avec des craintes la nuit.
Problèmes de santé	De 0 à 2 ans : nombreuses sinusites, bronchiolites, otites. Opération d'un jour un peu avant deux ans pour subir une ablation des amygdales.
Événements marquants	Trois déménagements
Fonctionnement garderie	Bonne adaptation
Niveau scolaire	3 ^e année
Fonctionnement scolaire	Apprentissages Résultats académiques faibles en première année, mais amélioration après la prise de médication Comportement Adaptation difficile en maternelle. Enfant se cachant dans l'école, distract, ayant de la difficulté à suivre les consignes 1 ^{re} et 2 ^e année : Difficultés d'intégration, d'attention et d'organisation, comportements d'opposition, mais légères améliorations notées après la prise de médication en 1 ^{re} année (<i>Ritalin</i>) 3 ^e année : Améliorations significatives au plan comportemental grâce à un changement de médication (<i>Ritalin</i> vers <i>Concerta</i>)
Diagnostic	TDA/H de type mixte
Médication	<i>Concerta</i>
Services d'aide reçus	Groupe du CLSC « Être parent, ça s'apprend » Soutien individuel pour la mère au CLSC et suivi pour le fils

Tableau 21

Résumé de l'anamnèse de l'enfant de Béatrice

Nom	Simon-Pierre
Âge	9 ans
Situation familiale	Famille recomposée. Séparation des parents lorsque Simon-Pierre avait 13 mois. Père absent par la suite pour une durée de deux ans, puis contacts sporadiques. Enfant voyant son père présentement une fin de semaine sur deux. Mère en couple depuis quatre ans avec un autre homme
Fratrie	Demi-frère âgé de 15 ans (fils du conjoint de la mère). Présent à la maison une semaine sur deux.
Particularités grossesse	Aucune
Particularités périnatales	Aucune
Particularités de développement	Aucune
Problèmes de santé	Aucun
Événements marquants	Trois déménagements
Fonctionnement garderie	Aucun problème particulier jusqu'à l'âge de quatre ans. Apparition de difficultés sociales (conflits avec les pairs, gestes de violence envers eux), inattention, difficultés à suivre les consignes en grand groupe.
Niveau scolaire	3 ^e année
Fonctionnement scolaire	Apprentissages Difficultés d'apprentissage. Reprise de deuxième année Comportement Adaptation difficile en maternelle. Opposition, difficultés avec les pairs, non-respect des consignes. Comportements semblables en 1 ^{re} année. Amélioration à la suite d'une prise de médication à la fin de la 1 ^{re} année. Certaines difficultés au plan social demeurent.
Diagnostic	TDA/H de type mixte avec impulsivité
Médication	<i>Ritalin</i> , deux fois par jour
Services d'aide reçus	Aucun

Tableau 22

Résumé de l'anamnèse de l'enfant A de Solange

Nom	Gaston
Âge	8 ans
Situation familiale	Famille recomposée. Parents séparés en 2005 après que le père ait été soupçonné de mauvais traitements envers les enfants. Père ayant un TDA/H, un trouble de la personnalité et des traits dépressifs, voyant ses enfants de façon irrégulière. Mère ayant un nouveau conjoint depuis un an.
Fratrie	Frère âgé de 13 ans et sœur de 6 ans
Particularités grossesse	Diabète de grossesse contrôlé
Particularités périnatales	Aucune
Particularités de développement	Enfant cascadeur, agité, dormant peu et ayant de la difficulté à maintenir un horaire régulier Retard dans l'apprentissage du langage. En 2003, évaluation en orthophonie indiquant un trouble de langage touchant surtout le contenu, l'utilisation et la compréhension de façon modérée à sévère. Après plusieurs séances d'orthophonie, les difficultés se sont estompées et le retard est en voie de normalisation.
Problèmes de santé	Allergies aux protéines bovines et au soya. Nombreuses coliques en bas âge. Convulsions fébriles à l'âge de deux ans en raison d'une poussée de fièvre (enfant hospitalisé une semaine) Otites à répétition, opération d'un jour pour des tubes à l'âge de trois ans.
Événements marquants	Nombreux déménagements en raison des changements d'emploi fréquents du père Séparation des parents Décès subit de la grand-mère maternelle dans un accident d'auto alors que Gaston avait sept ans
Fonctionnement garderie	Dès l'âge de deux ans, présence de comportements d'agitation. Enfant ayant de la difficulté à suivre les consignes et inattentif.
Niveau scolaire	3 ^e année
Fonctionnement scolaire	Apprentissages Difficultés d'apprentissage

Comportement

Maternelle : Lunatique, distrait par les bruits ambients, difficultés à suivre les consignes, conflits avec les pairs, batailles, manque d'organisation, oubli fréquents

1^{ère} année : Début d'une médication. Amélioration des comportements, qui s'observe toujours en 3^e année. Cependant, l'encadrement doit être maintenu, être clair et cohérent. Certains comportements d'inattention sont encore présents.

Diagnostic	TDAH de type mixte
Médication	<i>Concerta</i>
Services d'aide reçus	Suivi psychologique au CLSC pour la mère à la suite du décès de sa mère

Tableau 23

Résumé de l'anamnèse de l'enfant B de Solange

Nom	Claudette
Âge	6 ans
Situation familiale	Famille recomposée. Parents séparés en 2005 après que le père ait été soupçonné de mauvais traitements envers les enfants. Père ayant un TDA/H, un trouble de la personnalité et des traits dépressifs, voyant ses enfants de façon irrégulière. Mère ayant un nouveau conjoint depuis un an.
Fratrie	Frères âgés de 8 et 13 ans
Particularités grossesse	Aucune
Particularités périnatales	Aucune
Particularités de développement	Aucune
Problèmes de santé	Asthme infantile : trois à quatre hospitalisations d'une durée approximative de deux jours avant l'âge de deux ans.
Événements marquants	Nombreux déménagements en raison des changements d'emploi fréquents chez le père Séparation des parents Décès subit de la grand-mère maternelle dans un accident d'auto alors que Claudette avait cinq ans
Fonctionnement garderie	Bonne adaptation
Niveau scolaire	1re année
Fonctionnement scolaire	Apprentissages Aucune particularité Comportement Maternelle : Difficultés comportementales importantes, agitation, impulsivité, fugues dans l'école, agressions physiques envers les pairs (concorde avec la séparation des parents et le décès de sa grand-mère) 1re année : Présence d'impulsivité, d'hyperactivité et manifestations d'opposition. Amélioration du comportement après la prise de médication en janvier 2007.
Diagnostic	TDA/H de type hyperactivité-impulsivité prédominante
Médication	<i>Ritalin</i> , deux fois par jour
Services d'aide reçus	Suivi psychologique à la mère au CLSC à la suite du décès de sa mère

APPENDICE D

Grille « Évaluation des ateliers »

ÉVALUATION DES ATELIERS (Gagnon, 1998)¹

NUMÉRO DE LA RENCONTRE : _____

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 1	Moyennement en désaccord 2	Moyennement d'accord 3	Tout à fait d'accord 4
<i>Contenu</i>			
1. Le thème de la rencontre est intéressant.	1	2	3
2. Les objectifs de la rencontre sont clairs.	1	2	3
<i>Moyens</i>			
3. Les activités favorisent l'apprentissage.	1	2	3
4. Le matériel (cassette vidéo, questionnaires, etc.) est intéressant.	1	2	3
5. Les discussions m'apportent beaucoup.	1	2	3
<i>Animation</i>			
6. L'animatrice favorise la participation.	1	2	3
7. L'animatrice connaît bien la matière.	1	2	3
8. Le temps disponible est bien utilisé.	1	2	3
9. Mes idées et mes sentiments sont respectés par l'animatrice.	1	2	3
<i>Climat</i>			
10. Mes idées et mes sentiments sont respectés par les autres personnes du groupe.	1	2	3
11. Je sens que je fais vraiment partie du groupe.	1	2	3
<i>Incidence</i>			
12. J'ai appris plusieurs informations utiles aujourd'hui.	1	2	3
13. Il est facile de mettre en pratique ce que j'ai vu aujourd'hui.	1	2	3
<i>Satisfaction globale</i>			
14. Globalement, je suis satisfaite de la rencontre.	1	2	3

Un sujet que j'aimerais aborder plus tard.

Autres commentaires

¹ Gagnon, A. (1998) tiré de J. Naud & F. Sinclair (2003), p.217.

APPENDICE E

Questionnaire « PEI-Parent »

PEI-Parent¹

Nom de l'enfant : _____

Nom du parent : _____

Évaluation de la formation reçue par le parent

Le but de ce questionnaire est d'obtenir votre évaluation globale des ateliers de formation que vous avez suivis. Vos réponses resteront confidentielles et ne seront pas montrées à l'animatrice des ateliers. Veuillez compléter l'échelle suivante en cochant la réponse appropriée. Répondez s'il vous plaît à toutes les questions. Le questionnaire doit être complété à la fin de la session finale de traitement. Merci pour votre collaboration. Voici deux exemples de questions et de réponses :

A. Dans quelle mesure avez-vous apprécié les lectures ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pas du tout		moyennement		beaucoup

B. Dans quelle mesure avez-vous aimé faire les exercices ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pas du tout		moyennement		beaucoup

¹ *Parent Evaluation of Parent Treatment* de Kazdin, Siegel et Bass (1992), traduit et adapté par Massé (1999).

1. Dans quelle mesure avez-vous appris pendant les rencontres ?

Pas appris du tout.

Moyennement appris.

Appris beaucoup.

2. Combien de nouvelles habiletés croyez-vous avoir maintenant comparativement à lorsque vous avez commencé le programme ?

Aucune nouvelle habileté.

Quelques nouvelles habiletés.

Beaucoup de nouvelles habiletés.

3. Dans quelle mesure avez-vous appris comment modifier les comportements de votre enfant ?

Pas appris du tout.

Moyennement appris.

Appris beaucoup.

4. Combien de nouvelles informations avez-vous apprises concernant l'éducation d'un enfant présentant un trouble de déficit d'attention/hyperactivité ?

Aucune nouvelle information.

Quelques nouvelles informations.

Plusieurs nouvelles informations.

5. Dans quelle mesure avez-vous apprécié le programme offert ?

Pas du tout apprécié.

Apprécié la moitié du temps.

Très apprécié

6. Comment anticipiez-vous les rencontres ?

Appréhendais les rencontres.

Neutre.

Attendais avec impatience.

7. Durant les rencontres, aviez-vous hâte qu'elles finissent le plus vite possible ?

Avais très hâte que ça finisse ; regardais constamment l'heure.

N'étais pas impatient, mais pas non plus déçu que ce soit terminé.

Le temps passait très vite ; déçu lorsque c'était terminé.

8. Êtes-vous content d'avoir participé au programme ?

Pas du tout content.

Ni content, ni mécontent.

Très content.

9. Les rencontres étaient-elles intéressantes ?

Très ennuyeuses.

Ni intéressantes, ni ennuyeuses.

Très intéressantes.

10. Comment était votre relation avec l'animatrice (ou l'intervenante) ?

Très mauvaise.

Correcte.

Très bonne.

11. Dans quelle mesure l'animatrice comprenait-elle vos sentiments et les problèmes vécus avec votre enfant ?

Ne comprenait pas du tout.

Comprenait assez bien.

Était très empathique
(comprenait beaucoup).

12. Dans quelle mesure pensez-vous que vous pouvez utiliser et appliquer ce que vous avez appris avec votre enfant concernant la gestion de la vie quotidienne ?

Pas du tout capable d'utiliser.

Capable de les utiliser la
moitié du temps.

Capable de les utiliser ou de
les appliquer très souvent.

13. Dans quelle mesure êtes-vous capable d'utiliser avec votre enfant ce que vous avez appris concernant la gestion des comportements ?

Cas du tout capable d'utiliser.

Capable de les utiliser un peu.

Très capable de les utiliser.

14. Ce que vous avez appris a-t-il changé votre façon de réagir avec votre enfant ?

Pas du tout.

Un peu changé.

Très changé.

15. Réagissez-vous maintenant différemment par rapport aux problèmes rencontrés avec votre enfant comparativement à lorsque vous avez commencé le programme ?

<input type="checkbox"/>				
Non.		Un peu.		Très différemment.

16. Est-ce que votre enfant est maintenant plus capable de se comporter correctement ?

<input type="checkbox"/>				
Non.		Un peu plus capable.		Beaucoup plus capable.

17. Dans quelle mesure votre enfant a-t-il changé en réponse à ce que vous avez appris dans le programme ?

<input type="checkbox"/>				
Aucun changement.		Quelques changements.		Beaucoup de changements.

18. Dans quelle mesure votre enfant s'est-il amélioré ?

<input type="checkbox"/>				
Pas du tout.		Modérément.		Beaucoup.

19. Quelle est votre évaluation globale du programme en tenant compte de tous ses aspects ?

<input type="checkbox"/>				
Très mauvais programme.		Bon programme.		Programme excellent.

20. Veuillez noter s'il vous plaît tout autre commentaire que vous aimeriez ajouter.

Merci de votre collaboration

APPENDICE F

Entrevue semi-structurée portant sur l'évaluation du programme

ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE PORTANT SUR L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

(Canevas d'entrevue, Bernier, 2007)

(pour chaque question où on demande un niveau de satisfaction ou d'évolution¹, on donnera au parent un « thermomètre » de satisfaction gradué de 0 à 10 où 10 représente le niveau le plus élevé de satisfaction)

1. Quelles étaient vos attentes avant le début du groupe?
2. Parlez-moi de votre niveau de satisfaction quant à l'animation du groupe?
 - Qu'est-ce que vous avez apprécié?
 - Qu'y aurait-il à améliorer?
3. Quel est votre niveau de satisfaction quant au contenu et aux thèmes abordés dans le programme?
 - Qu'est-ce que vous avez apprécié?
 - Quels thèmes ont été les plus pertinents pour vous?
 - Qu'est-ce qui serait à améliorer selon vous?
 - Est-ce qu'il y a des thèmes que vous auriez aimé discuter dans le groupe et dont il n'a pas été question?
4. Comment avez-vous trouvé la dynamique dans le groupe?
5. Quel est votre niveau de satisfaction quant au matériel qui vous a été remis (documents)? Est-ce que vous trouvez que c'est utile? Qu'est-ce qui serait à améliorer?
6. Est-ce que vous êtes satisfait de la durée des rencontres? Du nombre de rencontres? Du moment où avait lieu les rencontres?
7. Est-ce que le local était approprié?
8. Est-ce que vous avez apprécié le travail des deux animatrices? Expliquer pourquoi...
9. En général, est-ce que vous avez apprécié participer au groupe? Expliquez davantage...
10. Est-ce qu'il y a des moyens ou des trucs appris grâce au programme que vous avez utilisés dans votre quotidien?
 - a. Si oui, lesquels?

¹ Questions 2 à 13 inclusivement

- b. Si non, pourquoi? Quels sont les facteurs qui ont fait en sorte que vous n'avez pas mis en place les moyens proposés?
11. Est-ce que vous avez l'impression que votre participation au groupe vous a aidé dans le quotidien avec votre enfant? Expliquez davantage...
12. Avez-vous remarqué certains changements dans votre attitude ou votre comportement dans votre rôle de parent pour votre enfant depuis la participation au groupe?
13. Avez-vous remarqué certains changements dans votre attitude ou votre comportement dans votre rôle de parent pour vos autres enfants depuis la participation au groupe?
14. Avez-vous remarqué des changements de comportement chez votre enfant depuis que vous avez participé au groupe?
15. Est-ce que vous recommanderiez à d'autres parents ayant des enfants présentant un TDAH de participer à ce type de groupe? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi?

APPENDICE G

Formulaire de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AU PROJET SUR L'ÉVALUATION D'UN GROUPE DE SOUTIEN POUR PARENTS D'ENFANT(S) PRÉSENTANT UN DÉFICIT D'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ

Informations générales

Catherine Bernier, psychologue et interne en psychologie à l'école secondaire de l'Horizon de la Commission scolaire des Navigateurs, doit réaliser une recherche dans le but d'obtenir son diplôme de doctorat en psychologie, profil intervention. Elle fera une étude visant à évaluer l'implantation d'un groupe de soutien en milieu scolaire pour les parents ayant un ou des enfants présentant un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Cette recherche sera supervisée par Madame Colette Jourdan-Ionescu, professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les parents participants au groupe de soutien et ayant un enfant présentant un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité sont invités à collaborer à cette recherche.

La participation à cette recherche implique de la part du parent :

- D'accepter de participer à la recherche après explication de ce qu'implique leur consentement;
- De participer à une rencontre d'environ deux heures avant le début du groupe de soutien, où une entrevue semi-structurée (anamnèse) sera réalisée.
- De compléter des questionnaires portant sur le niveau de stress parental et les comportements de leur enfant lors de la première rencontre.
- D'accepter la présence de Catherine Bernier pendant les rencontres du groupe qui agira à titre d'observatrice;
- De participer à une rencontre-bilan d'environ une heure trente à la fin du projet pour réaliser l'évaluation du programme et compléter quelques questionnaires.
- D'accepter de donner un accord écrit pour que les deux rencontres décrites précédemment soient enregistrées sur magnétophone pour fin de recherche.

Confidentialité des données

Les informations recueillies lors de ce projet seront traitées de façon strictement confidentielle. Seules les personnes impliquées directement dans la recherche, soient Catherine Bernier et Madame Colette Jourdan-Ionescu, auront accès aux données.

- Afin de s'assurer que l'anonymat des participants sera respecté, chacun des parents devra se choisir un prénom fictif. De plus, les questionnaires seront numérotés. Une seule liste de correspondance entre les pseudonymes, les numéros et les véritables noms existera et elle sera conservée dans un classeur fermé à clé dans le bureau de Catherine Bernier à l'école secondaire de l'Horizon.
- Dans la publication finale de la recherche, tout détail personnel ou familial permettant d'identifier les parents ou leurs enfants sera enlevé.
- Les enregistrements sur magnétophone seront détruits dès la fin de la recherche.
- Un retour aux conceptrices du programme sera effectué pour leur faire part de l'évaluation du programme puis des effets et impacts de celui-ci. La confidentialité sera également assurée lors de ce retour et des recommandations globales qui seront données.

Destruction des données

Après la dernière rencontre avec chacun des parents participant à la recherche, un long travail d'analyse des données et d'écriture de l'essai débutera. L'ensemble des données et questionnaires recueillis pour cette recherche seront détruits après le dépôt final de l'essai et la publication d'un article scientifique. Il est réaliste de penser que l'ensemble de ce travail sera terminé en décembre 2008.

Risques

Un léger risque de stress et de fatigue est possible pour les participants à la recherche étant donné les deux rencontres supplémentaires auxquelles ils devront participer. Un horaire flexible sera proposé aux parents pour atténuer ce risque. De plus, il est possible que l'entrevue clinique provoque un certain inconfort en lien avec des souvenirs négatifs personnels ou familiaux. Dans ce cas, il est important de souligner tout malaise à la chercheure. Elle a prévu des mesures afin de minimiser ces effets.

Droit au retrait

Le participant au projet de recherche a le droit de se retirer à tout moment en avisant la chercheure responsable du projet, Catherine Bernier. Aucune justification ne sera demandée suite à cette décision et aucun préjudice ne sera subi.

Informations complémentaires

- Il est possible que des informations venant d'autres intervenants soient nécessaires. Si tel est le cas, les autorisations vous seront demandées en temps et lieux.
- Aucune rémunération ne sera versée pour votre participation à ce projet.

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro de CER-06-117-06.06 a été émis le 18 décembre 2006. Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Fabiola Gagnon, par téléphone au (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique Fabiola.Gagnon@uqtr.ca

Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires à propos du projet de recherche, vous pouvez contacter la responsable du projet, Catherine Bernier, par téléphone au (418) 834-2320 ou par courrier électronique à catherine.bernier@uqtr.ca

CONSENTEMENT DU PARENT

Je, _____ (prénom et nom du parent), reconnaiss avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche *Évaluation d'un groupe de soutien pour parents d'enfant (s) présentant un déficit d'attention/hyperactivité*. Je comprends ce qu'implique ma participation au projet. Je comprends également que je peux me retirer de la recherche à tout moment et que l'ensemble de l'information recueillie sera confidentielle et servira uniquement à des fins de recherche. C'est en toute connaissance et liberté que je consens.

Signature du parent

Date

ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANTE ET DE LA DIRECTRICE DE RECHERCHE

Je, _____, psychologue et étudiante au doctorat en psychologie, sous la direction de Mme _____ Colette Jourdan-Ionescu_____, m'engage à mener la présente recherche de façon professionnelle, en respectant les règles d'éthique reliées à la recherche en psychologie. Je m'engage également à respecter l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. De plus, je m'engage à fournir aux participants tout le support permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Catherine Bernier

Psychologue et interne en psychologie

Date

Colette Jourdan-Ionescu, directrice de l'essai
Professeur à l'Université du Québec à
Trois-Rivières

Date