

Université de Montréal

Projet d'intervention « Attentix à la maison » visant les parents d'enfants présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité en milieu scolaire

par
Marie-Pier Gill
École de psychoéducation
Faculté des arts et des sciences

Rapport d'intervention présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de M.Sc. en psychoéducation

Mai, 2008

© Marie-Pier Gill, 2008

Sommaire

Ce rapport présente un projet d'intervention s'adressant aux parents d'enfants présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité en milieu scolaire. Ce projet d'intervention visait à donner aux parents la possibilité d'être bien outillés pour intervenir à la maison en continuité et en cohérence avec ce qui est fait à l'école à l'aide du programme d'intervention « Attentix à la maison » d'Alain Caron. Il a été mis sur pied à l'école Sans-Frontières, une école primaire publique de la Commission Scolaire de Montréal en ciblant plus particulièrement les parents d'élèves âgés entre 6 et 9 ans. Trois enfants ont participé au programme dont deux étaient frère et sœur, il y a donc eu deux familles participantes. Le programme s'est déroulé sur un total de neuf rencontres d'une heure en moyenne et ce, sur une période de 11 semaines et chaque rencontre visait à réaliser l'écoute des métaphores du programme, soit une série de métaphores racontant l'histoire d'Attentix, un jeune garçon à la recherche du trésor de l'attention et de former les parents pour qu'ils soient en mesure de réaliser les diverses activités associées à chacune d'elles, qui permettent le développement de compétences à l'aide de stratégies et d'outils pratiques et ludiques. L'évaluation des effets a été effectuée à l'aide d'un protocole à cas unique de type AB et les prises de mesures ont principalement été réalisées en contexte de période de devoirs à la maison. Les résultats révèlent de très légères améliorations en ce qui a trait au degré de conformité des enfants face aux exigences parentales, au climat des périodes de devoirs à la maison ainsi qu'en ce qui a trait au développement de stratégies de gestion de l'inattention et de l'impulsivité.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	V
REMERCIEMENTS	VI
ATTENTIX À LA MAISON	1
Introduction	1
Contexte théorique	2
Description de la problématique.....	2
Définition générale.....	2
Prévalence.....	3
Trajectoire développementale.....	4
Comorbidité.....	5
Les conséquences.....	6
Facteurs de risques	8
Facteurs familiaux.....	9
Facteurs de protections et compensateurs.....	12
Chaîne développementale.....	12
Interventions.....	15
Préparer la réussite scolaire et l'adaptation sociale (PRSAS)	16
Ces années incroyables.....	18
Triple-P : Programme d'entraînement Parental Positif	20
Programme Attentix	21
Intervention proposée	23
Pertinence	24
Méthodologie	26
Description	26
Sujets.....	26
But et objectifs.....	27
Animateurs.....	28
Programme et contenu.....	28
Contexte spatial.....	32
Contexte temporel et dosage.....	32
Stratégie de gestion des apprentissages.....	33
Stratégie de gestion des comportements.....	34
Système de responsabilités.....	34
Système de reconnaissance.....	35
Méthode d'évaluation	36
Évaluation de l'implantation	36
Adhérence.....	36
Participation.....	37
Débordements.....	37
Évaluation des effets	38

<i>La compréhension de la problématique du TDAH par les parents</i>	38
<i>Le degré de non-conformité des enfants aux exigences parentales</i>	38
<i>Le climat des périodes de devoirs à la maison</i>	39
<i>Gestion de l'inattention et de l'impulsivité par l'enfant</i>	39
RÉSULTATS	40
Évaluation de la mise en œuvre	40
<i>Comparaison entre le prévu et le vécu</i>	40
<i>Caractéristiques des sujets et recrutement</i>	40
<i>Composantes sans changements</i>	42
<i>Composantes modifiées</i>	42
<i>Composantes évaluées plus formellement</i>	43
<i>Adhérence</i>	43
<i>Aspect temporel de l'adhérence</i>	45
<i>Débordements</i>	47
Évaluation des effets	47
<i>La compréhension de la problématique du TDAH par les parents</i>	48
<i>La non-conformité des enfants aux exigences parentales</i>	48
<i>Climat des périodes de devoirs</i>	49
<i>Développement de stratégies de gestion de l'inattention et de l'impulsivité</i>	51
Discussion	56
<i>Jugement sur l'atteinte des objectifs</i>	56
<i>Liens entre les composantes du programme et les résultats</i>	59
<i>Liens entre le contexte théorique et les résultats</i>	61
<i>Avantages et limites de l'intervention</i>	62
Conclusion	64
<i>Références</i>	65

Liste des tableaux

Tableau 1. Programmation de l'intervention Attentix à la maison.....	31
Tableau 2. Temps moyen consacré aux rencontres hebdomadaires.....	46
Tableau 3. Moyenne de temps consacré hebdomadairement à Attentix à la maison.....	47

Liste des figures

Figure 1. Chaîne développementale du TDAH.....	15
Figure 2. Le degré de non-conformité des enfants aux exigences parentales.....	50
Figure 3. Climat des périodes de devoirs à la maison pour Max.....	51
Figure 4. Climat des périodes de devoirs à la maison pour Cloé.....	52
Figure 5. Climat des périodes de devoirs à la maison pour Billy.....	52
Figure 6. Fréquence d'apparition des comportements indésirables qui nuisent à la préparation de l'enfant aux périodes de devoirs à la maison.....	54
Figure 7. Fréquences d'apparition des comportements indésirables lors des périodes de devoirs à la maison.....	55
Figure 8. Fréquence d'apparition des comportements indésirables qui nuisent à la qualité du travail accompli lors des devoirs à la maison.....	56
Figure 9. Développement de stratégies de gestion de l'inattention et de l'impulsivité, toutes échelles confondues en fonction de la fréquence d'apparition des comportements indésirables lors des périodes de devoirs à la maison.....	57

Remerciements

La réalisation de ce projet d'intervention ainsi que la rédaction de ce rapport n'auraient pu être accomplis sans la contribution de plusieurs personnes que je tiens à remercier chaleureusement. Un gros merci à l'équipe de l'école Sans-Frontières qui m'ont accueilli à bras ouverts et m'ont permis de vivre une expérience inoubliable au cours de ces deux années de stage. Merci encore plus particulièrement aux parents de m'avoir fait confiance et de m'avoir donné l'opportunité de travailler avec vos enfants. Un merci spécial à vous les enfants, vous êtes la raison pour laquelle je tiens à pratiquer la psychoéducation. Merci à Martine Duvauchel, ma superviseur, pour ta disponibilité et ton soutien qui m'ont été d'une aide inestimable. Merci à monsieur Stéphane Cantin pour vos conseils qui ont su m'éclairer dans ce long processus de rédaction. Merci à Cindy L'heureux-Piché pour ton amitié et ton support, je ne t'oublierai jamais. Merci à mes parents, Dany et François et à ma petite sœur Louise-Josée pour votre soutien inconditionnel et pour ces nombreuses heures de corrections. Finalement, merci à mon amoureux Olivier, tu as toujours été là pour m'encourager et me reconforter dans les moments d'incertitude.

Attentix à la maison

Introduction

Le milieu d'intervention visé par le présent projet d'intervention est l'école primaire Sans-Frontières de la Commission Scolaire de Montréal. La clientèle desservie par cette école est très diversifiée, les enfants proviennent de milieux socioéconomiques et de groupes culturels variés. Le service de psychoéducation de l'école intervient à plusieurs niveaux : entraînement aux habiletés sociales, prévention de la violence, soutien aux enseignants, programme d'entraînement à l'attention et au contrôle de l'impulsivité (Attentix) en sous-groupe d'enfants ciblés ainsi qu'en groupe classe, en plus des nombreuses interventions ponctuelles et des suivis individuels. Bon nombre d'enfants référés au service de psychoéducation présentent divers symptômes liés au déficit de l'attention/hyperactivité, si bien que cette problématique est devenue l'une des priorités du service. Néanmoins, la réalité du milieu scolaire fait en sorte que les parents et l'intervention en milieu familial sont régulièrement mis de côté au profit d'une intervention directe à l'école. C'est précisément afin d'offrir un soutien à ces parents et une prolongation du travail effectué en milieu scolaire que le présent programme d'intervention a été mis sur pieds. Le but étant de donner aux parents la possibilité d'être bien outillés pour intervenir à la maison en continuité et en cohérence avec ce qui est fait à l'école. Le présent travail se compose tout d'abord de la présentation du contexte théorique qui vise à faire un survol de la problématique du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) en mettant l'accent sur l'importance du rôle joué par la famille dans la gestion de cette dernière et de son impact sur la vie de l'enfant. S'en suivra une brève recension de la littérature proposant trois programmes d'intervention visant la famille d'enfant TDAH. Cette partie sera suivie de la présentation du projet d'intervention proposé, soit le programme Attentix à la maison ainsi que de la méthode d'évaluation utilisée et les résultats obtenus par ce dernier sur la clientèle ciblée.

Contexte théorique

Description de la problématique

Définition générale.

Le déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est l'un des motifs de référence le plus régulièrement invoqué lorsqu'il est question de référer un enfant d'âge scolaire à un spécialiste (Dulcan & Benson, 1997). L'enfant qui en est atteint manifeste un ensemble de comportements perturbateurs dans lesquels il y a prédominance de symptômes tel que l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité (Dumas, 2002). Il existe trois sous-types du trouble, chacun d'eux énonçant clairement le type de symptôme principalement retrouvé chez l'enfant (APA, 2000). Le premier sous-type est le type inattention prédominante, diagnostiqué lorsque l'individu présente au moins six symptômes d'inattention et moins de six symptômes d'hyperactivité/impulsivité. Le second sous-type est celui de l'hyperactivité/impulsivité prédominante, qui se caractérise par la présence d'un minimum de six symptômes d'hyperactivité/impulsivité et de moins de six symptômes d'inattention. Le troisième sous-type est le type mixte, qui est utilisé lorsqu'il y a présence d'au moins six symptômes d'inattention ainsi que de six symptômes d'hyperactivité/impulsivité.

Les diverses manifestations du trouble doivent survenir tôt dans le développement de l'enfant, en plus d'avoir un degré excessif pour son âge et d'être présentes dans plusieurs contextes et situations distinctes (Barkley, 2006). Ces comportements se discriminent de la norme par leur fréquence, leur intensité et leur persistance (Dumas, 2002). De fait, pour qu'un diagnostic soit posé, les symptômes doivent être présents depuis plus de six mois consécutifs, à un degré tel qu'ils nuisent au fonctionnement adaptatif de l'enfant et ils doivent avoir débutés avant l'âge de sept ans (APA, 2000).

Les difficultés rencontrées par ses enfants sont très nombreuses et touchent à plusieurs aspects de leur fonctionnement adaptatif (Dumas, 2002). Ces difficultés sont liées entre elles par le fait qu'elles dépendent des fonctions exécutives, qui sous-tendent l'autorégulation, pour être réalisées adéquatement (Dumas, 2002). Ces enfants ont également des difficultés au niveau du contrôle de l'activité motrice, principalement dans les tâches complexes, ils utilisent moins le langage intériorisé pour s'autoréguler et ont de la difficulté à organiser et à exprimer leur pensée, ils manquent de maîtrise de leurs émotions, principalement lorsqu'elles sont négatives et ont une mémoire de travail limitée (Dumas, 2002). Plus précisément, dans le domaine de l'attention, les difficultés manifestées par l'enfant touchent les aspects temporel et organisationnel. Incapacité à soutenir son attention et ce, dans de nombreuses tâches quotidiennes, difficulté à respecter les diverses règles qui s'y appliquent, manque d'organisation, distraction, oublie rapidement, ne semble pas entendre ce qu'on lui dit, sont quelques exemples de ces difficultés. Dans le domaine de l'hyperactivité et de l'impulsivité, les difficultés sont liées au niveau excessif et perturbateur d'activité de ces enfants. Ils ont du mal à demeurer calme, ils parlent beaucoup, font du bruit, parfois même sans en être conscient en plus d'interrompent les conversations et de bouger constamment (Dumas, 2002).

La manifestation des divers symptômes associés à ce trouble peut varier énormément d'un contexte à l'autre et d'un enfant à l'autre. Ainsi, dans le cadre d'une activité qui intéresse grandement l'enfant, les symptômes du trouble peuvent être moindres, alors que s'il est appelé à réaliser une tâche qui lui demande un effort soutenu, les symptômes seront présents de manière beaucoup plus prononcée (Dumas, 2002).

Prévalence.

En Amérique du Nord et au Québec, 3 à 7 % des enfants d'âge scolaire seraient atteints du déficit de l'attention/hyperactivité (APA, 2000). Toutefois, il semble qu'un large pourcentage

d'enfants non référés pour un suivi clinique en lien avec le TDAH présente tout de même plusieurs caractéristiques généralement associées à ce trouble (Barkley, 2006). La prévalence est plus élevée pour les sous-types hyperactivité/impulsivité prédominante et mixte, de l'ordre de plus de 80%. Alors que le sous-type inattention prédominante n'atteint qu'un peu plus de 1 % d'entre eux, plus fréquemment à l'adolescence (Dumas, 2002). En Australie, Garton, Zubrick et Silburn (1995) ont établi que les problèmes d'attention étaient évidents chez 5,5% des enfants âgés de 4 à 11 ans et de 7,6% chez ceux âgés entre 12 et 16 ans. Il est régulièrement possible de constater que la prévalence du trouble peut varier énormément d'un pays à l'autre, et ce, bien que le trouble soit présent dans toutes les cultures, les différences de prévalence seraient donc associées aux diverses pratiques diagnostiques ainsi qu'aux divergences dans les tableaux symptomatologiques (APA, 2000). La prévalence de ce trouble semble varier beaucoup en fonction de l'âge, du sexe, de la chronicité des problèmes de santé, de la dysfonction du système familial, du faible statut socioéconomique (SSE), des lacunes dans le développement de l'enfant ainsi que par le fait de vivre en milieux urbains (Barkley, 2006). Dans la population clinique, la proportion de garçons atteints du TDAH est de l'ordre de 5 à 9 garçons pour 1 fille, proportion qui est plus élevée que dans la population non clinique, dans laquelle le ratio se chiffre à 3 garçons pour 1 fille (Barkley, 2006). Barkley (2006), explique cette différence par le fait que les garçons démontrent plus de comportements agressifs et antisociaux, ce qui les amène à être référés plus fréquemment pour un suivi clinique. Barkley (2006), rapporte également que les filles qui présentent un déficit de l'attention/hyperactivité sont moins à risque que leurs homologues masculins, de développer un trouble oppositionnel, un trouble des conduites ou tout autres problèmes extériorisés, mais qu'elles auraient également un niveau d'intelligence inférieur.

Trajectoire développementale.

Certains symptômes, tel que l'agitation et l'impulsivité, apparaissent tôt dans le développement de l'enfant (vers l'âge de 2 ou 3 ans), alors que les symptômes liés à

l'inattention apparaissent, quant à eux, deux à trois ans plus tard. Ainsi, l'établissement du diagnostic du déficit de l'attention/hyperactivité est facilité par le début de la scolarisation de l'enfant (Charlebois, 2003). La principale raison expliquant cette réalité est, le fait que l'entrée dans le monde scolaire implique pour l'enfant de nombreux changements. Il doit apprendre à vivre dans un cadre plus stricte, il doit répondre à certaines exigences académiques et se conformer à un rythme d'apprentissage qui n'est généralement pas le sien et c'est ce qui contribue à accentuer ces difficultés d'attention et d'organisation (Dumas, 2002). De plus, avant l'âge de 7 ans, il est plus difficile de bien faire la distinction entre les comportements relatifs à l'hyperactivité et ceux qui découlent de l'opposition puisque plus de la moitié de ces enfants présentent des symptômes liés aux conduites agressives, au trouble oppositionnel ou encore au trouble des conduites (Barkley, 2006).

Il est possible de constater une diminution des symptômes liés à l'hyperactivité et à l'impulsivité, tout au long du développement de l'enfant, alors que les symptômes d'inattention demeurent stables jusqu'à l'adolescence (Dumas, 2002). Il y a donc une notion de continuité en ce qui concerne les symptômes d'inattention. Il est également possible de constater chez certains enfants, un accroissement des comportements antisociaux à mesure qu'ils évoluent vers l'adolescence et il en va de même pour l'ensemble des difficultés d'adaptation de l'individu, plus particulièrement chez ceux qui présentent un plus grand nombre de comportements hyperactifs et impulsifs (Dumas, 2002). À l'âge adulte, leur fonctionnement adaptatif demeure perturbé et comme il s'agit d'un trouble héréditaire, il y a de fortes chances pour que le cycle recommence avec leurs propres enfants.

Comorbidité.

August, Realmuto, MacDonald, Nugent et Crosby (1996), ont évalué à 61%, le nombre d'enfants atteints du TDAH qui présentent au moins un autre diagnostic. Si bien que, tel que mentionné précédemment, avant l'âge de 7 ans, il est plus difficile de bien faire la distinction

entre les comportements relatifs à l'hyperactivité et ceux qui découlent de l'opposition puisque plus de la moitié de ces enfants présentent des symptômes liés aux conduites agressives, au trouble oppositionnel ou encore au trouble des conduites (Barkley, 2006). De plus, Barkley (1998) et Cantwell (1996), rapportent que les enfants TDAH présentent fréquemment des troubles anxieux et de l'humeur ainsi que de fréquents trouble d'apprentissage. Cependant, les taux de comorbidité varient largement d'une étude à l'autre. Le déficit de l'attention/hyperactivité peut également être comorbide avec de nombreuses difficultés de communication et d'apprentissage qui sont d'une importance capitale puisqu'elles peuvent contribuer à accentuer les difficultés scolaires vécues par l'enfant (Dumas, 2002). Jensen, Martin et Cantwell (1997), précisent que lorsque le TDAH est comorbide avec un trouble anxieux, l'enfant présente une diminution de l'impulsivité ainsi que de la sévérité des symptômes extériorisés puisqu'il y a une augmentation de l'inhibition comportementale, alors qu'une comorbidité avec un trouble de la conduite entraîne fréquemment un faible QI, une augmentation des difficultés d'apprentissage et de lecture ainsi que la présence plus marquée de déficits neuropsychologiques. Le TDAH serait également présent chez au moins 50% des enfants diagnostiqués avec le syndrome de Gilles de la Tourette (APA, 2000). Ce syndrome pourrait donc s'avérer être un facteur de risque du TDAH.

Les conséquences.

Le déficit de l'attention/hyperactivité entraîne de nombreuses conséquences pour l'enfant qui en est atteint. Dès le début de la scolarisation, l'enfant se trouve confronté à deux défis majeurs, les difficultés d'apprentissage et le rejet social (Dumas, 2002). Au plan scolaire, ces enfants démontrent certaines difficultés sur le plan du rendement académiques (Rogers, Cann, Cameron, Littlefield & Lagioia, 2003). Charlebois (2003), mentionne que leurs difficultés d'apprentissage les amènent à accumuler un retard scolaire pouvant aller, pour 20% d'entre eux, jusqu'à une année de retard avant la troisième année. Ces difficultés d'apprentissage sont plus prononcées chez les enfants dont le déficit de l'attention/hyperactivité est de type inattention

prédominante (Dumas, 2002). De plus, au courant de leurs études primaires, 58% d'entre eux échoueront au moins une année (Charlebois, 2003). Selon Barkley (2006), 30 à 40% d'entre eux seront référés à un service d'éducation spécialisée, 46% d'entre eux seront suspendus de l'école au moins une fois et entre 10 et 35% décrocheront ou échoueront avant la fin du secondaire. Vitaro, Brendgen, Larose et Trembaly (2005) ont, quand à eux, évalués le lien entre les comportements perturbateurs au préscolaire et le décrochage scolaire. Ils rapportent à cet effet, que de nombreuses études ont démontrées que les comportements perturbateurs étaient de bons prédicteurs des difficultés académiques et ultimement, du décrochage.

Sur le plan des relations sociales, 67% des enfants ayant un déficit de l'attention/hyperactivité sont reconnus comme étant rejetés socialement, en comparaison avec 12,5% des enfants sans problèmes spécifiques (Charlebois, 2003). Ils ont également des relations difficiles avec l'adulte puisque leurs comportements perturbent grandement l'ambiance de la classe et/ou de la maison (Charlebois, 2003). Dans une étude réalisée par Whalen et Henker (1985), 81% des parents d'enfants TDAH indiquaient que leur enfant avait de sérieux problèmes en situations social (comparativement à 7% chez la population normative). Ces difficultés d'ajustement social s'expliqueraient par l'impulsivité et le comportement intrusif de ces enfants, en plus d'être imprévisible et d'être l'une des causes de la désorganisation des activités de groupe, ce qui entraîne inévitablement des échanges négatifs, un rejet des activités et des comportements agressifs qui viennent ternir le climat social (Charlebois, 2003). Le déficit de l'attention/hyperactivité a donc des répercussions majeures sur les relations sociales, avec les camarades de classe tout comme avec les enseignants, principalement dû au fait que les comportements de ces enfants perturbent le fonctionnement de la classe (Dumas, 2002). S'en suit généralement une augmentation des comportements de nature agressive ainsi que des échecs scolaire pouvant même conduire jusqu'au décrochage (Dumas, 2002). Les déficits sociaux de ces enfants sont durables, récurrents et ils ont tendance à augmenter plus l'enfant avance en âge (Whalen, & Henker, 1985).

À long terme, le déficit de l'attention/hyperactivité peut s'avérer être un bon prédicateur de problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme ainsi que de comportements antisociaux pouvant mener jusqu'à la délinquance et aux conduites criminelles, à des perturbations dans les relations sociales, sans oublier que les nombreux retards scolaires accumulés peuvent conduire à l'échec et à l'abandon scolaire et ainsi, à l'occupation d'emplois au bas de l'échelle (Pelham & Gnagy, 1999).

Facteurs de risque.

L'étiologie du TDAH a longuement été étudiée, toutefois nous ne sommes pas encore en mesure de déterminer précisément la cause de cette problématique. La génétique est l'une des causes les plus régulièrement citées. Le syndrome de l'X-fragile, le syndrome d'alcoolisation foétale ainsi qu'un désordre de la glande thyroïde sont des troubles qui peuvent constituer des facteurs de risque pour le développement du TDAH (Cantwell, 1996). Selon Samudra et Cantwell (1999), le déficit de l'attention/hyperactivité est une histoire de famille. L'hérédité serait effectivement un excellent prédicateur du TDAH puisque environ 25% des pères et 17 à 25% des mères d'enfants TDAH seraient eux aussi, touchés par la problématique et ce, en plus d'environ 30% de la fratrie (Barkley, 1997). Le taux de prévalence du trouble est en effet, 5 à 6 fois plus élevé dans les familles qui comptent déjà un enfant atteint du trouble (Dumas, 2002). Tout porte à croire que certains gènes pourrait donc expliquer, en partie, l'émergence du TDAH.

Des facteurs de risque périnataux pourraient également être utilisés pour expliquer l'émergence du TDAH tel que, la consommation d'alcool et de drogues (héroïne, cocaïne et nicotine), durant la grossesse (Samudra & Cantwell, 1999). Il en va de même pour le stress intense vécu au cours de la grossesse, les difficultés lors de l'accouchement et pour le faible poids à la naissance (Chevalier, Guay, Achim, Lageix & Poissant, 2006).

Cependant, se sont les facteurs de risque neurobiologiques et neuropsychologiques qui semblent expliquer le plus adéquatement l'émergence du déficit de l'attention/hyperactivité (Dumas, 2002). Selon Barkley (1997), le TDAH serait le résultat d'un déficit des fonctions exécutives et plus précisément d'un fonctionnement anormal des neurotransmetteurs dopaminergiques, associés à l'inhibition comportementale, qui entraîne une diminution de l'efficacité de la mémoire de travail non-verbale, du langage intériorisé, de l'autorégulation des affects et de la reconstitution (quatre fonctions exécutives). En effet, des évidences biochimiques et pharmacologiques suggèrent que le système dopaminergique aurait un rôle majeur à jouer dans le développement du trouble (Mill, Caspi, McClay, Sugden, Purcell, Asherson & al., 2002). Théorie qui fut largement démontrée par l'efficacité de la médication pour remédier temporairement aux symptômes du trouble. De plus, un nombre impressionnant d'études ont été mené sur le sujet et bon nombre d'entre elles confirment la présence d'un dysfonctionnement des processus physiologiques et neurologiques de même que des structures cérébrales associées au contrôle et à la régulation de l'inhibition comportementale (Dumas, 2002).

Facteurs familiaux.

Une problématique comme le déficit de l'attention/hyperactivité, à un impact significatif sur le fonctionnement de la famille dans sa globalité (Kazdin et Weisz, 2003). Les comportements agités, bruyants et exigeants des enfants présentant ce trouble ou des symptômes de celui-ci perturbent grandement l'ensemble des interactions familiales (Dumas, 2002). Les nombreux comportements perturbateurs des enfants rendent la tâche éducative des parents beaucoup plus ardue (Massé, Desbiens & Lanaris, 2006), ce qui fait en sorte que ces derniers deviennent souvent plus directifs et négatifs dans leurs pratiques parentales. Ils ont alors tendance à se percevoir comme étant moins habiles dans leurs rôles parentaux et comme ayant moins de connaissances que les autres parents. Ces parents vivent beaucoup de stress et d'insatisfaction face à leurs enfants et par rapport à leurs rôles parentaux (Kazdin et Weisz,

2003). Il est même possible que l'ensemble de ces perturbations puisse contribuer à affaiblir le lien d'attachement entre le parent et l'enfant (Massé, Desbiens & Lanaris, 2006). Toutefois, il importe de garder en tête que les pratiques parentales utilisées par les parents peuvent agir en tant que modérateur dans l'évolution du problème.

Les interactions parent-enfant difficiles qui résultent généralement de la présence du TDAH chez l'enfant ont tendance à se solder en problèmes familiaux multiples qui rendent l'environnement familial instable et conflictuel (Chevalier, Guay, Achim, Lageix & Poissant, 2006). Dans un tel environnement, il n'est pas rare que l'enfant vive un stress supplémentaire qui peut à son tour, contribuer à le désorganiser davantage et à le rendre, par le fait même, encore plus perturbateur (Chevalier, Guay, Achim, Lageix & Poissant, 2006). En plus des pratiques parentales plus directives et négatives des parents d'enfant TDAH, il est fréquent de constater que ces derniers manifestent moins de cohésion, de cohérence et d'implication dans leur discipline familiale (Chevalier, Guay, Achim, Lageix & Poissant, 2006). Ils utiliseraient également plus de correction physique (McKee, Harvey, Danforth, Ulaszek & Friedman, 2004). Plus spécifiquement, les mères d'enfants TDAH auraient tendance à utiliser significativement plus d'interventions indirectes afin d'éviter le plus possible les confrontations directes avec leurs enfants difficiles (Epstein, Kutash, & Duchnowski, 2005).

De nombreux aspects du style parental peuvent jouer un rôle important dans la socialisation de l'enfant (Arnold, O'Leary, Wolff & Acker, 1993). Ainsi, certaines stratégies disciplinaires utilisées par les parents peuvent être directement impliquées dans le développement et le maintien de certains troubles de comportements extériorisés chez l'enfant (Arnold et al., 1993). Pour les parents d'enfants ayant un diagnostic de TDAH, être un parent efficace consiste à être en mesure d'aider son enfant à maximiser ses ressources personnelles et à réaliser son potentiel unique, ce qui peut contribuer au développement de comportements appropriés (Segal, 2001). Être apte à trouver le bon moment, le bon niveau d'intensité ainsi qu'à

faire preuve de cohérence lors de l'application de conséquences auprès de l'enfant peuvent influencer grandement l'efficacité de la discipline employée par les parents (Arnold, et al., 1993).

Les parents d'enfants TDAH sont souvent impliqués dans la résolution de nombreux conflits avec l'école, les pairs et la fratrie (Anastopoulos, Guevremont, Shelton & DuPaul, 1992). Les relations entretenues avec les divers contextes de vie de l'enfant sont donc très souvent négatives, ce qui peut devenir très difficile pour les parents. Sans compter que le milieu scolaire a généralement des exigences trop grandes pour les capacités de l'enfant, ce qui augmente le stress subi par les parents qui désirent plus que tout que leur enfant rencontre ces exigences. La période des devoirs en est une particulièrement difficile, elle devient une bataille quotidienne qui mène régulièrement à une escalade coercitive (Massé, Desbiens & Lanaris, 2006).

Vivre avec un enfant TDAH représente un défi quotidien. Ces enfants demandent une quantité considérable de ressources parentales et malgré tout, il en résulte régulièrement des échecs, de la fatigue, de la démotivation ainsi que de l'isolement chez la famille (Whalen & Henker, 1999). Selon Dumas (2002), la manière dont l'entourage réagit joue un rôle essentiel dans l'évolution des difficultés de l'enfant. En fait, l'environnement familial peut jouer un rôle modérateur dans le cas d'une problématique comme le TDAH. Il n'est en aucun cas la cause du trouble, mais il joue tout de même un rôle clé dans le développement de la problématique. Il peut modérer à la fois l'intensité, l'expression ainsi que les conséquences qui lui sont directement liées.

Cependant, lorsque comparés avec leurs homologues sans diagnostic, les enfants TDAH démontrent un plus haut niveau d'adversité familiale et environnementale, ce qui est un prédicateur de la continuité des problèmes au fil des années (Whalen & Henker, 1999). Le TDAH s'accompagne régulièrement de plusieurs symptômes d'opposition et d'agressivité, tout comme il est régulièrement comorbide avec le trouble oppositionnel avec provocation ou avec le

trouble de la conduite (Dumas, 2002). La présence de ces symptômes et troubles associés au déficit de l'attention/hyperactivité peut contribuer directement à augmenter l'adversité familiale puisqu'ils rendent les pratiques parentales coercitives et négatives presque inévitables.

Facteurs de protections et compensateurs.

Les mécanismes de protection liés au TDAH correspondent principalement à des expériences positives ainsi qu'à des traits comportementaux désirables, qui permettent de limiter l'impact de la problématique sur l'adaptation générale de l'individu (Samudra & Cantwell, 1999). Samudra et Cantwell (1999) proposent deux catégories de facteurs pouvant agir à titre de protection dans l'émergence du déficit de l'attention/hyperactivité.

La première catégorie correspond aux caractéristiques individuelles telle que le tempérament, les habiletés cognitives, les dispositions comportementales alors que la seconde catégorie fait référence aux caractéristiques environnementales telle que le support social, la cohésion familiale, la chaleur parentale, une discipline appropriée et une bonne supervision de l'adulte (Samudra & Cantwell, 1999).

Les facteurs de protection peuvent agir de plusieurs manières. Ils peuvent contribuer à réduire les effets des facteurs de risque, interférer avec les chemins utilisés par ces derniers pour mener au dysfonctionnement ou encore, ils peuvent prévenir la présence de ces facteurs de risque (Samudra & Cantwell, 1999).

Chaîne développementale.

Comme il nous a été possible de le constater dans les pages précédentes, plusieurs facteurs de risque peuvent mener à la problématique du déficit de l'attention/hyperactivité. La figure 1 présente ces facteurs en les divisant en deux grandes catégories, soit les facteurs individuels, qui réfèrent aux facteurs neuropsychologiques et génétiques et les facteurs

périnataux. Tout ces facteurs peuvent contribuer au développement du déficit de l'attention/hyperactivité dont les symptômes sont nombreux : déficit de l'attention, hyperactivité, impulsivité, manque d'habiletés sociales et bien plus. Ces symptômes peuvent à leur tour entraîner des difficultés pour l'enfant.

Tout d'abord, ils peuvent contribuer à l'émergence de difficultés d'ajustement social, tel que le rejet par les pairs, la marginalisation et les nombreux conflits. Ils peuvent également entraîner des difficultés d'ajustement scolaire tel que les troubles d'apprentissages, les retards et échecs scolaires. Les difficultés s'étendent même à la famille et c'est précisément sur cette dernière que nous désirons intervenir, afin espérons-nous, que nous soyons en mesure non seulement d'aider à diminuer les difficultés familiales mais également, à venir modérer l'effet des symptômes du TDAH sur les difficultés d'ajustement social et scolaire de l'enfant.

Comme nous avons eu l'occasion de le constater précédemment, les caractéristiques de l'environnement de l'enfant peuvent jouer un rôle protecteur important dans l'émergence de la problématique et c'est précisément sur des caractéristiques telles que la bonne cohésion familiale, la chaleur parentale, une discipline appropriée et une bonne supervision de l'adulte que nous allons miser pour modérer le lien entre les symptômes du TDAH et les difficultés qui en résultent pour l'enfant et sa famille.

Dans le but de faciliter votre compréhension de la problématique du TDAH et de l'ensemble de ces répercussions sur la vie de l'enfant et de son entourage, voici la présentation graphique de la chaîne développementale présentée à travers les pages précédentes.

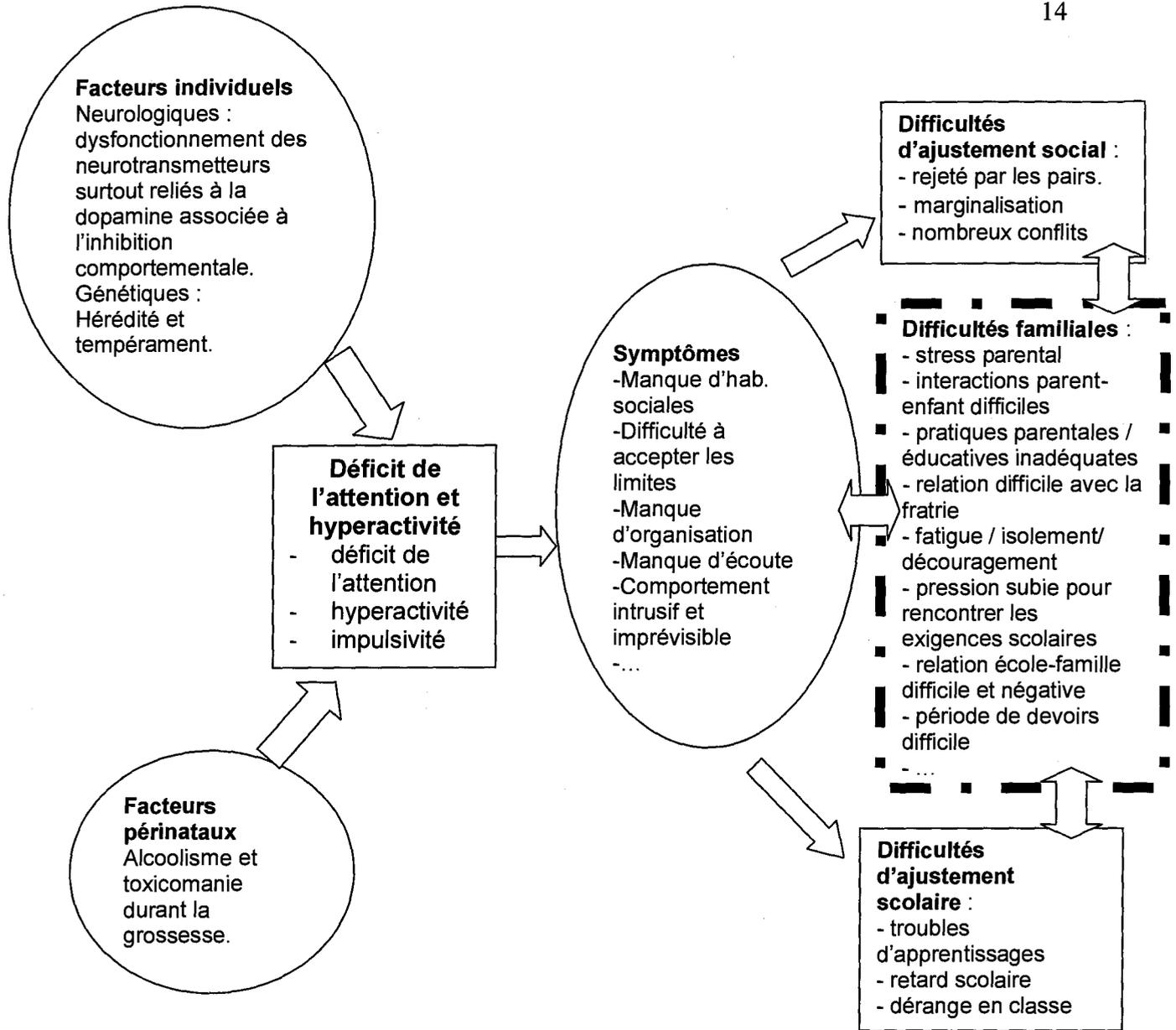


Figure 1 : chaîne développementale du déficit de l'attention /hyperactivité.

Suivant cette chaîne développementale, les objectifs poursuivis à long terme par le présent projet d'intervention sont d'améliorer l'ajustement social et scolaire de l'enfant. L'intervention proposée tentera d'agir directement sur les difficultés familiales afin d'améliorer la situation des familles d'enfants TDAH, principalement dans le cadre des périodes de devoirs à la maison. Ainsi, les objectifs généraux poursuivis seront d'améliorer la compréhension générale des parents quant au TDAH, d'améliorer les pratiques parentales utilisées à la maison lors des périodes consacrées aux devoirs scolaire et par le fait même, l'amélioration générale des périodes de devoirs ainsi que d'amener l'enfant développer des stratégies de gestion de son inattention et de son impulsivité.

Interventions

Le déficit de l'attention/hyperactivité est une problématique qui a suscité beaucoup d'intérêt dans le monde de la recherche. Un nombre considérable de programme d'intervention ont ainsi été mis sur pieds. Ces interventions sont diversifiées et visent des composantes bien différentes les unes des autres. L'une des méthodes les plus efficaces jusqu'à ce jour demeure la médication. Comme les recherches l'ont démontrées, les psychostimulants permettent à la fois d'augmenter la capacité d'attention tout en diminuant l'impulsivité chez les enfants TDAH (Hinshaw & Zalecki, 2001). Il n'en demeure pas moins que plusieurs parents sont réticents face à ce traitement qui peut entraîner des effets secondaires considérables. Outre la médication, il existe également de nombreux traitements psychosociaux et comportementaux tel que les techniques de gestion des comportements (time out ou le coût de la réponse), les thérapies comportementales cliniques, les approches cognitives (auto-instructions, résolution de problèmes...) et le développement d'habiletés sociales (Hinshaw & Zalecki, 2001). Toutefois, dans le cadre du présent projet d'intervention, l'accent est davantage mis sur l'intervention auprès de la famille. L'objectif de la présente partie de ce contexte théorique est donc de

proposer un aperçu de trois programmes d'intervention offerts dans le domaine du déficit de l'attention/hyperactivité qui proposent une intervention auprès de la famille et ce, afin de donner un avant goût de l'orientation possible du projet d'intervention. Le programme *Attentix* à l'école sera également présenté brièvement afin d'introduire les composantes générales de cette intervention puisque l'intervention proposée dans le cadre du présent exercice agit en complémentarité avec cette dernière.

Préparer la réussite scolaire et l'adaptation sociale (PRSAS).

Le programme « préparer la réussite scolaire et l'adaptation sociale (PRSAS) », est un programme qui a vu le jour au Québec (Charlebois, Vitaro & Normandeau, 1995). Il s'agit d'une intervention cognitivo-comportementale qui vise les enfants présentant des symptômes du TDAH et leurs parents et qui est offerte en trois volets. Le premier volet vise une intervention directe auprès de l'enfant alors que les deux autres volets tentent d'agir à titre de soutien pour les parents et les enseignants et ce, sur une durée de trois ans. Bien qu'il soit également composé d'un volet enseignant, ce programme s'adresse d'abord et avant tout aux garçons et à leurs mères. Son objectif principal est de favoriser la réussite scolaire de l'enfant, à court et à moyen terme, dans le but de réduire l'incidence et la gravité des désordres de la conduite et des comportements antisociaux (Charlebois, Vitaro & Normandeau, 1995).

Dans le cadre du volet enfant, le programme vise cinq objectifs spécifiques ciblant l'amélioration de leurs capacités de concentration et d'autocontrôle ainsi que le développement de leurs habiletés sociales. Le programme espère ainsi favoriser les interactions agréables avec les adultes et les pairs dans l'environnement scolaire, tout en visant également à leur fournir un régime de vie cohérent et stable qui favorise un développement harmonieux de leurs capacités et une alimentation adéquate pour bien fonctionner à l'école (Charlebois, Vitaro & Normandeau, 1995). Le volet parents, quant à lui, vise à réduire l'isolement social de mères de familles en créant un lieu de rencontre, de collaboration et de support mutuel ainsi qu'à leur

permettre d'améliorer les compétences parentales favorisant ainsi l'adaptation scolaire et sociale de leurs enfants et à réduire leur niveau de tension (stress) en les soulageant périodiquement de leurs responsabilités parentales (Charlebois, Vitaro & Normandeau, 1995). Les rencontres se déroulent sous forme de repas communautaires. Lors des réunions, les mères ont diverses tâches à accomplir. Elles doivent planifier les menus, les achats, la préparation, le service et l'entretien de la cuisine et ce, pendant que leurs enfants participent au volet enfant de l'intervention (Charlebois, Vitaro & Normandeau, 1995). Ces activités sont animées par des intervenantes naturelles qui ont elles-mêmes vécues des difficultés similaires avec leurs enfants (Charlebois, Vitaro & Normandeau, 1995). Le volet parents inclus également une intégration progressive des mères dans l'intervention du volet enfants. Elles débutent en observant et en filmant les activités, puis graduellement, elles s'impliquent dans la planification, dans l'organisation ainsi dans la co-animation des diverses activités (Charlebois, Vitaro & Normandeau, 1995). Cette implication leur permet de développer diverses compétences parentales qui favorise l'adaptation scolaire et sociale de leurs enfants, elles apprennent ainsi à intervenir adéquatement auprès d'eux.

Les résultats obtenus à la suite du programme ne sont toutefois pas significatifs lorsqu'il y a comparaison entre le groupe expérimental et le groupe contrôle (Charlebois, in Vitaro & Gagnon, 2003). Cependant, il semble que la persistance dans le programme est un effet positif sur les participants. Les familles qui ont persistées dans le programme tout au long des trois années, c'est-à-dire qu'ils ont participés à environ 80 à 100 % des activités se sont davantage améliorées comparativement à celles qui ont abandonnées avant la fin du programme (Charlebois, in Vitaro & Gagnon, 2003). Les familles persistantes ont vues diminuer significativement, les symptômes associés au déficit de l'attention/hyperactivité chez les enfants. Les enseignants ont fait la même constatation en plus de d'observer une diminution des enfants comportements agressifs des enfants (Charlebois, in Vitaro & Gagnon, 2003). Les auteurs ne

mentionnent toutefois aucune information concernant l'impact de leur programme sur les pratiques parentales.

Ces années incroyables.

Le programme d'intervention « ces années incroyables » de Carolyn Webster-Stratton (1989) visait au départ les parents et leurs enfants lorsqu'il y avait présence de troubles de comportements dans la famille. Le but était leur proposer un entraînement pour développer des habiletés parentales efficaces, toutefois au Québec, madame Sylvie Normandeau est présentement entrain d'en réaliser l'expérimentation auprès des familles d'enfants TDAH. Ce programme se divise en trois volets visant respectivement les parents, l'enfant et l'enseignant. Ce dernier volet ne sera toutefois pas traité dans le présent travail. Le volet parent correspond à une intervention de groupe qui vise principalement le développement d'une relation parent-enfant harmonieuse, de même que le développement de stratégies éducatives efficaces et cohérentes, tout en améliorant le processus de résolution de problème et la communication au sein de la famille et avec les enseignants. Ces rencontres ont lieu à raison de deux heures par semaine et s'échelonnent sur une période variant entre 22 et 24 semaines (Reid & Webster-Stratton, 2001). Le volet enfant, quant à lui, vise l'augmentation des habiletés et des compétences sociales à l'école, l'accroissement de l'engagement académique ainsi que la gestion adéquate des conflits. Les modalités d'intervention utilisées se composent de plus de 200 vignettes vidéo qui illustrent diverses situations fréquemment rencontrées par les parents, les enseignants et les enfants TDAH (Reid & Webster-Stratton, 2001). Ces vignettes présentent des solutions efficaces et non efficaces pour gérer les situations proposées et elles offrent un cadre intéressant pour diriger les discussions de groupe sur la gestion de ces problèmes (Reid & Webster-Stratton, 2001). De plus, le programme offre des manuels de traitements détaillés dans lesquels la liste de l'ensemble des sessions du programme est présentée, de même que les scénarios utilisés par le responsable du groupe, les principes du programme, le matériel utilisé pour les devoirs, des livres et des activités pratiques (Reid & Webster-Stratton, 2001).

Les sujets abordés avec les parents sont très variés : jeux dirigés avec l'enfant, encouragement, renforcement, louange, contrôle, ignorance, comment mettre des limites, les conséquences logiques et naturelles ainsi que la technique du time-out (Reid & Webster-Stratton, 2001). À partir des principes de l'apprentissage cognitivo-comportemental, les parents sont soutenus dans le but de les amener à comprendre et à accepter les différences de leurs enfants (Reid & Webster-Stratton, 2001). Le programme prévoit beaucoup de matériel pour les parents afin de les aider dans la gestion de la colère, la régulation de l'humeur, le travail avec les enseignants et l'école, le succès académique et bien plus (Reid & Webster-Stratton, 2001). Sans oublier que chaque semaine, les parents ont un devoir à réaliser qui consiste généralement en une lecture et une pratique des techniques comportementales avec l'enfant, le tout en ayant comme point de départ ce que le parent a comme but personnel pour la semaine (Reid & Webster-Stratton, 2001). Le programme pour enfant, de son côté, se divise en deux sous-programmes, le Dinosaur Social Skills et le Problem Solving (Reid & Webster-Stratton, 2001). L'intervention a généralement lieu le soir, un même moment où les parents sont en rencontre de groupe (Reid & Webster-Stratton, 2001). Les sujets abordés sont : les règlements de l'école, faire de son mieux à l'école, se faire des amis, les sentiments, la résolution de problème, la gestion de la colère et le travail d'équipe (Reid & Webster-Stratton, 2001). Encore une fois, les vignettes sous forme de vidéo sont utilisées de même que des marionnettes grandeur nature, dans le but de guider les discussions et les jeux de rôle (Reid & Webster-Stratton, 2001). En plus des activités et des discussions, les enfants ont eux aussi un devoir à réaliser à la maison (Reid & Webster-Stratton, 2001). Un système d'économie de jetons est utilisé pour renforcer les bons comportements, la bonne participation aux discussions et les comportements prosociaux avec les autres enfants du groupe (Reid & Webster-Stratton, 2001).

L'intervention a eu des effets favorables pour les enfants, puisqu'elle leur a permis d'augmenter leurs habiletés sociales, la gestion positive des conflits qu'ils ont avec les pairs,

leurs compétences sociales à l'école, de même que leur engagement académique (Reid & Webster-Stratton, 2001). De plus, toujours chez les enfants, les auteurs ont remarqués une diminution des comportements négatifs, de l'agressivité envers les pairs, des comportements dérangeants en classe et de la non soumission aux parents à la maison (Reid & Webster-Stratton, 2001). En ce qui concerne les parents, Reid et Webster-Stratton (2001), ont constatés une augmentation de styles parentaux positifs, de l'utilisation d'une discipline efficace, de résolution de problèmes et de demandes positives ainsi que de l'implication auprès des enseignants. De plus, le programme a entraîné une diminution de la discipline inconsistante ainsi que du stress et de la dépression parentale (Reid & Webster-Stratton, 2001). Il n'est toutefois pas possible de déterminer l'apport individuel de chacun des volets de l'intervention et par le fait même, de déterminer lequel est la contribution spécifique du volet parent.

Triple-P : Programme d'entraînement Parental Positif.

Le programme « Triple-P » correspond à une forme d'intervention familiale comportementale basée sur les principes de l'apprentissage social (Sanders, 2003). Le but de cette intervention est de promouvoir des rapports chaleureux et positifs entre les parents et leurs enfants tout en leur enseignant des stratégies de gestion de comportements efficaces (Sanders, 2003). Les parents sont amenés à mieux comprendre le fonctionnement de leur famille et le programme Triple-P leur permet d'apprendre de nouvelles routines qui changent positivement leur vie de famille (Sanders, 2003). Les objectifs du programme sont d'accroître les connaissances, les habiletés, la confiance, l'autosuffisance et les ressources des parents, de promouvoir les soins, la sécurité, l'engagement et les environnements faibles en conflits pour les enfants ainsi que les compétences sociales, émotionnelles, langagières, intellectuelles et comportementales des enfants à travers des pratiques parentales positives. L'habileté centrale qui permet de promouvoir les compétences parentales est la capacité d'autorégulation et c'est précisément ce que vise le programme Triple-P, enseigner aux parents les habiletés qui feront en sorte qu'ils seront indépendants dans la résolution de leurs problèmes familiaux (Sanders,

2003). Toujours selon l'auteur, la capacité d'autorégulation se développe à partir de l'autosuffisance, de l'auto efficacité parentale et de l'autocontrôle (Sanders, 2003). Le programme propose également l'enseignement de compétences parentales positives tel que l'encouragement des comportements positifs, le fait d'établir des limites claires, de créer un environnement d'apprentissage positif, d'assurer un milieu de vie stimulant et de prendre soin de soi-même en tant que parent (Sanders, 2003). Il existe plusieurs niveaux d'intervention pour ce programme, toutefois dans le cas qui nous intéresse, comme il s'agit de parents qui ont des besoins précis dû à une problématique particulière vécue par leur enfant qui présente des problèmes comportementaux sérieux, le niveau cinq doit s'appliquer (Sanders, 2003). Il s'agit d'un programme intensif et individualisé dont les modules comprennent des séances pratiques pour améliorer les compétences parentales, les capacités à gérer les sautes d'humeur et le stress ainsi qu'à obtenir l'appui du conjoint (Sanders, 2003).

L'intervention, tel que rapporté par Bor, Sanders et Markie-Dadds (2002), a eu des effets significativement positifs en ce qui a trait aux pratiques parentales dysfonctionnelles qui sont de moins en moins fréquentes. De plus, les parents soulignent une nette amélioration de leurs habiletés parentales et de l'assurance qu'ils éprouvent relative à leurs rôles, les mères rapportent également avoir un plus haut niveau de satisfaction face à leurs compétences (Bor, Sanders & Markie-Dadds, 2002). Les effets sur les enfants correspondent à une amélioration significative des comportements dérangeant à la maison (Bor, Sanders & Markie-Dadds, 2002).

Programme Attentix.

Le programme Attentix est un programme d'intervention québécois qui vise principalement à gérer, structurer et soutenir l'attention en classe en s'adressant spécialement aux enfants ayant des habiletés attentionnelles insuffisantes ou ayant un diagnostic de TDAH. Il propose des actions concrètes pour stimuler l'attention des élèves, structurer leur travail ainsi que pour améliorer leur capacité d'autocontrôle (Caron, 2002). L'objectif principal du

programme est d'amener les enfants à utiliser automatiquement certaines stratégies cognitives afin de leur permettre d'utiliser au maximum leurs ressources attentionnelles (Caron, 2002). Ce programme s'adresse principalement aux enfants fréquentant l'école primaire et encore plus précisément à ceux âgés entre sept et dix ans. Il s'agit d'un programme conçu pour être utilisé et délivré d'abord et avant tout par les enseignants afin de leur permettre dans un premier temps, d'apprendre à connaître les stratégies utilisées par leurs élèves, dans le but de les outiller pour qu'ils soient en mesure de les soutenir et de les appuyer dans leurs démarches visant le développement de leur attention (Caron, 2002). Les enseignants doivent devenir les partenaires de leurs élèves et travailler en équipe avec eux pour leur permettre de se développer au meilleur de leurs capacités. Sans négliger que le fait que ce programme est fortement utilisé par les divers professionnels du milieu scolaire (psychologue, psychoéducateur, orthopédagogue...), dans le cadre des suivis individuels plus spécifiquement réalisés auprès d'élèves atteints du TDAH (Caron, 2002). Le fait que le programme d'intervention soit utilisé par plusieurs acteurs de l'école contribue à en favoriser la généralisation dans plusieurs contextes de vie des enfants.

Les modalités du programme sont fort simples. Attentix, le héros du programme est un garçon d'une dizaine d'années qui part à la recherche du pays de l'Attention, un pays qu'il est possible de visiter chaque fois que l'on est attentif (Caron, 2002). C'est à travers diverses métaphores qu'Attentix récolte des indices et fait la rencontre des autres personnages qui le guideront vers le trésor de l'attention. Toutes les métaphores sont présentées sur le cédérom qui accompagne le programme et c'est à travers l'écoute de chacune d'elles que les enfants découvrent les stratégies favorisant l'attention (Caron, 2002). Chacun de ces modules comprend une métaphore ainsi qu'une série d'activités à caractère ludique, visant à stimuler et à développer les composantes de l'attention présentées dans les métaphores (Caron, 2002). Les diverses stratégies proposées par Attentix sont : l'imagination, l'autocontrôle, la motivation et l'intérêt, les habiletés cognitives, l'encadrement et l'intégration (Caron, 2002).

Ce programme n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation spécifique. Néanmoins, des résultats non officiels rapportent qu'il se révèle bénéfique pour les élèves qui éprouvent des difficultés attentionnelles.

Intervention proposée

L'intervention proposée dans le cadre du présent projet est le programme québécois *Attentix à la maison* d'Alain Caron. Il s'agit d'un outil conçu spécialement pour les parents d'enfants présentant des difficultés attentionnelles ou ayant un déficit de l'attention/hyperactivité qui propose des actions simples et concrètes visant la stimulation de l'attention de l'enfant ainsi que la canalisation de son impulsivité (Caron, 2006). Ce programme agit en complémentarité avec le programme *Attentix* utilisé en milieu scolaire et présenté précédemment.

Tout comme son homologue version école, *Attentix à la maison* se compose d'une série de métaphores racontant l'histoire du héros, *Attentix*, qui est à la recherche du trésor de l'attention. Comme les deux programmes sont forts similaires, certaines métaphores du volet école se retrouvent dans le programme *Attentix à la maison*. Afin d'éviter la répétition pour les enfants, seulement les nouvelles métaphores seront intégrées dans la présente intervention. Chacune de ces métaphores est orientée sur une compétence à développer chez l'enfant et présente diverses stratégies, activités et outils pratiques et concrets (Caron, 2006). Les histoires permettent à l'enfant de s'identifier aux personnages et par la même occasion, de rendre agréable l'utilisation des outils proposés. Ce programme offre aux parents un outil d'intervention simple et ludique avec lequel ils auront la chance de concrétiser les apprentissages réalisés par leurs enfants à l'école tout en développant une meilleure compréhension des stratégies utilisées par ces derniers. Il s'agit de matériel attrayant permettant aux parents d'accompagner leur enfant dans le développement des habiletés reliées à l'attention et au contrôle de l'impulsivité.

Le but du projet d'intervention est donc de les accompagner dans l'utilisation de cet outil principalement afin d'améliorer leurs pratiques parentales en périodes de devoirs scolaires à la maison. De plus, afin d'optimiser au maximum le rôle joué par les parents, l'intervention visera à introduire certaines pratiques parentales efficaces dans le quotidien de ses familles.

Pertinence.

Tel que présenté précédemment dans la chaîne prédictive, le déficit de l'attention/hyperactivité a de nombreuses conséquences sur l'environnement de l'enfant et il affecte directement la famille de plusieurs manières. Toutefois il a également été possible de constater que certaines caractéristiques de l'environnement familiales peuvent jouer un rôle clé dans l'évolution du trouble. Ces facteurs de protection sont entre autres représentés par la chaleur parentale, la cohésion familiale ainsi que par l'utilisation d'une discipline appropriée. Ce qui fait en sorte qu'intervenir auprès des parents, dans le but de leur permettre d'acquérir des outils leur permettant d'aider leur enfant dans la gestion de son attention et de son impulsivité, devrait contribuer à réduire l'impact des symptômes du trouble sur la famille et ainsi, améliorer le sort des enfants.

Le choix du programme *Attentix* à la maison dans le cadre de ce projet d'intervention fut motivé par de nombreux facteurs. En tête de liste se trouve le fait qu'il s'agit d'un programme québécois ce qui le rend accessible et facile d'utilisation tant pour l'intervenant que pour les participants. De plus, comme la version école du programme est déjà connue des enfants puisqu'elle est présentement utilisée auprès d'eux dans l'école qu'ils fréquentent, l'utilisation du même programme à la maison s'inscrit en complémentarité avec l'intervention de l'école et pourra contribuer à la généralisation des apprentissages à un autre contexte de vie de l'enfant. Il ne faut également pas négliger le fait qu'il s'agit d'un programme coloré et intéressant qui contribue à la fois à faciliter la participation des enfants tout en permettant à leurs parents de les

soutenir dans le développement d'outils visant la gestion de leurs déficits d'attention et le contrôle de l'impulsivité et ce en vivant des moments de qualités avec eux.

Barkley et Murphy (1998), affirment que l'intervention principale dans le traitement du TDAH repose sur l'éducation de la famille et de l'équipe école en ce qui concerne à la fois la nature du trouble et sa gestion. De plus, à l'âge scolaire, lorsque les parents reçoivent l'enseignement nécessaire à la modification de leurs pratiques disciplinaires inadéquates et qu'ils sont en mesure de les modifier pour qu'elles deviennent à la fois claires, fermes, cohérente et accompagnées de conséquences appropriées, l'enfant semble démontrer moins de comportements agressifs et non conformes (Forehand, Wells & Griest, 1980).

Le programme Attentix à la maison n'a pas été évalué à ce jour, toutefois il renferme plusieurs composantes présentes dans d'autres programmes d'intervention visant prioritairement les parents d'enfant TDAH et qui se sont montrés efficaces. C'est le cas entre autre du programme : «Ces années incroyables» de Carolyn Webster-Stratton qui a été adapté au Québec par Sylvie Normandeau pour répondre aux familles d'enfants TDAH. Les objectifs de ce programme sont, entre autres de favoriser une relation parent-enfant harmonieuse et de développer des stratégies éducatives efficaces et cohérentes, ce qui est également visé par Attentix. De plus, ce programme, tout comme le programme Triple-P, propose une intervention multimodale comprenant une intervention auprès de l'enfant lui-même, auprès de l'école ainsi qu'auprès de ses parents. Les deux premières composantes sont déjà proposées par le milieu d'intervention ce qui fait en sorte que l'intégration du volet parents permettra de compléter l'intervention de l'école en suivant le même modèle d'intervention que ces deux programmes efficaces.

Tel que mentionné précédemment, l'école primaire pour laquelle ce projet d'intervention est élaboré présente un nombre considérable d'enfants référés au service de psychoéducation

parce qu'ils présentent des symptômes liés au déficit de l'attention/hyperactivité, sans toutefois avoir un diagnostic officiel dans la majorité des cas. Les parents ne sont pas visés directement par l'ensemble des mesures mises en place pour aider leurs enfants et certains d'entre eux mentionnent avoir besoin d'aide à la maison, principalement en ce qui a trait aux périodes de devoirs. Prenant en considération l'ensemble de ces points, il semble pertinent d'introduire un autre volet à l'intervention réalisée auprès des enfants TDAH avec le programme *Attentix*, soit le volet parents. Ainsi, les parents pourront, en continuité avec ce qui est déjà fait à l'école, soutenir leur enfant dans le développement de ces capacités attentionnelles tout comme dans la gestion de son impulsivité. Comme il s'agit du même outil d'intervention, mais adapté aux parents, ces derniers pourront intervenir de manière cohérente avec l'école et en poursuivant une intervention déjà en place que leurs enfants connaissent bien.

Methodologie

Description

Sujets.

Les sujets ciblés par la présente intervention sont quatre enfants âgés entre 6 et 8 ans, garçons et filles, de milieu socioéconomique moyen, présentant divers symptômes du déficit de l'attention/hyperactivité. Deux d'entre eux ont obtenus un diagnostic officiel du déficit de l'attention/hyperactivité au cours des derniers mois. Ils fréquentent tous l'école Sans-Frontières du quartier Rosemont, une école primaire publique de la commission scolaire de Montréal dans des classes régulières. Bien que les enfants soient la cible de cette intervention, celle-ci s'adresse directement à leurs parents. Ces derniers ont pour principale caractéristique commune, le fait qu'ils sont parents d'enfants présentant de nombreux symptômes associés au TDAH. Le recrutement des participants a été fait de manière volontaire afin de s'assurer le plus possible de leur motivation ainsi que de leur implication dans l'intervention. Cependant, il est

possible de dire qu'une présélection a été faite puisque les familles qui se sont vue offrir la possibilité de participer à l'intervention sont celles dont les enfants ont déjà été identifiés comme présentant plusieurs symptômes liés au TDAH par le milieu scolaire et qui, pour la plupart, font déjà partie du programme *Attentix* à l'école. L'invitation a été lancée à tous et trois familles ont manifestées un intérêt à s'impliquer dans le programme d'intervention, l'une d'entre est composée de deux enfants présentant des symptômes du TDA H.

But et objectifs.

Le but premier de cette intervention est de permettre aux parents de s'approprier et d'utiliser l'outil d'intervention proposé par *Attentix* à la maison. Il s'agit du meilleur moyen de leur fournir les éléments nécessaires pour qu'ils soient en mesure d'aider leur enfant à gérer son impulsivité et ses problèmes d'attention, deux symptômes importants du TDAH. S'ils sont en mesure de s'approprier cet outil, ils seront par le fait même aptes à accompagner leur enfant dans son cheminement scolaire et la qualité des périodes de devoirs à la maison sera grandement améliorée. Plus précisément, cette intervention vise à accompagner les parents afin qu'ils soient en mesure d'utiliser le programme *Attentix* à la maison avec leurs enfants. L'objectif distal, poursuivit à long terme, est de parvenir à augmenter l'ajustement scolaire ainsi que l'ajustement sociale des enfants atteints du déficit de l'attention/hyperactivité.

Comme les pratiques éducatives utilisées par les parents, peuvent représenter des facteurs compensatoires au déficit de l'attention/hyperactivité, les parents sont les principaux sujets de cette intervention. Le programme d'intervention proposé sera divisé en trois grands objectifs généraux.

En premier lieu, *Attentix* à la maison visera à améliorer la compréhension générale des parents quant au déficit de l'attention/hyperactivité. Les objectifs spécifiques reliés à cette amélioration de la compréhension de la problématique sont : a) les parents connaîtront les

causes du TDAH; b) les parents connaîtront les symptômes du TDAH et c) les parents connaîtront les conséquences du TDAH.

Le second objectif général poursuivi par le programme visera l'amélioration des pratiques parentales utilisées à la maison lors des périodes consacrées aux devoirs scolaire et par le fait même, l'amélioration générale des périodes de devoirs. Cet objectif sera, quant à lui, opérationnalisé par les deux objectifs spécifiques suivants : a) l'enfant se conformera aux instructions, demandes et règlements donnés par ses parents lors des périodes de devoirs à la maison ; b) les parents et l'enfant vivront une amélioration générale du climat des périodes de devoirs.

Finalement, si tout se déroule bien, l'enfant développera des stratégies de gestion de son inattention et de son impulsivité, ce qui correspond à notre troisième objectif. Plus spécifiquement : a) l'enfant améliorera sa préparation pour sa période de devoirs; b) l'enfant améliorera ses comportements lors de la période de devoirs et c) l'enfant améliorera la qualité du travail accompli lors de la période de devoirs.

Animateurs.

L'animatrice principale du programme sera une étudiante de deuxième année à la maîtrise en psychoéducation à l'Université de Montréal qui est stagiaire dans le milieu d'intervention. Toutefois, il faut également considérer chaque parent participant au programme comme un co-animateur puisque chacun d'entre eux sera responsable de la réalisation des diverses activités à la maison avec leur enfant.

Programme et contenu.

Le programme *Attentix* à la maison est un outil d'intervention composé de 43 activités poursuivant des objectifs précis en lien avec les diverses compétences à développer chez les

enfants présentant des symptômes liés au déficit de l'attention/hyperactivité. Ces 43 activités sont introduites à l'aide de métaphores métacognitives présentant les diverses stratégies proposées pour soutenir la gestion de l'attention et de l'impulsivité. Le but principal poursuivi par ce programme d'intervention est de permettre aux parents, d'enfants présentant un déficit de l'attention/hyperactivité, de s'approprier le programme Attentix à la maison afin d'améliorer les périodes de devoirs à la maison. Les outils présentés visent à faire en sorte que les parents soient capables d'aider leur enfant dans la gestion de son impulsivité et de son attention et qu'ils développent des pratiques éducatives efficaces lors de périodes de devoirs.

L'intervention proposée sera divisée en deux volets. Premièrement, comme il s'agit d'un outil intéressant, mais qui peut s'avérer complexe à utiliser s'il n'est pas bien compris et maîtrisé par les parents, ce projet propose de les accompagner dans cette démarche, ce qui correspond au premier volet de l'intervention. De plus, le programme d'intervention proposera une série de pratiques parentales adéquates à utiliser avec les enfants TDAH que les parents seront appelés à mettre en application dans leur vécu quotidien avec leur enfant. Les sujets abordés avec les parents seront le renforcement positif, l'utilisation de demandes cohérentes et claires, l'encouragement des comportements positifs, l'application de limites claires et de conséquences logiques ainsi que la technique du time-out.

À travers des rencontres hebdomadaires, l'animatrice réalisera, avec les parents, les diverses activités du programme afin de leur permettre de les expérimenter, de bien les comprendre et de poser les questions nécessaires à leur application. Les rencontres se dérouleront sur une période de 9 séances qui suivront la planification présentée dans le tableau suivant :

Tableau 1. Programmation de l'intervention Attentix à la maison.

Séance	Durée	Contenu
Séance #1	60 à 90 minutes	<input type="checkbox"/> Première rencontre avec les parents <input type="checkbox"/> Présentations <input type="checkbox"/> Explication de l'intervention et des objectifs poursuivis <input type="checkbox"/> Présentation des divers instruments d'évaluation des objectifs <input type="checkbox"/> Informations sur le déficit d'attention/hyperactivité en lien avec l'objectif 1 <input type="checkbox"/> Informations sur les pratiques parentales efficaces...
Séance #2	30 à 60 minutes	<input type="checkbox"/> Accueil <input type="checkbox"/> Écoute de la métaphore #1 : Brise magique (4 min 6 sec.) <input type="checkbox"/> Explication et réalisation des activités 1, 2 et 3, en lien avec la métaphore (s'assurer de la bonne compréhension des parents). <input type="checkbox"/> Écoute de la métaphore #3: les leçons de vol de Torpille (3 min 47 sec.) <input type="checkbox"/> Explication et réalisation des activités 7 à 10, en lien avec la métaphore (s'assurer de la bonne compréhension des parents). <input type="checkbox"/> Retour sur les pratiques parentales efficaces... <input type="checkbox"/> Planification des périodes consacrées à l'intervention au cours de la semaine. <input type="checkbox"/> Planification de la prochaine rencontre.
Séance #3	30 à 60 minutes	<input type="checkbox"/> Idem à la séance 2, mais pour les métaphores 4 et 6 (les fourmis et la fourmière et les spoinks) ainsi que pour l'activité 11 pour la métaphore 4 et les activités 14 et 15 pour la métaphore 6.
Séance #4	30 à 60 minutes	<input type="checkbox"/> Idem à la séance 2, mais pour les métaphores 8 et 9 (les jeux du festival d'Attentia et Tortal) ainsi que pour les activités 19 à 25.
Séance #5	60 à 90 minutes	<input type="checkbox"/> Rencontre bilan visant à faire le point sur la première partie de l'intervention. <input type="checkbox"/> Comment ont-ils trouvé les premières métaphores et activités ainsi que la réalisation de celles-ci avec leurs enfants...
Séance #6	30 à 60 minutes	<input type="checkbox"/> Idem à la séance 2, mais pour les métaphore 10 et 13 (le livre d'or et les vavevivoitouts) ainsi que pour les activités 26 et 27 pour la métaphore 10 et 30 à 33 pour la métaphore 13.
Séance #7	30 à 60 minutes	<input type="checkbox"/> Idem à la séance 2, mais pour les métaphores 14 et 15 (Zouzou à l'école et Tempo) ainsi que pour les activités 34 à 37.
Séance #8	30 à 60 minutes	<input type="checkbox"/> Idem à la séance 2, mais pour les métaphores 16 et 17 (Zouzou et au théâtre avec Graushou) ainsi que pour les activités 38 à 40, 42 et 43.
Séance #9	60 à 90 minutes	<input type="checkbox"/> Bilan global de l'intervention.

De manière plus détaillée, la première rencontre, en plus de servir d'introduction au programme d'intervention, vise à documenter et à informer les parents sur la problématique vécue par leur enfant. Augmenter leur compréhension de la problématique leur permettra sans aucun doute d'augmenter leur compréhension de leur enfant ainsi que de son fonctionnement. Cette première étape vise également à leur permettre de mieux comprendre la raison d'être des diverses activités proposées dans le cadre de ce programme d'intervention.

Par la suite, comme il est possible de le constater dans le précédent tableau, les rencontres viseront l'appropriation des activités par les parents. Le but poursuivi est qu'ils soient aptes à réaliser cette même intervention auprès de leurs enfants ultérieurement. Réaliser les diverses activités en plus de l'écoute des métaphores avec les parents, préalablement, contribuera certainement à leur compréhension et par ricochet, à leur capacité d'application de ces dernières avec leur enfant. Il s'agit en fait de faire du modelage avec eux. De plus, discuter avec eux des diverses pratiques parentales efficaces à chaque semaine devrait leur permettre de mieux les connaître et les comprendre et ainsi, les rendre plus aptes à les utiliser.

Ces activités permettront aux enfants de développer plusieurs habiletés nécessaires à la gestion des symptômes liés à la problématique du TDAH. Ces habiletés comprennent leur imagination, leur autocontrôle, leur motivation et intérêt ainsi que leurs diverses habiletés cognitives, tel que la mémoire. Elles sont présentes en chacun d'eux, mais demande un entraînement structuré pour être bien développées et utilisées. Les activités offrent également une alternative intéressante pour l'encadrement des difficultés attentionnelles et impulsives de l'enfant en milieu familial. À travers les diverses métaphores et activités, l'enfant et ses parents seront en mesure de bien intégrer toutes ces habiletés. C'est à l'aide de thèmes tel que : la détente, la relaxation, les compétences multi sensorielles, la concentration, l'autocontrôle corporel, cognitif et émotif, le renforcement, les forces et faiblesses, l'observation, l'évaluation et l'analyse d'une situation, la résolution de problème, les stratégies mnémotechniques, l'autodiscipline, la gestion du temps et les routines que le programme aborde les difficultés des enfants TDAH ainsi que les habiletés dont ils ont besoin pour mieux les gérer. De plus, ces divers thèmes permettent aux parents de développer des outils d'intervention efficaces qui leur permettent d'avoir des pratiques parentales plus efficaces pour aider leurs enfants.

Les métaphores 2, 5, 7, 11, 12 et 18 ont été retirées de l'intervention puisqu'elles correspondent aux six métaphores qui composent le volet école du programme Attentix, ce qui

signifie que les enfants ont régulièrement travaillés et travaillent encore hebdomadairement avec chacune d'elles. Il serait redondant de les reprendre encore une fois à la maison.

Contexte spatial.

Le contexte spatial de cette intervention sera le bureau du service de psychoéducation de l'école qui comporte une grande table et de nombreuses chaises afin de permettre à tout le monde de s'asseoir ensemble. On y retrouve également une bibliothèque qui se compose de plusieurs volumes de référence sur de nombreuses problématiques dont celle du TDA/H, ce qui permettra aux familles d'avoir accès à de la documentation sur le sujet si elles en ressentent le besoin. Le bureau est également muni d'un ordinateur qui représente du matériel didactique très pertinent pour le bon fonctionnement de la rencontre puisque les métaphores et outils proposés par le programme *Attentix à la maison* sont présentés sur DVD.

Contexte temporel et dosage.

L'organisation temporelle de cette intervention doit d'abord et avant tout favoriser au maximum le bien-être et la participation des sujets (Gendreau, 2001). Pour cette raison, le contexte temporel de l'intervention sera variable afin de s'adapter aux besoins de chaque famille. Ainsi, bien que les rencontres auront lieu hebdomadairement, elles seront réalisées à divers moments dans la semaine. L'horaire des rencontres sera déterminé individuellement entre chaque famille et l'animatrice. Selon les préférences et disponibilités de chacun, les rencontres se dérouleront le matin avant l'école, dans la journée pendant que les enfants sont à l'école ou encore en soirée. L'animatrice tient à demeurer le plus flexible possible afin de favoriser la participation de tous. Toutefois, bien que le moment des rencontres soit très variable, la durée de celles-ci demeurera sensiblement la même pour toutes les familles, tel que présenté dans le tableau précédent. Il faut également prendre en considération le temps consacré hebdomadairement par les parents, pour la réalisation des activités avec leur enfant. Ces activités devraient s'échelonner sur une quinzaine de minutes (écoute de la métaphore et

activités) et devraient avoir lieu deux fois par semaine. Sans négliger les périodes de devoirs quotidiennes qui seront un contexte privilégié pour la mise en pratiques des connaissances acquises par les parents en ce qui concerne les pratiques parentales et les stratégies de gestion de l'attention et de l'impulsivité. Prenant en considération le rythme effréné des soirées des familles, l'animatrice suggèrera aux parents de diviser la réalisation du programme en plusieurs périodes de cinq minutes échelonnées sur toute la semaine, plutôt que sur une seule ou deux période de 15 à 30 minutes. Ainsi, ils pourront, dans un premier temps, réaliser l'écoute d'une métaphore et à d'autres moments, ils pourront mettre en application les outils qui l'accompagnent.

Stratégie de gestion des apprentissages.

Les moyens de mise en relation proposés par la présente intervention seront différents d'une rencontre à l'autre. Il est tout d'abord important de mentionner que l'intervention n'utilisera pas le groupe comme médium, bien qu'il en soit régulièrement le cas dans les interventions visant les parents. L'intervention individuelle, pour chacune des familles sera donc privilégiée. La première rencontre, tout comme la cinquième et la neuvième se dérouleront autour d'un café et d'une collation afin de faciliter la discussion et de permettre aux parents de se sentir à l'aise. Il ne faut pas oublier que ces trois rencontres visent, entre autre, à faire le point sur les situations familiales ainsi que sur les problématiques de l'enfant, des sujets de conversation qui peuvent être délicats et qui parfois, peuvent être douloureux pour les parents. Une rencontre autour d'un café et d'une collation donnera donc un aspect décontracté et léger à la discussion. Les autres rencontres se dérouleront à l'école, dans le bureau du service de psychoéducation, ou à la maison, selon la préférence des familles. Lors de ces rencontres, l'ordinateur sera le principal médium utilisé, afin de permettre aux parents d'apprendre à utiliser l'outil d'Attentix, à connaître les personnages et à découvrir le matériel qui l'accompagne. De plus, afin de faciliter le déroulement de l'intervention, le manuel du programme Attentix à la maison, accompagné du cédérom, sera prêté à chacune des familles pour la durée de celle-ci.

Dans le but de favoriser une bonne généralisation des acquis réalisés à l'aide du programme d'intervention, la version école du programme qui est déjà bien connu des enfants, sera poursuivie à l'école. L'utilisation de ce même programme dans deux contextes différents, soit la maison et l'école, leur permettra de généraliser leurs acquis à un autre milieu de vie que l'école.

Stratégie de gestion des comportements.

Le fait de travailler principalement avec les parents rend la planification de punition et de renforcement superflu. Cependant, il est nécessaire d'établir un certain code de vie de même que certaines procédures afin de s'assurer du bon déroulement de l'intervention. Le but de cette démarche n'est pas d'imposer des interdits, mais davantage de mettre en place les grandes lignes de conduites qui favoriseront le bon fonctionnement du programme d'intervention de même que l'obtention de meilleurs résultats.

Le code sera principalement représenté par la notion de respect. D'abord et avant tout en fonction du respect mutuel de chacun, et ce, malgré les divergences d'opinions qui peuvent survenir. Dans le même ordre d'idée, le respect des engagements et des horaires de rencontres sera très important pour l'intervention. Afin de favoriser la bonne réalisation de ce code, les procédures mises en place seront, en premier lieu, l'utilisation d'une grille horaire personnalisée pour chaque famille, ce qui leur permettra de se situer dans le temps et de planifier à l'avance les moments consacrés à l'intervention

Système de responsabilités.

L'animatrice du programme aura plusieurs responsabilités. Elle devra, dans un premier temps, s'assurer d'avoir en sa possession, avant chaque rencontre, tout le matériel nécessaire. Elle devra de plus, s'assurer que chacune de bien respecter la planification du programme afin

de faire en sorte que le contenu livré à chacune des familles soit le même. De plus, elle devra être ponctuelle et s'assurer de bien planifier les rencontres hebdomadaires avec chacune des familles, en plus d'être disponible pour les soutenir durant les rencontres tout comme à divers moments entre celles-ci.

Les parents auront eux aussi, plusieurs responsabilités. Ils devront tout d'abord être présents et ponctuels lors des rencontres d'intervention avec l'animatrice. Ils auront également la responsabilité de réaliser l'écoute des métaphores ainsi que les diverses activités qui s'y rattache à la maison avec leurs enfants, de compléter leur cahier de bord, feuille de route et grille d'observation hebdomadairement. Sans négliger qu'ils devront soutenir leurs enfants dans la complétion de leurs propres feuilles de route et grilles d'observations.

Système de reconnaissance.

Le système de reconnaissance a pour principaux objectifs de permettre aux familles qui participent au projet d'intervention d'évaluer leur performance dans la poursuite des objectifs et d'en comprendre les causes. Les rencontres bilan permettront par conséquent à l'animatrice d'établir, avec chacune des familles, le cheminement parcouru depuis le début de l'intervention à partir de leur bulletin d'évaluation. Comme il y a deux rencontres bilan dans la programmation de l'intervention, deux bulletins seront proposés aux familles, le premier à la mi parcours et le second à la toute fin de l'intervention. Les informations contenues dans ces bulletins proviendront des diverses mesures obtenues à l'aide des divers instruments d'évaluation et seront présentées en comparaison avec le niveau de base obtenu avant le début de l'intervention. Pour ce faire, les représentations graphiques de l'évolution des familles sera présentée, accompagnées des explications pertinentes. Ces bulletins permettront donc aux familles de situer leur cheminement par rapport aux objectifs du programme et de voir leur évolution.

Méthode d'évaluation

Évaluation de l'implantation

L'évaluation de la mise en œuvre de l'intervention correspond à l'évaluation de son intégrité. Il s'agit d'évaluer si l'intervention a été réalisée telle qu'elle avait été planifiée. Pour ce faire, cette dernière est divisée en deux catégories bien distinctes, l'adhérence au programme, qui correspond au contenu livré par l'animatrice et la participation (exposition) au programme, qui correspond au contenu reçu par les participants. Il faut également prendre en considération les débordements qui peuvent contribuer aux changements chez les sujets sans que l'intervention en soit responsable.

Adhérence.

Dans le cadre du présent projet d'intervention, l'adhérence au programme sera mesurée quantitativement soit en terme de quantité de contenu livré. La source de cette évaluation sera l'animatrice qui, à l'aide d'une grille détaillée comprenant chacun des éléments importants pour chacune des rencontres (voir annexe 1), sera appelée à cocher ceux-ci au fur et à mesure afin de s'assurer que le contenu a été livré en totalité. De plus, l'utilisation du manuel du programme *Attentix à la maison* permettra de favoriser une bonne adhérence quantitative à celui-ci, en plus d'entraîner l'assurance que le contenu livré demeure fidèle à ce qui a été planifié.

Il sera également question d'évaluer l'aspect temporel de l'adhérence au programme. Cette mesure sera prise, d'une part, lors de chaque rencontre entre l'animatrice et les parents. L'animatrice devra noter le temps accordé à chacune des étapes et le comparer au temps qui avait été planifié au départ. Une seconde mesure de l'aspect temporel visera à mesurer le temps consacré au programme *Attentix*, par chaque famille, à la maison. Les parents auront donc la responsabilité de noter les moments, au cours de la semaine, consacrés à la réalisation

des activités du programme en indiquant approximativement combien de temps ils ont accordés à l'exercice. Ils seront également invités à noter les commentaires importants qui pourraient expliquer la durée de l'activité. Il sera ainsi possible d'évaluer si le temps consacré aux activités a un impact sur les résultats obtenus.

Participation.

En ce qui concerne la participation, la quantité d'exposition sera évaluée en deux étapes. L'animatrice comptabilisera les présences aux rencontres pour chacun des participants et le cahier de bord de ceux-ci les amènera à rendre compte des activités réalisées avec leur enfant au cours de la semaine, ce qui permettra de comptabiliser également leur participation au programme en dehors des rencontres avec l'animatrice. Cette deuxième mesure est très importante puisque l'application de l'intervention par les parents est l'une des principales conditions de succès de l'intervention.

Débordements.

Il faut également tenir compte des débordements, tels que : les consultations de spécialistes à l'extérieur du milieu scolaire, la prise de médication par l'enfant ainsi que tout autres changements dans la vie des participants qui sont externes au programme d'intervention proposé. Pour ce faire, les parents seront invités à transmettre toutes les informations pertinentes et celles-ci seront consignées dans le journal de bord de chaque famille ce qui permettra de suivre le cheminement de chaque enfant à l'extérieur de cette intervention et d'être en mesure de pouvoir expliquer les résultats obtenus en s'assurant d'en connaître la véritable cause. Il sera important que l'animatrice s'assure de questionner régulièrement les parents à ce sujet afin d'être informée à tout moment des changements dans la situation personnelle ou familiale de l'enfant.

Évaluation des effets

L'évaluation des effets de l'intervention permet de déterminer si les objectifs visés par l'intervention ont été atteints (Vitaro, 2000). Elle est réalisée sous forme d'un protocole à cas unique de type AB. La phase A fait référence au niveau de base de chaque participant par rapport aux objectifs ciblés par l'intervention (prétest) et elle se compose des mesures prises au cours des deux semaines précédant le début de celle-ci. La phase B réfère aux mesures prises au cours des sept semaines de l'intervention et conséquemment, elle présente les effets de celle-ci sur les participants en ce qui concerne les divers objectifs (Whitley, 2001). Les mesures pré et post test sont utilisées pour réaliser l'évaluation du premier construit alors que les trois autres construits sont évalués à l'aide de prise de mesures répétées.

La compréhension de la problématique du TDAH par les parents.

Le premier objectif poursuivi par cette intervention vise l'amélioration de la compréhension de la problématique du TDAH par les parents. Les informations relatives à ce sujet leurs sont transmises lors de la première rencontre d'intervention ainsi que par le biais du manuel du programme *Attentix* à la maison. Comme il s'agit d'acquisition de connaissances précises, l'évaluation des effets est réalisée en deux points de mesure, soit en pré et en post test, afin de mesurer l'évolution des connaissances de chacun. L'instrument utilisé dans le cadre de cette évaluation est un questionnaire maison composé de huit questions de type vrai ou faux visant à évaluer les connaissances des parents quant aux causes, aux symptômes et aux conséquences de la problématique du TDAH.

Le degré de non-conformité des enfants aux exigences parentales.

Le construit suivant concerne l'amélioration des réponses de l'enfant face aux instructions, demandes et règlements des parents lors des périodes de devoirs à la maison et son évaluation est réalisée à l'aide d'une fiche d'évaluation hebdomadaire illustrant le degré de

sévérité de la non-conformité de l'enfant aux demandes de ses parents. Cette dernière est complétée hebdomadairement par les parents dans le but de déterminer si les pratiques parentales utilisées lors des périodes de devoirs à la maison ont été efficaces. L'instrument utilisé est composé d'une échelle en neuf point allant de « 1 = léger » à « 9 = sévère ».

Le climat des périodes de devoirs à la maison.

Le climat général des périodes de devoirs représente le troisième construit évalué lors de cette intervention. Les mesures de ce construit sont prises à l'aide d'une feuille de route permettant d'évaluer les périodes de devoirs selon une échelle en trois points représentés par des feux de circulation : (a) le feu rouge correspondant à une période de devoirs difficile; (b) le feu jaune à une période passable et (c) le vert à une bonne période de devoirs. Les parents et l'enfant sont les sources de cette évaluation et la fréquence de la prise de mesure correspond à quatre points de mesure par semaine, soit du lundi au jeudi lors des périodes de devoirs.

Gestion de l'inattention et de l'impulsivité par l'enfant.

Finalement, le dernier construit ciblé par cette intervention est représenté par le développement de stratégies de gestion de l'inattention et de l'impulsivité par l'enfant afin d'être en mesure de faire preuve d'autorégulation lors des périodes de devoirs. Les objectifs spécifiques qui lui sont rattachés concernent l'amélioration de la préparation, des comportements ainsi que de la qualité de travail accompli par l'enfant lors des périodes de devoirs à la maison. L'évaluation de ces objectifs est réalisée hebdomadairement à l'aide du *Homework performance questionnaire* (HPQ) de Power et ses collaborateurs. Le HPQ est un questionnaire auto-rapporté pour les parents qui se compose de 12 items liés aux devoirs présentés sous forme d'une échelle de type Likert en quatre points allant de « 0 = jamais » à « 3 = très souvent » (Power, T.J., Karustis, J.L., & Habboushe, D.F., 2001). La validité et la fidélité de cet instrument n'ont toutefois pas encore été établies.

Résultats

Évaluation de la mise en œuvre

Comparaison entre le prévu et le vécu

Caractéristiques des sujets et recrutement.

Dans le cadre du présent projet d'intervention, les participants ont été présélectionnés par leur participation à l'intervention « Attentix » à l'école et ont été recrutés sur une base volontaire pour participer au volet « Attentix à la maison ». Durant la période de recrutement, quatre enfants ainsi que leurs parents ont acceptés de s'impliquer dans le volet familial du programme Attentix. Toutefois, une famille s'est retirée du groupe, lors de la prise de mesure du niveau de base, soit, entre la première et la deuxième semaine du projet d'intervention. Il s'agit de Daphné, une jeune fille de 8 ans qui avait alors reçu un diagnostic de dyslexie sévère. Après discussion avec sa mère, il a été convenu qu'il était plus important pour elle de s'impliquer dans une intervention dirigée plus spécifiquement sur cette problématique. Conséquemment, elle n'avait plus suffisamment de temps à consacrer au programme Attentix à la maison. L'intervention a donc été réalisée auprès de trois enfants, deux d'entre eux étant frère et sœur, deux familles étaient impliquées dans l'intervention. Afin d'être sélectionné, les enfants devaient manifester, depuis plusieurs mois, des symptômes d'inattention et d'impulsivité en milieu scolaire et à la maison, fréquenter une classe régulière de l'école Sans-Frontières et être âgés entre 6 et 12 ans.

Le premier participant à l'intervention se nomme Max. Il s'agit d'un jeune garçon de 8 ans qui fréquente une classe de troisième année régulière depuis septembre 2007. Dès le début de sa scolarisation, Max présentait de nombreux symptômes relatifs au TDAH, mais ses parents étaient ambivalents face à l'évaluation et ils n'étaient pas prêts pour la médication. Max était

confronté à de nombreuses difficultés scolaires et sociales, ce qui a convaincu ses parents de faire une demande d'évaluation à la clinique des troubles de l'attention de l'hôpital Ste Justine au cours de l'année scolaire 2006-2007. Max a obtenu son diagnostic en juin 2007, ce dernier confirme la présence d'un TDAH. Suite au diagnostic, une prescription de Ritalin a été donnée à Max. Comme ses parents étaient toujours ambivalents face à la médication, cette dernière a été prescrite à faible dose, soit 5 mg que Max prend le matin et le midi lors des jours d'école. Cette dose semble correspondre à son besoin pour le moment. Notre second participant se nomme Cloé, la sœur cadette de Max. Elle est âgée de 6 ans et elle a débuté sa première année en septembre 2007. Elle manifeste une lenteur d'exécution lorsqu'elle est comparée à ses camarades de classe. Elle est également agitée et régulièrement dans la lune. Dû à ces observations ainsi qu'à l'historique de déficit d'attention dans la famille, les parents ont jugés qu'il était important que Cloé face l'objet d'une évaluation pour laquelle ils sont en attente. Elle n'a pas encore de diagnostic de TDAH, toutefois l'intervention Attentix à la maison semblait appropriée dans son cas compte tenu que les nombreux symptômes qu'elle présente entraînent des difficultés familiales et scolaires similaires à celles d'un enfant TDAH. Max et Cloé vivent avec leurs deux parents biologiques ainsi qu'avec leur sœur aînée, âgée de 17 ans. Cette dernière a un diagnostic de trouble de l'opposition qui a longtemps été considéré comme un déficit de l'attention. Le père de Max et Cloé a obtenu, quelques semaines seulement avant son fils, un diagnostic de TDAH. La mère des enfants est infirmière et monsieur effectue présentement un retour aux études au baccalauréat en travail social, ce qui fait en sorte qu'il est moins disponible à la maison et que madame représente le seul soutien financier de la famille pour les prochaines années.

Le troisième et dernier enfant participant à l'intervention se nomme Billy, il est âgé de 8 ans et est présentement en deuxième année régulière. Billy a obtenu un diagnostic officiel de TDAH en septembre 2007, dans lequel, il était principalement question d'impulsivité cognitive et comportementale ainsi que d'une lenteur d'exécution dû à de grandes difficultés attentionnelles.

Depuis son diagnostic, Billy prend du Concerta, à raison d'une dose par jour, tous les jours. Il a été relativement difficile d'ajuster la médication de Billy ce qui a entraîné de nombreux changements dans son comportement scolaire au cours des derniers mois. Billy vit avec ses deux parents biologiques et sa sœur cadette âgée de 5 ans. Le père est intervenant social et la mère est organisatrice communautaire. Monsieur dit se reconnaître énormément dans les comportements de son fils. Les deux parents sont très impliqués auprès de Billy ainsi que dans l'intervention proposée.

Composantes sans changements.

Malgré les ajustements nécessaires en cours de route, bon nombre de composantes ont été appliquées conformément à ce qui avait été planifié. C'est le cas entre autre pour la composante but et objectifs. En effet, cette dernière a été conservée tel quel puisqu'elle représentait réellement ce qui était visé par l'intervention proposée. Il en va de même pour la composante animatrice, pour le contexte spatial, pour les stratégies de gestion des comportements, pour le code et les procédures ainsi que pour les systèmes de reconnaissance et de responsabilité. Ces composantes n'ont subi aucun changement puisqu'elles semblaient adéquates pour obtenir les résultats escomptés. En somme, pour l'ensemble de ces composantes, l'intervention vécue au cours des dernières semaines était conforme avec ce qui avait été prévu au cours de la dernière année.

Composantes modifiées.

Au fil des semaines, certaines modifications ont été apportées au projet d'intervention afin de s'adapter à la réalité quotidienne de l'intervention familiale en milieu scolaire. La première modification apportée à l'intervention *Attentix* à la maison est en lien avec l'aspect temporel. Plus précisément, cette modification a trait aux temps accordés des diverses rencontres entre parent et animatrice tout au long de l'intervention d'intervention. Le temps prévu pour chaque rencontre était estimé entre 30 et 60 minutes, mais il était fréquent qu'un

parent arrive en retard ou encore, qu'il ait besoin d'écouter la rencontre pour se rendre à un autre rendez-vous ou au travail. Cette réalité s'applique beaucoup plus à la famille de Max et de Cloé qu'à celle de Billy et peut s'expliquer par le fait que madame devait assumer seule la responsabilité de l'intervention. Ce manque de temps a entraîné des modifications en ce qui a trait au dosage de l'intervention puisqu'il a nécessité des ajustements dans le contenu des rencontres puisqu'à certaines occasions, il était impossible de passer en revue ce qui avait été prévu. L'accent a été davantage mis sur la réalisation et l'explication des activités prévues pour la semaine qu'à l'écoute des métaphores. L'animatrice a donc jugé préférable d'utiliser le temps dont elle disposait pour faire le modelage de l'animation des diverses activités avec les parents. De plus, à certains moments, les parents avaient besoin de discuter de ce qu'ils vivaient avec leurs enfants plus que de l'intervention proposée et l'animatrice jugeait qu'il était important de répondre à ce besoin. Encore là, le contenu des rencontres était modifié afin d'accorder le temps nécessaires à la discussion.

La troisième et dernière modification apportée à l'intervention est en lien avec les stratégies de gestion des apprentissages. Au fil des rencontres, l'animatrice a eu l'occasion de constater que les parents avaient de la difficulté à garder en tête les diverses métaphores et activités proposées ainsi que les habiletés qu'elles travaillaient de manière spécifique, ce qui nuisait grandement à leur utilisation au quotidien. Afin de remédier à cette situation, l'animatrice a fourni aux parents, un aide mémoire pour l'utilisation des outils d'intervention du programme, cet outil a été ajouté aux stratégies de gestion des apprentissages (annexe III).

Composantes évaluées plus formellement

Adhérence.

L'adhérence au programme a été évaluée en terme de contenu livré aux participants. À chacune des rencontres, l'animatrice était appelée à noter, à l'aide d'une grille aide mémoire

détaillée, les divers éléments qui composaient la rencontre afin de s'assurer que rien n'était oublié et que les participants recevaient tous la même information. Ce point étant très important considérant le fait que chaque famille recevait la même intervention, mais à des moments différents. Bien que le contenu des rencontres variait légèrement d'une semaine à l'autre, les rencontres étaient généralement structurées de la façon suivante : soit l'accueil; l'écoute d'une métaphore; la réalisation et l'explication des outils (activités) liées à cette métaphore; l'écoute de la seconde métaphore; et ainsi de suite.

Cependant, il est arrivé à quelques reprises, dans le cas de la famille de Max et Cloé, que le contenu livré au cours des rencontres ait subi certaines modifications. Ces dernières étant principalement attribuables au manque de temps ou d'absence de la mère. Ainsi comme la mère n'a pas été en mesure de se présenter aux sessions « quatre » et « huit » et qu'il ne lui était pas possible de décaler l'intervention de deux semaines, ces dernières ont été jumelées avec les rencontres suivantes, soit les rencontres « cinq » et « neuf ». Dans les deux cas, cela a engendré un besoin de condenser l'intervention proposée en annulant l'écoute des métaphores 8 et 9 qui s'adressaient aux habiletés cognitives telle que la mémoire et la concentration ainsi que les métaphores 16 et 17 qui traitaient des routines en les remplaçant par un bref résumé effectué par l'animatrice afin de pouvoir mettre davantage l'accent sur la manière optimale de réaliser les activités qui leurs étaient rattachées. De plus, il est important de mentionner que les rencontres « cinq » et « neuf » avaient pour objectif de réaliser le bilan du cheminement parcouru par les enfants depuis le début de l'intervention et ce, en utilisant des illustrations graphiques pour amener le parent à une réelle prise de conscience de l'importance de leur implication auprès de leurs enfants. Toutefois, ces dernières ont été réalisées avec moins de précision dans le cas de Max et Cloé puisque le manque de temps a fait en sorte qu'il a été difficile pour la mère de comptabiliser leurs résultats au fur et à mesure et par conséquent, pour l'intervenant d'en dresser un bilan. Conséquemment, elles ont probablement eu moins

d'impact sur la motivation de la mère à poursuivre l'intervention puisqu'elle n'a pas eu l'occasion d'être réellement témoin des progrès de ses enfants.

Pour Billy, le déroulement fût tout autre, chacune des rencontres a pu être réaliser selon la structure prévue préalablement, les métaphores ont toutes été écoutées en compagnie de la mère et cette dernière a réalisé chacune des activités en compagnie de l'animatrice ce qui aura permis le modelage des habiletés d'animation adéquate et par le fait même contribuer positivement aux résultats de ce dernier.

Aspect temporel de l'adhérence.

L'aspect temporel de l'adhérence au programme a été évalué afin d'être en mesure de quantifier le temps d'exposition à l'intervention de chacune des familles et ce, de deux manières. En premier lieu, le temps global consacré à chacune des rencontres entre les parents et l'animatrice a été comptabilisé. Le tableau 2 illustre l'écart entre le temps moyen consacré aux rencontres hebdomadaires avec l'animatrice pour chaque parent impliqué dans l'intervention en comparaison avec ce qui avait été prévu préalablement.

Tableau 2. *Temps moyen consacré aux rencontres hebdomadaires.*

	Temps moyen consacré aux rencontres hebdomadaires.	Temps moyen prévu les rencontres hebdomadaires.	Pourcentage de conformité avec le prévu.
Parent de Max	34 minutes (variant entre 10 et 45 minutes)	45 minutes	75,5%
Parent de Cloé	34 minutes (variant entre 10 et 45 minutes)	45 minutes	75,5%
Parent de Billy	45 minutes	45 minutes	100%

Comme il est possible de le constater dans le tableau ci-haut, la mère de Max et Cloé a éprouvé plus de difficulté à consacrer le temps nécessaire à l'intervention que celle de Billy avec des variations inter séances allant de 10 à 45 minutes. Cette différence de temps consacré à l'intervention aura peut-être un effet sur les résultats de notre intervention. Le temps consacré à l'intervention est également dépendant de présence des parents aux diverses rencontres prévues. La mère de Billy a été présente à toutes les rencontres à l'exception d'une seule au cours de laquelle elle a été remplacée par son mari, Billy a donc pu bénéficier de chaque étape de l'intervention. De son côté, la mère de Max et Cloé a dû s'absenter des rencontres à deux reprises pour des raisons personnelles et comme son époux effectue présentement un retour à l'université, il n'a pas été possible pour lui de la remplacer.

D'autre part, rappelons-nous que les parents devaient réaliser l'écoute des métaphores ainsi que l'application des activités à la maison avec leurs enfants à chaque semaine de l'intervention. Le tableau 3 illustre le temps hebdomadaire moyen consacré par chacune des familles à l'intervention à la maison qui a été estimé par les parents. Cette dernière mesure permet d'évaluer avec plus de précision le temps d'exposition des enfants à l'intervention.

Tableau 3. *Moyenne de temps consacré hebdomadairement à Attentix à la maison.*

	Temps moyen hebdomadaire	Temps moyen prévu hebdomadaire	Pourcentage de conformité avec le prévu.
Max	8 minutes (variant entre 0 et 10 minutes)	22,5minutes	36%
Cloé	8 minutes (variant entre 0 et 10 minutes)	22,5minutes	36%
Billy	22 minutes	22,5minutes	98%

Ce tableau nous permet de constater que Billy a été exposé au programme Attentix à la maison conformément à ce qui avait été prévu, ce qui n'a pas été le cas de Max et Cloé, qui ont, quant à eux, été exposés à l'intervention à la maison beaucoup moins intensément que prévu.

Débordements.

Les débordements peuvent avoir un impact considérable sur les résultats obtenus suite à cette évaluation, c'est pourquoi il est important d'en tenir compte. Le débordement le plus important dans la présente intervention s'adresse à la fois à Max et à Billy, puisqu'ils ont, tous deux, débuté une médication psychostimulante conjointement à l'intervention. Max a débuté le Ritalin, lors de la troisième semaine d'intervention. De son côté, Billy a débuté le Concerta, lors de la deuxième semaine d'intervention. Pour lui, l'ajustement a été plus difficile puisque sa médication a été modifiée régulièrement au cours de l'intervention. De plus, Max et Billy participent à un sous-groupe de quatre élèves qui bénéficient d'une intervention hebdomadaire du programme Attentix à l'école et Billy a également eu l'occasion de participer à cette intervention dans son groupe classe hebdomadairement. Finalement, il est important de mentionner que Max et Cloé sont tout deux suivis individuellement au service de psychoéducation de l'école.

Évaluation des effets

Il est maintenant temps de mettre en lumière les résultats obtenus à la suite des neuf semaines d'intervention. Dans le but d'en faciliter la lecture, les résultats seront présentés en trois sections : (a) les changements en ce qui a trait à la compréhension de la problématique du TDAH par les parents (connaissances); (b) les changements sur le plan des comportements d'obéissance de l'enfant et du climat général lors des périodes de devoirs à la maison et (c) les changements sur le plan des comportements d'autorégulation de l'enfant lors des périodes de devoirs.

Le devis de recherche employé dans le cadre de ce projet d'intervention est un protocole à cas unique de type AB. La phase A fait référence au niveau de base (prétest) et elle se compose des mesures prises au cours des deux semaines précédant le début de l'intervention. La phase B réfère aux mesures prises au cours des 7 semaines de l'intervention. L'utilisation d'un protocole à cas unique amène à favoriser une analyse descriptive des données recueillies tout au long de l'intervention. À l'aide des illustrations graphiques et des tendances générales qui s'en dégagent, il est possible d'évaluer les effets du programme d'intervention en comparant chacun des enfants participants par rapport à lui-même et ce, au cours des neuf semaines du projet.

La compréhension de la problématique du TDAH par les parents

La compréhension de la problématique du TDAH par les parents a été évaluée en mesure pré et post test à l'aide d'un questionnaire maison. Ce questionnaire visait à évaluer la connaissance des parents en ce qui a trait aux causes, aux symptômes et aux conséquences de la problématique. Lors de la prise de mesure au pré-test, le taux de réussite des parents fut de 100% et ce, pour les deux familles participantes. Au post-test, les résultats n'avaient subi aucun changement.

La non-conformité des enfants aux exigences parentales

La figure 2 illustre le degré de non-conformité des enfants aux exigences parentales pour chacun des trois sujets de l'intervention telle qu'évaluée hebdomadairement par les parents lors des périodes de devoirs à la maison. Cette évaluation a été réalisée à l'aide d'un questionnaire maison évaluant les degrés de non-conformité aux exigences sur une échelle allant de « 0 », qui correspond à l'enfant qui s'est conformé aux exigences à « 9 », qui représente le plus haut niveau de non-conformité aux exigences. Les résultats montrent une légère tendance décroissante du degré de non-conformité aux exigences parentales au fil des neuf semaines de

l'intervention et ce, pour les trois sujets. La moyenne des mesures prises au cours des deux semaines du niveau de base permet de constater que tous les sujets avaient de la difficulté à se conformer aux exigences avant le début de l'intervention. Cependant, pour Cloé, cette non-conformité se situait en moyenne à 3 sur 9, ce qui était moins accentuée que pour Max et Billy pour qui les moyennes étaient respectivement de 5 et de 3,5 sur 9. Toutefois, au fil des semaines de l'implantation du programme, Billy et Max ont fait davantage de progrès, ils ont atteint et maintenu pendant plusieurs semaines une conformité parfaite selon leur parent « 0 » alors que pour Cloé l'amélioration est plus discrète et variable.

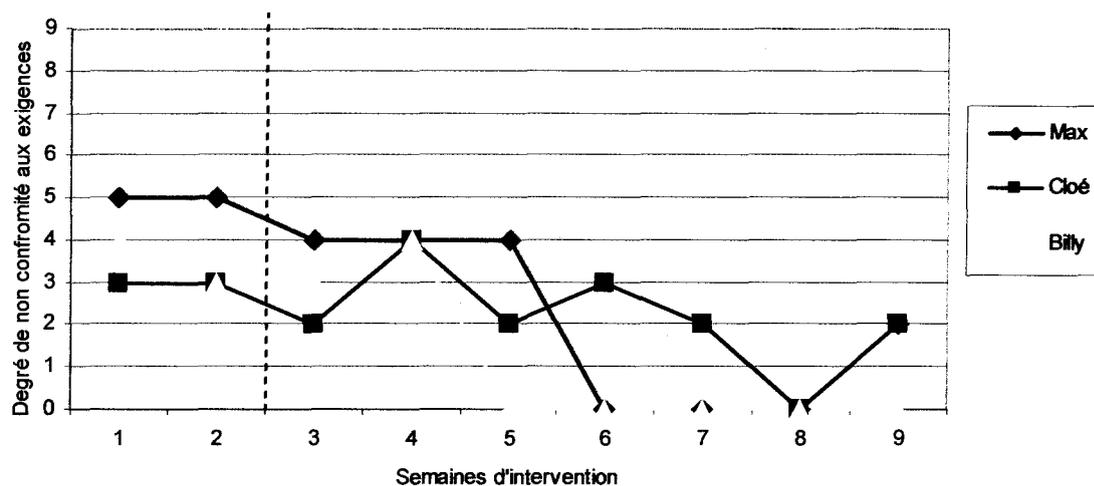


Figure 2. Le degré de non-conformité des enfants aux exigences parentales.

Climat des périodes de devoirs

Les figures 3, 4 et 5 présentent l'évolution du climat des périodes de devoirs à la maison pour chacun des enfants, tel que perçu par ces derniers et par leurs parents. Les deux sources ont évaluées le climat quatre fois par semaine à l'aide d'une feuille de route. Chaque point de mesure représenté sur les graphiques est une moyenne des quatre points de mesures hebdomadaires, ces mesures allant de « 0 » (bien) à « 2 » (difficile) en passant par « 1 » (passable).

La figure 3 illustre le climat des périodes de devoirs telles qu'évaluées par Max et son parent au cours des neuf semaines de l'intervention. En observant le graphique, il est possible de constater une très légère détérioration du climat des périodes de devoirs tout au long de l'intervention, ce dernier étant demeuré fréquemment positif au fil des semaines d'intervention malgré une légère fluctuation à la fin.

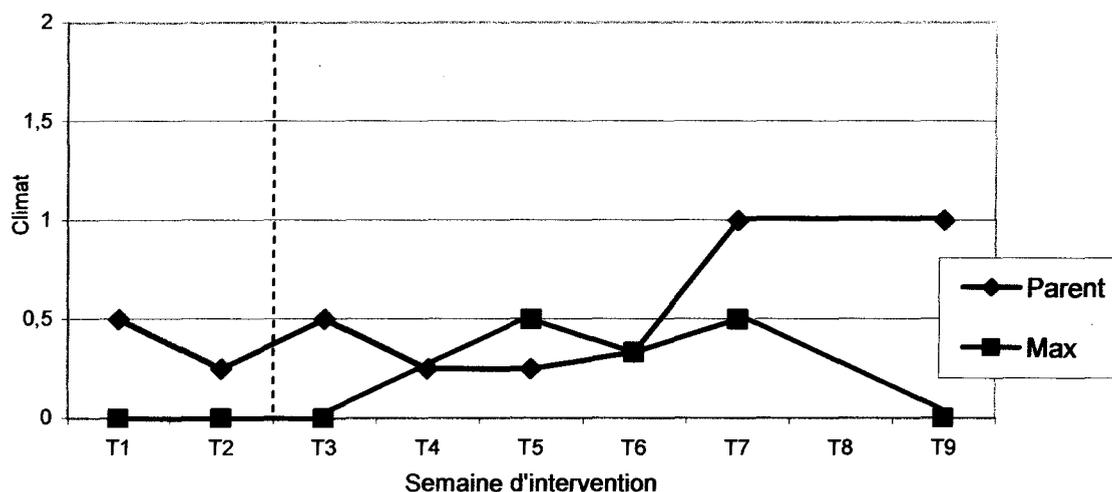


Figure 3. Climat des périodes de devoirs à la maison pour Max.

La figure 4 illustre le climat des périodes de devoirs à la maison tel qu'évalué par Cloé et son parent. Les évaluations réalisées par les deux sources sont très similaires. On observe une légère détérioration du climat lors des périodes de devoirs au fil des semaines. Les prises de mesures lors du niveau base étaient à « 0 » (bien) et ce climat est demeuré relativement stable tout au long de l'intervention. Cependant, le graphique illustre une légère augmentation de la tension lors des dernières semaines passant à « 1 » (passable).

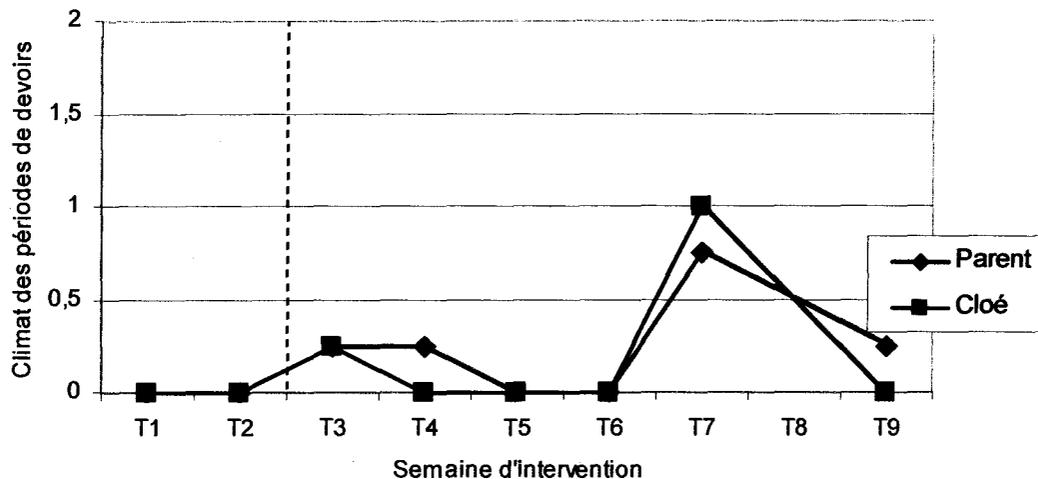


Figure 4. Climat des périodes de devoirs à la maison pour Cloé.

La figure 5 permet de constater une nette amélioration du climat des périodes de devoirs en cours d'intervention dans la famille de Billy. En début d'intervention, le climat des périodes de devoirs de Billy était relativement tendu, se situant entre 0,3 et 1. Toutefois, la situation a évolué positivement au fil des semaines pour se stabiliser à « 0 ».

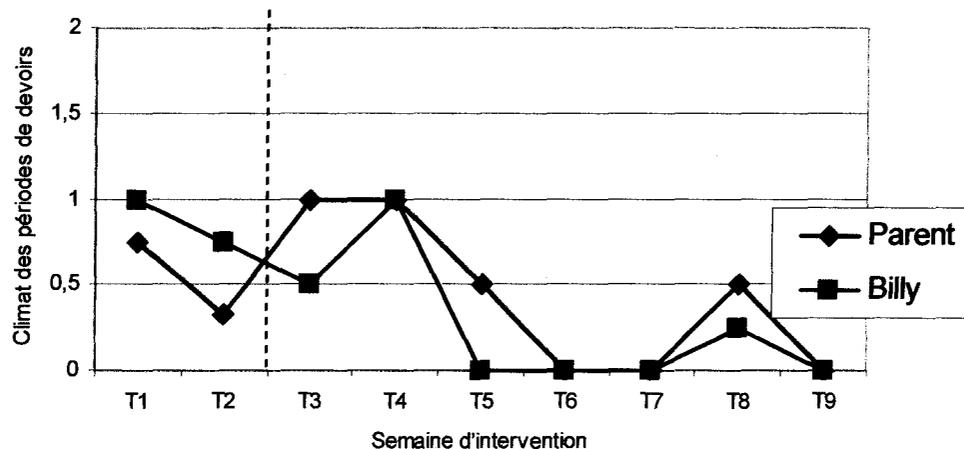


Figure 5. Climat des périodes de devoirs à la maison pour Billy.

Développement de stratégies de gestion de l'inattention et de l'impulsivité

Les figures 6, 7, 8 et 9 illustrent les changements obtenus pour chacun des sujets en ce qui a trait aux stratégies de gestion de l'inattention et de l'impulsivité utilisées par les enfants

pour s'autoréguler lors des périodes de devoirs à la maison. L'évaluation de ces changements a été réalisée à chaque semaine par les parents, à l'aide d'une version abrégée du HPQ qui mesure la fréquence d'apparition des comportements indésirables. Les sphères du comportements qui ont été évaluées sont : (a) la préparation des enfants lors des périodes de devoirs à la maison; (b) les comportements des enfants lors de ces mêmes périodes de devoirs ainsi que (c) la qualité du travail accompli par ces derniers. Les résultats sont présentés sur une échelle de quatre points allant de « jamais (0) » à « très souvent (3) ».

La figure 6 illustre les changements observés quant au niveau de préparation des enfants pour la réalisation de leurs périodes de devoirs à la maison. La tendance générale des résultats de Cloé démontre une grande stabilité au fil des semaines avec un score moyen se situant à 0,7 soit entre « jamais » et « quelques fois » ce qui est positif puisqu'elle ne manifeste pas beaucoup de comportements indésirables lors de sa préparation pour ses périodes de devoirs. En ce qui concerne Max, il est possible de constater une légère amélioration de sa préparation au fil des semaines puisqu'il y a diminution de la fréquences des comportements indésirables qui se situaient aux abords de « quelques fois » en début d'intervention pour s'approcher de plus en plus du « jamais » plus les semaines avançaient. C'est toutefois la courbe de Billy qui illustre le mieux la tendance à la baisse des comportements indésirables et par conséquent, l'amélioration de sa préparation aux périodes de devoirs passant de « quelques fois » à 0,30 qui s'approche beaucoup de « jamais ». Néanmoins, il est possible de dire que Cloé et Max avaient déjà, avant le début de l'intervention, une bonne capacité de préparation pour leurs périodes de devoirs, ce qui était moins le cas pour Billy.

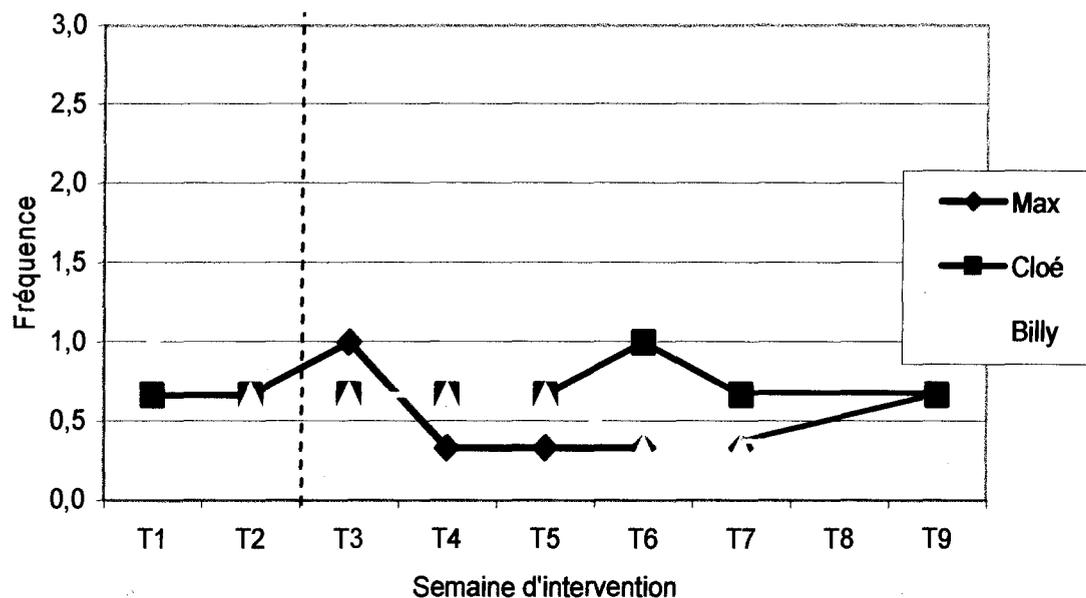


Figure 6. Fréquence d'apparition des comportements indésirables qui nuisent à la préparation de l'enfant aux périodes de devoirs à la maison.

La figure 7, illustre les résultats obtenus par chacun des participants en ce qui a trait à la manifestation de comportements indésirables lors des périodes de devoirs à la maison. Pour Cloé et Max, la fréquence des comportements indésirables demeure relativement stable tout au long de l'intervention se situant en moyenne à 0,5, ce qui signifie que la fréquence de leur manifestation de comportements indésirables oscillait entre « jamais (0) » et « quelques fois (1) ». Toutefois, pour Billy, il est possible d'observer une nette décroissance de ces mêmes comportements indésirables qui étaient manifestés « souvent (2) » en début d'intervention et qui ont été éliminés par la suite.

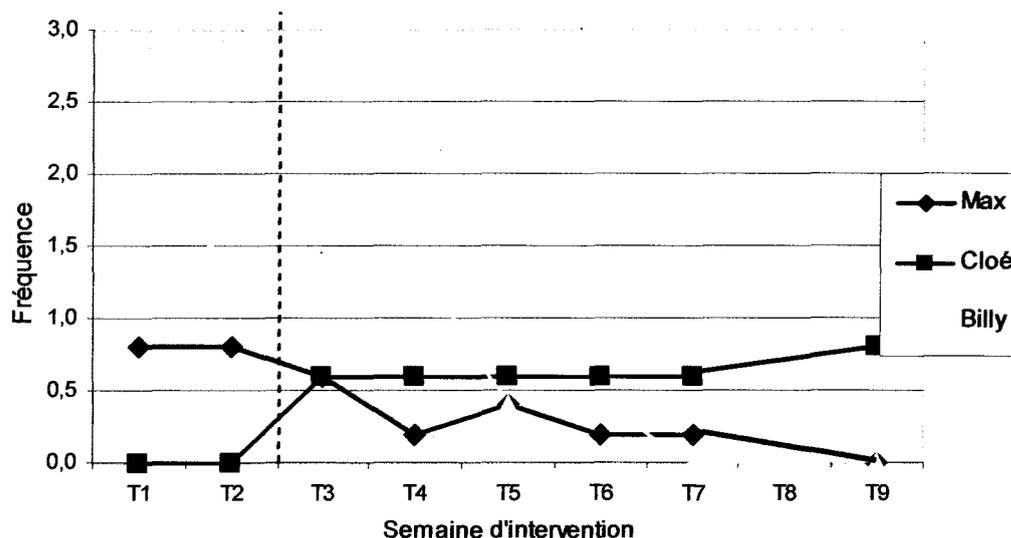


Figure 7. Fréquences d'apparition des comportements indésirables lors des périodes de devoirs à la maison.

La figure 8 illustre la tendance générale de la qualité du travail accompli lors des périodes de devoirs à la maison et ce, pour chacun des participants. Il est possible de constater que pour Cloé, la fréquence des comportements indésirables en lien avec sa capacité à accomplir un travail de qualité est demeuré stable tout au long de l'intervention se situant très près de « jamais (0) » ce qui démontre qu'elle n'a pas éprouvé de difficulté à ce niveau et ce, avant et pendant l'intervention. Il est également possible d'observer une légère diminution de la fréquence des comportements indésirables chez Max, passant de (0,5), soit entre « quelques fois (1) » et « jamais (0) » lors de la prise de mesure du niveau de base à (0) « jamais » au fil des semaines de l'intervention, ce qui démontre une amélioration de la qualité du travail accompli par ce dernier lors des périodes de devoirs à la maison. Pour Billy, le cheminement en ce qui concerne la qualité du travail est en dents de scie, évoluant de semaine en semaine entre (1) « quelques fois » et (0) « jamais », sans atteindre de stabilité, mais il est tout de même possible de constater une légère diminution de la fréquence d'apparition des comportements indésirables à partir de la cinquième semaine, soit trois semaines après la mise en place de l'intervention.

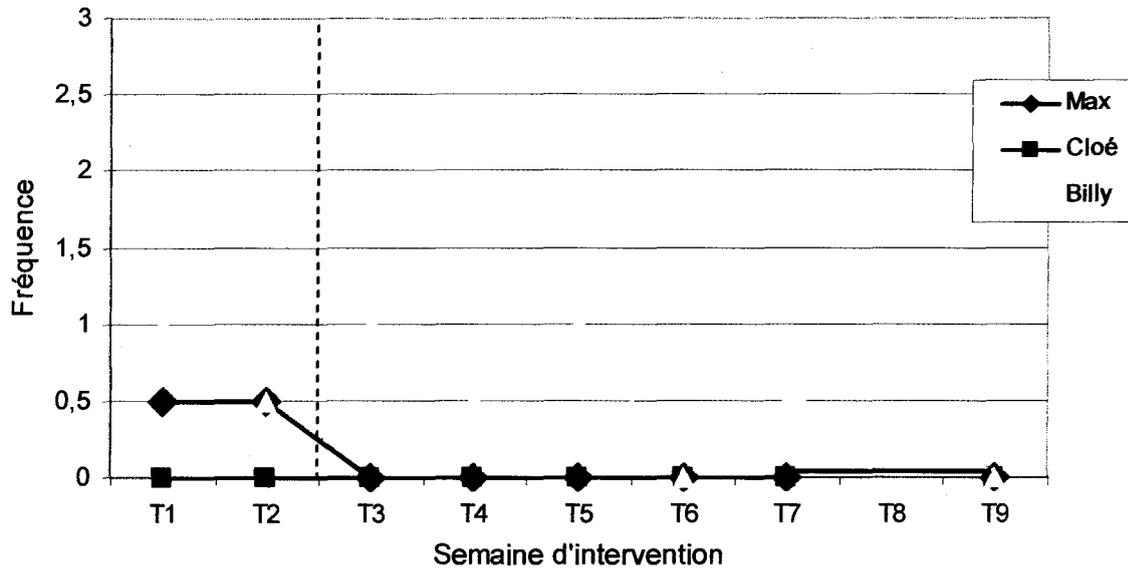


Figure 8. Fréquence d'apparition des comportements indésirables qui nuisent à la qualité du travail accompli lors des devoirs à la maison.

La figure 9 présente la compilation des trois sous-échelles qui composent la version abrégée de HPQ présentées précédemment. La compilation de ces trois sous-échelles permet d'évaluer la capacité d'autocontrôle général des trois enfants participants et ce, lors des périodes de devoirs à la maison et les résultats présentés illustrent la moyenne cumulative des trois sous-échelles pour chacun d'eux. Ainsi, il est possible d'observer que la capacité d'autocontrôle de Cloé et de Max était déjà relativement bonne, dès la prise de mesure du niveau de base puisqu'ils ne démontraient que très peu de comportements indésirables, leurs fréquences respectives se situant à 0,2 et 0,7, soit très près du « jamais (0) ». De plus, les résultats permettent de constater que cette situation est demeurée relativement stable au cours des neuf semaines de l'intervention, ne variant que très légèrement pour Cloé et pour Max. Pour Billy, la situation est relativement différente puisqu'au départ, il présentait davantage de comportements indésirables que les deux autres sujets, se situant près du 1,5, soit entre le « quelques fois (1) » et le « souvent (2) ». Toutefois, en observant son cheminement au fil des semaines de l'intervention, il est possible de constater une nette amélioration de sa capacité d'autocontrôle générale puisqu'il atteint le 0,1 en fin d'intervention.

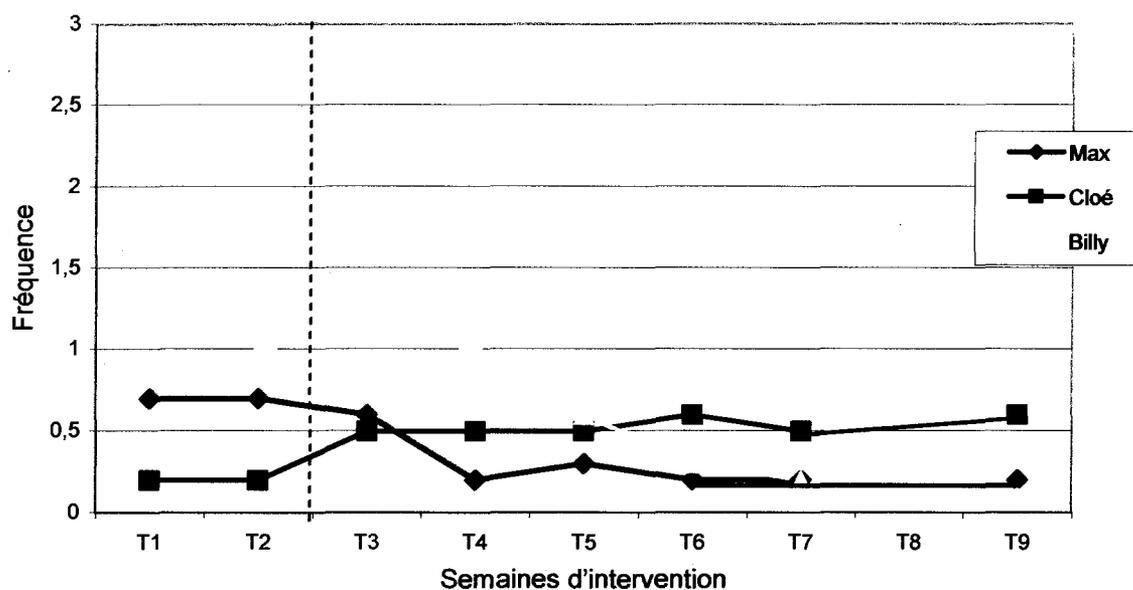


Figure 9. Développement de stratégies de gestion de l'inattention et de l'impulsivité, toutes échelles confondues en fonction de la fréquence d'apparition des comportements indésirables lors des périodes de devoirs à la maison.

Discussion

Jugement sur l'atteinte des objectifs

L'intervention *Attentix* à la maison, proposée à quelques familles de l'école *Sans-Frontières* a entraîné certains changements dans le quotidien des enfants et de leurs familles. Pour certains enfants participants, ces changements sont positifs alors que pour une enfant en particulier, les effets rencontrés sont parfois contraire à ce qui était souhaité.

Le premier objectif général poursuivi par le programme d'intervention était d'améliorer la compréhension générale des parents quant au déficit de l'attention/hyperactivité et les objectifs spécifiques qui y étaient reliés s'adressaient aux connaissances des parents en ce qui a trait aux causes, aux symptômes et aux conséquences du TDAH. Les résultats obtenus à la suite de prise de mesure en prétest et post-test montrent que les parents avaient déjà, au départ, une excellente compréhension de la problématique et que cette dernière a été maintenue au fil des

semaines de l'intervention. En fait, les parents des deux familles ont eu un taux de réussite de 100% et ce, lors des deux occasions de passation de l'instruments de mesure maison. Deux hypothèses peuvent tenter d'expliquer cette très forte réussite. D'abord et avant tout, il est important de prendre en considération qu'au cours de l'été précédent la mise en place du programme d'intervention, deux enfants ont obtenu un diagnostique officiel de TDAH ce qui a fort probablement amené les parents à s'informer en profondeur sur la problématique et ainsi, en développer une meilleure compréhension. L'intervention proposé leur a, par le fait même, permise de consolider ces acquis, mais pas d'en faire de nouveaux. La seconde hypothèse envisageable est celle du manque de sensibilité de l'instrument de mesure utilisé. En effet, il est possible que le questionnaire utilisé ne permette pas de mesurer les connaissances des parents suffisamment en profondeur et que ce dernier ne se composait pas d'un nombre suffisant d'items pour évaluer les réelles connaissances de ces derniers. Toutefois, une chose est sûre, cet objectif demeure important et pertinent dans une intervention auprès de familles d'enfant TDAH puisque la bonne compréhension de la problématique peut grandement contribuer à aider les parents à intervenir plus adéquatement avec leurs enfants.

Le second objectif général de ce projet d'intervention visait l'amélioration générale du déroulement des périodes de devoirs à la maison. Deux objectifs spécifiques accompagnaient ce dernier soit : l'enfant se conformera aux instructions, demandes et règlements donnés par ses parents lors des périodes de devoirs et les enfants vivront une amélioration générale du climat des périodes de devoirs à la maison. Pour Max et Billy, il semble y avoir eu une légère amélioration de capacité à se conformer aux exigences parentales. La prise de médication psychostimulante par ces deux sujets au cours de l'intervention peut contribuer à expliquer leur plus grande progression, en comparaison avec Cloé qui n'a pas encore eu de diagnostique officiel et qui, pour l'instant, ne prend aucune médication. En effet, Billy a débuté la prise de Concerta lors de la troisième semaine de mise en place du programme, soit suite à la prise de mesure du niveau de base, toutefois, sa médication a nécessité quelques ajustements au départ

et il est possible de constater que lorsqu'elle a été stabilisé, soit vers la cinquième semaine, Billy à fait beaucoup de progrès. Il en va de même pour Max qui, de son côté, à débuté sa médication lors de la cinquième semaine, sans complication. Il faut également noter que les parents étaient la seule et unique source d'évaluation de cet objectif et par conséquent, il est possible que certains de leurs jugements aient été subjectifs, sans négliger que l'instrument maison utilisé pouvait comporter quelques faiblesses quant à sa validité.

En ce qui concerne le climat des périodes de devoirs, les résultats ont été obtenus à l'aide de prises de mesure répétées quotidiennement et ce, par deux sources soit, le parent et l'enfant. Pour Max, l'amélioration de sa capacité à se conformer aux exigences parentales ne semble pas s'être traduite par une amélioration du climat de ses périodes de devoirs à la maison, au contraire, on observe même une légère détérioration de ce climat. Les résultats obtenus par Cloé démontrent le maintien d'un bon climat tout au long des neuf semaines de l'intervention, ce dernier variant très peu entre le niveau de base et la fin de celle-ci, il est toutefois important de préciser qu'elle ne présentait pas de réels problèmes au départ. Les plus grands changements sont ceux réalisés par Billy pour qui le climat des périodes de devoirs s'est amélioré de manière satisfaisante et similaire à sa capacité à se conformer aux exigences parentales, ce qui peut possiblement être expliqué par sa prise de médication en cours d'intervention. La fréquence de cette prise de mesure (soit quatre fois par semaine) permet d'avoir un portrait juste de la situation de chacun des sujets, cependant il aurait été pertinent d'aller chercher plus d'informations contextuelles quant au déroulement des périodes de devoirs à la maison dans le but de pouvoir expliquer le climat de manière plus précise (veille d'évaluation, retour de pratique de soccer, etc.).

Le troisième et dernier objectif général poursuivi par ce programme d'intervention était que l'enfant développe des stratégies de gestion de son inattention et de son impulsivité et il était lié aux trois objectifs spécifiques suivants : l'enfant améliorera sa préparation pour ses

périodes de devoirs, l'enfant améliorera son comportement lors des périodes de devoirs et l'enfant améliorera la qualité du travail qu'il accomplit lors des périodes de devoirs. La prise de mesure répétée a encore une fois permise d'obtenir l'effet de l'intervention pour chacun des enfants avec comme principale source d'évaluation, le parent. Selon les résultats obtenus, il est possible de constater une amélioration globale pour Max et Billy en ce qui a trait aux trois objectifs spécifiques, mais cette amélioration est beaucoup plus prononcée dans le cas de Billy. Pour Cloé, les résultats montrent une légère régression vers des comportements moins appropriés ce qui nous amène à croire qu'elle n'a pas su développer les stratégies proposées par Attentix pour l'aider dans la gestion de son inattention et de son impulsivité. Il est possible de croire encore une fois que la prise de médication psychostimulante ait eu un effet positif chez Max et Billy. De plus, il est important de garder en tête que lors du début de l'intervention, Cloé entreprenait sa première année du primaire, elle n'avait donc pas encore de réelle expérience du milieu scolaire et des devoirs à la maison et au fil des semaines, les exigences scolaires ont augmenté, ce qui peut fort probablement expliquer le trajet inverse de sa courbe.

En somme, les résultats obtenus par Billy sont nettement plus significatifs que ceux de Max et de Cloé. Outre la prise de Concerta, il est possible d'envisager l'hypothèse que cette plus grande progression soit attribuable au fait que la mère de Billy se soit impliquée dans l'intervention de manière beaucoup plus intensive et prononcée que la mère de Max et Cloé.

Liens entre les composantes du programme et les résultats

Les résultats obtenus suite à l'intervention sont très faibles et difficiles à relier directement au programme d'intervention proposé dû aux nombreux débordements. En fait il est possible, tel que mentionné précédemment, d'expliquer les résultats à la fois à l'aide de certaines composantes de l'intervention (tel que les sujets cibles, les stratégies de recrutement utilisées ainsi que les objectifs ciblés), tout comme à l'aide de la médication psychostimulante utilisée auprès de deux des trois sujets. Il est impossible, à ce stade et avec le devis expérimental

utilisé de départager les effets dus à la médication et ceux émanant des diverses composantes de l'intervention. Cependant, il est possible de poser certaines hypothèses quant aux composantes du programme qui ont pu avoir un effet sur les participants.

L'intervention proposée s'adressait aux familles d'enfants présentant des symptômes du TDAH et ce, avec ou sans diagnostic. Le recrutement de ces dernières s'est fait sur une base volontaire suite à une présélection réalisée auprès des élèves présentant les caractéristiques recherchées en milieu scolaire. Toutefois, malgré leur volontariat, les parents de ces enfants ont beaucoup de responsabilités qui font parfois en sorte qu'il leur est difficile de s'impliquer activement dans une intervention. Cibler à la fois les parents et les enfants a donc constitué un défi de taille lors de la réalisation de ce programme d'intervention. De plus, la réalisation de cette intervention a permis de mettre en lumière le fait qu'il est difficile de réaliser une intervention familiale dans le contexte du milieu scolaire. Les parents et les enfants ont des réalités sociales et familiales qui rendent l'ajustement d'horaire difficile ce qui a grandement nuit à l'implantation de l'intervention proposé et conséquemment, aux effets de cette dernière sur les sujets cibles. Toutefois, il est important de souligner que bien que difficile à réaliser, l'intervention familiale en milieu scolaire demeure une source considérable d'information qui aide grandement à mieux comprendre la dynamique des enfants tout en permettant d'assurer une continuité entre les interventions familiales et scolaires.

Les objectifs du programme ont été élaborés suite à la réalisation du contexte théorique lié à la problématique du TDAH. Ils représentent certains points centraux qui ont été ciblés dans la chaîne développementale de la problématique ce qui fait en sorte qu'ils auraient dû être des éléments de changements pour améliorer les situations familiales, personnelles et sociales des enfants et de leurs familles. Néanmoins, la faiblesse des résultats obtenus laisse croire que les objectifs ne ciblaient pas prioritairement les points clés qui entraînent les situations dysfonctionnelles chez ses familles. Alors que les objectifs *d'Attentix à la maison* ciblaient

davantage les difficultés associées au TDAH, le grand impact de la médication permet de mettre en évidence le fait que, plus le programme proposé intervient directement sur les causes de la problématique, plus les effets de l'intervention sont importants. Malgré cela, le milieu scolaire ne permet pas d'intervenir sur les causes de la problématique du TDAH alors que faire? Malgré les difficultés rencontrées pour rejoindre les parents d'enfants TDAH, il n'en demeure pas moins qu'il est essentiel de mettre tout en œuvre pour les impliquer dans l'intervention auprès de leurs enfants. Le présent programme d'intervention ciblait prioritairement le contexte des périodes de devoirs à la maison, toutefois, tel qu'il a été possible de le constater lors de la lecture du contexte théorique, c'est toute la vie de la famille qui est touché par la problématique du TDAH et c'est pourquoi il serait pertinent d'intervenir également sur d'autres aspects de la vie quotidienne tel que le lever, le coucher ou les repas.

Tel qu'il a été possible de le constater lors de l'évaluation de la mise en œuvre de l'intervention, le contenu proposé aux familles était intensif et la planification temporelle ne laissait pas beaucoup de place à l'ajustement en cours de route ce qui a fait en sorte que le dosage de l'intervention n'a pas été le même d'une famille à l'autre et par conséquent, d'un enfant à l'autre. Ces différences de dosage peuvent sans aucun doute contribuer à expliquer les résultats obtenus pour chacun des sujets. Pour Max et Cloé, les résultats sont moins concluants que pour Billy puisqu'ils ont été moins exposés à l'intervention que ce dernier. Toutefois, il est important de mentionner qu'aucune mesure n'a été prise pour rendre compte de la stabilité des périodes de devoirs pour les enfants alors qu'il aurait été intéressant de savoir s'ils ont réussi à développer une certaine routine afin d'être en mesure de voir apparaître des changements durables.

Liens entre le contexte théorique et les résultats

La littérature sur le sujet est formelle, l'intervention la plus efficace dans le cadre d'un problématique telle que le TDAH demeure la médication psychostimulante puisqu'elle agit

directement sur les capacités attentionnelles et sur les comportements d'impulsivité manifestés par les sujets (Hinshaw & Zalecki, 2001). Certaines interventions ciblent également l'enfant en priorité en misant sur des traitements psychosociaux ou comportementaux, sur des techniques de gestion des comportements, sur le développement d'habiletés sociales ainsi que sur diverses thérapies cognitivo-comportementales.

Toutefois, l'élaboration du contexte théorique de l'intervention a permis de mettre en évidence les divers facteurs associés à la problématique du TDAH. Pour les enfants d'âge scolaire, la famille se trouve en plein cœur de ces facteurs. À la fois facteur de risque et de protection, elle influence grandement les manifestations de la problématique. C'est pour cette raison que la présente intervention a mis l'accent sur la famille. Néanmoins, l'intervention familiale est loin d'être monnaie courante en milieu scolaire et les résultats obtenus suite à l'évaluation de la mise en œuvre de l'intervention permettent de comprendre pourquoi. Dans l'éventualité où le présent programme d'intervention serait à refaire, il serait pertinent de miser sur l'implication des parents, puisqu'ils représentent une partie importante du casse-tête, mais de manière moins intensive afin de s'assurer que le contenu de l'intervention pourra être vu entièrement. Il serait également important d'impliquer de manière plus active les autres acteurs de la vie de l'enfant, tel que les enseignants, médecins, entraîneurs et plus encore, afin d'assurer la cohérence et la continuité dans l'intervention qui lui est dispensée. Il faut garder en tête que le TDAH a un impact sur l'ensemble des sphères de vie des enfants qui en sont atteints. Il est donc important de mettre en œuvre des interventions qui ont une cible plus large que les périodes de devoirs en mettant l'accent sur les effets de cette dernière sur les problèmes de comportements associés au TDAH.

Avantages et limites de l'intervention

La mise en place de ce programme d'intervention familiale en milieu scolaire a constitué un défi de taille. La difficulté d'ajustement d'emploi du temps entre l'école et la maison a

engendré l'une des plus grandes limites de l'intervention puisque ce manque de flexibilité d'horaire a fait en sorte que certaines rencontres d'intervention entre l'animatrice et les familles ont dû être déplacées ou tout simplement annulées ce qui a sans aucun doute grandement nuit aux effets du programme. Il faut également tenir compte du fait que le programme proposé était très intensif et nécessitait une implication soutenue de la part des parents et de leurs enfants sur une période de neuf semaines ce qui n'était pas très réaliste lorsque l'on prend en considération la réalité quotidienne de ces familles. Dans l'éventualité où l'occasion de répéter l'intervention se présenterait, il serait fort pertinent de veiller à proposer une intervention sur une plus longue période de temps afin de permettre aux familles de bien approfondir les apprentissages réalisés à chacune des étapes et de s'assurer de leur mise en application.

Toutefois, malgré ces difficultés, intervenir auprès des parents en contexte de milieu scolaire a permis de créer de bons liens entre l'école et la maison et ainsi, d'augmenter considérablement l'impact de l'intervention offerte par le service de psychoéducation de l'école auprès des enfants TDAH. L'intervention familiale constitue une richesse inestimable au plan clinique car en connaissant mieux la famille dans lequel l'enfant évolue, il est plus facile de bien cerner les besoins de la clientèle. Sans oublier que les parents sont des partenaires essentiels puisqu'ils permettent d'offrir une continuité d'intervention à l'enfant ce qui contribue à en augmenter la portée.

Finalement, il semble important de mentionner que les instruments de mesures utilisés dans le cadre de l'évaluation de cette intervention constituent également une limite de taille. La grande majorité d'entre eux étant des instruments maison non validés scientifiquement, il est difficile de tirer des conclusions justes des résultats obtenus. Ils avaient cependant le mérite de cibler une période critique dans la vie des familles d'enfants TDAH et ils étaient également utilisés fréquemment au cours de l'intervention ce qui aura permis d'effectuer un suivi régulier de chacun des sujets.

Conclusion

Le déficit de l'attention/hyperactivité est une problématique qui touche de nombreuses sphères de la vie des enfants qui en sont atteints. Les conséquences qui y sont associées sont variées et touchent plusieurs contextes de vie de l'enfant : (a) difficultés d'ajustement social; (b) difficultés d'ajustement scolaire et (c) difficultés familiales. L'intervention auprès de ces enfants est donc très présente dans la pratique professionnelle de la psychoéducation en milieu scolaire. Toutefois, bien que ces derniers passent beaucoup de temps à l'école, il n'en demeure pas moins que la maison est leur principal milieu de vie, d'apprentissage et de référence. Les parents ont un rôle extrêmement important à jouer dans leur développement. Travailler avec eux, afin de les outiller pour qu'ils soient en mesure de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de leurs enfants atteints du déficit de l'attention/hyperactivité ou présentant des symptômes du trouble correspond donc à une cible d'intervention à prioriser. C'est dans cette optique que ce projet d'intervention est né, afin de redonner aux parents, le pouvoir sur leur vie familiale en leur permettant d'apprendre à travailler avec l'outil d'intervention proposé par *Attentix* à la maison et ce, en visant prioritairement les périodes de devoirs à la maison qui sont régulièrement susceptibles de représenter un défi de taille à la fois pour les enfants et leurs parents. Les résultats obtenus suite à l'implantation de ce projet d'intervention n'ont pas rencontrés tous les objectifs ciblés au départ. Il n'en demeure pas moins que certains changements positifs (aussi petits soient-ils), ont pu être constatés. Ce type de programme d'intervention gagnera certainement à être implanté dans les écoles, mais sur une plus grande période de temps pour diminuer l'intensité des rencontres, puisqu'il répond à un besoin de collaboration entre l'école et la maison.

Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastopoulos, D.A., Guevremont, D.C., Shelton, T.L., & DuPaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 20, 503-520.
- August, G.J., Realmuto, G.M., MacDonald, A.W., Nugent, S.M., & Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal of abnormal child psychology*, 24, 571-594.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R.A. (1999). Theories of attention-deficit/hyperactivity disorder. In H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds). *Handbook of disruptive behavior disorders* (295-313). New York : Plenum Publishers.
- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivité disorder* (3e éd.). New York : Guilford Press.
- Barkley, R.A., & Murphy, K.R. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder* (2 éd.). New-York: Guilford press.
- Bennett, D.S., Power, T.J., Rostain, A.L., & Carr, D.E. (1996). Parent sceptability and feasibility of ADHD interventions: Assessment, sorrelates, and predictive validity. *Journal of pediatric psychology*, 21, 643-657.
- Bor, W., Sanders, M.R., & Makie-Dadds, C. (2002). The effect of Triple-P- positive parenting program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attention/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571-587.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder : A review of the past 10 years. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 978-987.

- Caron, A. (2006). *Aider son enfant à gérer l'impulsivité et l'attention : Attentix à la maison* (1^{ière} éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Caron, C., & Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *Journal of child psychology and psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Charlebois, P., Vitaro, F., & Normandeau, S. (1995). *Préparer la réussite scolaire et l'adaptation sociale*. Rapport d'intervention, Université de Montréal, Montréal, Canada.
- Charlebois, P. (2000). La prévention des problèmes associés au déficit d'attention avec hyperactivité. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents tome 2 : les problèmes externalisés* (69-113). Presse de l'université du Québec.
- Chevalier, N., Guay, M-C., Achim, A., Lageix, P., & Poissant, H. (2006). *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser* (1^{ière} éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Dulcan, M.K., & Benson, R.S. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with ADHD. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 1311-1317.
- Dumas, J.E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2^e éd.). Bruxelles : De Boeck Université.
- Epstein, M.H., Kutash, K. & Duchnowski, A.J. (2005). *Outcomes for children and youth with emotional and behavioral disorders and their families : Programs and evaluation best practices* (2 éd.). Austin Texas: Pro-ed.
- Garton, A.F., Zubrick, S.R., & Silburn, S.R. (1995). The Western Australian Child Health Survey: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 48-57.
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative* (1 éd.). Montréal : éditions sciences et culture.

- Hinshaw, S.P., & Zalecki, C. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder. In H. Orvaschel, J. Faust & M. Hersen (Eds). *Handbook of conceptualization and treatment of child psychopathology* (pp. 77-104). New-York: Pergamon.
- Hoath, F.E., & Sanders, M.R. (2002). A feasibility study of enhanced group Triple-P – positive parenting program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior change*, 19, 191-206.
- Jensen, P.S., Martin, D., & Cantwell, D.P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM-V. *Journal of american academy of child and adolescent psychiatry*, 36, 1065-1079.
- Kazdin, A.E., & Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (1^{ière} éd.). New-York: Guilford press.
- Massé, L., Desbiens, N., & Lanaris, C. (2006). *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (1^{ère} éd.). Montréal : Gaëtan Morin.
- McKee, T.E., Harvey, E., Danforth, J.S., Ulaszek, W.R., & Friedman, J.L. (2004). The relation between parental coping styles and parents-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 33, 158-168.
- Mill, J.S., Caspi, A., McClay, J., Sugden, K., Purcell, S., Asherson, P., et al. (2002). The dopamine D4 receptor and the hyperactivity phenotype: a developmental-epidemiological study. *Molecular psychiatry*, 7, 383-391.
- Pelham, W.Jr., & Gnagy, E.M. (1999). Psychosocial and combined treatment for ADHD. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 5, 225-236.
- Poissant, H. (2000). La métacognition chez les enfants présentant des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 29, 171-184.
- Power, T.J., Karustis, J.L., Habboushe, D.F. (2001). *Homework success for children with ADHD: A family-school intervention program* (1 éd.). New-York: the Guilford press.

- Reid, M.J., & Webster-Stratton, C. (2001). The incredible years parents, teacher and child intervention: Targeting multiple areas of risk for a young child with pervasive conduct problems using a flexible, manualized treatment program. *Cognitive and behavioral practice, 8*, 377-386.
- Rogers, H., Cann, W., Cameron, D., Littlefield, L., & Lagioia, V. (2003). Evaluation of the family intervention service for children presenting with characteristics associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian journal of advancement of mental health, 2*, 1-10.
- Samudra, K., & Cantwell, D.P. (1999). Risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. In H.C. Quay & A.E. Hogan (Eds). *Handbook of disruptive behavior disorders* (295-313). New York : Plenum Publishers.
- Sanders, M.R. (2003). Triple-P- positive parenting program: A population approach to promoting competent parenting. *Australian journal of the advancement of mental health, 2*, 1-16.
- Vitaro, F. (2000). Évaluation des programmes de prévention. Principes et procédures. In F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents : Tome 1. Les problèmes internalisés* (pp. 67-69). Sainte-Foy, Qc : Presses de l'Université du Québec.
- Vitaro, F., Brendgen, M., Larose, S., & Tremblay, R.E. (2005). Kindergarten disruptive behaviors, protective factors and educational achievement by early adulthood. *Journal of educational psychology, 97*, 617-629.
- Whalen, C.K., & Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADHD) children. *Clinical psychology review, 5*, 447-478.
- Whitley, B.E. (2002). *Principles of research in behavioral science* (2e éd.). New-York: MacGraw-Hill.

Annexe I

Checklist session 1

Date: _____ Animatrice: _____

Famille rencontrée : _____

- Préparation du matériel
 - Manuel et cédérom du programme Attentix à la maison
 - Exemple de manuel et du cédérom du programme Attentix à la maison pour la famille
 - Ordinateur
 - Feuilles et crayons pour la prise de notes
 - Instruments de mesure
 - Fiche d'évaluation du degré de conformité de l'enfant aux exigences.
 - Feuille de route
 - HPC
 - Cahier de bord des parents
 - Questionnaire AKOS (version adaptée par Marie-Pier)
 - Information sur le TDAH
 - Documentation TDAH pour la famille
 - Cahier de bord pour la famille
 - Formulaire de consentement
 - Formulaire du AKOS
 - Calendrier/ horaire
- Présentations
- Explication de l'intervention
- Remise du manuel du programme Attentix à la maison
- Explication des objectifs de l'intervention
- Remise du cahier de bord
- Explication des instruments de mesure
- Informations concernant le TDAH
- Remise de la documentation sur le TDAH
- Signature du consentement à l'intervention
- Passation du Attention-deficit/hyperactivity disorder knowledge and opinion survey (AKOS).
- Planification de la prochaine rencontre

Questionnaire maison

Attentix à la maison

Date : _____ Nom : _____

Associez chaque personnage à la stratégie métacognitive qu'il représente.

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| 1. Arbre magique |  | a. Détente et relaxation |
| 2. Attentix |  | b. Intégration des routines |
| 3. Brise magique |  | c. Autocontrôle des émotions |
| 4. Colombe messagère |  | d. Renforcement |
| 5. Fourmi |  | e. Forces et faiblesses |
| 6. Graushou |  | f. Évaluation, observation et analyse d'une situation |
| 7. Papillon |  | g. Autocontrôle cognitif |
| 8. Petit Bourdon |  | h. Développement des composantes cognitives |
| 9. Spoinks |  | i. Stratégies mnémotechniques |
| 10. Tempo |  | j. Autodiscipline |
| 11. Torpédor et Torpille |  | k. Autocontrôle corporel |
| 12. Tortal |  | l. Intégration du contrôle interne par des signes externes |
| 13. Les Vavevivoitout |  | m. Stratégies de soutien scolaire |
| 14. Zouzou |  | n. Gestion du temps |

Attentix à la maison

Cahier de bord

Nom : _____ Semaine : _____

Métaphore # _____

Métaphore # _____

Jour _____

Jour _____

Temps :

Temps :

Heure début : _____

Heure début : _____

Heure fin : _____

Heure fin : _____

Commentaires (comment se sont déroulées les activités?) :

Informations importantes externes à l'intervention :

Pratique parentale de la semaine :

Annexe II

Questionnaire sur les connaissances relatives au TDAH
Instrument maison

1. Nommé deux des causes possibles du TDAH :

- _____
- _____

2. Si je suis un parent diagnostiqué avec la problématique du TDAH, il est à 100% certain que mon enfant le sera également?

Vrai

Faux

3. La consommation d'aliments qui ont une haute teneur en sucre peut contribuer au développement du TDAH?

Vrai

Faux

4. Nommer 3 symptômes observables de l'inattention chez l'enfant :

- _____
- _____
- _____

5. Mon enfant doit avoir présenté des symptômes du TDAH avant l'âge de _____ ans pour être diagnostiqué?

6. Mon enfant ne présente pas de symptômes d'hyperactivité, il est donc impossible qu'il ait un TDAH?

Vrai

Faux

7. Un enfant atteint du déficit de l'attention/hyperactivité ne sera jamais en mesure de bien fonctionner à l'école?

Vrai

Faux

8. Les troubles d'apprentissage sont plus fréquents chez les enfants qui présentent un TDAH avec prédominance de quels symptômes?

Réponse : _____

Fiche d'évaluation

Degré de conformité de l'enfant face aux instructions, demandes et règlements des parents lors des périodes de devoirs à la maison.

Nom de l'enfant : _____ Semaine : _____

Parent répondant : _____

Au cours de la dernière semaine, mon enfant a présenté certaines difficultés à se conformer aux instructions, demandes ou règlements qui lui ont été demandés par ses parents lors des périodes de devoirs à la maison.

Oui

Non

Si Oui, pouvez-vous indiquer quel est, selon vous, le degré de sévérité du problème :

1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 = léger

5 = modéré

9 = sévère



Attentix à la maison

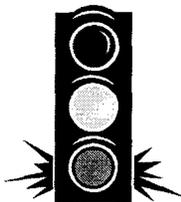
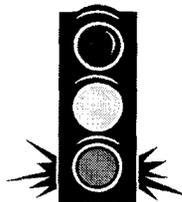
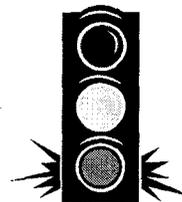
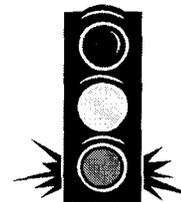
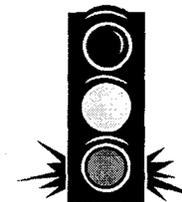
Feuille de route

Périodes de devoirs à la maison

Parent(s)

Nom : _____ Semaine : _____

Aujourd'hui, la période de devoirs était ...

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi
				
Temps consacré aux devoirs : _____	Temps consacré aux devoirs : _____			

Légende :

- Rouge : difficile, manque de motivation et d'implication de mon enfant
- Jaune : passable, manque de motivation et d'implication mais parvient à faire le travail.
- Vert : Bien, mon enfant était motivé et impliqué et il a fait le travail.

Attentix à la maison

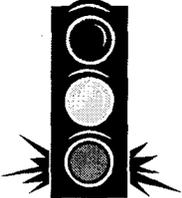
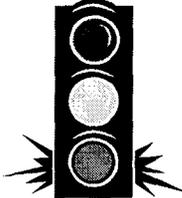
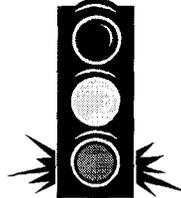
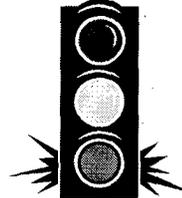
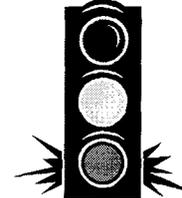
Feuille de route

Périodes de devoirs à la maison

Enfant

Nom : _____ Semaine : _____

Aujourd'hui la période de devoir était...

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi
				
Temps consacré aux devoirs : _____	Temps consacré aux devoirs : _____			

Légende :

- Rouge : difficile, j'ai manqué de motivation et d'implication.
- Jaune : passable, j'ai manqué de motivation et d'implication mais je suis parvenu à faire le travail.
- Vert : Bien, j'étais motivé et impliqué et j'ai fait mon travail.

HOMEWORK performance questionnaire

Nom de l'enfant : _____

Complété par : _____ Date : _____

<i>S.V.P. noter le comportement de l'enfant pour chacun des items ci-dessous.</i>	0 Jamais	1 Quelques fois	2 Souvent	3 Très souvent
1. Laisse le matériel nécessaire pour les devoirs à l'école. (préparation)				
2. Ne sait pas quels sont les devoirs à faire. (préparation)				
3. Ment en disant avoir complété ses devoirs à l'école. (comportement)				
4. Fait ses devoirs dans un environnement plein de distraction. (préparation)				
5. À besoin de se faire rappeler constamment de faire ses devoirs. (comportement)				
6. À besoin de supervision constante pour demeurer à la tâche. (comportement)				
7. Argumente ou se plaint. (comportement)				
8. Devient fâché facilement. (comportement)				
9. Fait ses devoirs rapidement en faisant des erreurs évitables. (qualité)				
10. Échoue à soumettre son travail à l'enseignant. (qualité)				

Annexe III

Aide mémoire pour l'utilisation des outils d'intervention

Métaphore	Outil	Contexte d'utilisation
Brise Magique	1. La danse du chiffon	Idéal 10 à 20 minutes avant la période de devoirs et leçons. Idéal lorsque votre enfant est stressé ou agité.
	2. L'appel du vent	Idéal au lever. Idéal comme activité de détente avant une sortie, l'arrivée de visiteurs ou le coucher.
	3. Les tensions et la détente	Idéal lorsque votre enfant est dans l'impossibilité de se lever ou de bouger comme il le voudrait : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Repas <input type="checkbox"/> Cinéma <input type="checkbox"/> À l'école <input type="checkbox"/> Lorsqu'il est couché dans sa chambre
Les leçons de vol de Torpille	7. L'arrêt	Idéal lorsque votre enfant est agité, qu'il se montre désorganisé, qu'il bouger sans arrêt : permet de le clamer. Idéal lorsque votre enfant agit sur l'impulsion du moment ou lorsqu'il s'apprête à prendre une décision.
	8. L'autocontrôle de Torpille	Idéal lors des périodes de devoirs et de leçons. Idéal au moment de prise de décision.
	9. L'anti-stress	Idéal dans les situations où votre enfant doit demeurer calme durant une longue période (devoirs) Idéal lors des déplacements en voiture.
Les fourmis et la fourmilière	11. La fourmi douanière	Idéal pour développer l'autocontrôle et le réflexe du dialogue interne.
Les spinks	15. La banque de spinks	Idéal pour l'apprentissage d'une nouvelle tâche ou d'une nouvelle routine. Idéal pour stimuler votre enfant, par exemple pour l'encourager à terminer ses devoirs. Idéal lorsque votre enfant affiche un comportement indésirable.

Les jeux du festival d'Attentia	19. La chasse aux objets	Idéal à faire en famille, à la maison, au chalet... Au moment de faire des emplettes à l'épicerie.
	20. Le jeu de la statue	Idéal à faire en famille ou seul en compagnie de votre enfant. Idéal pour calmer votre enfant avant le coucher.
	21. Le jeu des codes secrets	Idéal à faire en famille ou seul en compagnie de votre enfant. Peut être intégré quelques fois par semaine à la routine du matin avant le départ pour l'école.
	22. L'imitateur	Idéal à faire en famille ou seul en compagnie de votre enfant.
	23. Le jeu du perroquet	Idéal à faire en famille ou seul en compagnie de votre enfant.
Tortal	24. La lunette d'approche	Idéal lorsque votre enfant fait face à une situation difficile, surtout quand il vous est impossible d'observer vous-même cette situation (à l'école par exemple). En tout temps, pour aiguïser la vigilance.
	25. La loupe	Idéal à faire en famille ou seul en compagnie de votre enfant. Idéal pour résoudre une situation problématique.
Le livre d'or	26. La résolution de problèmes	Utile dans la plupart des situations où votre enfant doit résoudre un problème, notamment lorsqu'il dispose de peu de temps pour y réfléchir.
	27. La boîte à idée	Idéal dans toutes les situations où votre enfant doit résoudre une difficulté. Utile quand l'enfant ne semble pas avoir trouvé la meilleure solution ou qu'il est préférable d'en chercher d'autres.
Les Vavevivoitouts	30. Le contact visuel	Idéal lorsque votre enfant est turbulent et n'est plus attentif aux consignes. Ce simple geste peut s'avérer suffisant pour le rappeler à l'ordre. Idéal pour capter l'attention de votre enfant dans un endroit qui regorge de stimuli.
	31. La paume de la main	Idéal lorsque vous êtes dans une situation où il vous est impossible d'interrompre une tâche et de dire à votre enfant que le moment est mal choisi (conversation

		téléphonique). Idéal pour éviter de hausser le ton; idéal aussi en présence d'un certain nombre de personnes lorsque vous ne voulez pas parler.
	32. Le signe secret	Idéal lorsque l'enfant affiche un comportement inapproprié comme couper la parole...
	33. 1, 2, 3... Conséquence!	Idéal lorsque votre enfant s'oppose à un règlement ou une consigne. L'utilisation systématique de conséquences prédéterminées indique à l'enfant qu'est responsable de ses comportements et que vous êtes en contrôle de la discipline. Idéal quand votre enfant doit réaliser un travail ou une tâche simple. Permet de gérer les situations de crise où l'enfant est en colère et où l'enfant est en colère et où le dialogue ne serait d'aucun secours.
Zouzou à l'école	34. La trousse de dépannage	Idéal quand l'enfant se montre peu autonome dans la préparation de ses effets personnels. Idéal pour soutenir les progrès de l'enfant qui désire développer ses habiletés attentionnelles, mais qui n'a pas encore assez de compétence pour penser à tout ce dont il a besoin pour effectuer ses travaux. Idéal pour l'enfant qui fait mine d'oublier son matériel pour éviter de faire ses devoirs.
	35. Le messager	Idéal lorsque vous souhaitez communiquer avec l'enseignant sur une base quotidienne.
Tempo	36. Le sablier	Idéal pour encadrer votre enfant et lui permettre d'entrevoir la fin d'une période donnée. Idéal pour mettre fin à une activité. Idéal pour fixer la durée de la période des devoirs. Idéal pour signaler le délai à respecter au moment de faire subir une conséquence.
	37. Les estimations de temps	Idéal pour aider votre enfant à mieux gérer son temps quant à ses projets et à la réalisation de ses devoirs et de ses routines.
Zouzou	38. Le vérificateur de routine	Idéal pour certaines routines dont l'enfant a de la difficulté à se souvenir.

	39. L'aide-routine	Idéal pour faire suite à l'outil 38.
Au théâtre avec Graushou	40. Le théâtre	Idéal pour développer l'estime de soi de l'enfant dans des situations telles que poser des questions à l'enseignant, demander à un ami de venir jouer, s'exprimer devant un petit groupe...
Les leçons de Graushou	42. Le memento du soir	Idéal après avoir abordé l'ensemble des outils de cet ouvrage pour en maintenir les bienfaits.
	43. Le collier de perles magiques	Idéal lorsque vous avez présenté la totalité des outils à votre enfant...