

Université de Montréal

**Le rôle de l'engagement et de l'assiduité dans un programme d'amélioration des
habiletés d'organisation d'enfants ayant un TDA/H**

par Catherine Brien

École de psychoéducation, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de M. Sc.
en psychoéducation option mémoire et stage

Août 2017

© Catherine Brien, 2017

Résumé

Les enfants ayant un trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) présentent des difficultés au niveau de l'organisation du temps et de l'espace, de la planification et des stratégies d'étude (OTEPE). Dans le but d'améliorer les habiletés d'OTEPE, de nombreux programmes ont été mis de l'avant et ont montré des résultats prometteurs. Le projet TRANSITION (Normandeau et al., 2012) s'est avéré efficace dans l'amélioration des habiletés d'OTEPE des jeunes. Au-delà de l'évaluation des résultats de programmes d'intervention, il importe d'identifier les variables qui peuvent en influencer l'efficacité, notamment l'assiduité et l'engagement. Jusqu'à présent, les travaux ont montré qu'une hausse du niveau d'assiduité et/ou d'engagement était associée à une plus grande efficacité de l'intervention (La Greca, Silverman et Lochman, 2009; Nix, Bierman et McMahon, 2009; Nock et Kazdin, 2005). Pour cette recherche, nous avons étudié dans quelle mesure l'assiduité et l'engagement des parents et des enfants, lors des rencontres de groupe et de mentorat du projet TRANSITION, sont liés à l'amélioration des habiletés d'OTEPE des enfants à la fin du secondaire 1. Des analyses corrélationnelles ont testé le lien direct de l'assiduité ou de l'engagement avec l'amélioration des habiletés d'OTEPE. Des analyses de régression multiple ont permis de vérifier l'effet additif de l'assiduité et de l'engagement sur l'amélioration des habiletés d'OTEPE. Peu de résultats significatifs ont été observés, ceux-ci se limitant surtout à des liens bénéfiques entre l'assiduité aux rencontres de mentorat et l'amélioration de l'habileté d'organisation de l'espace des enfants. Vu l'assiduité et l'engagement élevés des participants au projet TRANSITION, ces résultats étonnent peu. Toutefois, il ne faut pas sous-estimer l'importance des moyens mis en place pour favoriser l'assiduité et l'engagement des participants et ainsi favoriser l'amélioration des habiletés d'OTEPE.

Mots-clés : Assiduité, engagement, trouble déficitaire de l'attention, habiletés d'organisation, projet TRANSITION.

Abstract

Children with Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) have difficulties with organization, time management, and planning (OTMP). In order to improve OTMP skills, many programs have been developed and have shown promising results. The TRANSITION project (Normandeau et al., 2012) proved to be effective in improving OTMP skills of children in transition between Grade 6 and Grade 7. It is important to search for variables that influence the efficacy intervention programs, including attendance and engagement. Studies have shown that increased attendance and/or engagement are associated with greater intervention efficacy (La Greca, Silverman and Lochman, 2009, Nix, Bierman and McMahon, Nock and Kazdin, 2005). For this research, we examined the extent to which attendance and engagement of parents and children in the TRANSITION project, including group meetings and mentoring meetings, were linked to the enhancement of children's OTMP skills at the end of Grade 7. Correlational analyzes tested the link between attendance or engagement and improvement of OTMP skills. Multiple regression analyzes verified the additive effect of attendance and engagement on the improvement of OTMP skills. Few significant results have been observed in this research, these being limited mainly to favourable links between attendance at mentoring meetings and improvement of children's organization of their workspace. Given the high attendance and engagement of parents and children in the TRANSITION project, these results are not surprising. However, we cannot underestimate the importance of the techniques and methods used to promote high attendance and engagement of the participants and their effects on the improvement of OTMP skills.

Key words: Attention-deficit/hyperactivity disorder, attendance, engagement, organization, OTMP, TRANSITION project.

Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des abréviations.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
Le TDA/H chez les enfants et les adolescents.....	2
Les habiletés d'organisation, la métacognition et les fonctions exécutives.....	4
Les interventions visant le développement des habiletés d'OTEPE.....	5
Abikoff et al. (2013).	6
Langberg et al. (2008).....	8
Evans et al. (2016).	9
Normandeau et al. (2015, octobre).	10
Forces et limites des études.	11
Rôle de l'assiduité et de l'engagement en regard de l'efficacité des interventions.....	12
L'assiduité.....	14
L'engagement.	16
Questions de recherches et hypothèses.....	18
Méthode.....	20
Participants.....	20
Procédure et déroulement de la recherche.....	22
Sélection des participants.....	22

Intervention	22
Instruments de mesure	24
Évaluation diagnostique du TDA/H du jeune	24
Évaluation de l'assiduité et de l'engagement	25
Évaluation des habiletés d'OTEPE des enfants	27
Stratégies analytiques et devis	29
Résultats	30
Lien entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE	32
Lien additif de l'assiduité et de l'engagement	33
Analyses exploratoires	33
Le rôle modérateur de l'engagement.	33
Le sexe des enfants et leur sous-type de TDA/H.....	35
Discussion	41
Le rôle de l'engagement et de l'assiduité sur l'amélioration des habiletés d'OTEPE.....	41
Le sexe des enfants et leur sous-type de TDA/H.....	45
Les forces et les limites de l'étude	47
Références.....	51
Annexe 1 : Modèle théorique de l'assiduité et de l'engagement selon Berkel et al. (2011)	55
Annexe 2 : Résumé des activités de groupe et de mentorat du projet TRANSITION	56
Annexe 3 : Tableaux de corrélations	59

Liste des tableaux

Tableau 1 <i>Caractéristiques descriptives de l'échantillon final</i>	21
Tableau 2 <i>Résumé des variables utilisées pour les analyses</i>	27
Tableau 3 <i>Moyennes et écarts-types de l'assiduité et de l'engagement des parents et des enfants</i>	30
Tableau 4 <i>Moyennes et écarts-types de l'amélioration des habiletés d'OTEPE des enfants, tels qu'évalués par le bilan d'organisation</i>	31
Tableau 5 <i>Corrélations entre l'assiduité ou l'engagement des enfants et des parents et l'amélioration des habiletés d'OTEPE</i>	32
Tableau 6 <i>Combinaisons des variables d'assiduité, d'engagement et d'habiletés d'OTEPE possibles pour les analyses de modération</i>	34
Tableau 7 <i>Moyennes et écarts-types d'amélioration des habiletés d'OTEPE selon le sexe et le sous-type TDA/H de l'enfant</i>	36
Tableau 8 <i>Moyennes et écarts-types de l'assiduité et de l'engagement des enfants selon leur sexe ou leur sous-type de TDA/H</i>	37
Tableau 9 <i>Corrélation entre l'assiduité ou l'engagement des garçons et des filles et leur amélioration au niveau des habiletés d'OTEPE</i>	38
Tableau 10 <i>Corrélation entre l'assiduité ou l'engagement des enfants selon leur sous-type de TDA/H et leur amélioration au niveau des habiletés d'OTEPE</i>	39
Tableau 11 <i>Corrélations entre les variables prédictives utilisées pour les parents et les enfants</i>	59
Tableau 12 <i>Corrélations entre les trois variables évaluant l'amélioration des habiletés d'OTEPE</i>	60

Liste des abréviations

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder
CC Community Care
CHP-AS Challenging Horizons Program–after school version
CHP-M Challenging Horizons Program–mentoring version
CIM-10 La classification internationale des maladies (version 10)
DISC IV Diagnostic Interview Schedule for Children (version IV)
DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (version 5)
DSM–IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (version IV)
E.T. Écart-type
GAF Global assessment of functioning
OE Organisation de l’espace
OST Organizational skills training
OTEPE Organisation du temps et de l'espace, de la planification et des stratégies d'étude
OTSÉ Organisation du temps - Stratégies d'étude
PATHKO Parents and teachers helping kids organize
TDA/H Trouble de déficit d’attention avec ou sans hyperactivité
VD Variable dépendante
WISC Weschler Intelligence Scale for Children

Remerciements

Après de nombreuses journées passées à travailler sur ce mémoire, je suis fière du travail accompli. La route aura été parfois ardue, mais j'en ressors grandie et contente de moi. Choisir de faire mon parcours de maîtrise avec mémoire et stage était un défi que je m'étais fixé et je peux enfin dire que ce défi, je l'ai réalisé.

Un merci particulier à madame Sylvie Normandeau qui, dès notre première rencontre, a accepté de m'accompagner lors des deux dernières années. Le projet TRANSITION, même si je ne l'ai vu qu'à travers des résultats déjà recueillis, m'a permis de développer mon savoir autant en recherche qu'en intervention.

Je souhaite également remercier ma famille qui a toujours cru en mes capacités à réussir. Depuis mon jeune âge, j'ai toujours su que je voulais travailler en intervention et mes parents m'ont toujours encouragée à m'engager dans cette voie. Je les remercie de m'avoir supportée toutes ces années, vous êtes des parents fantastiques.

J'ai également plusieurs amies à qui je voudrais dire un gros merci. Isabelle, merci de m'avoir aidée à comprendre les statistiques quand mon cerveau était à «off», merci de m'avoir dit de ne pas lâcher quand j'étais à bout! Après tous ces efforts, je suis pas mal fière de nous et surtout pas mal fière de toi, tu m'inspires beaucoup!

Émilie et Mia-Kim, merci pour nos soupers Amir où je pouvais oublier pendant deux ou trois heures que j'avais un horaire surchargé, vous m'avez aidée à décrocher mieux que quiconque. Geneviève, merci pour ton énergie et ton enthousiasme, tes potins étaient une source inépuisable de plaisir.

Merci à vous tous, merci à l'école de psychoéducation de m'avoir donné ma chance, je peux maintenant dire que je vais avoir la chance d'exercer un métier qui me passionne pour de nombreuses années à venir!

Introduction

Le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) affecte les enfants et les adolescents dans plusieurs sphères de leur vie, par exemple au point de vue scolaire, social et familial. Les enfants ayant un TDA/H sont aussi plus susceptibles de présenter des difficultés au niveau des habiletés d'organisation du temps et de l'espace, de la planification et des stratégies d'étude (OTEPE) (Abikoff et al., 2013; Barkley, 2009). Ces habiletés sont essentielles dans les situations d'apprentissage, notamment à l'école, et des difficultés au plan des habiletés d'OTEPE peuvent avoir une influence sur le fonctionnement et le rendement scolaires des enfants (Abikoff et al., 2013). Pour les enfants ayant un TDA/H, la transition primaire/secondaire peut être plus ardue, car elle suppose l'intégration dans un milieu qui sollicite davantage la capacité des jeunes à s'organiser de façon autonome (être à l'heure au cours, planifier le matériel nécessaire pour chaque classe) et à planifier des activités à plus long terme (Evans et al., 2009). En lien avec l'amélioration des habiletés d'OTEPE, de nombreux programmes d'intervention se sont avérés prometteurs, parmi eux le projet TRANSITION, dont il question dans ce projet de mémoire (Normandeau, Hechtman, Girard-Lapointe et Allard, 2015).

Cependant, au-delà de la simple observation des résultats d'une intervention, il est important d'étudier les variables qui peuvent influencer l'obtention de ces résultats. Parmi ces variables se trouvent notamment l'assiduité (quantité de présences) et l'engagement des participants (qualité de la participation). Le projet de mémoire répondra à la question suivante : Dans quelle mesure l'assiduité et l'engagement des participants au projet TRANSITION sont-ils liés à l'efficacité de cette intervention? Afin de répondre à cette question, un bref survol des caractéristiques du TDA/H chez les enfants et les adolescents permettra de spécifier l'impact du TDA/H sur les habiletés d'OTEPE. Une section présentant les études d'intervention ayant spécifiquement ciblé les habiletés d'OTEPE mettra en évidence leur efficacité, avec leurs forces et faiblesses. L'explication des variables pouvant influencer l'efficacité de ces interventions, telles que l'assiduité et l'engagement, sera ensuite abordée. La formulation des hypothèses de recherche, en lien avec le projet TRANSITION et les variables d'assiduité et d'engagement, la méthodologie utilisée ainsi que les résultats associés seront présentés, pour terminer avec une discussion expliquant ces résultats.

Contexte théorique

Le TDA/H chez les enfants et les adolescents

Le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) affecte de nombreux enfants et adolescents, sa prévalence étant de 5 % selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Le diagnostic de TDA/H comporte trois distinctions possibles : une présentation du trouble avec (a) prédominance des comportements inattentifs, (b) prédominance des comportements hyperactifs et impulsifs, et (c) présentation combinée ou mixte (critères d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité rencontrés) (American Psychiatric Association, 2013). L'inattention est caractérisée, entre autres, par des difficultés à rester concentré sur une tâche, par un manque de persévérance ainsi que par une difficulté à s'organiser (American Psychiatric Association, 2013). L'hyperactivité renvoie au besoin physique de l'enfant de bouger alors que le moment est inapproprié, tandis que l'impulsivité est liée à la difficulté de réfléchir aux conséquences à long terme de ses actes (American Psychiatric Association, 2013). Au niveau de la prévalence, au moins deux fois plus de garçons que de filles recevront le diagnostic au cours de leur vie. Également, les filles auront plus fréquemment un diagnostic avec prédominance des comportements inattentifs (American Psychiatric Association, 2013). Le TDA/H présente une forte comorbidité avec plusieurs autres problématiques, notamment avec le trouble d'opposition, le trouble des conduites et les troubles d'anxiété et dépressifs (American Psychiatric Association, 2013). Le TDA/H est aussi fréquemment associé avec différents troubles d'apprentissage, tel que la dyslexie, la dysorthographe ou la dyscalculie (Brook et Boaz, 2005).

Dans de nombreux contextes de vie, les enfants et adolescents ayant un TDA/H font face à plusieurs difficultés, telles qu'un faible auto-contrôle de leurs émotions, plus particulièrement de la frustration et de la colère (Barkley, 2006). Ces enfants et adolescents présenteraient également une plus faible estime d'eux-mêmes en ce qui a trait, par exemple, aux capacités qu'ils croient avoir pour réussir ce qu'ils entreprennent (Klimkeit et al., 2006). De plus, il a été démontré que les enfants et adolescents ayant un diagnostic de TDA/H ont plus de difficulté à partager, à coopérer et à garder active une conversation avec les pairs, car ils appliquent mal le processus de tour de parole (Barkley, 2006). Dans les contextes sociaux, ils sont parfois dérangeants, intrusifs et font souvent office de « clowns » de la classe

(Barkley, 2006). Ces conséquences sociales du TDA/H sont susceptibles de contribuer au rejet par les pairs (Meltzer, Gatward, Goodman et Ford, 2003) observé chez les jeunes ayant ce diagnostic et à une plus forte probabilité d'affiliation à des pairs déviants (Barkley, 2006).

Dans leur revue de la littérature, Loe et Feldman (2007) identifient qu'au point de vue scolaire, les enfants ayant un TDA/H ont généralement des résultats plus faibles et vivent moins de réussites à l'école. Plus précisément, ils ont des scores généralement plus bas en lecture et en arithmétique et doivent recevoir plus de services spécialisés (classes spécialisées, services de tutorat, etc.). Cependant, avec l'ajout d'une médication appropriée, les jeunes ayant un TDA/H s'améliorent significativement en ce qui a trait à leur productivité scolaire, telle que mesurée par : (a) une amélioration dans la qualité de la prise de note de cours, (b) de meilleurs résultats dans les tests en classe et (c) la complétion des devoirs (Evans et al., 2001). Cela laisse supposer que ces jeunes ont des performances scolaires inférieures à leurs capacités réelles. Comparés à un groupe normatif, les enfants ayant un TDA/H sont également plus souvent renvoyés ou suspendus de l'école et sont plus à risque de redoubler une année scolaire (Loe et Feldman, 2007). À l'adolescence, ils sont plus souvent absents ou en retard à leurs cours et sont huit fois plus à risque de décrochage scolaire (Kent et al., 2011). Leurs enseignants rapportent que ces adolescents complètent et remettent un plus faible pourcentage de devoirs scolaires et ne semblent pas travailler pour atteindre leur plein potentiel (Kent et al., 2011). Les difficultés scolaires des adolescents ayant un TDA/H et ayant été diagnostiqués à l'enfance sont donc présentes tout au long de leur parcours scolaire et posent toujours de nombreuses difficultés à la fin du secondaire.

De nombreuses études rapportent également les comportements à risque des adolescents ayant un TDA/H. En effet, ces adolescents sont plus nombreux à faire usage de nicotine et à abuser de substances psychoactives, en comparaison à un groupe contrôle (Groenman et al., 2013). Ces adolescents sont plus fréquemment ivres et ont un risque accru de développer une dépendance à l'alcool entre l'âge de 15 et 17 ans (Molina, Pelham, Gnagy, Thompson et Marshal, 2007). Au point de vue sexuel, les adolescents ayant un TDA/H ont une plus forte probabilité de s'engager dans des relations sexuelles plus tôt et sans nécessairement utiliser des méthodes de contraception (Barkley, 2006).

Toutes ces difficultés ont un impact dans la vie des jeunes, mais également dans la vie de leurs parents et leur famille. Johnston et Mash (2001) soulignent d'ailleurs que la présence d'un enfant ayant un TDA/H dans la famille peut contribuer à une augmentation des conflits familiaux et maritaux. Il est également important de spécifier que les parents d'enfants ayant un TDA/H sont plus enclins à utiliser des méthodes disciplinaires sévères et à offrir moins de soutien à leur enfant (Khamis, 2006). Ainsi, il est essentiel de travailler à l'amélioration des comportements de l'enfant, mais également d'outiller les parents pour favoriser cette amélioration.

Les habiletés d'organisation, la métacognition et les fonctions exécutives

Plusieurs impacts liés au diagnostic du TDA/H au niveau émotionnel, social, scolaire et comportemental chez les enfants et les adolescents ont été présentés. Selon Abikoff et al. (2013), les difficultés au niveau des habiletés d'OTEPE sont une caractéristique prédominante du TDA/H. Les habiletés d'OTEPE s'apparentent aux fonctions exécutives ou aux habiletés métacognitives. Selon Brown (1987), la métacognition peut être définie comme les connaissances que nous avons de notre fonctionnement cognitif ainsi que le contrôle que nous exerçons sur ce fonctionnement. En lien avec le fonctionnement cognitif, Barkley (2015) ajoute que le TDA/H est un trouble de déficit des fonctions exécutives (*Executive function deficit disorder*). Il définit les fonctions exécutives comme étant des types de comportements (visibles ou non) dans lesquels nous nous engageons dans un but d'autorégulation. Un acte exécutif est donc une action prise par un individu permettant d'une part de modifier son comportement et ainsi les conséquences qui en découlent, et d'autre part de se coordonner avec son environnement changeant. L'inhibition, l'utilisation de la mémoire de travail, la planification, l'organisation, le contrôle émotionnel sont des fonctions exécutives faisant défaut chez l'enfant et l'adolescent ayant un TDA/H (Barkley, 2015).

Les habiletés d'OTEPE réfèrent à l'habileté d'une personne à planifier des actions complexes dans le but de compléter une tâche ou un travail (Abikoff et al., 2009). Pour ce faire, il est essentiel d'organiser le matériel et l'espace nécessaires et de développer un horaire prenant en compte les échéances des différentes tâches. La mise en place d'un horaire permet également d'établir des priorités et de se remémorer les tâches à accomplir (Abikoff et al.,

2009). Ainsi, les habiletés d'OTEPE sont essentielles à l'apprentissage scolaire. Les difficultés dans les habiletés d'OTEPE au niveau scolaire se traduisent souvent, à l'enfance, par la perte ou encore l'oubli de matériel ainsi que l'inhabileté à prendre en notes ses devoirs et leur échéance (Power, Werba, Watkins, Angelucci et Eiraldi, 2006). Pour les adolescents, qui sont maintenant au secondaire, les demandes à l'égard des habiletés d'OTEPE augmentent (Evans et al., 2009). En effet, les enseignants s'attendent à plus d'autonomie de la part des étudiants, notamment pour des projets scolaires qui s'échelonnent à plus long terme et pour la remise de travaux dans des matières scolaires différentes et pour des professeurs différents. Cela ajoute des difficultés supplémentaires aux adolescents atteints d'un TDA/H, qui vivent déjà de grandes difficultés (Evans et al., 2009). Ainsi, un déficit au niveau des habiletés d'OTEPE constitue un facteur de risque important à l'engagement scolaire du jeune, son apprentissage scolaire et sa réussite scolaire (Abikoff et al., 2013).

Kipfer, Hessels-Schlatter et Berger (2009), après avoir effectué une revue de la littérature, mentionnent que le fonctionnement cognitif, le fonctionnement métacognitif, mais également les variables motivationnelles déterminent les capacités d'apprentissage du jeune. En lien avec cela, Abikoff et al. (2013) soulignent que les difficultés des enfants ayant un TDA/H à utiliser correctement leurs habiletés d'OTEPE peuvent être liées, entre autres, à un manque de motivation à exécuter une tâche, ce qui amène l'enfant à éviter cette tâche. Ce manque de motivation serait lui aussi lié aux fonctions exécutives déficientes et à la difficulté du jeune ayant un TDA/H non pas de savoir quoi faire, mais de faire ce qu'il sait (Barkley, 2006). La métacognition et les fonctions exécutives prises sous l'angle des habiletés d'OTEPE dans le contexte des apprentissages scolaires doivent donc être prises en considération dans le cadre d'une intervention auprès d'enfants ayant un TDA/H et de leurs parents.

Les interventions visant le développement des habiletés d'OTEPE

Récemment, des programmes d'intervention ont été développés afin d'améliorer spécifiquement les habiletés d'OTEPE chez les enfants ayant un TDA/H. Certaines de ces interventions se sont avérées fructueuses, alors que d'autres ont obtenu des résultats beaucoup plus modestes. Afin de sélectionner les interventions à présenter, quatre groupes de mots-clés ont été insérés dans le moteur de recherche PsychInfo soit : (a) *organizati** (*abstract*), (b)

attention deficit OR ADHD (title), (c) child OR adolescen* OR studen* (title) et (d) intervention OR program OR trial (title).* Le but était d'identifier les interventions les plus pertinentes en lien avec les habiletés d'OTEPE et le diagnostic de TDA/H chez les enfants et les adolescents. De cette recherche, 22 résultats ont été obtenus, dont 15 articles de journaux scientifiques. De ces 15 articles, les études d'Abikoff et al. (2013), de Langberg, Epstein, Urbanowicz, Simon et Graham (2008) et d'Evans et al. (2016) sont celles qui portent spécifiquement sur l'amélioration des habiletés d'organisation chez les enfants et adolescents ayant un TDA/H. Ce sont donc ces études qui ont été retenues pour être présentées plus spécifiquement dans cette section.

Abikoff et al. (2013). Lors d'une intervention axée spécifiquement sur l'apprentissage des habiletés d'OTEPE, Abikoff et al. (2013) ont comparé : (a) un groupe contrôle (n = 36), (b) un groupe d'enfants ayant un TDA/H recevant un entraînement aux habiletés d'OTEPE (OST, n = 72), et (c) un groupe de parents et d'enseignants recevant principalement des outils pour soutenir l'apprentissage des habiletés d'OTEPE des enfants (PATHKO, n = 72). Les enfants sont âgés entre 8 et 11 ans et ont tous un diagnostic de TDA/H, avec 56 % d'entre eux ayant le sous-type d'inattention prédominante. L'intervention s'échelonne sur 20 séances d'une heure, deux fois par semaine. L'assiduité aux rencontres est élevée, avec une moyenne de 19,80 rencontres (*É.T.* = 0,70) pour le groupe OST et de 19,75 rencontres (*É.T.* = 0,85) pour le groupe PATHKO. L'intervention OST vise à accroître les habiletés des enfants à organiser leur matériel, à gérer leur temps et à bien planifier la remise de leurs travaux et le contenu de ceux-ci. Afin d'atteindre ces objectifs, divers outils et méthodes sont utilisés et enseignés tels que : (a) l'utilisation d'un agenda, (b) l'utilisation d'un cartable bien ordonné, (c) la création de listes de rappels et (d) la fragmentation en étapes des différentes tâches de rédaction des devoirs. Les parents et enseignants ne sont que brièvement inclus dans l'intervention OST. L'intervention PATHKO, quant à elle, forme les parents et les enseignants à trouver des buts individualisés et adaptés aux capacités et aux besoins de l'enfant en lien avec ses habiletés d'OTEPE. Cette intervention met aussi l'accent sur l'importance de récompenser l'enfant lorsque celui-ci atteint le but fixé, ou à le motiver et l'encourager lorsque le but n'a pas été atteint. Ici, les enfants ne sont que brièvement inclus dans l'intervention.

Au post-test, lorsque le groupe OST et le groupe contrôle sont comparés, une amélioration significative au niveau des habiletés d'OTEPE pour le groupe OST est décelée selon l'évaluation des parents et des enseignants, avec une taille d'effet élevée. L'autoévaluation des enfants indique également une amélioration significative du groupe OST, avec une taille d'effet moyenne. Lorsque le groupe PATHKO est comparé au groupe contrôle, une amélioration significative au niveau des habiletés d'OTEPE pour le groupe PATHKO est également observée, toujours selon les parents et les enseignants, avec une taille d'effet élevée. Toutefois, l'autoévaluation des enfants ne met pas en évidence aucune différence significative. Finalement, la comparaison entre le groupe OST et le groupe PATHKO indique une différence significative au niveau de l'évaluation des parents, avec une taille d'effet moyenne. Les parents du groupe OST rapportent une plus grande amélioration des habiletés d'OTEPE comparativement aux enfants du groupe PATHKO. Toutefois, l'évaluation des enseignants et l'autoévaluation des enfants ne montrent aucune différence significative. Les résultats indiquent également une amélioration significative au niveau des performances scolaires (taille d'effet moyenne), des problèmes au niveau des devoirs (taille d'effet élevée), de l'environnement familial (taille d'effet moyenne) et des conflits au sein de la famille (taille d'effet élevée) chez les enfants des groupes OST et PATHKO en comparaison au groupe contrôle.

Un *follow-up* a également été réalisé avec les enfants du groupe OST et du groupe PATHKO entre 7 à 12 mois après la fin de l'intervention. Entre le post-test et le *follow-up*, les problèmes au niveau des devoirs chez les enfants du groupe OST sont inchangés alors que chez les enfants du groupe PATHKO, une augmentation significative des problèmes au niveau des devoirs est observée. En lien avec les résultats du traitement, les parents des enfants du groupe OST continuent de rapporter une amélioration plus grande des habiletés d'OTEPE que les parents du groupe PATHKO. Finalement, pour ce qui est de l'évaluation des habiletés d'OTEPE par les enseignants, des performances scolaires de l'enfant, des conflits au sein de la famille et de l'environnement familial, les résultats obtenus au post-test sont maintenus au *follow-up* pour les groupes OST et PATHKO.

Cette étude souligne l'importance d'intervenir directement auprès des enfants. Bien qu'au post-test les résultats obtenus montrent des résultats semblables entre les groupes OST et PATHKO, avec une plus grande amélioration au niveau des habiletés d'OTEPE chez les enfants du groupe OST, la détérioration significative dans la complétion des devoirs rapportée par les parents du groupe PATHKO au *follow-up* n'est pas présente chez les enfants du groupe OST. Il semble donc important d'outiller les enfants directement en lien avec les difficultés associées aux habiletés d'OTEPE. Plutôt que d'intervenir soit auprès des parents ou soit auprès des enfants, il reste à vérifier, dans des études futures, si une intervention à la fois auprès des enfants et des parents donnerait des résultats plus optimaux que ce qui a été obtenu dans le groupe OST.

Langberg et al. (2008). Ces chercheurs ont développé une intervention portant sur l'organisation du cartable et du casier et la planification de l'agenda. Ces stratégies sont abordées lors de rencontres de groupe où les intervenants aidaient les étudiants à compléter leur devoir. Les élèves de l'étude (qui se situent entre la 4^e et la 7^e année scolaire) sont âgés entre 9 et 14 ans et la majorité d'entre eux sont des garçons (31 garçons contre 6 filles). Les enfants du groupe intervention reçoivent 16 heures de rencontres à l'école (une heure par rencontre, deux fois par semaine, durant huit semaines). Les parents sont peu sollicités durant l'intervention et sont conviés à deux rencontres d'une heure durant les huit semaines d'intervention. Pour la première rencontre, le programme auquel participe leur enfant leur est expliqué et les parents sont invités à poser leurs questions. Pour la deuxième rencontre, les intervenants présentent aux parents les outils offerts à leur enfant pour améliorer leurs habiletés d'organisation. Ils aident également les parents à identifier des moyens de faciliter, d'utiliser et de récompenser l'utilisation de ces outils à la maison. Suite à l'intervention, les élèves (n = 24) ont significativement amélioré leurs habiletés d'organisation en comparaison avec le groupe contrôle (n = 13) et maintiennent ces acquis huit semaines après la fin de l'intervention. Les parents rapportent également une amélioration du fonctionnement scolaire de leur enfant, tel qu'observé par une diminution des problèmes liés à la complétion des devoirs. Les enseignants n'ont cependant pas observé de changement en ce qui a trait à la performance scolaire de ces élèves, mesurée par leur productivité académique et le succès scolaire dans différentes matières. Les résultats de cette étude rapportent l'efficacité de

l'intervention sur des mesures opérationnelles en lien direct avec les habiletés d'OTEPE, sans que ces changements se répercutent sur le succès académique des jeunes.

Evans et al. (2016). Ces chercheurs comparent deux interventions visant 326 jeunes adolescents de *middle school* ayant un TDA/H, soit le *Challenging Horizons Program–after school version* (CHP-AS, n = 112) et le *Challenging Horizons Program–mentoring version* (CHP-M, n = 110), avec les services offerts dans la communauté (*Community care* - CC, n = 104). Des 326 jeunes, 48,77% d'entre eux (n = 159) ont un diagnostic de TDA/H de sous-type mixte et les 167 autres jeunes ont majoritairement un diagnostic de sous-type inattentif. Dans le groupe CHP-AS, les jeunes (79 garçons, 33 filles) recevaient des outils pour améliorer leurs habiletés d'organisation, leurs habiletés sociales et la qualité de leur technique d'étude lors de rencontres de groupe après l'école (de septembre à mai, deux fois par semaine). Chaque jeune avait également du temps en individuel avec un intervenant pour un service plus individualisé et de l'aide aux devoirs. Dans l'intervention CHP-M, chaque jeune (76 garçons, 34 filles) est pairé à un mentor, qui est généralement un enseignant ou un professionnel de l'école, qu'il rencontre une fois par semaine. Puisque les rencontres sont moins fréquentes et généralement plus courtes, les adolescents reçoivent donc une version écourtée de ce qui est enseigné dans les groupes CHP-AS. Les mentors reçoivent des formations de la part d'intervenants qualifiés afin d'enseigner aux étudiants les mêmes notions que celles enseignées lors des rencontres de groupe CHP-AS. Les jeunes du groupe contrôle reçoivent les services généralement offerts par la communauté (77 garçons, 27 filles).

Les analyses mettent en évidence des résultats différents entre les trois groupes suite à l'intervention. Au post-test, les parents des jeunes du groupe CHP-AS, en comparaison avec ceux du groupe CC, rapportent que les jeunes planifient mieux leurs activités, organisent mieux leurs matériels, évitent moins les tâches difficiles et ont une plus grande productivité scolaire. Ils rapportent également une diminution des symptômes d'inattention liés au TDA/H chez leur enfant. Aucune différence significative n'a été observée entre les jeunes des groupes CHP-AS/CHP-M et entre les jeunes des groupes CHP-M/CC. Au *follow-up*, environ 6 mois après la fin du programme, les différences entre les jeunes des groupes CHP-AS/CC sont maintenues. Également, il n'existe toujours pas de différences statistiquement significatives

entre les jeunes des groupes CHP-M/CC. Cependant, les jeunes du groupe CHP-AS, en comparaison avec les jeunes du groupe CHP-M, réussissent mieux au niveau de la planification de tâches et de l'organisation de leurs matériels et démontrent moins d'inattention durant la période des devoirs ainsi que moins d'évitement des devoirs, selon ce que rapportent leurs parents. Ainsi, l'intervention CHP-AS s'avère plus efficace à long terme, car entre le post-test et le *follow-up*, les jeunes de ce groupe continuent de s'améliorer suite à l'intervention, alors que les scores des jeunes du groupe CHP-M restent stables.

Normandeau et al. (2015). Le projet TRANSTION vise le développement des habiletés d'OTEPE chez des enfants de 6^e année s'apprêtant à entrer à l'école secondaire. Les participants sont répartis aléatoirement et sélectionnés sur la base d'un diagnostic de TDA/H ainsi que d'une prise de médication optimale. Le groupe d'interventions comprend 36 enfants (24 garçons et 12 filles) et leurs parents (n = 50). Le groupe contrôle est composé de 44 enfants. L'intervention s'échelonne sur un an, soit de mai de la 6^e année jusqu'à la fin du secondaire 1 et comporte trois volets : (a) quatorze rencontres de groupe pour les enfants centrées sur l'apprentissage des habiletés d'OTEPE, b) quatorze rencontres de groupe pour les parents, portant principalement sur les stratégies pour soutenir leur enfant dans l'utilisation des habiletés d'OTEPE lors de la période de devoirs à la maison et (c) vingt rencontres de mentorat à domicile afin d'individualiser ce qui est appris dans les rencontres de groupe à la maison. Les rencontres de groupe ont lieu en alternance avec les rencontres de mentorat, à raison d'une rencontre de groupe aux deux semaines et d'une rencontre de mentorat aux deux semaines, de septembre à décembre du secondaire 1. À partir de janvier, les rencontres de mentorat se maintiennent, mais sont de plus en plus espacées dans le temps, jusqu'à la fin du secondaire 1.

Les habiletés d'OTEPE ont été mesurées à la fin de l'intervention à l'aide d'un questionnaire rempli par les enfants et les parents. Selon les parents, une amélioration significative des habiletés d'OTEPE a été démontrée chez les enfants du groupe expérimental, en comparaison au groupe contrôle, plus spécifiquement : (a) du niveau d'attention du jeune, (b) de son initiation à la tâche, (c) de ses habiletés de planification et de priorisation, (d) de son organisation du temps et de l'espace, (e) de sa gestion du temps et (f) de sa persévérance dans

la tâche. Les comportements de l'enfant, les symptômes dépressifs et le niveau de stress des participants ainsi que les pratiques parentales ont été mesurés au prétest et au posttest. Les résultats des analyses de variance montrent une diminution de l'anxiété sociale chez les jeunes ayant participé à l'intervention. Chez les parents ayant participé à l'intervention, les résultats montrent une diminution du stress parental et des symptômes dépressifs, de même que de meilleures pratiques parentales, en lien avec l'utilisation d'une discipline constante et d'un plus grand engagement auprès de leur enfant. Il semble que le projet TRANSITION ait eu des résultats bénéfiques significatifs à la fois chez les enfants et les parents participants et directement en lien avec l'amélioration des habiletés d'OTEPE.

Forces et limites des études. Les études d'Abikoff et al. (2013) et de Langberg et al. (2008) présentent quelques limites, telles qu'un petit nombre de participants, un ratio garçons/filles qui n'est pas représentatif de la prévalence du trouble et le mélange des groupes d'âge. Le fait que ces deux études ne s'assurent pas que les enfants prennent une médication stable et optimale dès le début de l'intervention pour contrôler les symptômes liés au TDA/H peut également être problématique. En effet, lorsque la prise de médication est modifiée en cours d'intervention, il est difficile d'attribuer l'amélioration du jeune à l'efficacité de l'intervention ou au changement de la médication. Néanmoins, ces deux études ont obtenu des résultats significatifs au niveau de l'amélioration des habiletés d'OTEPE des enfants, ce qui est bénéfique pour leurs parcours scolaires et personnels. Également, l'étude d'Abikoff et al. (2013) inclut un *follow-up*, ce qui est intéressant et convaincant en ce qui a trait à la possibilité d'améliorer significativement les habiletés d'OTEPE de jeunes adolescents, mais surtout de maintenir ces apprentissages dans le temps.

L'étude d'Evans et al. (2016) montre plusieurs forces, telles qu'un plus grand nombre de participants, un contrôle de la prise de médication et l'évaluation des résultats de l'intervention directement à la fin de celle-ci et six mois plus tard. Une limite de cette étude est liée à l'évaluation par les enseignants, puisque pour un même jeune, les différents enseignants qui le côtoient n'auront pas la même opinion en ce qui a trait à son amélioration. La faible implication des parents peut également constituer une limite non négligeable, car comme l'ont souligné Khamis (2006) et Normandeau et al. (2015), les parents vivent également des

difficultés parentales et du stress parental qu'il est important d'aborder pour favoriser le bien-être des membres de la famille.

Compte tenu de l'implication des parents dans la vie scolaire de leur jeune (Cloutier et Drapeau, 2008), le projet TRANSITION apporte également une contribution pertinente à l'étude des interventions centrées sur les habiletés d'OTEPE en donnant un rôle important aux parents, ce qui constitue une force de l'étude. Cette intervention multimodale est offerte à un moment charnière dans la trajectoire scolaire des jeunes ayant un TDA/H : la transition du primaire au secondaire. Elle comprend toutefois des limites, telle que la distribution du questionnaire évaluant les habiletés d'OTEPE uniquement à la fin de l'intervention, ce qui ne permet pas de contrôler pour leur score avant le début de l'intervention. Tout comme dans les programmes d'Abikoff et al. (2013), d'Evans et al. (2016) et de Langberg et al. (2008), le recrutement des participants sur une base volontaire constitue également une limite, puisque ceux-ci ne sont pas nécessairement représentatifs de la population générale. En effet, les familles d'ethnies et de milieu socioéconomiques différents ne vivent pas nécessairement les mêmes difficultés et ne s'impliquent pas avec la même assiduité et le même engagement, ce qui est à prendre en compte (Baker, Arnold et Meagher, 2011; Vilaro, 2014).

Les études précédentes mettent en évidence l'efficacité d'une intervention visant le développement des habiletés d'OTEPE. Toutefois, au-delà de la simple vérification de l'efficacité d'une intervention, de nombreuses études (Berkel, Mauricio, Schoenfelder et Sandler, 2011; La Greca et al., 2009; Nock et Kazdin, 2005; Staudt, 2007) suggèrent l'importance de prendre en compte l'influence de variables modératrices et médiatrices afin de comprendre pourquoi les interventions les mieux planifiées n'ont pas produit les résultats escomptés auprès de tous les participants ou encore comment les interventions qui offrent déjà d'excellents résultats peuvent être optimisées.

Rôle de l'assiduité et de l'engagement en regard de l'efficacité des interventions

Lors d'une intervention, de nombreuses variables peuvent en influencer les résultats. En explorant la littérature, Karver, Handelsman, Fields et Bickman (2005) ont déterminé les facteurs communs expliquant la réussite d'une intervention jeunesse ou familiale. Ils soulèvent que plusieurs caractéristiques individuelles présentes au début de l'intervention chez les

participants (parents, enfants) peuvent influencer l'efficacité de l'intervention. Ces caractéristiques incluent notamment les problèmes présentés par l'enfant, l'âge et le statut développemental de l'enfant, le fonctionnement interpersonnel au sein de la famille, les problèmes de santé mentale chez les parents, le niveau d'intelligence des parents, l'environnement familial, les attentes de l'enfant et des parents en ce qui a trait aux résultats de l'intervention et l'alliance thérapeutique créée entre l'intervenant et les participants (Karver et al., 2005).

Les variables liées à l'implantation de l'intervention peuvent également influencer les résultats obtenus. Durlak et DuPre (2008) identifient la composition des groupes expérimentaux et de contrôle, le monitoring régulier auprès des intervenants, la prise en compte de la culture des participants, les politiques de la communauté, la compatibilité du programme avec les besoins des participants et la possibilité de l'adapter comme des facteurs importants à une bonne implantation de programme.

Aux caractéristiques individuelles des participants et à la bonne implantation de l'intervention s'ajoutent également d'autres variables pouvant influencer l'efficacité de l'intervention, l'engagement et l'assiduité des participants. Nock et Kazdin (2005) soutiennent que l'assiduité, de même que l'engagement, jouent un rôle crucial dans l'acquisition de compétences chez des parents d'enfants avec comportements agressifs, oppositionnels ou antisociaux participant à une intervention ayant pour but d'augmenter leur motivation au programme. Également, il est souligné qu'un manque d'assiduité peut entraîner de moins bons acquis pour la famille à la fin de l'intervention (ex. moins d'apprentissages), des problèmes pour les cliniciens (ex. déclin de la productivité) et des problèmes pour les chercheurs (ex. pouvoir statistique réduit) (Armbruster et Kazdin, 1994). La Greca et al. (2009) soulignent toutefois, en se basant sur les recherches du *Conduct Problem Prevention Research Group*, que c'est la qualité, plutôt que la quantité de l'engagement des parents qui prédit le mieux les résultats positifs de l'intervention sur les enfants ayant des troubles de comportements variés. Ainsi, ce serait la qualité de l'engagement du participant, au-delà de sa présence aux rencontres, qui influencerait ses apprentissages (La Greca et al., 2009).

Des auteurs ont tenté dans les dernières années d'établir des modèles théoriques en lien avec les variables d'assiduité et d'engagement (Berkel et al., 2011; Staudt, 2007). Berkel et al. (2011) ont proposé un modèle théorique général s'appliquant à différentes clientèles expliquant comment les comportements des participants et les composantes du programme telles que mises en œuvre par les intervenants pouvaient avoir une influence positive sur les résultats du programme, comme le propose la Figure 1 présentée en Annexe 1.

Selon ce modèle, plusieurs facteurs influencent directement ou indirectement l'efficacité de l'intervention. Chez l'intervenant, la fidélité de l'implantation de l'intervention, la qualité des moyens de mise en relation utilisés (méthode d'enseignement, qualité clinique) et le degré d'adaptation du programme aux caractéristiques des participants sont autant de caractéristiques de l'intervention qui en influencent l'efficacité. De surcroît, le comportement du participant en ce qui a trait à sa réceptivité, c'est-à-dire à son assiduité, sa participation active, son engagement dans les devoirs à la maison et sa satisfaction, influence également les résultats de l'intervention. Par ailleurs, ce modèle théorique propose que la qualité des moyens de mise en relation sur les résultats du programme est médiatisée par la réceptivité du participant, qui inclut son assiduité et son engagement. Il est intéressant de souligner que l'assiduité, la participation active et les devoirs à la maison sont considérés autant dans le modèle de Berkel et al. (2011) que dans le projet TRANSITION comme des variables importantes à la réussite des participants. Pour sa part, Staudt (2007) mentionne l'absence de modèle théorique faisant l'objet d'un consensus auprès des chercheurs, mais ne propose pas de modèle théorique pouvant remédier à la situation telle que l'ont fait Berkel et al. (2011).

L'assiduité. Dans de nombreuses études, l'assiduité est définie comme étant la quantité d'interventions reçues (Dane et Schneider, 1998; Korfmacher et al., 2008; Power, Blom-Hoffman, Clarke, Riley-Tillman, Kelleher et Manz, 2005; Raikes, Green, Atwater, Kisker, Constantine et Chazan-Cohen, 2006, cité dans Vilardo, 2014). Dans une recension des écrits, Vilardo (2014) identifie les prédicteurs de la présence des parents lors d'interventions ciblant leur enfant, celui-ci ayant un diagnostic de TDA/H. Pour ce qui est des prédicteurs de l'assiduité, Vilardo (2014) identifie que l'ethnicité, le stress du parent, le niveau de soutien dans l'entourage et la sévérité des symptômes associés au TDA/H ne sont pas associés à une

plus forte assiduité chez les participants. Toutefois, les parents étant en couple ou ayant un meilleur statut socioéconomique montraient significativement une meilleure assiduité que les familles monoparentales ou avec de plus faibles revenus (Vilardo, 2014). Baker et al. (2011), dans leur étude portant sur le recrutement et l'assiduité des parents dans un programme de prévention des troubles de conduite chez leur enfant, obtiennent des résultats différents de Vilardo (2014) en ce qui a trait à l'ethnicité des familles. Ainsi, les familles qui ne sont pas caucasiennes, et plus particulièrement dans leur étude les familles Africaine-Américaines et Porto Ricaines, sont plus susceptibles de refuser de s'enrôler dans leur programme de prévention, de même que les familles ayant moins de soutien de leur entourage ou ayant un plus faible statut socio-économique (Baker et al., 2011).

L'assiduité est toutefois un concept difficile à analyser, vu la difficulté pour les chercheurs et les intervenants de rejoindre certaines populations. Pilette, Letarte, Normandeau et Robaey (2010), dans le contexte d'un programme offert à des parents d'enfants ayant un TDA/H, rapportent que plus les parents voient leur enfant comme étant oppositionnel, plus ils ressentent de la détresse dans leur rôle parental et plus ils voient d'inconvénients à changer leurs pratiques éducatives, moins ils sont assidus aux rencontres du programme d'intervention. L'étude de Baker et al. (2011) présentée au paragraphe précédent montre également que la monoparentalité est associée à une plus faible assiduité et que, contrairement à l'étude de Pilette et al. (2010), la présence de plus de problèmes externalisés chez l'enfant est liée à une plus grande assiduité aux rencontres pour le parent. L'impact du concept d'assiduité sur les résultats d'une étude est donc susceptible de varier d'une recherche à l'autre selon les différentes caractéristiques individuelles des participants recrutés.

Baydar, Reid et Webster-Stratton (2003) soulignent l'importance de l'assiduité minimale de mères ayant de plus faible habiletés parentales afin d'observer des changements de comportements chez leur enfant. Selon leur étude, en lien avec les programmes *Ces années incroyables* et *Head Start*, en deçà de trois rencontres avec les mères, les auteurs ne voient pas de lien entre l'assiduité et l'efficacité de l'intervention sur le comportement des enfants. Cependant, chez les mères qui se présentent à plus de trois rencontres, les auteurs rapportent une relation entre l'assiduité du parent et d'une part la diminution des comportements négatifs

de l'enfant et d'autre part une amélioration de l'interaction entre le parent et l'enfant. Ceci suggère qu'il existe un seuil minimum de rencontres à respecter pour obtenir des gains significatifs en lien avec la participation à un programme d'intervention. Également, Nix et al. (2009) mentionnent que bien que certaines études, dont la leur, ne puissent trouver de résultats statistiquement significatifs entre l'assiduité des parents et les résultats du programme, cela ne veut pas dire que ce concept ne joue pas un rôle important. Les efforts que mettent plusieurs programmes afin d'éviter l'attrition et la baisse d'assiduité (ex. compensation monétaire, transport, services de garde, horaire flexible) font en sorte que les participants se présentent régulièrement. Il est donc difficile de détecter un lien significatif de l'assiduité là où il n'y a pas de variation, c'est-à-dire où l'assiduité est bonne du début à la fin. De plus, Nix et al. (2009) ajoutent qu'en règle générale, le dosage en lien avec l'intervention peut être différent d'une personne à l'autre. Certains participants auront besoin de plus de temps (haut dosage de rencontres) pour appliquer ce qui est vu en rencontre d'intervention alors que d'autres pourront appliquer ce qui est vu à leur quotidien rapidement (faible dosage de rencontres). Dans les deux cas, les apprentissages pourront être les mêmes, bien que l'assiduité ait varié (Nix et al., 2009). Néanmoins, pour retirer des apprentissages, les participants auront dû être présents à un moment ou à un autre.

L'engagement. L'engagement s'opérationnalise différemment selon le contexte de l'étude. Ainsi, Chacko et al. (2009) incluent la complétion des devoirs et l'arrivée à l'heure aux rencontres comme variable d'engagement, alors que Boggs et al. (2004) jugent que l'engagement est optimal si le participant n'avait pas quitté le programme d'intervention avant la fin.

Plusieurs prédicteurs sont associés à l'engagement du participant. Baydar et al. (2003) ont mentionné que des pratiques parentales sévères et négatives de la part des mères participant au programme *Ces années incroyables* étaient prédicteurs d'un plus grand engagement de leur part, comparé aux mères ayant d'autres styles parentaux. L'évaluation de l'engagement des mères dans cette étude était basée sur : (a) leur assiduité aux rencontres, (b) des observations de la part des intervenants du niveau de discussion et de participation des mères dans le groupe et (c) la complétion des devoirs chaque semaine. Dans un programme

pour les parents d'enfants ayant un trouble de comportement, Patterson et Chamberlain (1994) soulignent quant à eux qu'une psychopathologie ou du stress chez le parent sont associés à un moins bon engagement de la part du parent. Dans le même ordre d'idée, plus l'enfant est vieux, plus l'engagement des parents diminue. Patterson et Chamberlain (1994) mentionnent également que plus l'opinion du thérapeute diffère du parent en lien avec les difficultés perçues chez l'enfant, moins l'engagement du parent dans les rencontres sera élevé.

De plus en plus de recherches indiquent que l'engagement des parents dans un contexte d'intervention ciblant leur enfant est primordial à l'atteinte des objectifs de changement dans un contexte d'intervention auprès des enfants en difficultés (Clarke et al., 2015). Clarke et al. (2015) rapportent, sur la base de leur étude, que l'assiduité et la complétion des devoirs par les parents, dans un programme d'intervention famille-école, prédisent des résultats positifs chez le parent et son enfant ayant un diagnostic de TDA/H. Plus particulièrement, la complétion des devoirs entre les sessions d'intervention, qui est une mesure de l'engagement du parent dans le programme d'intervention, est liée : (a) au sentiment d'auto-efficacité du parent, (b) à un bon lien parent-enseignant, (c) à l'engagement positif du parent auprès de son enfant et (d) à l'attention et la productivité de l'enfant durant les périodes de devoirs. La Greca et al. (2009) ajoutent également qu'au-delà du nombre de rencontres auxquelles le parent assiste, c'est la qualité de l'engagement du parent qui pourrait avoir de l'influence sur l'amélioration des capacités de leur enfant. Ces auteurs basent cette affirmation notamment sur l'étude du programme *Fast Track*, où l'engagement des parents dans l'intervention avait permis : (a) d'améliorer la perception positive des parents envers leur enfant, (b) d'augmenter les interactions chaleureuses et bienveillantes envers l'enfant, (c) d'augmenter la collaboration du parent avec le milieu scolaire de l'enfant et (d) de diminuer l'utilisation de la punition corporelle comme méthode disciplinaire. L'assiduité, quant à elle, ne prédisait aucun de ces liens (La Greca et al., 2009). Dans le même ordre d'idée, Nix et al. (2009) ajoutent que la qualité de l'engagement prédit mieux l'apprentissage des parents que leur présence dans le groupe. Ainsi, la qualité de la participation des parents s'est avérée être un prédicteur important de l'efficacité de l'intervention, mais pas l'assiduité, tel qu'évalué dans leur étude portant sur l'assiduité et l'engagement des parents dans un programme de gestion des troubles de conduite de leur enfant (Nix et al., 2009).

Dans le cadre scolaire, Rogers, Wiener, Marton et Tannock (2009) soutiennent que l'engagement des parents dans les devoirs à la maison influence le niveau de réussite et la motivation scolaire de leur enfant. Barnard (2004) ajoute que l'engagement des parents dans la scolarité de leur enfant à l'école primaire est associé à un plus faible taux de décrochage scolaire au secondaire, à la diplomation dans les délais attendus (moins de redoublement d'année) et pour les jeunes n'ayant pas terminé leur secondaire, ils décrochent après avoir complété un plus grand nombre d'années scolaires.

Questions de recherches et hypothèses

Vu les différentes définitions attribuées à l'assiduité et l'engagement dans les études précédentes, notons tout d'abord que dans cette étude, l'assiduité sera définie comme la présence physique du jeune et du parent aux différentes rencontres, qu'elles soient individuelles ou de groupe, dans le cadre du projet TRANSITION. L'engagement, quant à lui, est défini comme la qualité de la participation des enfants et des parents, autant durant les différentes rencontres que dans la complétion des devoirs à l'extérieur des rencontres.

Tel qu'abordé plus tôt, les enfants ayant un TDA/H présentent des difficultés à utiliser les habiletés d'OTEPE, habiletés essentielles à l'apprentissage scolaire (Abikoff et al., 2013). Lors de la transition primaire-secondaire, ces difficultés sont exacerbées en raison des exigences plus grandes du milieu scolaire à cet égard (Evans et al., 2009). Les enfants ayant participé au programme TRANSITION démontrent de meilleures habiletés d'OTEPE que les enfants d'un groupe contrôle (Normandeau et al., 2015). Toutefois, nous ne savons pas dans quelle mesure l'assiduité et l'engagement des participants sont des composantes essentielles de l'efficacité de ce programme. Les travaux précédents suggèrent d'une part que l'assiduité joue un rôle important en lien avec les apprentissages des participants (Nock et Ferriter, 2005) et, d'autre part, que c'est plutôt l'engagement qui joue le rôle le plus important (La Greca et al., 2009). Quant à eux, Baydar et al. (2003) soulignent l'effet potentiellement additif de l'assiduité et de l'engagement, puisque pour eux, la présence aux rencontres et la qualité de la participation aux activités contribuent toutes deux à expliquer l'efficacité de l'intervention chez le parent.

La présente étude veut vérifier dans quelle mesure l'assiduité et l'engagement des parents et des enfants, lors des rencontres de groupe et de mentorat du projet TRANSITION, sont liés à l'amélioration des habiletés d'OTEPE des enfants à la fin du secondaire 1. En lien avec les recherches précédentes, deux hypothèses sont formulées :

1. Uniquement l'assiduité ou uniquement l'engagement est associé à l'amélioration des habiletés d'OTEPE;
2. L'assiduité et l'engagement sont tous deux liés à l'amélioration des habiletés d'OTEPE, leur lien est additif.

Méthode

Participants

Pour le Projet TRANSITION, 80 enfants participent à l'étude entre 2011 et 2013, répartis sur trois cohortes différentes. Chacun des enfants a donné son assentiment aux chercheurs et ses parents ont signé un formulaire de consentement lors du recrutement. Les enfants ont été répartis aléatoirement entre un groupe intervention ($n = 36$) et un groupe contrôle recevant les services habituellement dispensés par la communauté ($n = 44$). Dans le cadre de ce mémoire, le groupe contrôle n'est pas pris en compte puisqu'il s'agit d'une évaluation intra-groupe évaluant le rôle de l'assiduité et de l'engagement des participants du groupe d'intervention. Les caractéristiques des parents et des enfants du groupe contrôle ne seront donc pas présentées.

Tous les enfants du groupe d'intervention (24 garçons, 12 filles : âge moyen en 6e année de 12,04 ans, $\acute{E}.T. = 0,50$) ont un diagnostic de TDA/H (inattention : $n = 23$; mixte : $n = 13$) et prennent une médication pour en contrôler les symptômes. En ce qui a trait aux problèmes cooccurrents, 48,3 % des enfants présentent un trouble oppositionnel, 21,4 % un trouble des conduites, 28,6 % une phobie spécifique, 14,3 % une phobie sociale, 3,6 % de l'anxiété de séparation et 3,6 % des tics. Pour ce qui est de la composition des familles, 63,2 % des enfants vivent dans une famille biparentale, 13,2 % dans une famille monoparentale et 18,4 % dans une famille reconstituée.

La majorité (64,9 %) des familles vivent avec un revenu familial de 85 000 \$ et plus avant imposition. Les mères participant au programme ont un âge moyen de 42,53 ans ($E.T. = 4,71$) et les pères ont un âge moyen de 45,43 ans ($E.T. = 5,64$). Finalement, la majorité des mères ont complété des études post-secondaires (collégial général : 13,5 %; collégial technique : 18,9 %; baccalauréat : 35,1 %; maîtrise : 8,1 %), de même que la majorité des pères (collégial général : 5,4 %; collégial technique : 21,6 %; baccalauréat : 24,3 %; maîtrise : 8,1 %). Également, 13,5 % des mères et 16,2 % des pères ont complété des études secondaires professionnelles, tandis que 2,7 % des mères et 5,4 % des pères ont complété des études secondaires régulières. Pour ce qui est des études primaires, il s'agit du plus haut niveau de

scolarité de 5,4 % des pères. Finalement, un total de 50 parents se sont engagés à participer aux rencontres de groupe.

Suite au désistement de deux participants au cours des trois années du projet, à l'impossibilité d'obtenir les dossiers des participants de l'Université McGill en 2012 (n = 6), ainsi qu'à l'impossibilité d'un parent de la première cohorte de remplir le formulaire d'évaluation finale sur les habiletés d'OTEPE, les analyses sont effectuées sur la base de la participation de 27 enfants. Pour chacun de ces enfants, le parent ayant agi au titre de parent répondant et ayant rempli tous les documents est inclus dans les analyses, pour un total de 27 parents. La description de cet échantillon final est présentée au Tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques descriptives de l'échantillon final

		<u>Analyse finale</u>
Diagnostic de l'enfant		
	TDA	16
	TDA/H	11
Comorbidité chez l'enfant		
	Aucune	11
	Trouble intériorisé	2
	Trouble extériorisé	6
	Trouble intériorisé et trouble extériorisé	8
Sexe de l'enfant		
	Masculin	18
	Féminin	9
Sexe du parent répondant pour les analyses		
	Masculin	4
	Féminin	23
Scolarité de la mère		
	Primaire-Secondaire	4
	Collégial	9
	Universitaire	12
	Inconnu	2

Scolarité du père	Primaire-Secondaire	8
	Collégial	9
	Universitaire	8
	Inconnu	2
Revenu familial (\$)	45 000 – 74 999	5
	75 000 – 84 999	3
	Plus de 85 000	19
Composition familiale	Bi-parentale	18
	Monoparentale	2
	Reconstituée	6
	Inconnue	1

Procédure et déroulement de la recherche

Sélection des participants. Les familles ont été référées par un professionnel du milieu de l'éducation, de la santé ou du milieu communautaire. Afin de participer à l'étude, l'enfant devait remplir les critères suivants : (a) être en 6^e année avec passage prévu en secondaire 1 l'année suivante, (b) présenter un diagnostic de TDA/H selon le Diagnostic Interview Schedule for Children-IV (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan et Schwab-Stone, 2000), (c) être sous traitement pharmacologique permettant un contrôle optimal des symptômes de TDA/H, (d) ne pas présenter de retard mental, de trouble envahissant du développement, de trouble de langage sévère ou trouble d'apprentissage occasionnant deux années ou plus de retard scolaire, de maladie neurologique diagnostiquée ou de syndrome Gilles de la Tourette, et (e) ne pas être né prématurément (<35 semaines).

Intervention. Le projet TRANSITION est une intervention multimodale visant le soutien des jeunes ayant un diagnostic de TDA/H et de leurs parents lors de la transition primaire-secondaire. L'intervention a eu lieu sur deux sites (Université de Montréal et Université McGill) et s'est déroulée de la fin de la 6^e année du primaire à la fin du secondaire 1. Trois cohortes différentes ont participé à l'intervention entre 2011 et 2013. Le projet TRANSITION inclut trois composantes, soit un volet d'intervention en groupe pour les

parents, un volet d'intervention en groupe pour les enfants et un volet de mentorat à domicile. Un manuel décrit le contenu prévu pour chacune des rencontres, les outils utilisés ainsi que les objectifs à atteindre. Chaque rencontre de groupe est animée par deux facilitatrices. Celles-ci sont des professionnelles (ex. psychologue, travailleuse sociale) ou des étudiantes de maîtrise en psychoéducation. Elles ont reçu une formation sur les habiletés d'OTEPE, le projet TRANSITION et son utilisation dans une approche collaborative d'une durée de 15 heures. Ce sont également elles qui s'occupent des rencontres de mentorat à domicile. Aux deux semaines, des supervisions de groupe permettent aux facilitatrices de faire un retour sur l'implantation du programme et sur les aspects cliniques liés à la participation des parents et des enfants et à leurs apprentissages.

Les rencontres du groupe parent et du groupe enfant se déroulent simultanément pour un total de 14 rencontres de 1 heure 30, soit : (a) cinq rencontres d'avril à fin juin de la 6^e année, (b) une rencontre en août avant l'entrée au secondaire et (c) huit rencontres entre septembre et décembre du secondaire 1. Voici une description sommaire de ces trois volets :

Rencontres de groupe (jeunes). Les objectifs du programme sont de :

- ❖ Faciliter la transition au secondaire chez les jeunes ayant un TDA/H;
- ❖ Prévenir le retard scolaire et le décrochage scolaire;
- ❖ Augmenter la persévérance scolaire.
- ❖ En développant :
 - Les habiletés d'organisation;
 - Les habiletés de planification;
 - Les stratégies d'étude;
 - L'organisation et les stratégies pour faire les devoirs efficacement;
 - La planification des projets à long terme;
 - Les stratégies de préparation aux examens;
 - La gestion du stress;
 - Les relations avec les enseignants.

Rencontre de groupe (parent). L'objectif du programme est de:

- ❖ Soutenir le parent dans la transition au secondaire de son enfant

❖ En développant :

- Des stratégies éducatives favorisant la supervision et l'autonomie de son enfant;
- L'apprentissage de l'étayage: soutenir l'enfant sans faire à sa place;
- La capacité à bien représenter et défendre les besoins de son enfant;

Rencontre de mentorat. En plus des rencontres de groupe, l'intervention inclut 20 rencontres de mentorat d'une durée d'environ 60 minutes, en alternance avec les rencontres de groupe, se déroulant au domicile des familles entre avril de la 6^e année et, mai du secondaire 1. En Annexe 2 se trouve un Tableau détaillé des interventions qui ont eu lieu.

Instruments de mesure

Évaluation diagnostique du TDA/H du jeune

DISC-IV (1997). Cette entrevue permet d'évaluer la présence de plus de 30 diagnostics psychiatriques auprès des enfants et des adolescents âgés entre 6 et 17 ans sur la base des critères du DSM-IV et de la 10^e édition du système de classification de l'Organisation mondiale de la santé, le CIM-10 (Shaffer et al., 2000). Le DISC-IV est utilisé pour confirmer le diagnostic de TDA/H et identifier la présence de problèmes cooccurrents chez l'enfant.

Conner's version 3 pour les parents (2008). Ce questionnaire inclut 110 énoncés auxquels le parent répond sur une échelle de Likert à quatre points allant de pas du tout (0) à énormément (3). Le Conner's est utilisé dans le but d'évaluer les comportements spécifiques du TDA/H et les comportements qui y sont associés, tout cela au cours du dernier mois. Il comprend six différentes échelles, soit : inattention ($\alpha = 0,93$), hyperactivité/impulsivité ($\alpha = 0,94$), problèmes d'apprentissage ($\alpha = 0,90$), agression ($\alpha = 0,91$), relations avec les pairs ($\alpha = 0,85$) et fonctions exécutives ($\alpha = 0,92$) (Gallant et al., 2007). Le Conner's est utilisé pour confirmer le diagnostic de TDA/H et identifier la présence de problèmes cooccurrents chez l'enfant.

Conner's version 3 pour les enseignants (2008). Ce questionnaire inclut 115 items auxquels l'enseignant répond sur une échelle de Likert à quatre points allant de pas du tout (0) à énormément (3), Il est utilisé afin d'évaluer les comportements spécifiques du TDA/H et les comportements qui y sont associés au cours du dernier mois. Les échelles sont les mêmes que pour la version parent, soit : inattention ($\alpha = 0,95$), hyperactivité/impulsivité ($\alpha = 0,70$),

problèmes d'apprentissage ($\alpha = 0,96$), agression ($\alpha = 0,95$), relations avec les pairs ($\alpha = 0,66$) et fonctions exécutives ($\alpha = 0,96$) (Gallant et al., 2007).

Weschler Intelligence Scale for Children (WISC, 4rd ed.; Wechsler, 2004). Les six sous-tests suivants ont été administrés aux enfants : blocs, matrices, concept en images, compréhension, similitudes et vocabulaire. Selon Raiford, Weiss, Rolhus et Coalson (2005), ces sous-tests permettent d'obtenir un bon indice du potentiel intellectuel de l'enfant.

Évaluation de l'assiduité et de l'engagement

Assiduité. L'assiduité des parents et des enfants aux rencontres de groupe et de mentorat est évaluée par les intervenantes. À chaque rencontre de groupe, l'intervenante inscrit quels parents et quels enfants sont présents à la rencontre. Pour chaque famille, le nombre de rencontres de mentorat est également comptabilisé. Pour les analyses, les rencontres auxquelles parents et enfants ont participé seront additionnées afin de créer un score total pour chaque participant. Un total de 12 rencontres de groupe sur 14 ont été évaluées par les intervenantes, les deux dernières rencontres ayant été plus informelles (rencontre de bilan et festivité liée à la complétion du programme). Également, 19 rencontres de mentorat ont été évaluées par les intervenantes, la rencontre bilan n'ayant pas été évaluée.

Engagement. L'engagement des parents lors des rencontres de groupe est évalué par un consensus entre les intervenantes. La réalisation des devoirs ainsi que la participation aux jeux de rôles est évaluée sur une échelle de Likert à trois points allant de « pas du tout » (1) à « en entier » (3). L'attention portée aux vignettes, la participation aux discussions, l'ouverture personnelle, le soutien aux autres parents du groupe et les comportements de résistance lors des rencontres sont évalués sur une échelle de Likert à quatre points allant de « pas du tout » (1) à « la plupart du temps » (4). L'engagement des parents lors des rencontres de mentorat n'est pas évalué.

L'engagement des enfants lors des rencontres de groupe est également évalué par un consensus entre les intervenantes. La réalisation des devoirs est évaluée sur une échelle de Likert à trois points allant de « pas du tout » (1) à « en entier » (3). La participation aux activités, la participation aux discussions, l'ouverture personnelle, le soutien aux autres enfants

du groupe et les comportements de résistance lors des rencontres sont évalués sur une échelle de Likert à quatre points allant de « pas du tout » (1) à « la plupart du temps » (4). La qualité de la participation des enfants lors des rencontres de mentorat est mesurée par l'intervenante se présentant au domicile familial sur une échelle de sept points allant de « pas du tout » (1) à « tout à fait » (7).

Afin de faciliter la compréhension, certaines variables mesurant l'engagement des enfants aux rencontres de groupe ont été regroupées. Les variables de participation aux activités, de participation aux discussions et d'ouverture personnelle ont été regroupées chez les enfants, représentant l'échelle de la participation active du jeune dans les rencontres de groupe ($\alpha = 0,96$). La complétion des devoirs représente l'engagement externe du jeune. Finalement, la variable mesurant la résistance, associée à une réponse négative de la part du jeune, et la variable soutien aux autres, évaluant l'entraide, sont prises individuellement.

Pour les parents, certaines variables d'engagement aux rencontres de groupe ont également été regroupées. Les variables liées à la participation aux jeux de rôle, à l'attention portée aux vignettes, à la participation aux discussions ainsi qu'à l'ouverture personnelle ont été regroupées pour représenter la participation active du parent dans les rencontres de groupe ($\alpha = 0,65$). La complétion des devoirs représente l'engagement externe des parents. Le soutien aux autres, évaluant l'entraide, est considéré individuellement et la résistance n'est pas prise en compte, vu le très faible écart-type (0,064). Puisque la participation aux jeux de rôle était cotée sur une échelle de Likert de 1 à 3 alors que l'attention portée aux vignettes, la participation aux discussions ainsi que l'ouverture personnelle étaient cotées sur une échelle de Likert de 1 à 4, nous avons modifié leurs cotations dans le logiciel SPSS afin de les mettre sur un même dénominateur commun, soit 12.

Pour chaque enfant et chaque parent, une moyenne d'engagement sera créée pour chaque catégorie (participation active, engagement externe, soutien aux autres et résistance de l'enfant) en additionnant les scores obtenus aux items et en divisant par le nombre de rencontres auxquelles le participant a assisté.

Évaluation des habiletés d'OTEPE des enfants

Amélioration des habiletés d'OTEPE. Au post-test uniquement, un questionnaire complété par les parents évalue les habiletés d'OTEPE sur une échelle de type Likert en sept points allant de « grand changement positif » (1) à « grand changement négatif » (7). Ainsi, plus le jeune obtient un score faible à ce test, plus l'amélioration de ses habiletés d'OTEPE est grande. Cet outil évalue l'amélioration des enfants en ce qui a trait à leurs stratégies d'apprentissage et leurs habiletés d'organisation, incluant l'initiation à la tâche, la planification, l'organisation du temps et de l'espace et la persévérance. Pour ce projet de mémoire, trois dimensions ont été créées : (a) organisation du temps et stratégies d'étude ($\alpha = 0,90$; 6 items), (b) planification ($\alpha = 0,89$; 4 items) et (c) organisation de l'espace ($\alpha = 0,86$; 5 items). Le Tableau 2 résume les variables qui seront utilisées pour les analyses.

Tableau 2

Résumé des variables utilisées pour les analyses

		Variables
Assiduité et engagement des enfants	Assiduité	Total des rencontres de mentorat Total des rencontres de groupe
	Engagement	Moyenne de complétion des devoirs Moyenne d'engagement actif Moyenne du soutien aux autres Moyenne de faible résistance Moyenne d'engagement de l'enfant au mentorat
Assiduité et engagement des parents	Assiduité	Total des rencontres de groupe
	Engagement	Moyenne de complétion des devoirs Moyenne d'engagement actif

Habilités d’OTEPE	Moyenne du soutien aux autres
Amélioration des habiletés d’OTEPE selon les parents	Score moyen d’amélioration de la planification du jeune Score moyen d’amélioration de l’organisation du temps et des stratégies d’études du jeune Score moyen d’amélioration de l’organisation de l’espace du jeune

Stratégies analytiques et devis

Le devis initial du projet TRANSITION est expérimental, mais en ce qui concerne ce mémoire, il s'agit d'une comparaison intra-groupe des participants du groupe expérimental. Le devis de recherche est de type corrélationnel, car le but de ce projet est de déterminer le degré de relation entre l'engagement et l'assiduité d'une part et l'amélioration des habiletés d'OTEPE d'autre part. Les données manquantes ne seront pas traitées vu la faible attrition (trois jeunes ont quitté le programme avant la fin) et la difficulté d'inférer un résultat d'assiduité et d'engagement pour quelqu'un qui n'a pas participé à la rencontre. Afin de tester la première hypothèse, des analyses corrélationnelles seront effectuées à l'aide des variables présentées au Tableau 2. Ainsi, à l'aide de ces analyses, le lien direct entre l'assiduité ou l'engagement et les habiletés d'OTEPE sera vérifié. La régression multiple sera utilisée pour vérifier la deuxième hypothèse de recherche, où nous supposons un lien additif de l'assiduité et de l'engagement sur l'amélioration des habiletés d'OTEPE. Plusieurs blocs seront donc créés afin d'intégrer progressivement les différentes variables prédictrices qui ont été présentées au Tableau 2. Les postulats de la régression multiple, soit la multicollinéarité, les valeurs extrêmes univariées et multivariées, la normalité des résidus, le nombre de sujets par prédicteur, la linéarité des variables et le principe de parcimonie, seront vérifiés.

Résultats

L'objectif de cette étude est de voir dans quelle mesure l'assiduité et l'engagement des parents et des enfants, lors des rencontres de groupe et de mentorat du projet TRANSITION, sont liés à l'amélioration des habiletés d'OTEPE des enfants à la fin du secondaire 1. En lien avec cet objectif, deux hypothèses ont été testées, soit : (a) un lien unique de l'assiduité ou de l'engagement associé à l'amélioration des habiletés d'OTEPE et (b) un lien additif de l'engagement et de l'assiduité sur les habiletés d'OTEPE. Afin de répondre à ces questions, des analyses de corrélations et de régression multiple ont été effectuées.

Suite aux résultats obtenus lors des analyses de corrélations, il a été jugé pertinent d'ajouter un volet exploratoire, où sont vérifiés : (a) l'effet modérateur de l'engagement sur le lien entre l'assiduité et les habiletés d'OTEPE et (b) le rôle du sous-type de TDA/H et le sexe de l'enfant sur le lien entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE.

Les différentes variables retenues afin de vérifier nos deux hypothèses ainsi que les questions abordées dans le volet exploratoire sont présentées dans le Tableau 3. Les variables retenues pour mesurer l'amélioration des habiletés d'OTEPE sont quant à elles présentées dans le Tableau 4. En Annexe 3 se trouve le Tableau 11 montrant les corrélations entre les différentes variables prédictives et le Tableau 12 montrant les corrélations entre les différentes variables évaluant l'amélioration des habiletés d'OTEPE.

Tableau 3

Moyennes et écarts-types de l'assiduité et de l'engagement des parents et des enfants

			<i>x</i>	E.T.	Min.	Max.
Enfants						
Assiduité (groupe)	Présence aux rencontres		10,57	1,37	7,00	12,00
Assiduité (mentorat)	Présence aux rencontres		16,60	2,58	12,00	19,00
Engagement (groupe)	Devoirs		2,28	0,33	1,57	2,78
	Participation active		2,87	0,59	1,33	3,76

Parents		Soutien aux autres	1,72	0,61	1,00	3,14
		Faible résistance	3,54	0,50	2,44	4,00
	Engagement (mentorat)	Engagement général	6,02	0,58	4,80	7,00
	Assiduité (groupe)	Présence aux rencontres	10,28	1,44	6,00	12,00
	Engagement (groupe)	Devoirs	2,35	0,29	1,60	2,91
		Participation active	10,04	1,50	6,44	12,00
		Soutien aux autres	2,52	1,01	1,00	3,90

Tableau 4

Moyennes et écarts-types de l'amélioration des habiletés d'OTEPE des enfants, tels qu'évalués par le bilan d'organisation

		<i>x</i>	É.T.	Min.	Max.
Amélioration des habiletés d'OTEPE					
	Organisation du temps et stratégies d'étude	2,50	0,99	1,00	5,00
	Planification	2,49	1,01	1,00	5,25
	Organisation de l'espace	2,46	0,85	1,20	4,00

En raison du petit nombre de participants et compte tenu d'une corrélation élevée entre les variables de planification (quatre items) et d'organisation du temps et des stratégies d'étude (six items) ($r = 0,92$, $p < 0,001$), mais également pour limiter le nombre d'analyses, la variable planification du bilan d'organisation a été retirée des analyses subséquentes. Dans la même optique, vu le faible écart-type des variables de complétion des devoirs par les parents ou les enfants, de résistance chez les enfants et d'engagement général au mentorat chez les enfants, de même que pour limiter le nombre d'analyses, ces variables ont été retirées des analyses subséquentes.

Lien entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE

Afin de tester la première hypothèse, soit qu'il existe un lien unique entre l'assiduité et l'amélioration des habiletés d'OTEPE ou entre l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE, des analyses de corrélation ont été effectuées entre chaque variable d'assiduité, chaque variable d'engagement et chaque variable d'amélioration des OTEPE. Celles-ci sont rapportées dans le Tableau 5. Une seule corrélation ressort statistiquement significative, soit le lien entre l'assiduité des enfants aux rencontres de mentorat et l'amélioration de l'organisation de leur espace ($r = -0,44$, $p = 0,03$). Ainsi, plus l'enfant est assidu aux rencontres de mentorat à domicile, plus son parent observe une amélioration au niveau de l'organisation de son espace, la corrélation étant négative puisqu'une cotation faible à l'évaluation des habiletés d'OTEPE est associée à une plus grande amélioration.

Tableau 5

Corrélations entre l'assiduité ou l'engagement des enfants et des parents et l'amélioration des habiletés d'OTEPE

	Organisation du temps – Stratégies d'étude	Organisation de l'espace
Enfants		
Assiduité (groupe)	-0,08	0,004
Assiduité (mentorat)	-0,27	-0,44*
Participation active	-0,10	-0,04
Soutien aux autres	-0,02	-0,08
Parents		
Assiduité (groupe)	-0,13	0,10
Participation active	-0,17	0,04
Soutien aux autres	-0,17	0,05

* $p < 0,05$

Lien additif de l'assiduité et de l'engagement

La deuxième hypothèse consiste à tester si l'assiduité et l'engagement ont un lien additif grâce à des analyses de régression multiple. Vu l'unique corrélation observée lors de la vérification de la première hypothèse, les analyses de régression prévues pour vérifier le lien additif de l'assiduité et de l'engagement ne s'avèrent pas pertinentes, la grande majorité des variables n'étant pas liées avec l'amélioration des habiletés d'OTEPE. Ainsi, pour le projet TRANSITION, il n'y a pas de lien additif entre l'assiduité et l'engagement en lien avec l'amélioration des habiletés d'OTEPE.

Analyses exploratoires

Dans le but d'explorer de quelles autres façons l'assiduité, l'engagement et d'autres variables modératrices importantes, telles que le sexe et le sous-type de TDA/H, peuvent influencer les résultats de l'intervention, ce mémoire comprend un volet exploratoire. En effet, puisque les études précédentes n'ont pas vérifié le rôle modérateur de l'engagement sur le lien entre l'assiduité et l'amélioration des habiletés d'OTEPE, la vérification de ce lien fait partie des analyses exploratoires de ce mémoire. Également, la littérature comprend également plusieurs études qui soulignent que le sexe de l'enfant ou encore le sous-type de TDA/H influencent les résultats de l'intervention (Gershon, 2002; Semrud-Clikeman, 2010). Des analyses exploratoires vérifieront si le lien entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE varie selon le sexe de l'enfant ou le sous-type de TDA/H dont il a le diagnostic.

Le rôle modérateur de l'engagement. Les résultats divergents dans les différentes études en ce qui a trait au rôle de l'assiduité et de l'engagement sur l'efficacité de l'intervention pourraient être expliqués par la présence d'un effet modérateur de l'engagement sur le lien entre l'assiduité et l'amélioration des habiletés d'OTEPE. Afin de vérifier cet effet modérateur de l'engagement, les 12 tests présentés au Tableau 6 ont été effectués avec l'aide du logiciel PROCESS. Pour chaque test, l'assiduité est incluse dans le logiciel PROCESS en tant que variable indépendante, alors que l'engagement actif ou encore le soutien aux autres, les deux variables d'engagement, sont ajoutées comme variables modératrices. L'amélioration

de l'organisation du temps et des stratégies d'étude ainsi que l'amélioration de l'organisation de l'espace sont toutes deux considérées comme les variables dépendantes.

Tableau 6

Combinaisons des variables d'assiduité, d'engagement et d'habiletés d'OTEPE possibles pour les analyses de modération

	Numéro du test	Variabiles indépendantes	Modérateurs	VD
Enfants				
	1	Assiduité (groupe)	Participation active	OTSÉ
	2	Assiduité (groupe)	Soutien aux autres	OTSÉ
	3	Assiduité (groupe)	Participation active	OE
	4	Assiduité (groupe)	Soutien aux autres	OE
	5	Assiduité (mentorat)	Participation active	OTSÉ
	6	Assiduité (mentorat)	Soutien aux autres	OTSÉ
	7	Assiduité (mentorat)	Participation active	OE
	8	Assiduité (mentorat)	Soutien aux autres	OE
Parents				
	9	Assiduité (groupe)	Participation active	OTSÉ
	10	Assiduité (groupe)	Soutien aux autres	OTSÉ
	11	Assiduité (groupe)	Participation active	OE
	12	Assiduité (groupe)	Soutien aux autres	OE

Note : OTSÉ = Organisation du temps – Stratégies d'étude; OE = Organisation de l'espace.

Des 12 analyses effectuées, un seul modèle global est statistiquement significatif, soit le modèle 7, où l'assiduité aux rencontres de mentorat est prédicteur et l'engagement actif de l'enfant est modérateur de l'amélioration de l'enfant dans l'organisation de son espace ($F = (3,20) = 3,737, p = 0,028, \Delta R^2 = 0,359$). Lorsque ce modèle est analysé, le lien direct entre l'assiduité et l'amélioration de l'organisation de l'espace est non significatif ($b = 0,096, t(20) = -1,316, p = 0,203$). Il en est de même pour le lien entre l'engagement actif

des jeunes et l'amélioration de l'organisation de l'espace ($b = -0,094$, $t(20) = 0,300$, $p = 0,767$). Toutefois, l'interaction de ces deux variables (l'assiduité aux rencontres de mentorat et l'engagement actif du jeune) est quant à elle significative et prédit l'amélioration de l'organisation de l'espace du jeune ($b = -0,290$, $t(20) = -2,224$, $p = 0,038$). Plus précisément, pour les jeunes qui ont un plus faible engagement actif, c'est-à-dire un engagement se situant à un écart-type sous la moyenne, il n'y a pas de lien entre l'assiduité et l'amélioration de l'organisation de l'espace ($b = 0,072$, $t(20) = 0,586$, $p = 0,565$). Pour les jeunes qui ont un engagement actif dans la moyenne, il n'y a pas de lien entre l'assiduité aux rencontres de mentorat et l'amélioration de l'organisation de l'espace ($b = -0,094$, $t(20) = -1,316$, $p = 0,203$). Toutefois, pour les jeunes qui ont un engagement actif plus élevé, c'est-à-dire à un écart-type au-dessus de la moyenne, le lien entre l'assiduité et l'amélioration de l'organisation de l'espace est significatif ($b = -0,259$, $t(20) = -3,311$, $p = 0,004$). Ainsi, pour les jeunes qui ont un engagement élevé dans les rencontres de groupe, chaque présence aux rencontres de mentorat diminue de 0,259 point leur score d'amélioration de l'organisation de l'espace, ce qui est positif puisqu'un score plus faible est associé à une plus grande amélioration.

Le sexe des enfants et leur sous-type de TDA/H. Le sexe de l'enfant ainsi que le sous-type de TDA/H sont deux caractéristiques personnelles susceptibles d'influencer l'efficacité de l'intervention. Semrud-Clikeman (2010) souligne que les enfants ayant un TDA/H de sous-type mixte présentent significativement plus de difficultés au niveau de leurs habiletés sociales et plus de problèmes de comportement que les enfants ayant un TDA/H de sous-type inattentif et que les enfants d'un groupe contrôle. Également, les filles ayant un TDA/H présentent plus régulièrement des symptômes de troubles internalisés en comparaison avec les filles de la population générale, alors que les garçons ayant un TDA/H présentent plus souvent des symptômes de troubles extériorisés, en comparaison avec les garçons de la population générale, modifiant ainsi leur réceptivité à l'intervention (Gaub et Carlson, 1997). Il est donc intéressant d'explorer si l'assiduité et l'engagement d'une part des garçons ou des filles et d'autre part des enfants ayant un TDA/H de sous-type mixte ou inattentif, sont associés différemment à l'amélioration des habiletés d'OTEPE.

Des analyses de corrélations permettent de vérifier si ces deux variables peuvent qualifier le lien entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE. Uniquement des analyses de corrélations sont effectuées vu le nombre de sujets réduit. Les Tableaux 7 et 8 présentent les statistiques descriptives des différentes variables d'assiduité, d'engagement et d'amélioration des habiletés d'OTEPE selon le sexe et le sous-type TDA/H de l'enfant.

Tableau 7

Moyennes et écarts-types d'amélioration des habiletés d'OTEPE selon le sexe et le sous-type TDA/H de l'enfant

		<i>x</i>	É.T.
Garçons	Organisation du temps et stratégies d'étude	2,64	1,04
	Organisation de l'espace	2,41	0,75
Filles	Organisation du temps et stratégies d'étude	2,22	0,88
	Organisation de l'espace	2,56	1,07
Sous-type inattentif	Organisation du temps et stratégies d'étude	2,44	1,06
	Organisation de l'espace	2,61	0,79
Sous-type mixte	Organisation du temps et stratégies d'étude	2,59	0,93
	Organisation de l'espace	2,24	0,92

Tableau 8

Moyennes et écarts-types de l'assiduité et de l'engagement des enfants selon leur sexe ou leur sous-type de TDA/H

			<i>x</i>	E.T.
Garçons				
	Assiduité (groupe)	Présence aux rencontres	10,22	1,52
	Assiduité (mentorat)	Présence aux rencontres	17,13	2,36
	Engagement (groupe)	Participation active	2,74	0,59
		Soutien aux autres	1,66	0,52
Filles				
	Assiduité (groupe)	Présence aux rencontres	11,20	0,79
	Assiduité (mentorat)	Présence aux rencontres	15,67	2,83
	Engagement (groupe)	Participation active	3,09	0,53
		Soutien aux autres	1,83	0,77
Enfants sous-type inattentif				
	Assiduité (groupe)	Présence aux rencontres	10,53	1,37
	Assiduité (mentorat)	Présence aux rencontres	15,93	2,70
	Engagement (groupe)	Participation active	2,93	0,65
		Soutien aux autres	1,83	0,70
Enfants sous-type mixte				
	Assiduité (groupe)	Présence aux rencontres	10,63	1,43
	Assiduité (mentorat)	Présence aux rencontres	17,45	2,25
	Engagement (groupe)	Participation active	2,76	0,50
		Soutien aux autres	1,54	0,40

Le sexe des enfants

Tout d'abord, des analyses de corrélations ont été effectuées afin de déterminer le lien entre l'assiduité ou l'engagement des garçons et leur amélioration au niveau des habiletés d'OTEPE. Aucune corrélation n'est statistiquement significative. Chez les garçons, aucun lien n'est observé entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration au niveau des habiletés d'OTEPE.

Chez les filles, trois corrélations ressortent statistiquement significatives. Premièrement, l'assiduité aux rencontres de mentorat est associée négativement à l'amélioration de l'organisation de l'espace ($r = -0,74, p = 0,04$). Ainsi, plus les filles sont assidues aux rencontres de mentorat, plus elles s'améliorent au niveau de l'organisation de l'espace. Deuxièmement, l'assiduité aux rencontres de groupe est corrélée négativement avec l'amélioration de l'organisation du temps et des stratégies d'étude ($r = -0,87, p = 0,002$) et avec l'amélioration de l'organisation de l'espace ($r = -0,80, p = 0,009$). Ainsi, plus les filles sont assidues aux rencontres de groupe, plus elles s'améliorent au niveau de l'organisation de l'espace et de l'organisation du temps. Les résultats des corrélations sont présentés au Tableau 9.

Tableau 9

Corrélation entre l'assiduité ou l'engagement des garçons et des filles et leur amélioration au niveau des habiletés d'OTEPE

	Organisation du temps – Stratégies d'étude	Organisation de l'espace
Garçons		
Assiduité (groupe)	0,18 (n = 18)	0,26 (n = 18)
Assiduité (mentorat)	-0,24 (n = 16)	-0,16 (n = 16)
Participation active	-0,14 (n = 18)	-0,15 (n = 18)
Soutien aux autres	-0,20 (n = 18)	-0,09 (n = 18)

Filles		
Assiduité (groupe)	-0,87** (n = 9)	-0,80** (n = 9)
Assiduité (mentorat)	-0,60 (n = 8)	-0,74* (n = 8)
Participation active	0,31 (n = 9)	0,05 (n = 9)
Soutien aux autres	0,31 (n = 9)	-0,10 (n = 9)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Le sous-type de TDA/H

Chez les enfants ayant un TDA/H de sous-type mixte, les analyses effectuées ne montrent aucune corrélation statistiquement significative. Le sous-type mixte ne semble donc pas associé au lien entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration au niveau des habiletés d'OTEPE.

Chez les enfants ayant un TDA/H de sous-type inattentif, une corrélation ressort marginalement significative. Ainsi, l'assiduité aux rencontres de mentorat est marginalement associée négativement à l'amélioration de l'organisation de l'espace ($r = -0,50$, $p = 0,09$). Ainsi, plus les enfants ayant un TDA/H de sous-type inattentif sont assidus aux rencontres de mentorat, plus ils s'améliorent au niveau de l'organisation de leur espace. Les résultats sont présentés au Tableau 10.

Tableau 10

Corrélation entre l'assiduité ou l'engagement des enfants selon leur sous-type de TDA/H et leur amélioration au niveau des habiletés d'OTEPE

	Organisation du temps – Stratégies d'étude	Organisation de l'espace
Enfants sous-type mixte		
Assiduité (groupe)	0,04 (n = 11)	0,41 (n = 11)
Assiduité (mentorat)	-0,15 (n = 11)	-0,25 (n = 11)
Participation active	0,02 (n = 11)	0,23 (n = 11)

	Soutien aux autres	-0,01 (n = 11)	-0,28 (n = 11)
Enfants sous-type inattentif			
	Assiduité (groupe)	-0,16 (n = 16)	-0,29 (n = 16)
	Assiduité (mentorat)	-0,36 (n = 13)	-0,50* (n = 13)
	Participation active	-0,13 (n = 16)	-0,27 (n = 16)
	Soutien aux autres	-0,01 (n = 16)	-0,09 (n = 16)

* $p < 0,1$.

Discussion

La présente étude avait pour but d'observer dans quelle mesure l'assiduité des parents et des enfants, lors du projet TRANSITION, ont influencé l'amélioration des habiletés d'OTEPE des enfants au terme de l'intervention. Après la présentation des résultats, il est constaté que ces deux variables expliquent statistiquement peu de résultats. En effet, la première hypothèse visait à vérifier si l'assiduité ou l'engagement sont liés à l'amélioration des habiletés d'OTEPE. L'unique résultat présent est un lien bénéfique entre l'assiduité aux rencontres de mentorat et l'amélioration de l'organisation de l'espace de l'enfant. Pour la deuxième hypothèse, vu la presque absence de corrélations entre nos variables, il s'avérait peu utile d'effectuer les analyses de régression multiple. Il ne semble donc pas y avoir de lien additif de l'assiduité et de l'engagement dans cette étude.

En ce qui concerne les analyses exploratoires, l'engagement actif des enfants s'avère être un modérateur du lien entre l'assiduité et l'amélioration des OTEPE uniquement pour les enfants qui ont une participation élevée au projet TRANSITION. De plus, malgré la présence nouvelle de l'engagement comme modérateur, les mêmes variables que dans les hypothèses précédentes sont impliquées, soit l'assiduité au mentorat et l'amélioration de l'organisation de l'espace. Finalement, pour ce qui est du sexe et du sous-type de TDA/H, les analyses soulignent que les filles montrent une plus grande amélioration de leurs stratégies d'étude et de l'organisation de leur espace si elles sont assidues aux rencontres de groupe et aux rencontres de mentorat. Chez les jeunes ayant un TDA/H de sous-type inattentif, c'est encore une fois l'assiduité aux rencontres de mentorat qui est liée à l'amélioration de l'organisation de l'espace.

Le rôle de l'engagement et de l'assiduité sur l'amélioration des habiletés d'OTEPE

Contrairement aux attentes, l'assiduité et l'engagement des participants influencent peu les résultats au projet TRANSITION. Alors, comment expliquer qu'il y ait peu de liens entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE alors que de nombreuses études (Baker et al., 2011; Baydar et al., 2003; Berkel et al., 2011; La Greca et al., 2009; Nix et al., 2009; Nock et Ferriter, 2005; Pilette et al., 2010) soulignent le rôle positif de ces variables sur les résultats de leur recherche? Tout d'abord, dans les rencontres de groupes, la

moyenne d'assiduité aux rencontres était de plus de 10 rencontres sur 12, autant pour les enfants que pour les parents, ce qui souligne l'assiduité excellente de la majorité des parents et des enfants. Pour ce qui est des rencontres de mentorat, les enfants ont assisté à plus de 16 rencontres sur les 19 rencontres proposées, ce qui souligne ici aussi une excellente assiduité. Il en va de même pour les scores d'engagement actif des parents et des enfants, qui font état d'une bonne participation dans les rencontres de groupe. Dans cette optique, avec des parents et des enfants qui sont majoritairement assidus et engagés dans le processus, il semble cohérent que peu d'influence de l'assiduité ou de l'engagement sur l'amélioration des habiletés d'OTEPE soit observée puisqu'il y a peu de variation dans ces mesures. Il serait possiblement plus juste de mentionner que dans cette étude, vu la forte assiduité et le bon engagement des participants, il n'est pas possible d'observer statistiquement l'influence de ces variables. Cette conclusion rejoint d'ailleurs celle de Nix et al. (2009). En effet, ces chercheurs n'avaient pas observé de lien entre l'assiduité des participants et les résultats de leur programme. Toutefois, ils ne sous-estiment pas pour autant le rôle de cette variable, vu l'assiduité élevée qu'ils ont observée dans leur programme d'intervention et les résultats positifs qu'ils ont obtenus au terme du programme. Le projet TRANSITION présente une situation similaire : les analyses sur l'efficacité du programme montrent une amélioration significative des habiletés d'OTEPE chez les enfants ayant participé au projet et une assiduité et un engagement élevés chez les participants.

Il est également pertinent de se demander pourquoi l'assiduité aux rencontres de mentorat et l'organisation de l'espace sont les deux variables qui sont majoritairement impliquées dans les quelques résultats de cette étude. Tout d'abord, le mentorat constitue un soutien adapté et personnalisé aux besoins du jeune. Ainsi, pour des enfants ayant un diagnostic de TDA/H, donc qui ont de la difficulté à maintenir leur attention lors d'apprentissage, une interaction un à un en mentorat, plutôt qu'en groupe, pourrait avoir contribué à l'obtention de meilleurs résultats. Également, lors de ces rencontres de mentorat, l'intervenante participait avec le jeune à l'organisation de son espace. Ainsi, l'apprentissage de l'organisation de l'espace n'était pas uniquement théorique, mais plutôt concrètement appliqué et pratiqué lors de ces rencontres. Dans cette optique, le lien bénéfique associé à l'amélioration

de l'organisation de l'espace pour les enfants ayant eu le plus de rencontres de mentorat pourrait témoigner du travail appliqué qui est fait avec le jeune lors de ces rencontres.

Également, il est possible d'expliquer les corrélations observées en lien avec l'assiduité par le fait que cette variable est plus objective, contrairement à l'engagement. En effet, en ce qui a trait à l'assiduité, le concept est facile à évaluer : le participant est là ou il n'y est pas. Malgré que les intervenantes du projet TRANSITION aient reçu plusieurs heures de formation afin de s'assurer de la plus grande uniformité dans la cotation de l'engagement de leur participant, ce concept reste changeant. En effet, selon l'intervenante, l'année ou encore la rencontre, les attentes envers l'engagement des participants fluctuent en cours d'intervention. Cette fluctuation est donc susceptible de rendre difficile l'observation de résultats significatifs, non pas parce que l'engagement n'est pas une variable importante à prendre en considération, mais parce que sa mesure est difficilement stable d'une rencontre d'intervention à l'autre et plus globalement, d'une cohorte à l'autre.

Pour ce qui est des parents, aucune corrélation n'a été observée entre leur engagement ou leur assiduité et l'évaluation de l'amélioration des habiletés d'OTEPE de leur enfant. Bien que les parents soient partie intégrante du projet TRANSITION, les activités qui leur sont proposées dans les rencontres de groupe ne sont pas les mêmes que celles proposées aux enfants. En effet, alors qu'en rencontre de groupe le parent apprend surtout comment soutenir son enfant dans ses apprentissages l'enfant, lui, apprend les techniques concrètes lui permettant d'améliorer ses habiletés d'OTEPE. Toutefois, bien que peu de liens soient établis entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE, l'évaluation de l'amélioration des habiletés d'OTEPE des enfants par les parents au terme de l'étude est positive. Ainsi, indépendamment de l'engagement et de l'assiduité du parent, il semble que ce soit l'enfant qui ait le plus de travail à faire dans l'amélioration des habiletés d'OTEPE. Cela rejoint les conclusions de l'étude d'Abikoff et al. (2013), où le groupe qui incluait majoritairement les enfants et peu les parents avaient obtenu de meilleurs résultats à long terme que le groupe qui incluait majoritairement les parents et peu les enfants.

Ainsi, au terme de l'étude, doit-on s'étonner qu'il y ait peu de résultats observés entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE? Au point de vue des

participants, ils sont engagés et assidus, ce qui fait en sorte que la faible variation de ces deux variables rend difficile l'observation de résultats. De plus, tel que souligné par Vilardo (2014), les parents en couple et ayant un statut socio-économique plus élevé sont plus susceptibles d'être assidus aux rencontres d'un programme d'intervention pour leur enfant. Dans le projet TRANSITION, les familles du groupe d'intervention étaient majoritairement issues de familles bi-parentales et le revenu moyen de la famille était également majoritairement au-dessus de 85 000 \$ par année, ce qui favoriserait aussi leur assiduité.

Au niveau de l'implantation, le projet TRANSITION est conçu pour favoriser l'engagement et l'assiduité des participants. En effet, les intervenantes peuvent solliciter les parents et les enfants à l'extérieur des rencontres de groupes et de mentorat et répondre à leurs questions à l'extérieur de ces groupes également. Les participants se sentent donc soutenus et écoutés ce qui, selon le modèle de Berkel et al. (2011), favorise l'obtention de résultats positifs au terme de l'intervention. Durant les rencontres de groupe, les activités sont mises en place de façon à ce que tout le monde participe, soit par des discussions, des questions ouvertes ou encore la sollicitation des intervenantes. Il est donc difficile d'éviter de s'engager dans le processus lorsqu'on est assidu aux rencontres.

Il a été mentionné dans le modèle de Berkel et al. (2011) que la réceptivité du participant est importante dans l'obtention de résultats positifs au terme d'une intervention. La réceptivité du participant regroupe, pour Berkel et al. (2011), l'assiduité, la satisfaction, la complétion des devoirs à la maison et la participation active dans le groupe. Les résultats du projet TRANSITION présentés dans cette étude soulignent une forte assiduité, une bonne complétion des devoirs à la maison ainsi qu'une bonne participation active. Sur la base de ce modèle, nous pouvons supposer une bonne réceptivité des participants du projet TRANSITION. En combinant la bonne réceptivité du participant, la fidélité de l'implantation du projet TRANSITION, le bon niveau d'adaptation du projet aux participants et les compétences des intervenantes, tel que discuté dans Normandeau et al. (2012) et Normandeau et al. (2015), toutes les composantes sont réunies selon Berkel et al. (2011) pour obtenir des résultats positifs au terme de l'intervention. Ainsi, malgré que cette étude n'ait pas décelé de lien statistique de l'assiduité et de l'engagement sur l'amélioration des habiletés d'OTEPE, les

résultats positifs au terme de l'intervention, eux, sont présents. En s'appuyant sur les différentes composantes du modèle de Berkel et al. (2011), dire que l'assiduité et l'engagement ne sont pas importants dans notre étude serait donc erroné, vu les résultats positifs observés au terme du projet TRANSITION.

Pour ce qui est de l'effet modérateur, aucune étude citée ici n'a testé l'effet potentiellement modérateur de l'engagement sur le lien entre l'assiduité et les résultats obtenus suite à la participation à un programme d'intervention. Cependant, les points de vue et les résultats divergents en lien avec ces deux variables dans les différentes études soulèvent la pertinence d'aller voir au-delà de ce qui est fait habituellement, afin de trouver de nouvelles pistes de réponses. Vu le petit nombre de sujets compris dans ces analyses, les résultats obtenus ici sont exploratoires et donnent des indications pour de futurs projets.

Lorsque le lien modérateur est testé, c'est encore une fois l'assiduité aux rencontres de mentorat des enfants et l'amélioration de l'organisation de l'espace qui s'avèrent incluses dans le seul modèle significatif. Pour la première fois, l'engagement actif des enfants semble jouer un rôle dans l'obtention de résultats, en tant que modérateur. Cela laisserait supposer, à la base, qu'il est essentiel d'être présent dans un programme d'intervention pour en retirer des bénéfices. Toutefois, au-delà de la présence, les participants qui sont les plus engagés dans les rencontres obtiendraient de meilleurs résultats que ceux qui sont aux rencontres, mais participent peu. Dans l'optique où il est question de rencontres de mentorat où l'intervenante se déplace à domicile, il se pourrait que l'engagement élevé de l'enfant joue un rôle plus important. Autant pour un enfant qui n'a pas l'envie de participer à la rencontre que pour un enfant qui s'implique avec enthousiasme, l'intervenante se déplacera peu importe. Il peut donc plus difficilement refuser d'y aller, ou encore se mettre à l'écart puisqu'il s'agit d'une intervention individuelle. Au-delà de la présence physique lors de l'intervention, il semble donc que la notion d'engagement élevée dans les rencontres soit importante. Cette piste de recherche intéressante reste à être répliquée dans de futures études.

Le sexe des enfants et leur sous-type de TDA/H.

Le sexe de l'enfant ainsi que le sous-type de TDA/H sont deux caractéristiques personnelles susceptibles d'influencer l'efficacité de l'intervention. Une méta-analyse de Gaub

et Carlson (1997) rapporte que les filles présentent plus souvent un TDA/H de sous-type inattentif et que les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité sont plus rarement présents en comparaison avec les garçons. Pour ce qui est du sexe, en lien avec le diagnostic de TDA/H, Gershon (2002) souligne dans sa méta-analyse que les filles, adolescentes et femmes présentent plus de troubles intériorisés que les garçons, adolescents et hommes. Ceux-ci présentent également plus de troubles externalisés que leur comparatif féminin (Gershon, 2002).

Pour cette étude, aucun lien n'a été observé chez les garçons en ce qui a trait à l'influence de l'assiduité ou de l'engagement sur l'amélioration des habiletés d'OTEPE. Toutefois, chez les filles, trois liens forts ont été observés entre : (a) l'assiduité aux rencontres de groupe et l'amélioration de l'organisation du temps et des stratégies d'étude, (b) l'assiduité aux rencontres de groupe et l'amélioration de l'organisation de l'espace de travail et (c) l'assiduité aux rencontres de mentorat et l'amélioration de l'organisation de l'espace de travail. Il est possible d'expliquer la présence de résultats pour les filles et l'absence de résultats pour les garçons par le fait que sept des neuf filles de l'étude ont un TDA/H de sous-type inattentif, alors que les deux autres filles ont un diagnostic de TDA/H de sous-type mixte. Cela peut faire en sorte qu'elles présentent moins de comportements hyperactifs et qu'elles sont donc plus réceptives aux apprentissages proposés lors des rencontres de groupe ou individuelles (Gaub et Carlson, 1997). En ce qui a trait aux comportements, le projet TRANSITION avait été conçu de manière à ce que le système de gestion des comportements soit axé sur le maintien de l'attention et non sur la gestion des comportements perturbateurs. Il est possible que cette façon de faire ait favorisé la réussite du programme chez les filles, qui montraient potentiellement moins de comportements perturbateurs vu leur diagnostic de TDA/H de sous-type inattentif.

Également, puisque les intervenantes du projet TRANSITION étaient toutes des femmes, il est possible que les filles se soient plus identifiées à elles, ce qui a également favorisé l'assiduité et l'amélioration des habiletés d'OTEPE chez elles (Berkel et al., 2011). Pour les filles de notre étude, il semble donc que ce soit la simple présence aux rencontres, au-

delà de leur engagement dans le groupe, qui fasse la différence au niveau de l'amélioration des habiletés d'OTEPE.

Pour ce qui est du sous-type de TDA/H, Faraone, Biederman, Weber et Russell (1998) rapportent que les jeunes ayant un diagnostic de TDA/H mixte sont plus susceptibles de présenter des comportements délinquants, en comparaison avec les jeunes d'un groupe contrôle, les jeunes ayant un diagnostic de TDA/H inattentif ou de TDA/H hyperactif-impulsif. Toujours selon l'étude de Faraone et al. (1998), les jeunes ayant un diagnostic de TDA/H mixte ont le score le plus bas au GAF (*Global assessment of functioning*), un test utilisé pour évaluer le fonctionnement psychosocial du jeune, en comparaison avec les jeunes du groupe contrôle, les jeunes ayant un diagnostic de TDA/H inattentif ou de TDA/H hyperactif-impulsif. Lorsqu'ils contrôlent l'âge et la classe sociale, il n'y a toutefois plus de différence entre les jeunes ayant un TDA/H mixte et un TDA/H hyperactif-impulsif. Notons que plus le score du jeune au GAF est élevé, plus son fonctionnement psychosocial est adapté.

Pour cette étude, le sous-type de TDA/H inattentif ainsi que le sous-type mixte ne semble pas associé au lien entre l'assiduité ou l'engagement et l'amélioration des habiletés d'OTEPE. En effet, le seul lien qui est observé inclut les jeunes qui ont un TDA/H de sous-type inattentif où l'assiduité aux rencontres de mentorat est liée à l'amélioration de l'organisation de l'espace. Bien que le sous-type inattentif puisse être relié à l'assiduité et l'amélioration des filles, comme mentionné plus tôt, ce prédicteur pris seul semble avoir moins d'influence sur les résultats. En effet, des 16 enfants qui ont un diagnostic de TDA/H de sous-type inattentif, sept sont des filles et neuf sont des garçons. Toutefois, des 11 enfants qui ont un TDA/H de sous-type mixte, deux sont des filles et neuf sont des garçons. Il semble donc ici que ce soit la combinaison entre être une fille et avoir un TDA/H de sous-type inattentif qui soit garante d'une plus grande amélioration et non d'avoir un TDA/H de sous-type inattentif seulement.

Les forces et les limites de l'étude

Les limites. Tout d'abord, l'absence de pré-test pour la mesure des habiletés d'OTEPE est une limite considérable. Bien que l'outil de mesure final des habiletés d'OTEPE ait été conçu pour permettre aux parents d'évaluer l'amélioration de leur enfant depuis le début de

l'intervention, cette amélioration est subjective. L'évaluation positive des parents de l'amélioration des habiletés d'OTEPE de leur enfant pourrait également être attribuable à un biais de désirabilité sociale.

Au niveau de la validité externe, comme dans beaucoup d'étude, il y a un biais dans les caractéristiques des parents qui spontanément vont chercher du soutien. Les résultats du projet TRANSITION ne peuvent donc pas se généraliser à la population de parents d'enfants hyperactifs de toutes les classes sociales et de tous les niveaux d'éducation. Notre échantillon, tel que décrit plus tôt, est issu d'un milieu favorisé où la demande d'aide est volontaire. Nos résultats peuvent donc se généraliser à cette classe d'individu.

Une autre des limites de l'étude est le petit nombre de participants qui limitait les analyses statistiques qui pouvaient être menées. Le petit nombre de participants n'a pas permis d'évaluer avec une forte puissance statistique l'effet modérateur de l'engagement, du sous-type de TDA/H et du sexe, mais ont pu donner des pistes de réflexion pour le futur. En effet, selon le logiciel G*Power, pour obtenir une taille d'effet modéré ($d = 0,15$) dans une analyse de régression multiple, tel que prévu dans cette étude à l'aide de deux prédicteurs, il aurait fallu au moins 68 participants, ce qui représente plus du double de l'échantillon actuel.

Également, une autre limite de cette étude est la sensibilité et la subjectivité de la mesure d'engagement. En premier lieu, les mesures n'étaient peut-être pas assez sensibles à la variation d'engagement dans le groupe, vu notamment les faibles écarts-types. En rencontres de mentorat, l'unique mesure d'engagement avait également une moyenne élevée et un très faible écart-type, ce qui ne nous a pas permis de l'utiliser dans nos analyses. En deuxième lieu, contrairement à l'assiduité qui se mesure plus objectivement (le participant est présent ou n'est pas présent), l'engagement est un concept plus subjectif. En effet, bien que les intervenantes aient reçu une formation afin d'avoir la cotation la plus uniforme et objective possible, leurs attentes envers l'engagement des participants peut évoluer au fil des rencontres ou encore des cohortes, ce qui peut biaiser les cotations. Bien sûr, il est possible que tous les participants soient très engagés au même titre qu'ils sont assidus, il faut toutefois s'assurer que cette absence de variation reflète la réalité.

Les forces. Les chercheurs et les intervenants du projet TRANSITION avaient le bien-être des participants et leurs intérêts à cœur. En effet, les participants pouvaient communiquer par courriel à l'extérieur des rencontres pour poser des questions ou faire part de leurs préoccupations. De plus, les rencontres de mentorat à domicile étaient organisées selon les disponibilités de la famille, les rencontres de groupe étaient organisées le soir de la semaine à une heure susceptible de convenir au plus de participants possible. Ces aménagements reflètent bien, encore une fois, les composantes d'implantation de programmes soulignées par Berkel et al. (2011) qui sont, selon sa théorie, essentielles à l'obtention de résultats au terme d'un programme d'intervention.

Ceci est sans oublier le concept d'alliance thérapeutique entre l'intervenant et le participant, où les intérêts et les besoins des participants sont pris en compte, ce qui est important pour favoriser un changement chez le participant et la réussite d'un programme d'intervention (Karver et al., 2005). Chez les jeunes, l'alliance thérapeutique pourrait influencer les résultats de plusieurs façons : (a) l'alliance thérapeutique pourrait être nécessaire si l'on souhaite voir des changements chez le jeune, (b) l'alliance thérapeutique pourrait agir comme catalyseur pour d'autres processus de traitement menant à une amélioration chez le jeune ou (c) l'alliance thérapeutique pourrait agir à titre de modérateur des interventions offertes par l'intervenant (Bickman et al., 2004). L'alliance thérapeutique semble avoir un rôle important à jouer dans les résultats obtenus chez les jeunes (Castro-Blanco et Karver, 2010) et les participants en général, incluant aussi les parents (Karver et al., 2005). Ainsi, dans le cas du projet TRANSITION, les aménagements qui ont été effectués peuvent avoir contribué, entre autres, à augmenter le niveau d'assiduité aux rencontres et d'engagement dans les rencontres chez les participants.

Une autre force du projet TRANSITION était les rencontres diversifiées offertes autant aux parents qu'aux enfants. La combinaison des rencontres de groupes et de mentorat permettait de répondre aux besoins individualisés des enfants tout en traitant en groupe une difficulté partagée par tous les participants, soit leurs habiletés d'organisation. Le lien entre l'assiduité aux rencontres de mentorat et l'amélioration de l'organisation de l'espace ayant d'ailleurs été significatif dans cette étude, il semble important pour l'apprentissage des enfants

de consolider ce qui est vu en rencontres de groupe lors des rencontres de mentorat. Ces rencontres avaient justement ce mandat, soit d'individualiser ce que le jeune avait appris dans les rencontres de groupe et surtout de l'aider à généraliser et à l'appliquer dans son quotidien.

Références

- Abikoff, H., Gallagher, R., Wells, K. C., Murray, D. W., Huang, L., Lu, F. et Petkova, E. (2013). Remediating organizational functioning in children with ADHD: Immediate and long-term effects from a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(1), 113-128. doi: 10.1037/a0029648
- Abikoff, H., Nissley-Tsiopinis, J., Gallagher, R., Zambenedetti, M., Seyffert, M., Boorady, R. et McCarthy, J. (2009). Effects of MPH-OROS on the organizational, time management, and planning behaviors of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(2), 166-175. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181930626>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*. (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Armbruster, P. et Kazdin, A. E. (1994). Attrition in child psychotherapy. *Advances in Clinical Child Psychology, 16*, 81-108.
- Baker, C. N., Arnold, D. H. et Meagher, S. (2011). Enrollment and attendance in a parent training prevention program for conduct problems. *Prevention Science, 12*(2), 126-138. doi: 10.1007/s1121-010-0187-0
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder, 3rd ed.: A handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2009, mai). *The 30 essential ideas every parent needs to know to understand and raise a child with ADHD*. Communication présentée à la conférence de la CADDAC, Toronto, Canada. Résumé repéré à https://www.youtube.com/watch?v=Illf_Hsy570&list=PLzBixSjmbc8eFl6UX5_wWGP8i0mAs-cvY&index=4.
- Barkley, R. A. (2015). Executive functioning and self-regulation viewed as an extended phenotype : Implications of the theory for ADHD and its treatment. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (4^e éd., p. 405-434). New York, NY: The Guilford Press.
- Barnard, W. M. (2004). Parent involvement in elementary school and educational attainment. *Children and Youth Services Review, 26*(1), 39-62. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2003.11.002>
- Baydar, N., Reid, M. J. et Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factors and program engagement in the effectiveness of a preventive parenting program for Head Start mothers. *Child Development, 74*(5), 1433-1453. doi: 10.1111/1467-8624.00616
- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E. et Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science, 12*(1), 23-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s1121-010-0186-1>
- Bickman, L., de Andrade, A. R. V., Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A. S., . . . Rauktis, M. B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 31*(2), 134-148. doi: 10.1097/00075484-200404000-00002
- Boggs, S. R., Eyberg, S. M., Edwards, D. L., Rayfield, A., Jacobs, J., Bagner, D. et Hood, K. K. (2004). Outcomes of parent-child interaction therapy: A comparison of treatment

- completers and study dropouts one to three years later. *Child & Family Behavior Therapy*, 26(4), 1-22. doi: 10.1300/J019v26n04_01
- Brook, U. et Boaz, M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities (LD): Adolescents perspective. *Patient Education and Counseling*, 58(2), 187-191. doi: 10.1016/j.pec.2004.08.011
- Brown, A. L. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation and other more mysterious mechanisms. In F. E. Weinert & R. H. Kluwe (Eds.), *Metacognition, motivation and understanding* (pp. 65-116). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Castro-Blanco, D. et Karver, M. S. (2010). *Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., Pelham, W. E., Swanger-Gagne, M. S., Girio, E., . . . O'Connor, B. (2009). Enhancing traditional behavioral parent training for single mothers of children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(2), 206-218. doi: 10.1080/15374410802698388
- Clarke, A. T., Marshall, S. A., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Jones, H. A., Costigan, T. E., . . . Power, T. J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family–school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 58-67. doi: 10.1080/15374416.2013.794697
- Cloutier, R. et Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. (3^e éd.). Montréal, Québec: Gaëtan Morin.
- Durlak, J. A. et DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal Community Psychology*, 41, 327-350. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0
- Evans, S. W., Langberg, J. M., Schultz, B. K., Vaughn, A., Altaye, M., Marshall, S. A. et Zoromski, A. K. (2016). Evaluation of a school-based treatment program for young adolescents with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 15-30. doi: 10.1037/ccp0000057
- Evans, S. W., Pelham, W. E., Smith, B. H., Bukstein, O., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., . . . Baron-Myak, C. (2001). Dose–response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behavior in adolescents with ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(2), 163-175. doi: 10.1037/1064-1297.9.2.163
- Evans, S. W., Schultz, B. K., White, L. C., Brady, C., Sibley, M. H. et Van Eck, K. (2009). A school-based organization intervention for young adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Mental Health*, 1(2), 78-88. doi: 10.1007/s12310-009-9009-6
- Faraone, S. V., Biederman, J., Weber, W. et Russell, R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 185-193. doi: 10.1097/00004583-199802000-00011
- Gallant, S., Conners, C. K., Rzepa, S. R., Pitkanen, J., Marocco, M. et Sitarenios, G. (2007). Psychometric properties of the Conners 3. *Poster presented at the annual meeting of the American Psychological Association*, San Francisco, CA.

- Gaub, M. et Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. doi: 10.1097/00004583-199708000-00011
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-154. doi: 10.1177/108705470200500302
- Groenman, A. P., Oosterlaan, J., Rommelse, N., Franke, B., Roeyers, H., Oades, R. D., . . . Faraone, S. V. (2013). Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: A 4-year follow-up study. *Addiction*, 108(8), 1503-1511. doi: 10.1111/add.12188
- Johnston, C. et Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207. doi: 10.1023/A:1017592030434
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. et Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 35-51. doi: 10.1007/s11020-005-1964-4
- Kent, K. M., Pelham Jr., W. E., Molina, S. G. B., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., . . . Karch, K. M. (2011). The academic experience of male high school students with ADHD. *Abnormal Child Psychology*, 39, 451-462. doi: 10.1007/s10802-010-9472-4
- Khamis, V. (2006). Family environment and parenting as predictors of attention-deficit and hyperactivity among palestinian children. *Journal of Social Service Research*, 32(4), 99-116. doi: 10.1300/J079v32n04_06
- Kipfer, N., Hessels-Schlatter, C. et Berger, J.-L. (2009). Remédier aux difficultés d'apprentissage des élèves présentant un trouble déficit d'attention et hyperactivité (TDA/H) par une approche métacognitive : revue de la littérature. *L'Année Psychologique*, 109(4), 731-767. doi: 10.4074/S0003503309004060
- Klimkeit, E., Graham, C., Lee, P., Morling, M., Russo, D. et Tonge, B. (2006). Children should be seen and heard: Self-report of feelings and behaviors in primary-school-age children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 181-191. doi: 10.1177/1087054706289926
- La Greca, A. M., Silverman, W. K. et Lochman, J. E. (2009). Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 373-382. doi: 10.1037/a0015954
- Langberg, J. M., Epstein, J. N., Urbanowicz, C. N., Simon, J. O. et Graham, A. J. (2008). Efficacy of an organization skills intervention to improve the academic functioning of students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 23(3), 407-417. doi: 10.1037/1045-3830.23.3.407
- Loe, M. I. et Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambulatory Pediatric Association*, 7(1S), 82-90.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. et Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 185-187. doi: 10.1080/0954026021000046155
- Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Thompson, A. L. et Marshal, M. P. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder risk for heavy drinking and alcohol use disorder is age specific. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(4), 643-654. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00349.x

- Nix, R. L., Bierman, K. L. et McMahon, R. J. (2009). How attendance and quality of participation affect treatment response to parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 429-438. doi: 10.1037/a0015028
- Nock, M. K. et Ferriter, C. (2005). Parent Management of Attendance and Adherence in Child and Adolescent Therapy: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*(2), 149-166. doi: 10.1007/s10567-005-4753-0
- Nock, M. K. et Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 872-879. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.872
- Normandeau, S., Hechtman, L., Girard-Lapointe, J. et Allard, J. (2015, octobre). *Transition program: An intervention for students with ADHD in the transition from elementary to high school*. Communication présentée au 5e congrès de la CACAP, Québec, Québec. .
- Normandeau, S., Hechtman, L., Maheux, D., Painchaud, M., Allard, J., Ectovitch, J., . . . Lanthier-Dubois, S. (2012). *Programme d'intervention pour soutenir les enfants TDAH et les parents lors de la transition au secondaire: Volet enfants, volet parents, volet mentorat*. Montréal: École de psychoéducation, Université de Montréal.
- Patterson, G. R. et Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*(1), 53-70. doi: 10.1111/j.1468-2850.1994.tb00006.x
- Pilette, J., Letarte, M. J., Normandeau, S. et Robaey, P. (2010). Prédicteurs de l'assiduité et de l'engagement à un programme d'entraînement aux habiletés parentales. *Revue de Psychoéducation, 39*(2), 189-207.
- Power, T. J., Werba, B. E., Watkins, M. W., Angelucci, J. G. et Eiraldi, R. B. (2006). Patterns of parent-reported homework problems among ADHD-referred and non-referred children. *School Psychology Quarterly, 21*(1), 13-33. doi: 10.1521/scpq.2006.21.1.13
- Raiford, S. E., Weiss, P. D. L. G., Rolfhus, P. D. E. et Coalson, P. D. D. (2005). *General Ability Index* (No. 4). San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Rogers, M. A., Wiener, J., Marton, I. et Tannock, R. (2009). Parental involvement in children's learning: Comparing parents of children with and without attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of School Psychology, 47*(3), 167-185. doi: 10.1016/j.jsp.2009.02.001
- Semrud-Clikeman, M. (2010). The role of inattention and social perception and performance in two subtypes of ADHD. *Archives of Clinical Neuropsychology, 25*(8), 771-780. doi: 10.1093/arclin/acq074
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K. et Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(1), 28-38. doi: 10.1097/00004583-200001000-00014
- Staudt, M. (2007). Treatment engagement with caregivers of at-risk children: Gaps in research and conceptualization. *Journal of Child and Family Studies, 16*(2), 183-196. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-006-9077-2>
- Vilardo, B. A. (2014). *Early intervention for young children with adhd: Predictors of parental attendance*. (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (3596677)

Annexe 1 : Modèle théorique de l'assiduité et de l'engagement selon Berkel et al. (2011)

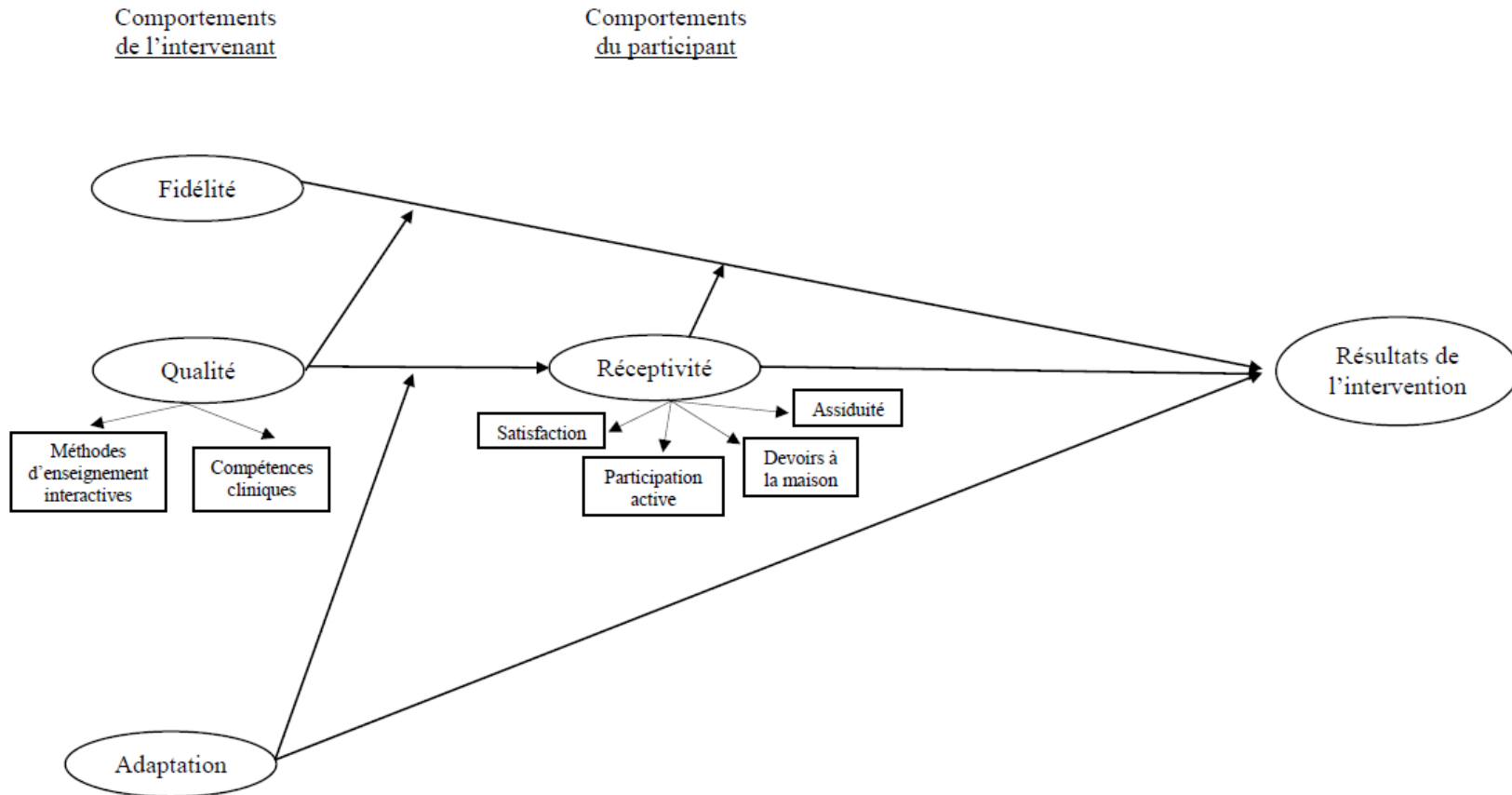


Figure 1. Modèle théorique de l'implantation de programme incluant, entre autres, l'assiduité et l'engagement comme variables associées à l'efficacité du programme. Traduction libre par Catherine Brien.

Annexe 2 : Résumé des activités de groupe et de mentorat du projet TRANSITION

Temps	Activité	Parents	Enfants
ÉVALUATION T1			
	Mentorat	<ul style="list-style-type: none"> - Faire connaissance avec l'enfant et les parents. - Présenter le programme transition. 	
	Groupe 1	<ul style="list-style-type: none"> - Le TDAH à l'adolescence. - Être parent d'un adolescent ayant le TDAH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le TDAH à l'adolescence. - La médication.
	Mentorat	<ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le rôle de la médication dans le TDAH. - Prendre une photo de l'espace de travail du jeune. 	
6 ^e - Mai	Groupe 2	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation de l'espace de travail. - L'attention positive. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation de l'espace de travail.
	Mentorat	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le jeune dans l'organisation de son espace de travail. - Faire un portrait de la routine du matin et du retour de l'école. 	
	Groupe 3	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation du temps. - Les félicitations. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation du temps.
	Mentorat	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le jeune dans l'évaluation (gestion du temps) des étapes de la routine du matin. - Organiser la routine du matin et/ou la routine de retour à l'école avec l'enfant et ses parents. - S'assurer que les autres éléments vus précédemment sont maintenus. 	
6 ^e - Juin	Groupe 4	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation de l'agenda et calendrier familial. - Les récompenses. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation de l'agenda et du calendrier familial.
	Mentorat	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le jeune dans l'organisation de son agenda scolaire. - Discussion avec le jeune sur son entrée au secondaire. - S'assurer que les autres éléments vus précédemment sont maintenus. 	
	Groupe 5	<ul style="list-style-type: none"> - L'entrée au secondaire. - Gestion du stress. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'entrée au secondaire. - La gestion du stress.

Vacances d'été

Sec. 1 – Sept.

- Se mettre à la tâche.
- La rentrée scolaire.
- Communication avec l'école.

Groupe 6

- Se mettre à la tâche.

- Mentorat
- Retour sur les éléments vus en 6^e année.
 - Appliquer les stratégies pour se mettre à la tâche.
 - Présenter les principes de l'organisation du sac à dos.

Groupe 7

- L'écoute et la prise de note en classe.
- Formuler des demandes claires.

- L'écoute.
- Prise de note.

Mentorat

- Soutenir le jeune dans sa mission de la semaine; prise de notes selon la méthode Cornell.
- S'assurer que les autres éléments vus précédemment sont maintenus.

Groupe 8

- La lecture et les organisateurs graphiques.
- Routine de devoirs.

- La lecture.
- Les organisateurs graphiques.

Mentorat

- Soutenir le jeune dans l'utilisation de l'organisateur graphique pour la lecture.
- S'assurer que les autres éléments vus précédemment sont maintenus.

Évaluation I2	
Sec. 1 – Oct.	<p>Groupe 9</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir son enfant dans la préparation de son examen. - Stratégies de désamorçage. - Les conséquences. <p>Mentorat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le jeune dans la planification d'un examen, travail ou devoir à long terme. - S'assurer que les autres éléments vus précédemment sont maintenus. <p>Groupe 10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conséquences et retraits de privilèges. - Résolution de problèmes. <p>Mentorat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail d'équipe à long terme. - Habiletés sociales en travail d'équipe.
Sec. 1 – Nov.	<p>Groupe 11</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résolution de problèmes. <p>Mentorat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le jeune dans sa réflexion sur ce que signifie le respect. - Mettre en application les ingrédients pour formuler une demande d'aide à l'adulte. - S'assurer que les autres éléments vus précédemment sont maintenus. <p>Groupe 12</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion de ses émotions. - Prendre soin de soi. <p>Mentorat</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que les autres éléments vus précédemment sont maintenus. - Préparer la dernière rencontre de groupe. <p>Groupe 13</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan de l'intervention. <p>Sec. 1 – Dec.</p> <p>Rencontre bilan</p> <p>Personnes présentes : Mentor, animateur du groupe parent, parents et le jeune. Objectif : Faire un bilan sur les acquis du jeune et de la famille.</p>
Sec 1- Janvier	
Évaluation I3	
Sec 1- Jan. to May	<p>Mentorat</p> <p>7 rencontres au cours de 20 semaines. 3 rencontres à chaque 2 semaines; 3 rencontres à chaque 3 semaines; 1 rencontre au mois. Les jeunes choisissent des objectifs durant la rencontre bilan.</p>
Sec 1- Mai	<p>Groupe 14</p> <p>Évaluation du programme par les parents.</p> <p>Révision des outils et activité sur les qualités.</p>
Sec 1- Juin	
Évaluation I4	

Annexe 3 : Tableaux de corrélations

Tableau 11

Corrélations entre les variables prédictrices utilisées pour les parents et les enfants

	Somme rencontres groupe jeunes (1)	Somme rencontres mentorat jeunes (2)	Moyenne devoirs jeunes (3)	Moyenne engagement actif jeunes (4)	Moyenne soutien aux autres jeunes (5)	Moyenne faible résistance jeunes (6)	Moyenne engagement mentorat jeunes (7)	Somme rencontres groupe parents (8)	Moyenne devoirs parents (9)	Moyenne engagement actif parents (10)	Moyenne soutien aux autres parents (11)
(1)	1,00	0,14	0,48*	0,17	-0,39*	-0,004	0,44*	0,72**	0,32	-0,29	-0,42*
(2)		1,00	-0,02	-0,32	-0,27	-0,42*	0,11	0,28	0,35	-0,16	-0,21
(3)			1,00	0,22	-0,34	0,02	0,25	0,56**	0,43*	-0,14	-0,38*
(4)				1,00	0,39*	0,49**	0,31	-0,06	-0,01	0,11	0,23
(5)					1,00	0,52**	0,01	-0,55**	-0,34	0,47*	0,65**
(6)						1,00	0,16	-0,34	-0,04	0,23	0,45*
(7)							1,00	0,31	-0,04	-0,13	0,02
(8)								1,00	0,54**	-0,18	-0,49**
(9)									1,00	-0,01	-0,06
(10)										1,00	0,78**
(11)											1,00

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tableau 12

Corrélations entre les trois variables évaluant l'amélioration des habiletés d'OTEPE

	Organisation du temps et stratégies d'étude	Planification	Organisation de l'espace
Organisation du temps et stratégies d'étude	1,00	0,92*	0,57**
Planification		1,00	0,46*
Organisation de l'espace			1,00

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$