

FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE RANGUEIL

Institut de Formation en Psychomotricité

**La guidance parentale : un transfert de compétences pour minimiser l'impact
des troubles psychomoteurs des enfants ayant un TDA/H dans les
apprentissages académiques.**

Le programme A.P.A.D.S.

Accompagnement Parental dans l'Autonomie des Devoirs Scolaires

Etude pilote

Mémoire en vue de l'obtention du :

DIPLOME D'ÉTAT DE PSYCHOMOTRICIENNE

Virginie MARTINIÈRE

JUIN 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
PARTIE THEORIQUE	13
I. Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H).....	14
I.1. L'histoire du TDA/H.....	14
I.1.1. Les premières observations	14
I.1.2. Débat sur les causes et évolution de la classification	15
I.2. Un trouble neurodéveloppemental.....	16
I.2.1. La triade symptomatique	17
I.2.2. Evolution du trouble.....	17
I.2.3. Comorbidités	19
I.3. Pluralité étiologique.....	20
I.3.1. Différentes hypothèses	20
I.3.2. Les modèles explicatifs	21
I.4. Les modalités de prise en charge.....	23
I.4.1. Prise en charge médicamenteuse.....	23
I.4.2. Prise en charge non médicamenteuse	24
II. Retentissement du TDA/H sur les apprentissages académiques.....	26
II.1. Incidences de la symptomatologie à l'école	26
II.1.1. Les déficits attentionnels et leurs conséquences	26
II.1.1.1. Définition de l'attention.....	26
II.1.1.2. Attention soutenue.....	28
II.1.1.3. Attention sélective.....	28
II.1.1.4. Attention divisée.....	28
II.1.2. Les déficits exécutifs et leurs conséquences	29
II.1.2.1. Définition des fonctions exécutives	29
II.1.2.2. Fonctions exécutives de « Base ».....	30
II.1.2.3. Fonctions exécutives de « Haut Niveau »	31
II.1.3. Conséquences générales à l'école	32

II.1.3.1.	<i>Avec les pairs</i>	32
II.1.3.2.	<i>Avec l'enseignant</i>	32
II.2.	Incidences de la symptomatologie dans les devoirs scolaires	33
II.2.1.	Les devoirs scolaires	33
II.2.1.1.	<i>Législation : ambiguïté des devoirs scolaires</i>	33
II.2.1.2.	<i>L'inégalité des enfants face aux devoirs</i>	33
II.2.1.3.	<i>L'inégalité des parents face aux devoirs</i>	34
II.2.2.	Les difficultés du TDA/H dans les devoirs scolaires et leurs conséquences	34
II.2.2.1.	<i>Déficit temporel</i>	35
II.2.2.2.	<i>Déficit motivationnel</i>	35
II.2.2.3.	<i>Dysrégulation émotionnelle</i>	36
II.2.3.	Conséquences générales sur les devoirs scolaires	37
III.	Nécessité d'un accompagnement parental	37
III.1.	L'impact du TDA/H sur la vie familiale	37
III.1.1.	Les relations familiales	37
III.1.1.1.	<i>Les relations parents-enfant</i>	38
III.1.1.2.	<i>Les relations conjugales</i>	38
III.1.1.3.	<i>Les relations au sein de la fratrie</i>	38
III.1.2.	Influence réciproque des comportements des parents et des enfants.....	39
III.1.2.1.	<i>Le processus familial coercitif de Patterson</i>	39
III.1.2.2.	<i>Les théories de Patterson appliquées au contexte du TDA/H</i>	40
III.1.3.	L'importance d'un accompagnement parental	41
III.2.	Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales	42
III.2.1.	Les différents programmes existants	42
III.2.2.	L'efficacité de ces programmes	43
III.3.	Le programme Barkley : une référence en France mais qui a des limites	44
III.3.1.	Présentation du programme.....	44
III.3.2.	Les concepts clés.....	45
III.3.3.	Les limites du programme.....	47

PARTIE PRATIQUE.....	49
I. Le programme APADS	50
I.1. La genèse d'un programme complémentaire à Barkley	50
I.1.1. Une élaboration pluridisciplinaire	50
I.1.2. Les finalités du programme	50
I.1.3. Les objectifs du programme	50
I.1.4. Les validations	51
I.1.4.1. Validation scientifique	51
I.1.4.2. Adhésion au programme	52
I.2. La mise en œuvre du programme	52
I.2.1. Le choix du format des rencontres	52
I.2.2. Le groupe de parents	53
I.2.2.1. Les critères de sélection.....	53
I.2.2.2. Le recrutement	53
I.2.3. L'équipe du programme	53
I.2.3.1. L'équipe étudiante	53
I.2.3.2. L'équipe encadrante	54
I.3. Les composantes du programme.....	54
I.3.1. Les questionnaires (T1, T2, T3 et T4).....	55
I.3.2. Les carnets de bord quotidien.....	56
I.4. Déroulement du programme	57
I.4.1. Déroulement type de chaque séance	57
I.4.2. Le contenu du programme.....	57
II. Résultats	66
II.1. Mesures.....	66
II.1.1. BRIEF: Behavioral Rating Inventory of Executive Function.....	66
II.1.2. Par-DD-Qol : Parental-Developmental Disabilities Quality of Life	67
II.1.3. Carnet de bord.....	67
II.2. Les fonctions exécutives	68
II.2.1. BRIEF - Régulation comportementale	68
II.2.2. BRIEF - Métacognition.....	69

II.2.3.	BRIEF - Score composite exécutif global	70
II.3.	L'autonomisation.....	71
II.3.1.	Niveau d'accompagnement/de dépendance lors des devoirs scolaires.....	71
II.3.2.	Niveau d'exigence/de pression lors des devoirs scolaires.....	71
II.3.3.	Niveau de motivation lors des devoirs scolaires	72
II.3.4.	Niveau de concentration lors des devoirs scolaires	73
II.3.5.	Sentiment d'efficacité lors des devoirs	73
II.4.	L'équilibre familial.....	74
II.4.1.	Niveau de stress parental lors des devoirs scolaires	74
II.4.2.	Climat familial	75
II.4.3.	Qualité de vie : PAR-DD-QOL	76
II.5.	Efficacité du programme (contrôle).....	77
DISCUSSION		78
CONCLUSION.....		82
BIBLIOGRAPHIE		85
ANNEXES.....		97

Table des illustrations

Figure 1. Modèle de l'aversion du délai (Sonuga-Barke, 1992).....	21
Figure 2. Modèle biologique (Barkley, 1997)	22
Figure 3. Modèle à deux voies (Sonuga-Barke, 2002)	22
Figure 4. Modèle taxonomique de l'attention (Van Zomeren et Brouwer, 1994).....	26
Figure 5. Modèle taxonomique des fonctions exécutives (Diamond, 2013)	30
Figure 6. Modèle coercitif familial de Patterson (1982).....	40
Figure 7. Modèle de Patterson appliqué au TDA/H	40
Figure 8. Tableau des résultats de l'adhésion au programme	52
Figure 9. Illustration des 4 phases des questionnaires	55
Figure 10. L'attention positive	58
Figure 11. Exercice à faire pendant la séance 1.....	59
Figure 12. Exercice à faire à la maison suite à la séance 1.....	59
Figure 13. Vignette clinique n°1	60
Figure 14. Exercice à faire pendant la séance 2.....	60
Figure 15. Exercice à faire à la maison suite à la séance 2.....	61
Figure 16. Exercice à faire à la maison suite à la séance 3.....	62
Figure 17. Vignette clinique n°2	62
Figure 18. Exercice à faire pendant la séance 4.....	63
Figure 19. Exercice à faire à la maison suite à la séance 4.....	63
Figure 20. Exercice à faire suite à la séance 5.....	64
Figure 21. Résultats BRIEF – Régulation Comportementale.....	68
Figure 22. Résultats BRIEF - Métacognition	69
Figure 23. Résultats BRIEF – Score Composite Exécutif Global	70
Figure 24. Résultats Carnets de Bord – Niveau d'accompagnement/de dépendance.....	71
Figure 25. Résultats Carnets de Bord – Niveau d'exigence/de pression	71
Figure 26. Résultats Carnets de Bord – Niveau de motivation.....	72
Figure 27. Résultats Carnets de Bord – Niveau de concentration	73
Figure 28. Résultats Carnets de Bord – Sentiment d'efficacité.....	73
Figure 29. Résultats Carnets de Bord – Stress parental.....	74
Figure 30. Résultats Carnets de Bord – Climat familial.....	75
Figure 31. Résultats PAR-DD-QOL.....	76
Figure 32. Analyse des résultats contrôles	77
Figure 33. Efficacité du programme.....	77

INTRODUCTION

Aujourd'hui, le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H) est un des motifs de consultation les plus fréquents dans les services de pédopsychiatrie dans plusieurs pays industrialisés (Bouillet et al, 2012). Les motifs de consultation s'inscrivent principalement dans le contexte de troubles du comportement devenus intolérables pour l'entourage, familial et/ou éducatif.

Ce trouble est décrit selon deux dimensions symptomatiques, à savoir l'inattention et l'impulsivité/hyperactivité (APA, 2015). Cliniquement, ce sont des enfants « dans la lune », qui oublient fréquemment leurs affaires, font de nombreuses fautes d'étourderie et ont une grande difficulté à maintenir leur attention, que ce soit lors d'une discussion ou dans le cadre plus formel de l'école. Ils peuvent aussi être qualifiés de très vifs, ils remuent beaucoup, se lèvent constamment, courent et grimpent partout. Cette vivacité se retrouve aussi dans leur élocution ; ils parlent beaucoup et coupent souvent la parole. De plus, de manière générale, en cas de frustration ou face à une trop grande difficulté, ces enfants préfèrent ne pas faire une tâche ou la repousser. Bien souvent, ces comportements d'opposition deviennent envahissants.

Ce handicap « invisible » est un enjeu de santé publique par l'impact fonctionnel (social, familial et scolaire) qu'il peut avoir (Vera, 2015). Une thèse publiée en 2011 (Viennet-Bernecoli, S) indique que les difficultés familiales sont fréquemment associées au TDA/H. En effet, dans la sphère familiale, ces comportements opposants, désobéissants et parfois agressifs de l'enfant perturbent les relations parents-enfant (Barkley, 1997). Ces comportements provoquent chez les parents la mise en place de stratégies éducatives inadaptées qui selon le processus d'escalade décrit par Omer (2017) participent au maintien et à l'aggravation des comportements problématiques de l'enfant. Cette situation en cascade entraîne une dégradation significative de la relation parent-enfant influençant alors le climat familial (Lifford, Harold et Thapar, 2008). De plus, l'image peu gratifiante de ces enfants dans le milieu scolaire ou social suscite souvent des réactions de discréditation des parents dans leur rôle parental (Viennet-Bernecoli, 2011).

C'est pourquoi en 2014, dans les « recommandations de bonnes pratiques », la Haute Autorité de Santé (HAS) inclut l'accompagnement des parents dans les dispositifs à mettre en place dans les prises en charge des enfants ayant un TDA/H. En effet, les Programmes d'Entraînements aux Habiletés Parentales (PEHP) sont reconnus de manière empirique comme un des moyens efficaces pour changer les comportements parentaux et sont considérés comme des

interventions probantes dans le traitement du TDA/H (Chronis et al, 2004 ; Hauth-Charlier et Clément, 2014). Cependant, les améliorations observées dans les comportements à la maison n'ont pas été retrouvées dans le contexte scolaire (HAS, 2014) où les symptômes du TDA/H sont les plus dommageables (Hinshaw, Klein et Abikoff, 1998).

En effet, beaucoup d'enfants ayant un TDA/H sont en difficulté dans les apprentissages (de 61 à 71%), même lorsqu'ils ont un quotient intellectuel dans la moyenne (Mayes et Calhoun, 2006). Avec la diminution de l'efficacité du traitement médicamenteux en fin de journée, le temps des devoirs scolaires se complique, il est difficile de remobiliser ses capacités attentionnelles pour un travail peu motivant, contraignant et monotone. Les difficultés rapportées sont fréquemment liées au déficit des fonctions exécutives (Emond, Joyal et Poissant, 2009). Dans les devoirs scolaires il est, entre autres, compliqué pour un enfant ayant un TDA/H de planifier, de s'organiser, de changer de perspective, d'inhiber une réponse automatique et de retenir et manipuler mentalement une information (Diamond, 2013). De plus, selon Black (1996), les enseignants sous-estiment le temps nécessaire pour faire les devoirs, ce qui génère davantage de frustration, de démotivation et donc un désengagement de la part de ces enfants. En somme, le temps des devoirs scolaires demande une implication importante des parents et se trouve être un temps extrêmement difficile mettant la dynamique familiale en péril (Massé, 2011).

Le PEHP le plus répandu en France est le programme Barkley (Saiag, Bioulac et Bouvard, 2007). Une forte demande sur la problématique des devoirs scolaires est souvent exprimée par les parents dès le début du programme. Cependant, au sein de ce programme il ne figure qu'une seule séance sur cette problématique qui semble n'apporter que trop peu de matériels concrets.

C'est pourquoi après ces observations, en collaboration avec une étudiante de master 2 de neuropsychologie et une étudiante de 2^{ème} année de psychomotricité, nous avons décidé de créer un module complémentaire au programme Barkley spécifique à la problématique des devoirs scolaires : le programme d'Accompagnement Parental dans l'Autonomie des Devoirs Scolaires (APADS). L'objectif étant d'accompagner pas à pas les parents vers de nouvelles habitudes afin de rendre leur enfant plus autonome dans ses devoirs. Pour cela, nous les invitons à réfléchir sur le rôle des parents dans les devoirs scolaires, à analyser de manière fonctionnelle les dysfonctionnements, à échanger et à créer par eux-mêmes les outils adaptés à leur quotidien, à

trouver des astuces pour renforcer la motivation de leur enfant et à créer un partenariat constructif avec l'école.

Les questions suivantes ont guidé l'étude :

- En accompagnant uniquement les parents, est-il possible d'améliorer l'autonomie des enfants dans les devoirs scolaires en renforçant leur autocontrôle spécifiquement ainsi que de façon plus large, leurs fonctions exécutives ?
- De plus, en rendant les enfants plus autonome sur ce temps difficile, cela peut-il aboutir à un apaisement du climat familial ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie ?

Afin de répondre à ces questions, nous verrons dans un premier temps les concepts théoriques qui nous ont permis l'élaboration de ce programme. D'abord, nous ferons un point sur le TDA/H, nous retracerons l'histoire de ce trouble jusqu'à l'émergence de la notion de trouble neurodéveloppemental. Nous nous intéresserons à la pluralité étiologique puis, aux différentes modalités de prise en charge. De plus, nous décrirons les différents retentissements dans les apprentissages académiques ; à l'école et à la maison avec les devoirs scolaires. Enfin, nous finirons cette première partie en précisant la nécessité d'un accompagnement parental.

Dans un second temps, nous verrons la partie pratique de ce protocole. Pour cela, nous évoquerons la genèse pluridisciplinaire de ce projet, les finalités et les objectifs. Ensuite, nous ferons un point sur la mise en œuvre du programme, le format des rencontres, le recrutement des familles mais aussi sur l'équipe étudiante et encadrante. Nous détaillerons les composantes du programme, comme la mise en place de questionnaires à différents temps et des carnets de bord quotidien. Puis, nous détaillerons les six semaines du programme. Enfin, nous présenterons les résultats de ce travail et nous finirons par une discussion autour de cette étude et une conclusion générale.

PARTIE THEORIQUE

I. Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H)

I.1. L'histoire du TDA/H

I.1.1. Les premières observations

Dès le XVII^{ème} siècle, les portraits d'étourdis, de distraits et de turbulents sont présents dans la littérature au travers d'œuvres littéraires françaises comme « L'étourdi » de Molière, « Le distrait » de Regnard ou « Les caractères » de La Bruyère. Le succès de ces écrits montre que ces portraits décrits et moqués sont déjà connus du grand public.

Cependant, il faut attendre la fin du XVIII^{ème} siècle pour voir apparaître les premières descriptions médicales. En 1775, Melchior Adam Weikard, médecin Allemand, réalise la plus ancienne et brillante description (Barkley et Peter, 2012) : « une personne inattentive ne remarquera rien, mais sera futile partout. Elle n'étudie ses affaires que superficiellement ; ses jugements sont erronés et elle méconnaît la valeur des choses, car elle ne consacre pas assez de temps ni de patience à une question particulière, et sans la précision requise. De telles personnes n'entendent que la moitié de tout ; elles ne mémorisent qu'à moitié ou bien elles le font de façon désordonnée. [...] La plupart sont téméraires, souvent pleines de projets imprudents, mais elles sont aussi très inconstantes dans leur exécution. Elles traitent tout à la légère car elles ne sont pas attentives pour percevoir les critiques ou les inconvénients » (traduction de Bange, 2014). En 1798, Alexander Christon, médecin Ecossais, parle d'« altération morbide de l'attention ». Il constate que certaines de ces altérations peuvent être « constitutionnelles à la personne », apparaître dans l'enfance et présenter une sévérité variable. En 1897, Désiré-Magloire Bourneville, célèbre neurologue Français, parle d'« instabilité » dans son livre « le traitement médico-pédagogique des différentes formes de l'idiotie ». Le syndrome apparaît dans ses comptes rendus médicaux avec des termes très représentatifs du trépied symptomatique du TDA/H ; une « mobilité physique exubérante », une « mobilité mentale » et des « impulsivités subites ». Mais selon lui, les enfants qui en sont atteints ont le plus souvent une « arriération » (handicap intellectuel). En revanche, en 1902, Georges Still, premier professeur de pédiatrie nommé en Angleterre, note que ces troubles peuvent se rencontrer chez des enfants non déficients.

De plus, en 1905, Paul-Boncour et Philippe s'intéressent à l'évolution scolaire des enfants présentant des « anomalies mentales » et publient un livre dont un chapitre entier est consacré à « l'écolier instable ». Ils citent : « L'écolier instable [...] ne peut fixer son attention soit pour écouter, soit pour répondre, soit comprendre. [...] perpétuellement et malgré lui son esprit se tourne ailleurs » « Il est à noter que souvent l'instabilité physique n'est pas moins prononcée que l'instabilité mentale ». De plus, ils notent que certains « instables » ont une « intelligence très bonne ». Dans la même année, Binet, dans son ouvrage « les enfants anormaux » affirme que « l'instable est pour l'Ecole une gêne perpétuelle, le maître juge sans bienveillance ce mauvais élève qui trouble constamment l'ordre dans la classe et compromet son autorité ». Finalement, dès le XXème siècle on retrouve dans la littérature des textes d'écoliers insolents, perturbant le cadre scolaire, dans la lune et mauvais élève.

I.1.2. Débat sur les causes et évolution de la classification

En 1922, plusieurs auteurs dont Hohman parlent d'un syndrome d'« hyperkinésie séquellaire ». Pour eux, il y aurait un lien entre une atteinte cérébrale et les troubles du comportement. Les causes organiques seraient dues d'une part à une prédisposition héréditaire et d'autre part à une lésion cérébrale. Cette hypothèse découle d'observations de deux événements historiques ; la première guerre mondiale et ses nombreux traumatismes crâniens, et l'épidémie d'encéphalite pandémique de Von Economo de 1917 à 1925. Ces deux événements ont engendré des troubles du comportement importants. En parallèle, en 1925 Wallon publie sa thèse sur « l'enfant turbulent » où il se questionne sur une éventuelle approche dynamique avec une possible implication d'éléments anatomiques, psychologiques et environnementaux. A cette époque, l'hypothèse lésionnelle reste privilégiée et on parle de Lésion Cérébrale à Minima (1942). Néanmoins, ce courant s'orientant vers un modèle fonctionnel est controversé car il y a fréquemment une absence de modifications anatomiques observables. En 1962, l'Oxford International Study Group of Child Neurology décide d'abandonner cette terminologie et de la remplacer par Dysfonctionnement Cérébral à Minima (DCM). Ainsi émerge un courant psychodynamique dont les prémices furent évoqués par Wallon. Ce courant se scinde en deux branches, une branche psychanalytique privilégiant des causes intra psychiques et une branche privilégiant des causes environnementales. Dans cette seconde branche, certains parlent d'une « réaction » favorisée ou causée par des facteurs variés, tels que des difficultés socio-économiques, éducationnelles, pédagogiques ou par l'existence de troubles psychiatriques.

Cette approche psychodynamique conduit en 1968, dans la deuxième version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), à une appellation « réaction hyperkinétique de l'enfance ». En effet, dans la première classification du DSM en 1952, aucun des troubles mentaux apparaissant dans l'enfance n'est énoncé. Ainsi, cette nouvelle définition mentionne l'absence de toute lésion cérébrale. Néanmoins, ce manuel est controversé car les professionnels ont du mal à être d'accord sur la signification de certains termes. C'est pourquoi en 1980 sort le DSM III. Ce manuel est le premier à donner une définition élaborée de ce trouble, précise et avec trois dimensions : inattention (5 items), impulsivité (6 items) et hyperactivité (5 items). Cette classification améliore la fiabilité du diagnostic. La « réaction hyperkinétique de l'enfance » est alors abandonnée au profit du « Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité ». En 1987, le DSM III est révisé, la classification de ce trouble n'est plus tridimensionnelle mais unidimensionnelle avec un regroupement des différents symptômes en une liste unique de 14 items. On parle alors d'« hyperactivité avec déficit de l'attention ». Néanmoins en 1994, sort le DSM IV qui marque un retour à la multidimensionnalité du trouble ; on parle de « Trouble du Déficit de l'Attention/ Hyperactivité ». Ce manuel insiste sur le fait de retrouver une gêne fonctionnelle avant l'âge de sept ans et sur la nécessité de constater cette gêne dans au moins deux environnements différents. Une révision est apportée au DSM IV en 2000 qui fixe la définition et en 2013 sort le DSM 5. La grande nouveauté est que le trouble n'est plus classé parmi les troubles psychiatriques de l'enfant mais parmi les troubles neurodéveloppementaux.

Finalement, une fois la littérature historique parcourue, on constate la présence de nombreuses années d'errance, de préjugés et d'incompréhension malgré des premières descriptions datant du XVIIème siècle. En 2010, Bishop, réalise un état de la littérature des différents troubles neurodéveloppementaux. Il constate qu'en 25 ans, de 1985 à 2009, le nombre d'écrits sur le TDA/H a explosé. Ainsi, avec la forte inflation des recherches sur le TDA/H ces dernières années, la définition du DSM 5 apparait comme la plus aboutie et complète.

I.2. Un trouble neurodéveloppemental

Une des évolutions majeures du DSM 5 est le classement du TDA/H dans les troubles neurodéveloppementaux. Ils se caractérisent par une perturbation du développement cognitif ou affectif de l'enfant, qui débute durant la période du développement et qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial. Parmi ces

troubles il y a : les handicaps intellectuels, les troubles de la communication, le trouble du spectre autistique, le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, le trouble spécifique des apprentissages et les troubles moteurs. Tous ces troubles sont rarement isolés ; ils sont souvent associés entre eux.

I.2.1. La triade symptomatique

Le TDA/H se caractérise par une grande hétérogénéité clinique associant à des degrés différents une triade symptomatique : inattention, impulsivité, hyperactivité (APA, 2015).

Selon les critères diagnostiques du DSM5 (APA, 2015), les symptômes doivent être présents avant l'âge de 12 ans, persister pendant au moins 6 mois et la gêne fonctionnelle doit être présente dans au moins deux environnements (école, maison,...). Les diagnostics tels que la schizophrénie ou d'autres troubles psychiques ou mentaux doivent être écartés pour pouvoir justifier le diagnostic de TDA/H. Néanmoins, les critères d'exclusion se sont assouplis. Un TDA/H peut être envisagé dans le cadre d'un trouble du spectre autistique ou d'un handicap intellectuel, lorsque le dysfonctionnement mettant en cause la triade est supérieur au dysfonctionnement de ce qui est rencontré habituellement dans ces cadres nosographiques (Marquet-Doléac, 2018).

De plus, la triade symptomatologique n'est pas toujours présente. En effet, toujours dans le DSM5 on trouve un classement en sous-type : TDA/H mixte, TDA/H de type inattention prédominante, TDA/H de type hyperactivité-impulsivité prédominant. Aussi, il est important de caractériser la sévérité du trouble entre léger, modéré et sévère. Le diagnostic repose sur une liste de symptômes dont un nombre suffisant doit être présent (DSM5, 2013). Ainsi, poser le diagnostic de TDA/H repose souvent sur un travail d'une équipe pluridisciplinaire et se fait par le relevé de signes cliniques uniquement.

I.2.2. Evolution du trouble

Le TDA/H est un trouble du neurodéveloppement, c'est-à-dire que les prémices du trouble apparaissent très tôt dans l'enfance et perdurent tout au long de la vie. Néanmoins, l'expression clinique, l'intensité et le retentissement fluctuent de manière significative de l'enfance jusqu'à l'âge adulte (Bange, 2014).

Avant 6 ans, le tableau clinique est principalement comportemental, l'inattention est souvent difficile à observer (Egger et Angold, 2006). Il est également difficile de distinguer une agitation physiologique, qui s'atténue souvent avant la fin de la maternelle, des véritables prémices d'un trouble (Romano, 2006). Néanmoins, comparé à des enfants de leur âge ces enfants semblent être plus irritables, avoir une plus faible tolérance à la frustration et moins bien réagir au cadre éducatif (Massé et al, 2011). Ainsi, la principale gêne fonctionnelle est pour les parents des difficultés éducatives se traduisant dès les premières années de l'enfant par une dégradation des relations intrafamiliales. La prévalence du TDA/H avant 6 ans varie de 2 à 6% selon les études (Egger et Angold, 2006) et la répartition selon le sexe est de 75% de garçons.

De 6 à 12 ans, avec l'entrée dans les apprentissages académiques et donc l'entrée dans un environnement très contraignant, la symptomatologie du TDA/H devient plus bruyante. En effet, les difficultés se manifestent par : une inattention qui devient davantage visible et invalidante (APA, 2015), des difficultés à travailler en autonomie, à s'organiser, à gérer son temps mais aussi principalement par la présence de troubles des apprentissages associés (Gramond, 2016). C'est donc à cette tranche d'âge que le TDA/H est majoritairement diagnostiqué. En France, les derniers chiffres obtenus font l'état d'une prévalence entre 3,5 et 5,6% chez les enfants de 6 à 12 ans (Lecendreux, 2011), soit un taux stable depuis la maternelle.

De 12 à 15 ans, au collège, le trouble évolue. L'hyperactivité diminue mais l'impulsivité et les difficultés attentionnelles persistent de manière significative (Mick, 2004). De plus, l'adolescence étant l'âge de l'expérimentation et de la nouveauté, les adolescents ont tendance à se mettre plus que les autres dans des situations à risque (drogue, tabac, alcool..) entraînant parfois une évolution défavorable avec le développement de comportements antisociaux (APA, 2015).

De 15 à 18 ans, au lycée, la situation scolaire peut commencer à se dégrader pour des enfants ayant jusque-là réussi à compenser leur trouble. Avec l'accroissement du travail personnel, des exigences d'autonomie et d'organisation ainsi que la baisse d'encadrement des parents, l'échec scolaire peut vite arriver (Heuzey 2013). En effet en 2008, Benfort constate que seulement 15% obtiennent un diplôme de fin de cursus secondaire (contre plus de 50% chez les sujets contrôles) et 25% n'achèvent pas leurs cursus universitaire (contre 1% dans la population), ce qui souligne par la suite les difficultés d'orientation professionnelle. De plus, selon des enquêtes

épidémiologiques, les adolescents ayant un TDA/H ont un risque élevé plus que les autres de : contamination par les maladies sexuellement transmissibles, grossesse précoce, consommation de tabac, cannabis, alcool, infraction au code de la route et accidents de la circulation (Barkley, 2002).

A l'âge adulte, en France, la prévalence du TDA/H est évaluée à 2,99% (Caci, 2014). Des difficultés significatives persistent chez plus de 50% des sujets diagnostiqués avec un TDA/H dans l'enfance (Mannuzza & Klein, 1993; Weiss & Hechtman, 1993). En 2000, Biederman et son équipe ont effectué une étude longitudinale sur des garçons TDA/H. Ils ont constaté qu'à l'âge de 19 ans, 38 % avaient tous les critères du TDA/H (hyperactivité, impulsivité, inattention), 72 % avaient seulement un des trois critères et 90 % ont montré une dégradation clinique significative. En 2001, Wender et Wolf relèvent les plaintes les plus fréquentes des adultes présentant un TDA/H. Sur le plan professionnel, les difficultés résident dans le fait de trouver et garder un emploi. Les adultes TDA/H se plaignent de difficultés à se concentrer, à s'organiser, à mettre en place et maintenir une routine et se disent avoir un manque de discipline. Psychologiquement, les auteurs retrouvent des dépressions, une estime de soi faible, de la confusion mentale, des étourderies ou des oublis. Enfin, sur le plan personnel, les auteurs relèvent qu'ils présentent plus de ruptures sentimentales que la normale.

I.2.3. Comorbidités

Le TDA/H est rarement un trouble isolé ; dans 67% des cas, des comorbidités (ou troubles associés) sont retrouvées ce qui complique la symptomatologie. 33% des TDA/H ont au moins une comorbidité, 18% en ont au moins deux et 16% en ont au moins 3. Parmi ces comorbidités, les plus fréquentes sont les troubles du comportement (trouble oppositionnel avec provocation et trouble des conduites), l'anxiété et les troubles de l'humeur. On retrouve aussi de fortes corrélations avec les addictions, les troubles obsessionnels compulsifs et tics, les troubles du sommeil, les troubles de l'apprentissage, les troubles du spectre autistique, les troubles du comportement alimentaire et l'obésité (Biederman, 2005). Ainsi, avec cette grande hétérogénéité les comorbidités doivent être systématiquement recherchées car la prise en charge peut alors fluctuer en fonction des troubles secondaires associés (Soppelsa, Albaret et Corraze, 2009 ; Masi et Gignac, 2016).

I.3. Pluralité étiologique

I.3.1. Différentes hypothèses

Dans la littérature, différentes hypothèses étiologiques explicatives du TDA/H sont abordées :

- **Génétique** : Beaucoup d'études se sont intéressées à l'implication de facteurs génétiques. En 2012, Cortese mentionne une héritabilité du TDA/H comprise entre 60 et 75%, ce qui représente un facteur étiologique non négligeable.
- **Neurologique** : Valera et son équipe ont réalisé une méta-analyse des études publiées jusqu'en Janvier 2005. Ils ont conclu la présence d'une singularité neurologique structurelle pour les sujets atteints de TDA/H, notamment dans les régions du cervelet, du corps calleux ainsi que dans le cortex frontal. De plus, la quasi-totalité des études a indiqué des volumes cérébraux inférieurs à leurs pairs. Aussi, il a été mis en évidence un retard de maturation cérébrale d'environ 3 ans (Shaw et al, 2007). Sagvolden et son équipe (2005) quant à eux, expliquent l'expression du TDA/H par un dysfonctionnement de certains neurotransmetteurs impliqués dans la fonction dopaminergique. Ils mentionnent un dysfonctionnement de 3 boucles, la boucle mésocorticale impliquée dans le contrôle de l'inhibition, la boucle mésolimbique permettant le délai de réponse ainsi que la boucle nigrostriatale aidant à la modulation des fonctions motrices mais jouant aussi un rôle dans la mémoire.
- **Prématurité** : En 2011, Halmoy et son équipe ont repéré un lien entre prématurité et le TDA/H. Lorsqu'un enfant naît prématuré (<37 semaines de gestation) les risques de développer un TDA/H plus tard est 1,3 fois plus important que pour la population générale. Pour les très grands prématurés (<28 semaines de gestation) le risque est 5 fois plus important.
- **Facteurs physico-chimiques** : Yolton et son équipe en 2014 ont réalisé une revue de littérature dans laquelle ils ont fourni des preuves d'associations entre le TDA/H et des éléments toxiques (cigarette, alcool, cocaïne, héroïne) ainsi qu'à l'exposition au plomb, fer ou aux pesticides.
- **Facteurs psychosociaux** : Plusieurs facteurs de risques sont notables comme un important désaccord conjugal, un niveau social faible, la criminalité, un trouble mental et un placement familial.

I.3.2. Les modèles explicatifs

Avec ces différentes observations, de nombreux auteurs ont essayé d'élaborer différents modèles explicatifs afin d'essayer de mieux comprendre la symptomatologie du TDA/H.

En 1992, Sonuga-Barke propose un modèle reliant le sujet à son milieu (Figure 1). Pour cela, la triade symptomatique serait expliquée par la nature des situations rencontrées par le sujet, et plus spécifiquement par le délai d'une tâche imposée ou non. Lorsque la tâche possède une temporalité non modifiable, le TDA/H va se détourner du temps qui passe par de l'inattention ou de l'agitation motrice. Lors d'une situation inverse, avec une possibilité de réduction du temps de tâche, le TDA/H agira de manière impulsive afin d'engendrer un arrêt précoce de la situation. On parle alors dans cette situation d'une aversion du délai. Ce modèle est un modèle motivationnel qui rend compte du circuit neuronal de récompense car les TDA/H préfèrent se satisfaire d'une récompense immédiate au lieu d'attendre une récompense plus conséquente.

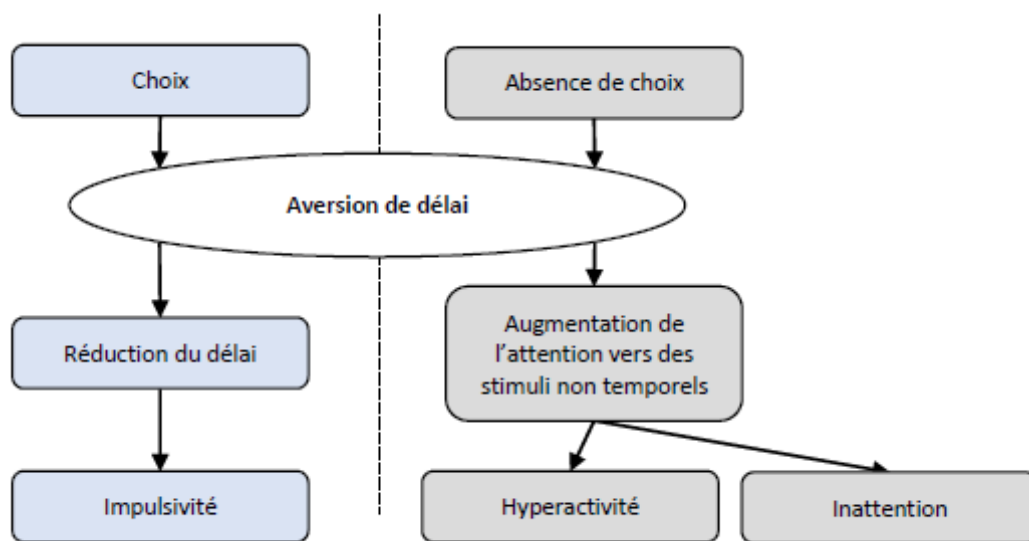


Figure 1. Modèle de l'aversion du délai (Sonuga-Barke, 1992)

En 1997, Russell Barkley conçoit un modèle biologique. Pour lui, l'origine de ce trouble serait due à un déficit de l'inhibition de la réponse automatique qui se répercuterait sur 4 fonctions exécutives que sont : la mémoire de travail, l'autorégulation, l'internalisation du discours et la reconstitution (capacité à analyser et synthétiser un comportement afin de pouvoir s'adapter à des situations problématiques nouvelles de l'environnement). Ainsi, selon lui l'inhibition comportementale serait à la base des difficultés rencontrées par le TDA/H entraînant un défaut de contrôle moteur, de fluidité et de syntaxe.

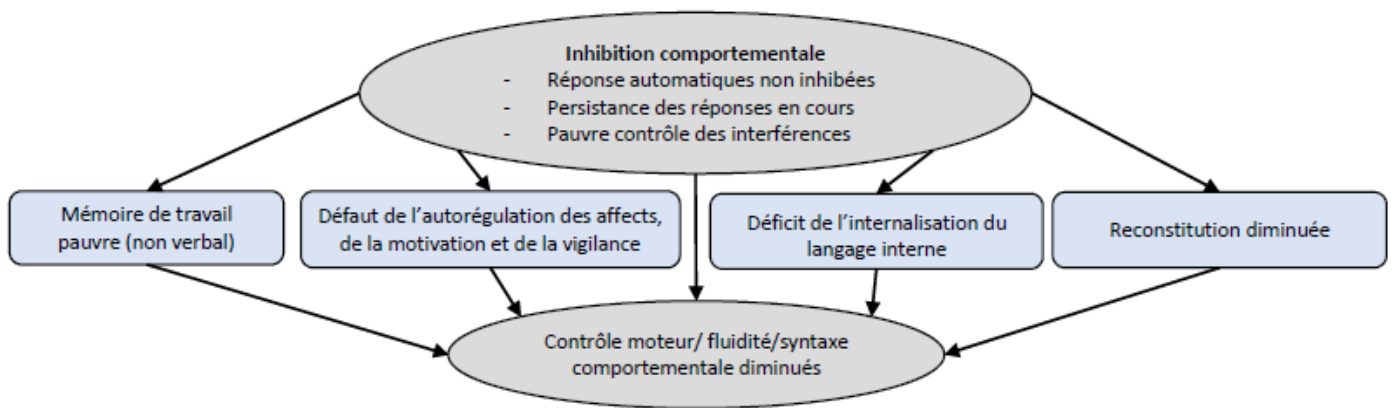


Figure 2. Modèle biologique (Barkley, 1997)

En 2002, quelques années après l'élaboration de son premier modèle, Sonuga-Barke se rend compte que son modèle est incomplet car il ne permet pas d'expliquer la diversité du trouble. C'est pour cela qu'il élabore un modèle à deux voies (figure 3) en intégrant le défaut d'inhibition décrit par Barkley. La force de ce modèle réside dans la prise en compte de la dynamique sujet/environnement. Ainsi, la première voie rend compte de la répercussion des troubles internes sur l'environnement et la seconde voie rend compte de la répercussion de l'environnement, par ses réponses, sur le trouble (maintien ou atténuation des symptômes).

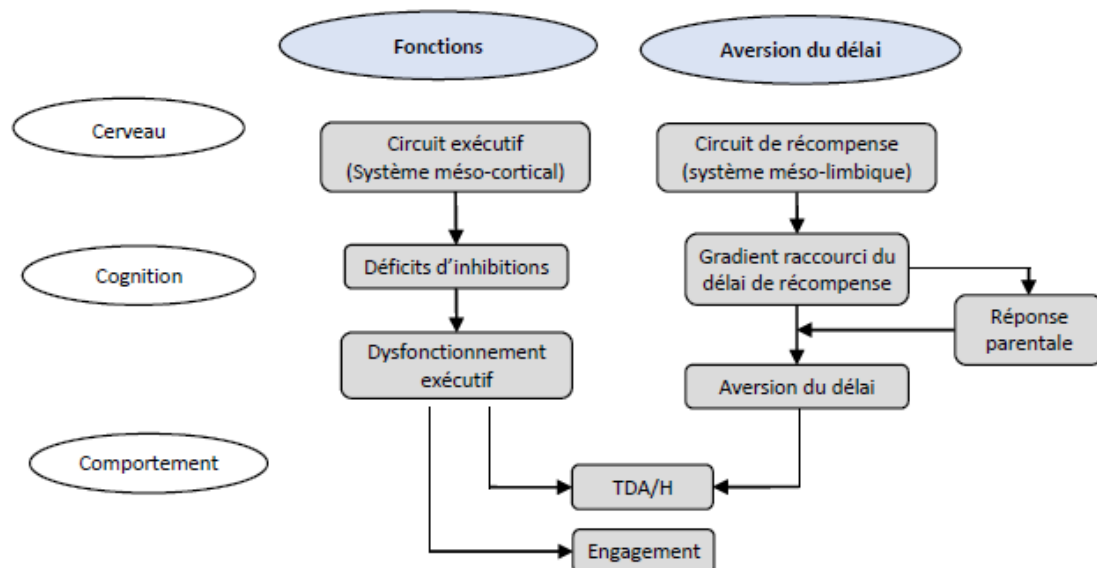


Figure 3. Modèle à deux voies (Sonuga-Barke, 2002)

Plus récemment, Sonuga Barke (2010) complète son modèle à deux voies avec une troisième composante neuropsychologique correspondant à un déficit dans le traitement des données temporelles.

En 2005, Sagvolden et son équipe reprennent ces idées et les intègrent dans un modèle plus global et développemental. Le TDA/H est envisagé comme la résultante de plusieurs facteurs que sont : l'individu et ses particularités (déficit attentionnel, hyperactivité...), le style éducatif (impulsif, organisé...) et le style environnemental (prévisible, renforcements...). La synthèse de tous ces éléments aboutira ou non à l'émergence de la symptomatologie du TDA/H et rendra compte des répercussions à plus ou moins long terme. Ce dernier modèle tente la synthèse de différents niveaux d'analyse : biologique, cognitif et environnemental.

Finalement, ces modèles mettent en évidence l'impact quotidien que peut avoir le TDA/H avec un tableau clinique principal qu'est la triade symptomatique mais aussi avec des troubles secondaires comme les déficits exécutif, temporel, motivationnel et émotionnel, qui seront développés plus loin.

I.4. Les modalités de prise en charge

Il est recommandé tant en France par la Haute Autorité de Santé (2015) qu'en Europe par l'European Guidelines (2004) que les modalités de prise en charge tendent vers une approche clinique plurifactorielle ; centrée sur le sujet (médication, rééducations, psychothérapies), sur la famille (guidance parentale) et sur l'école (adaptations psychopédagogiques).

I.4.1. Prise en charge médicamenteuse

En 1937, Charles Bradley observe un effet « paradoxal » de la benzédrine (amphétamine) qui est un psychostimulant sur l'hyperactivité motrice des enfants qu'il soigne. En 1959, plus de vingt ans après cette découverte, est introduit en Europe le méthylphénidate. Cette molécule fut inventé en 1944 par Leandro Panizzon, chimiste suisse. Mais l'on doit à Connors et Eisenberg en 1963, la publication au niveau international du premier article sur l'effet du méthylphénidate sur l'hyperactivité chez l'enfant. En France, une seule des deux familles de psychostimulants est utilisée. Seuls les psychostimulants à base de méthylphénidate sont autorisés (Ritaline®, Concerta®, Quasym® et Medikinet®). Les psychostimulants à base d'amphétamine sont interdits. La première autorisation de mise sur le marché en France (Ritaline®) date de 1995.

Ces psychostimulants peuvent être classés selon leur cinétique de libération. On retrouve des formes à libération immédiate (Ritaline®) et des formes à libération prolongées (Ritaline® LP; Concerta®; Quasym® et Medikinet®). La prescription initiale doit être faite par un spécialiste

dans le domaine hospitalier (pédopsychiatre, neurologue, pédiatre). Toute prescription est limitée à 28 jours. Par la suite, les renouvellements mensuels peuvent être faits par le médecin traitant.

Depuis la découverte de Bradley, les scientifiques n'ont toujours pas totalement réussi à élucider le mécanisme par lequel le méthylphénidate agit sur les symptômes du TDA/H. D'après les dernières données de la recherche, il semblerait que ce médicament augmente la concentration intrasynaptique de la dopamine en bloquant au niveau de la membrane présynaptique les mécanismes de recapture de ces neurotransmetteurs situés dans le cortex frontal et dans la région sous-corticale. Ainsi, ce traitement agit sur les symptômes mais n'a pas d'effet curatif. Néanmoins, les bénéfices attendus sont :

- **Au niveau moteur** : une diminution de l'activité motrice et de l'agitation, une amélioration de l'écriture et du contrôle moteur fin.
- **Au niveau cognitif** : une amélioration des capacités attentionnelles, une diminution de l'impulsivité et une meilleure utilisation des stratégies cognitives.
- **Au niveau social** : une amélioration des relations intrafamiliales et un meilleur autocontrôle.

En revanche, ce traitement ne résout pas tous les problèmes associés au TDA/H, en particulier les problèmes d'opposition, d'anxiété et d'apprentissage (Pelhman et Fabiano, 2008). Ainsi en raison de leur efficacité limitée, la prise de médicaments ne peut donc être le seul traitement envisagé. C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé publie en 2014 dans ses recommandations de bonne pratique que l'utilisation du méthylphénidate est indiquée « chez l'enfant de 6 ans et plus, dans le cadre d'une prise en charge globale lorsque des mesures correctives seules s'avèrent insuffisantes » (HAS, 2014). D'autant plus que 15 à 30% des enfants ne réagissent pas au médicament ou ne tolèrent pas en raison d'effets secondaires trop importants ou à cause de la présence d'un trouble associé et que plusieurs parents refusent la prise d'un médicament pour leur enfant pour des raisons personnelles (Massé et al, 2011).

I.4.2. Prise en charge non médicamenteuse

L'étude MTA (Multimodal Treatment Study of ADHD) est une étude longitudinale d'envergure réalisée sur 579 enfants. Il ressort de l'étude initiale, d'une durée de 14 mois (Jensen et al, 2001), que l'amélioration significative de la symptomatologie a été observée lors d'une

combinaison de prise en charge associant interventions non médicamenteuse et médicamenteuse. Dès lors, dans toutes les recommandations de bonnes pratiques tant en France qu'en Europe, une prise en charge multimodale est conseillé.

Ces interventions thérapeutiques, non médicamenteuses, sont variées. Elles peuvent intervenir sur le sujet (seule partie développée dans cette partie), l'école (cf. Partie II) et la famille (cf. Partie III).

Les prémices de l'intervention sur le sujet consistent à essayer de déterminer les troubles les plus bruyants afin qu'ils soient une priorité de soins. Aussi, il semble essentiel de rendre le sujet acteur afin que cela soit source de motivation et d'investissement dans la prise en charge et qu'il puisse transposer les stratégies apprises dans son quotidien (Marquet-Doléac et al, 2017).

Il est nécessaire de commencer par une intervention psychoéducatrice afin de permettre à l'enfant de mieux se connaître en ayant une compréhension claire de son trouble. Ensuite, différentes techniques peuvent être proposées au patient :

- **Comportementales** : le principe est de passer d'un contrôle externe (régulation comportementale par le thérapeute) vers un contrôle interne du sujet (autocontrôle).
- **Restructuration cognitive** : l'objectif est d'aider l'enfant à adopter des comportements ou modes de pensée plus réfléchis.
- **Psychosociales** : L'objectif est d'avoir une meilleure gestion de son environnement (apprendre à ranger), avoir une bonne hygiène de vie mais aussi avoir une meilleure maîtrise de ses habiletés sociales (capacités d'adaptation lors des interactions avec l'autre).
- **Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC)** : Aide l'enfant à améliorer les comportements marqués par son impulsivité et à accroître ses capacités attentionnelles.

Finalement, pour clôturer cette partie, nous pouvons constater qu'il aura fallu de nombreuses années pour que le TDA/H, si connu de tous, soit reconnu comme une pathologie. De plus, il a été mis en évidence, depuis 1905, l'impact fonctionnel important de ce trouble à l'école, milieu le plus dommageable pour ces enfants. C'est pourquoi, nous allons maintenant nous y intéresser, avec en plus une partie consacrée au retentissement du TDA/H sur les devoirs scolaires, trait d'union entre école et maison.

II. Retentissement du TDA/H sur les apprentissages académiques

II.1. Incidences de la symptomatologie à l'école

L'école française est un milieu très contraignant. En effet, l'école impose un cadre disciplinaire que tout élève se doit de respecter : rester assis, prendre la parole seulement quand on y est autorisé, ne pas bavarder, bien se tenir sur la chaise, écouter « sagement », etc. L'indiscipline entraîne en France des rappels à l'ordre, qui peuvent être conséquents. Mais s'ils ne suffisent pas pour revenir à un comportement adapté, des sanctions peuvent être données. Ce dispositif disciplinaire peut intimider de nombreux enfants mais il s'avère que les enfants ayant un TDA/H y sont souvent insensibles. Ne supportant alors pas son milieu, son professeur et ses camarades, l'enfant ayant un TDA/H peut se retrouver très vite stigmatisé et isolé. Ainsi, c'est dans ce cadre scolaire que les symptômes du TDA/H sont les plus dommageables pour les enfants qui en sont atteints (Hinshaw, Klein et Abikoff, 1998). En effet, sans prise en charge, ces enfants peuvent être dans l'incapacité de s'adapter à ce milieu. Les symptômes peuvent alors être très bruyants et devenir des signes d'appel pouvant conduire aux premières démarches diagnostic (Corraze et Albaret, 1996). C'est pourquoi, il est impératif que les enseignants puissent repérer très tôt ces signes d'alerte afin de démarrer le plus précocement possible les diverses prises en charges.

II.1.1. Les déficits attentionnels et leurs conséquences

II.1.1.1. Définition de l'attention

L'attention peut être définie comme la capacité à se concentrer et à sélectionner les informations qui sont importantes à un moment et à un endroit donné (Slama et Schmitz, 2016). En clinique, la taxonomie la plus fréquemment utilisée est celle de Van Zomeren et Brouwer.

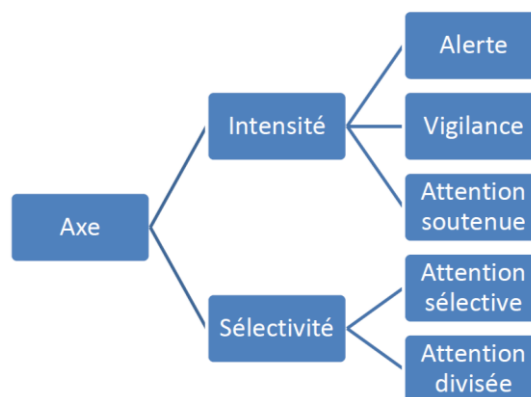


Figure 4. Modèle taxonomique de l'attention (Van Zomeren et Brouwer, 1994)

En 1994, ces auteurs définissent cinq grands types d'attention réparties en fonction de deux grands axes : l'axe de l'intensité (alerte, vigilance et attention soutenue) et l'axe de la sélectivité (attention sélective et attention divisée).

- **L'alerte** : capacité à réagir rapidement à un évènement, que l'on soit prévenu (alerte phasique) ou non (alerte tonique). Les troubles de l'alerte se manifestent principalement par une lenteur (bradypsychie).
- **La vigilance** : capacité à maintenir son attention dans le temps dans des situations avec peu de stimuli à traiter. Les troubles de la vigilance se manifestent par des fluctuations de l'attention et des ratés (lapses) attentionnels.
- **L'attention soutenue** : capacité à maintenir son attention dans le temps dans des situations nécessitant un effort cognitif important. Les troubles de l'attention soutenue se manifestent par une fatigabilité et une diminution brusque de la performance (par épuisement des ressources).
- **L'attention sélective** : capacité à sélectionner une information parmi des distracteurs endogène ou exogène. Elle représente en quelque sorte notre filtre attentionnel. Les troubles de l'attention sélective se manifestent par une distractibilité.
- **L'attention divisée** : capacité à se focaliser sur plusieurs choses à la fois. Les troubles de l'attention divisée se manifestent par une difficulté ou une incapacité à gérer plusieurs activités simultanément.

De plus, les auteurs ajoutent une notion développementale à ces cinq grands types d'attention. Le premier processus attentionnel à se mettre en place est l'alerte, elle est visible très tôt chez les nouveau-nés. Ensuite, au cours de l'évolution du sujet se met en place la vigilance, puis l'attention soutenue, l'attention sélective et en dernier se met en place le processus attentionnel le plus complexe, l'attention divisée. Shaw et son équipe ont réussi à démontrer en 2007 que les enfants avec un TDA/H avaient un retard de maturation cérébrale d'environ de trois années. Ce retard est surtout visible dans les régions préfrontales, zone responsable en partie de l'attention et la planification motrice.

Le déficit attentionnel de ces enfants se situe au niveau de l'attention soutenue, sélective et divisée. Nous allons donc maintenant voir les différents retentissements de ce déficit sur les apprentissages académiques.

II.1.1.2. Attention soutenue

L'une des difficultés majeures pour un enfant ayant un TDA/H est de maintenir son attention. Cette difficulté se majore lors de tâches répétitives ou familières. Dans les apprentissages académiques, cela implique qu'il prenne moins de temps à chercher les éléments pertinents dans une information et qu'il fasse plus d'erreurs, surtout à la fin des tâches. Selon Zentall (2005) ce déficit en attention soutenue viendrait en partie du fait que ces enfants éprouvent un besoin important d'être stimulé. En effet, ces enfants sont très sensibles à la nouveauté ce qui va à l'encontre du principe d'apprentissage majeur en France qu'est la redondance. Quand la tâche n'est pas assez stimulante, ces enfants se distraient rapidement afin de se stimuler davantage en changeant leur cible attentionnelle. Ils peuvent trouver un distracteur interne en s'évadant dans leurs pensées ou des distracteurs externes, en parlant, en changeant de sujet de conversation ou en bougeant plus. L'hyperactivité semble plus élevée lorsque la tâche est ennuyeuse ou lorsqu'il y a peu de stimulation disponible. De plus, les difficultés d'attention soutenue peuvent influencer sur la rétention à long terme d'information, les éléments emmagasinés peuvent être incomplets ou erronés. Cela peut se traduire par des oublis fréquents et des pertes de matériels.

II.1.1.3. Attention sélective

Il est aussi complexe pour ces enfants de sélectionner dans une information les éléments les plus importants. Dans les apprentissages académiques le déficit d'attention sélective se répercute tant sur les consignes données verbalement que sur celles écrites. Ces difficultés sont majorées chez les enfants qui n'ont pas encore acquis les habiletés scolaires ou pour qui la tâche est nouvelle. Ils prêtent aussi moins attention aux détails. Cela peut se traduire par des difficultés en mathématiques et en lecture où la sélection d'information pour résoudre un problème ou comprendre un texte est primordiale. Cela peut aussi avoir des répercussions dans les tâches d'expression écrite où l'enfant peut perdre le fil du contenu qu'il veut écrire.

II.1.1.4. Attention divisée

Il est également difficile pour eux de prêter attention à plusieurs éléments d'un problème ou d'une situation en même temps, c'est-à-dire à diviser son attention entre deux tâches. En classe, cela peut se traduire par une complexité voire incapacité à écouter l'enseignant tout en écrivant sa leçon ou en réalisant un exercice.

II.1.2. Les déficits exécutifs et leurs conséquences

II.1.2.1. Définition des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives renvoient à un ensemble de processus cognitifs de contrôle permettant des conduites adaptatives dans des situations nouvelles et/ou complexes, en particulier lorsque les habiletés cognitives employées de façon automatique quotidiennement ne sont plus suffisantes (Collette et Salmon, 2014). Par exemple, elles nous permettent de jongler mentalement avec nos différentes idées, de prendre le temps de réfléchir avant d'agir, de relever de nouveaux défis imprévus, de résister aux tentations et de rester concentré (Diamond, 2013). Parmi elles, on peut citer : la mémoire de travail, l'inhibition de la réponse motrice, le contrôle des interférences, la flexibilité mentale et la planification de l'action. Selon Zomeran et Brouwer (1994) ces processus cognitifs supérieurs auraient une influence sur l'attention et sembleraient indissociables. Pour Barkley (1997), le déficit exécutif est au cœur du TDA/H. Néanmoins, toutes les personnes atteintes d'un TDA/H n'ont pas un déficit exécutif (Willcut et al, 2005).

En 2013, Diamond réalise une revue de littérature et distingue au sein des fonctions exécutives, trois fonctions de « base » (mémoire de travail, inhibition et flexibilité) et trois fonctions de « haut-niveau » (intelligence fluide (raisonnement et résolution de problème) et planification). Dans son modèle (figure 5), l'auteur inclut également des capacités d'autorégulation. Elles font intervenir l'inhibition (de la réponse et de l'attention) mais également le maintien optimal du niveau d'excitation émotionnelle, motivationnelle et cognitive. Cette autorégulation dépendrait également d'une capacité innée à s'autoréguler que Diamond nomme « l'effort de contrôle ». Selon elle, ces fonctions exécutives seraient aussi articulées et hiérarchisées à travers un processus développemental : le contrôle inhibiteur et la mémoire de travail sont considérés comme les précurseurs du développement ultérieur de la flexibilité cognitive, puis des fonctions exécutives de plus haut niveau incluant la planification et l'intelligence fluide.

De plus, d'après Roy 2015, certains auteurs considèrent (chez l'enfant comme chez l'adulte), que les processus de contrôle que constituent les fonctions exécutives se distinguent selon les contextes dans lesquels ils opèrent. Lorsque la situation sollicite avant tout des ressources de raisonnement logique, sans état émotionnel particulier, on parle de fonctionnement exécutif froid (versant « cold »), tandis que les contextes impliquant au premier plan une composante affective, émotionnelle et/ou motivationnelle réfèrent au versant affectif (versant « hot »).

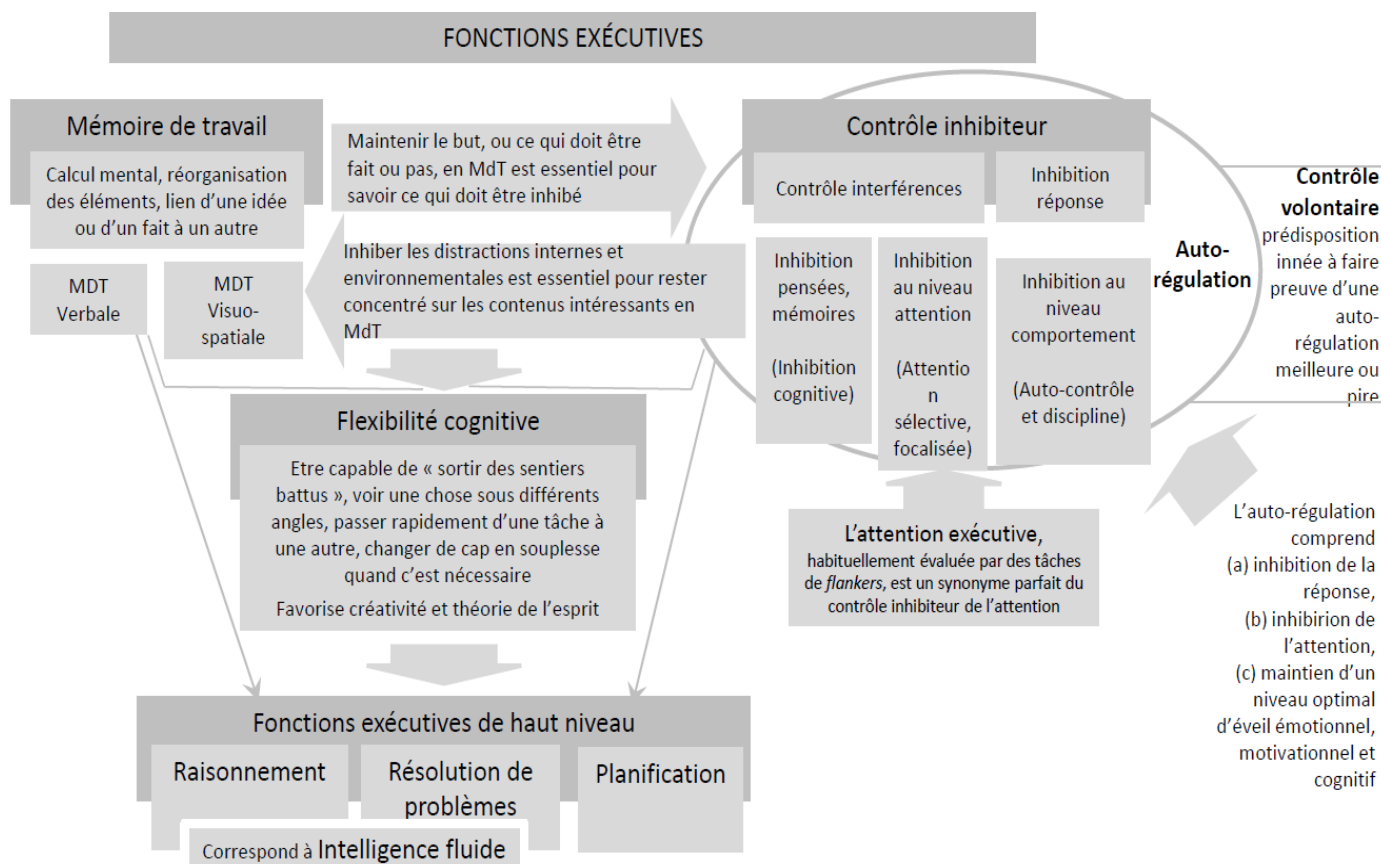


Figure 5. Modèle taxonomique des fonctions exécutives (Diamond, 2013)

Voici une définition des différentes fonctions exécutives et leurs retentissements respectifs sur les apprentissages académiques.

II.1.2.2. Fonctions exécutives de « Base »

- **La mémoire de travail** est la capacité à retenir et à manipuler mentalement une information nécessaire à la tâche en cours pendant une courte durée. Un trouble de la mémoire de travail se manifeste chez l'enfant par une tendance à perdre le fil de ses idées, à oublier ce qu'il doit faire, même si on vient juste de lui dire ou qu'il vient juste de lire. Martinussen et son équipe réalisent en 2005 une méta-analyse incluant 26 études et concluent que les enfants ayant un TDA/H ont une mémoire de travail réduite.
- **La flexibilité cognitive** est la capacité à changer de perspective, d'idée ou de comportement en fonction des changements du milieu. Un trouble de la flexibilité cognitive entraîne des comportements répétitifs inadaptés. Chez les enfants ce processus entraîne des phénomènes de sur-persévérance cognitive pouvant avoir une incidence sur les apprentissages (difficultés de passer des additions aux soustractions) mais aussi sur les relations sociales.

- **L'inhibition** est la capacité à empêcher une réponse automatique d'apparaître. Un trouble de l'inhibition entraîne la poursuite de réponse inadaptée. Dans les apprentissages académiques cela peut se traduire chez un enfant par une prise de parole alors que ce n'est pas son tour ou qu'il n'en a pas la permission, par des réponses rapides sans attendre la fin de la consigne ou sans évaluer correctement ce que la tâche exige. Aussi, se retrouve juxtaposé à l'inhibition la notion d'aversion du délai. Elle est définie en 1994 par Sonuga-Barke, comme une incapacité à attendre en visant des arrêts précoces des situations. Ces enfants manifestent une tendance très forte à chercher des plaisirs immédiats. Cela peut se traduire dans les apprentissages académiques à des difficultés à faire la queue, à attendre son tour dans les jeux, à partager et à coopérer. De façon générale, attendre est difficile pour eux. Il en est de même dans la réalisation de tâche : ils vont souvent chercher à prendre des raccourcis, à travailler le moins longtemps possible ou à fournir le moins d'efforts, surtout si la tâche est ennuyeuse ou s'il n'a pas envie de la faire.

II.1.2.3. Fonctions exécutives de « Haut Niveau »

- **L'intelligence fluide**, qui renvoie à la capacité de raisonner logiquement de manière inductive (capacité à travailler de manière flexible avec des informations inconnues et à trouver des solutions) et déductive (capacité à établir des inférences menant d'une affirmation générale à une conclusion particulière) ainsi qu'à percevoir des liens entre les éléments. Cette intelligence inclut le raisonnement et la résolution de problème. Un trouble de l'intelligence fluide entraîne des difficultés de généralisation ou de résolution de problèmes.
- **La planification**, qui est la capacité à organiser temporellement des étapes pour atteindre un objectif. Planifier requiert d'élaborer différents plans d'action, de choisir le plus adapté de le mettre en œuvre et d'être capable de changer le plan lorsque celui en cours n'est plus adapté. Un trouble de la planification se manifestera par une difficulté à organiser son activité lors de situations complexes ou nouvelles. Cela peut se traduire, au niveau des apprentissages académiques, pour des enfants avec TDA/H par de grandes difficultés à s'organiser dans toutes les activités qu'ils veulent entreprendre.

II.1.3. Conséquences générales à l'école

Les déficits attentionnels et exécutifs de l'enfant avec un TDA/H ont un impact à l'école, sur les autres enfants et sur son enseignant.

II.1.3.1. Avec les pairs

Un grand nombre d'enfants ayant un TDA/H présentent des déficits sur le plan des habiletés sociales qui les amènent à être moins bien acceptés socialement (Hoza, 2007). Ainsi les autres élèves se plaignent qu'il interrompt ou qu'il n'écoute pas celui qui parle, qu'il prend les objets des mains des autres brusquement, qu'il respecte difficilement les règles du jeu, qu'il est mauvais perdant, qu'il envahit facilement l'espace des autres ou qu'il s'impose dans une activité sans y avoir été invité, qu'il est agité et énervant, qu'il taquine ou agace ses pairs. Le travail en groupe s'avère alors très compliqué voire impossible rendant sa scolarité plus éprouvante.

II.1.3.2. Avec l'enseignant

Pour un enseignant gérer un enfant avec un TDA/H, dont la symptomatologie est bruyante, s'avère être une source de stress importante et un défi quotidien à relever. Kos et son équipe ont réalisé en 2006 une revue de littérature concernant ces enseignants qui ont un enfant avec un TDA/H dans leur classe. Cette étude montre que ces enseignants s'estiment souvent peu ou mal informés sur les manifestations comportementales de ce trouble ainsi que sur les stratégies ou aménagements probants. Massé et al en 2013, notent aussi que certains enseignants ont des croyances et des valeurs qui vont à l'encontre de ces stratégies et peuvent refuser de les appliquer dans leur classe. Néanmoins, en passant environ 26 heures par semaine à l'école, l'enseignant s'inscrit comme un partenaire incontournable. En effet, pour une prise en charge globale de l'enfant leur connaissance et leur savoir-faire sont une réelle valeur ajoutée à l'accompagnement multimodal de l'enfant.

De plus, l'incidence du TDA/H d'un point de vue scolaire ne s'arrête pas aux murs de l'école ; on observe aussi des difficultés une fois rentré à la maison, lors des devoirs scolaires. Ainsi, le partenariat parents-enseignant semble indispensable.

II.2. Incidences de la symptomatologie dans les devoirs scolaires

II.2.1. Les devoirs scolaires

II.2.1.1. Législation : ambiguïté des devoirs scolaires

Le 29 décembre 1956 paraît la première circulaire fondatrice interdisant les devoirs scolaires en classe élémentaire. De 1956 à 1995, l'Education Nationale s'efforce de réaffirmer ses positions à de nombreuses reprises. Sur cette période, plus de six rappels à l'ordre ont été publiés (Déc. 56, Janv. 58, Déc. 64, Janv. 71, Sept. 94 et Juin. 95), faute d'avoir été généralement appliqués. Cependant, les textes évoluent et la notion de « devoirs » se voit très rapidement remplacée et limitée par « travail écrit », rendant cette interdiction de plus en plus ambiguë et partielle (Bouysse et al, 2008).

Dans cette continuité, en 2002, l'Education Nationale décide que les devoirs scolaires ne se feront plus à la maison mais sur un temps défini à l'école. Ce temps d'études dirigées obligatoire est inclus dans l'emploi du temps des élèves sauf qu'en 2008, après une nouvelle réforme des enseignements, ce temps se voit supprimé. Simultanément, le gouvernement développe l'accompagnement à la scolarité, pour une politique plus équitable. Il est mis en place des études surveillées encadrées principalement par des enseignants. Ce nouveau dispositif semble montrer son efficacité néanmoins les critères retenus pour intégrer ces groupes sont souvent plus sociaux que scolaires.

Finalement, le débat sur l'efficacité et le maintien des devoirs scolaires est présent depuis de nombreuses années et ne semble pas terminé. Aboli depuis plus de soixante ans sans être vraiment respecté, le travail à la maison semble être rentré dans les mœurs depuis plusieurs générations d'écoliers. En effet, les devoirs sont devenus le lien le plus important entre l'école et les familles et sont admis tant par les enseignants que par les élèves et leurs parents (Bouysse et al, 2008).

II.2.1.2. L'inégalité des enfants face aux devoirs

Pour beaucoup d'enseignants, les devoirs favorisent chez l'élève le développement de l'autonomie, du sens de l'effort et des responsabilités, ainsi que de bonnes habitudes de travail (planifier et organiser son travail, gérer son temps, etc.), en plus de permettre l'approfondissement et la consolidation des apprentissages. (Massé et al 2011). Néanmoins, les

enseignants n'ont pas tous les mêmes exigences en terme de travail à la maison. La fréquence des devoirs est souvent corrélée avec la quantité de travail demandée. Les enseignants qui donnent peu fréquemment des devoirs sont également ceux qui en donnent moins quantitativement. La charge de travail à la maison est ainsi inégale entre des élèves d'un même niveau et le temps des devoirs peut alors varier du simple au double. De plus, Black en 1996 a mis en évidence que les enseignants sous-estiment de manière significative le temps nécessaire pour faire les devoirs.

D'ailleurs, si un enfant possède une pathologie au retentissement dans les apprentissages académiques, ce temps consacré aux devoirs scolaires peut être allongé. S'il n'y a pas d'aménagement spécifique aux devoirs, les inégalités sur ce temps-là seront d'autant plus accentuées.

II.2.1.3. L'inégalité des parents face aux devoirs

Face aux devoirs à la maison, la majorité des parents endossent un rôle de professeur. Néanmoins, comme décrit dans sa thèse Séverine Kakpo (2015), les parents qui accompagnent les apprentissages académiques à la maison transposent leur savoir scolaire à leur manière en fonction de ce qu'ils ont compris de leur propre scolarité, quelques décennies plus tôt. Les études recensées par Glasman (2004), se rejoignent sur l'idée selon laquelle les parents peuvent influencer la réussite des enfants. Plus de 90% des parents bacheliers aident leur enfant contre 65% des parents non bacheliers. Ainsi, les familles ne sont pas égales dans la façon dont elles accompagnent leur enfant.

II.2.2. Les difficultés du TDA/H dans les devoirs scolaires et leurs conséquences

De manière générale, pour tous les enfants, une fin de journée est difficile. En effet, le rythme scolaire est fatigant, le soir les enfants rentrent épuisés de leur journée. Pour un enfant avec un TDA/H, la fatigue est accentuée. Leur semaine est également rythmée par diverses prises en charges, leur demandant un effort supplémentaire parfois sur des temps hors scolaires. Aussi, pour les enfants qui prennent un traitement, l'effet médicamenteux s'estompe en fin de journée rendant les symptômes plus bruyants.

En plus des difficultés d'une fin de journée pour un enfant avec un TDA/H, les devoirs scolaires peuvent être fortement impactés par le déficit attentionnel et exécutif ; mais s'ajoute aussi un

déficit temporel, motivationnel et la non gestion des émotions peut rendre ce temps « chaotique » pour l'ensemble de la famille.

II.2.2.1. Déficit temporel

La capacité de traitement des informations temporelles est une aptitude essentielle à avoir pour pouvoir s'adapter à son environnement. Dans le TDA/H, ce déficit temporel a été étudié et démontré. En 2010, Sonuga-Barke et son équipe ont introduit cette notion à leur modèle théorique explicatif du TDA/H. En ce sens, Noreika, Falter et Rubia (2013) ont réalisé une revue de littérature et ont trouvé des données probantes d'un déficit temporel dans le TDA/H provenant d'études neurocognitives et de neuroimagerie. La discrimination de durée est la tâche la plus complexe pour des enfants ayant un TDA/H. On retrouve aussi des difficultés dans la production ou la reproduction de durée. De manière générale, les durées produites ou reproduites sont plus courtes. Aussi, l'estimation verbale d'un intervalle de temps donné (stimulus ou durée d'un événement) est supérieure à la réalité. Cela laisse penser que le temps semble plus long pour eux et qu'ils essaient d'éviter le plus possible les situations d'attente. De plus, les auteurs établissent un lien probant entre déficit temporel chez le TDA/H et son inattention et impulsivité comportementale.

II.2.2.2. Déficit motivationnel

Dans les années 50, Olds et Milner ont découvert les « centres du plaisir », plus communément appelés les circuits de la récompense, grâce à des expérimentations animales d'autostimulation chez les rongeurs. Ce circuit a pu être décrit grâce à la découverte fondamentale pour son fonctionnement d'un neurotransmetteur, la dopamine. Ce circuit se situe à différents endroits du système limbique et notamment dans le noyau accumbens dans lequel viennent se projeter les neurones dopaminergiques. Ce noyau est actuellement considéré comme acteur central des systèmes cérébraux de la récompense ; il aurait comme rôle de réaliser l'interface entre motivation et action. Il y aurait deux circuits ou boucles limbiques (Habib, 2006). Le circuit cingulaire qui permet la régulation des actions et de leur initiation, en particulier dans le choix entre plusieurs options. Et le circuit préfrontal orbitaire médian qui est impliqué dans l'évaluation du résultat des actions, en particulier dans la possibilité de différer la récompense pour pouvoir en obtenir une plus importante. Ces circuits évoquent le modèle théorique explicatif du TDA/H décrit par Sonuga-Barke en 1994 avec la notion d'aversion du délai.

En effet, beaucoup d'auteurs affirment qu'un dysfonctionnement du système dopaminergique d'origine principalement génétique est à l'origine du TDA/H (Swanson et al, 2007). Plusieurs gènes impliqués dans ce système sont à l'étude. Se trouvent entre autre dans la littérature, le gène DRD4 localisé dans le cortex préfrontal et codant pour le récepteur de la dopamine (Shaw et al, 2007) et le gène DAT1 (ou SLC6A3) codant pour le transporteur de la dopamine dans la recapture synaptique (Gizer et al, 2009).

De plus, la découverte des effets bénéfiques des psychostimulants sur la symptomatologie du TDA/H renforce cette hypothèse. En effet, ces molécules (méthylphénidate et amphétamine) inhibent la recapture de la dopamine et donc augmentent la concentration de dopamine dans le cerveau. Au vu des effets sur le TDA/H, cela renforce l'hypothèse d'un dysfonctionnement du système dopaminergique. Cela permet aussi de comprendre pourquoi les personnes qui ont un TDA/H sont plus à risque de développer une dépendance aux drogues qui augmentent temporairement l'activité de la dopamine dans le cerveau. Grâce à ces explications, on comprend l'origine du déficit motivationnel chez les personnes avec un TDA/H.

II.2.2.3. Dysrégulation émotionnelle

La dysrégulation émotionnelle est définie comme une incapacité de moduler correctement son état émotionnel interne afin de mettre en place un comportement socialement adapté. Dans le TDA/H de nombreuses études ont mis en évidence la présence de difficultés de régulation émotionnelle. D'après certains auteurs, cette dérégulation serait une caractéristique centrale du TDA/H qui impacterait aussi bien les enfants que les adultes et qui contribuerait de façon importante à leurs difficultés fonctionnelles (Shaw et al, 2014).

En 2010, Barkley établit un lien entre la régulation des émotions et les fonctions exécutives. Selon lui, s'il y a un déficit exécutif la régulation émotionnelle ne peut être efficace. Il affirme que les difficultés d'inhibition comportementales peuvent être majorées si le stimulus provoque une réaction émotionnelle chez le sujet. Ainsi, plus un sujet est hyperactif/impulsif et plus la régulation émotionnelle est déficitaire car ces troubles viendraient parasiter les capacités de régulation émotionnelle.

En 2016, Graziano et Garcia réalisent une méta-analyse incluant 77 études. Ils mettent en évidence que les jeunes atteints de TDA/H sont ceux qui souffrent le plus de cette dysrégulation émotionnelle. Ce problème émotionnel viendrait d'une forte réactivité aux émotions qu'elles

soient positives ou négatives mais il y aurait de manière générale une forte négativité émotionnelle. Cela peut se traduire par une faible tolérance à la frustration, une grande irritabilité et agressivité avec des débordements émotionnels fréquents.

II.2.3. Conséquences générales sur les devoirs scolaires

D'abord, au niveau du déficit temporel, chez les enfants ayant un TDA/H le temps semble plus long pour eux. Ainsi, devant la liste des devoirs à faire ils semblent très vite découragés, pensant y passer un temps interminable. Cette perception du temps peut être vite insupportable c'est pourquoi ils essaient d'éviter le plus possible les situations d'attente avec des comportements d'agitations, d'inattention et d'impulsivité comportementale. Ensuite, au niveau du déficit motivationnel, cela peut se traduire par une grande difficulté à se motiver pour se mettre au travail, surtout lorsque cela ne l'intéresse pas. Et au sein même des devoirs, cela peut se traduire par un manque de persévérance dans l'accomplissement de tâche, surtout lorsque celles-ci sont routinières ou exigeantes sur le plan intellectuel. Ainsi, il est souvent difficile de terminer les devoirs. Enfin, au niveau du déficit émotionnel, des crises de frustration ou de colère viennent souvent stopper ce temps des devoirs, rendant le climat familial conflictuel.

Finalement, pour toutes ces raisons, la période des devoirs s'avère particulièrement difficile pour beaucoup de parents et devient souvent source de conflits pouvant nuire au fonctionnement familial, et ceci pendant tout le reste de la soirée. Dès lors, un accompagnement des parents semble primordial.

III. Nécessité d'un accompagnement parental

III.1. L'impact du TDA/H sur la vie familiale

III.1.1. Les relations familiales

La symptomatologie du TDA/H, à savoir l'agitation, l'inattention, l'impulsivité et la faible tolérance à la frustration, a de nombreuses répercussions négatives sur la dynamique familiale. Ainsi, pour mieux comprendre et mieux intervenir auprès de cette population, il est important d'avoir une approche globale et de considérer le patient dans l'ensemble du système familial. Dans cette approche, nous pouvons distinguer trois sous-systèmes relationnels : les relations parents-enfant, les relations conjugales et les relations dans la fratrie (Parke, 2004).

III.1.1.1. Les relations parents-enfant

De nombreux auteurs se sont intéressés aux interactions parents-enfant. Globalement, la plupart des études montrent que cette relation est plus conflictuelle et plus stressante chez les familles avec un enfant ayant un TDA/H que chez les autres familles (Anastapoulos et al, 2009 ; Clement et al, 2013). Ces conflits sont observables tant durant l'enfance que durant l'adolescence, mais une étude a mis en évidence davantage de conflits familiaux à l'adolescence (Kendall et al, 2005). Les parents d'enfants ayant un TDA/H semblent manifester moins d'habiletés à résoudre des problèmes de la vie quotidienne (Lemelin et al, 2009). En effet, les mères d'enfant ayant un TDA/H semblent initier moins d'interactions adaptées avec leur enfant, répondre moins à ses sollicitations, sont moins empathiques, voire plus critiques et directives (Anastapoulos et al, 2009). De plus, il semblerait que l'ajout de stressseurs dans l'environnement familial, comme une séparation conjugale, des difficultés socioéconomiques ou psychosociales, rende les perturbations du fonctionnement familial plus sérieuses (Lemelin et al, 2009).

III.1.1.2. Les relations conjugales

Les relations conjugales ont été identifiées comme ayant un rôle majeur dans le développement psychosocial de l'enfant. En cas de dysfonctionnement conjugal, les problèmes de comportements des enfants peuvent être majorés (Parke, 2004). Dans le contexte du TDA/H, il a été démontré à de nombreuses reprises dans la littérature que la symptomatologie bruyante de ces enfants rendait les relations conjugales plus conflictuelles (Clément et al, 2013). Harvey a réalisé en 2000 une étude sur la similarité des pratiques éducatives parentales entre les deux parents et les troubles du comportement de leur enfant (TDA/H). Il a mis en évidence une corrélation positive entre les désaccords parentaux (conflits conjugaux, d'éducation/discipline et difficultés d'ajustement) et les problèmes de comportement de l'enfant au sein des familles.

III.1.1.3. Les relations au sein de la fratrie

Les relations au sein de la fratrie d'un enfant ayant un TDA/H sont peu étudiées. Néanmoins, les quelques écrits relèvent des relations conflictuelles plus fréquentes. En effet, les comportements perturbateurs de ces enfants auraient des répercussions négatives sur la qualité de vie de leurs frères et sœurs, engendrant notamment chez eux un sentiment de victimisation (Clément et al, 2013).

III.1.2. Influence réciproque des comportements des parents et des enfants

III.1.2.1. Le processus familial coercitif de Patterson

En 1982, Patterson propose une analyse interactionnelle des comportements des parents et de leur enfant au comportement antisocial. Ses travaux expliquent l'influence réciproque des comportements des parents et des enfants, il appelle cela « le processus familial coercitif ». Selon ce modèle, les comportements perturbateurs des enfants sont à la fois la cause et la conséquence des pratiques éducatives inadaptées des parents. En effet, avec le temps et les comportements inadaptés des enfants, les parents peuvent développer des pratiques parentales inappropriées, contre-productives (moins de renforcement positif et plus de remarques négatives) et adopter un style disciplinaire incohérent. En retour, ces pratiques parentales inadaptées accroissent les comportements problématiques de ces enfants. Ainsi, cette situation en spirale entraîne la dégradation significative des relations parents-enfant. En effet, les comportements des enfants et des parents deviennent alors coercitifs (contraignants) les uns pour les autres, dans le sens où la majorité des interactions parents-enfant ne viserait qu'à faire céder l'autre partie, à la contraindre à se soumettre par le biais de comportements aversifs (Hauth-Charlier et Clement, 2013).

De plus, dans cette théorie, Patterson décrit des potentielles trajectoires développementales de ces enfants aux comportements antisociaux, en lien avec les pratiques éducatives parentales inadaptées (figure 6). A cause des problèmes de conduite, les enfants d'âge scolaire témoignent généralement de difficultés d'adaptation sociale avec leurs camarades et les adultes, se traduisant souvent par un rejet des pairs. A l'adolescence, le rejet social, accompagné d'échec scolaire et de comportements déviants rendraient ces adolescents plus vulnérables à l'intégration de groupes de pairs délinquants. Cette nouvelle intégration sociale valoriserait leurs conduites en renforçant ainsi le développement et le maintien des conduites déviantes (conduites à risques, abus de substance/d'alcool, agressivité et délinquance). A l'âge adulte, avec la perdurance de ces comportements dans le temps, ces personnes auraient une plus forte prévalence de développer un trouble de la personnalité antisociale, des difficultés dans les relations sociales (notamment conjugales), et réussiraient moins bien sur le plan professionnel.

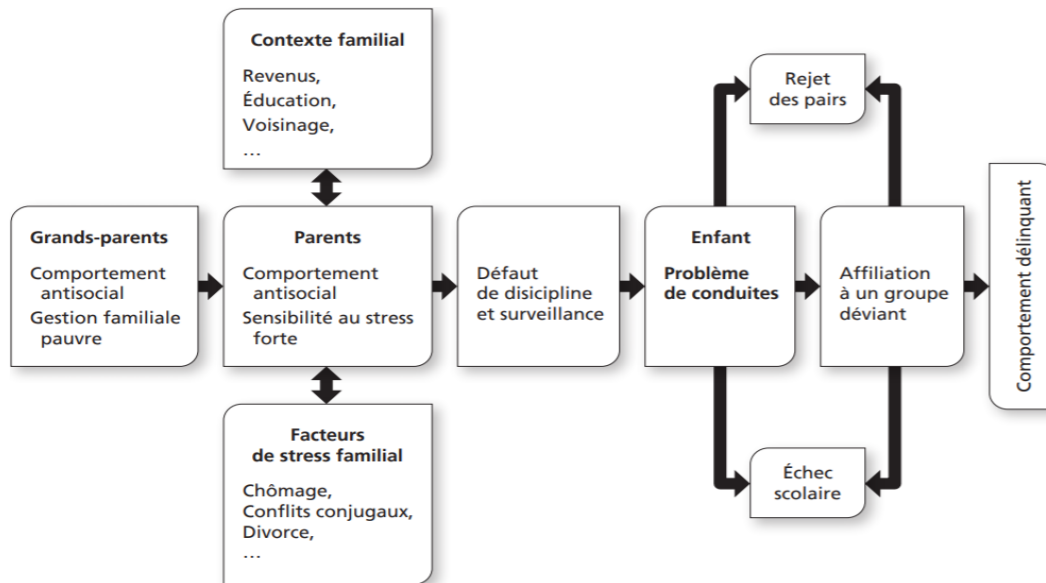


Figure 6. Modèle coercitif familial de Patterson (1982)

Enfin, ce modèle met en lien les parents, leur éducation, l'environnement et l'enfant. L'accumulation des difficultés des différents acteurs de ce système serait responsable des troubles des comportements antisociaux de l'enfant. Aussi, il est possible de transposer ce modèle au fonctionnement familial observé au sein des familles d'enfant ayant un TDA/H.

III.1.2.2. Les théories de Patterson appliquées au contexte du TDA/H

Hault-Charlier et Clement (2013) adaptent ce modèle au TDA/H. Ici, ce sont les effets négatifs de la symptomatologie du TDA/H sur les relations familiales qui entraîneraient des pratiques éducatives inadaptées (peu de renforcement positif, beaucoup de remarques négatives, punitions physiques, faible investissement affectif...) créant le maintien des comportements inadaptés de l'enfant (figure 10).

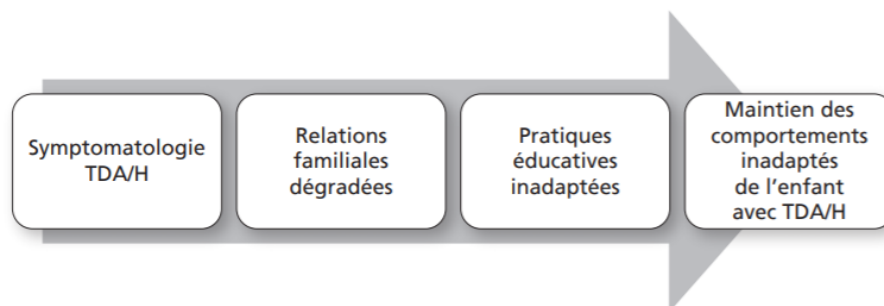


Figure 7. Modèle de Patterson appliqué au TDA/H

De plus, Grenwald-Mayes en 2001 a mis en évidence qu'une dynamique familiale conflictuelle durant l'enfance a des répercussions sur la qualité de vie dès le début de l'âge adulte.

Finally, the TDA/H has an impact on family relationships at all levels and particularly on parent-child relationships. It seems also that maladaptive parenting practices influence in a capital way the development and the maintenance of maladaptive behaviors of children in the short and long term.

III.1.3. L'importance d'un accompagnement parental

Different arguments are in favor of parental support. In fact, in addition to an interactional deficit between parents and their child, it is important to consider the distress of parents.

Harrison and Sofronoff, in 2002, report a significantly higher level of stress in families of children with TDA/H compared to control families. According to them, stress is associated with the severity of symptoms, maladaptive parenting responses and low parental knowledge of the disorder. Also, these parents feel less competent with their child with TDA/H. The authors correlate this with less effective parenting practices. In fact, when parents are not fully convinced by their parenting practices, they become less convincing and therefore less effective. Moreover, these authors report that these parents have a lower self-esteem.

In 2003, Chronis and his team are interested in parental psychopathologies. They observe a higher prevalence of depression among maladaptive parenting practices and negative expressions of emotions towards their child. They also observe a higher prevalence of parental TDA/H in these families. In fact, this disorder has a high heritability. Thus, these parents may have impulsive and disorganized behaviors making parenting practices even more complicated.

That's why, after the different findings of this chapter, Parent Training Programs (PEHP) seem to have a legitimate primordial place in the context of TDA/H. In fact, in 2014 it is mentioned in the good practice recommendations of the Haute Autorité de Santé the importance for these families to follow such programs.

III.2. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales

III.2.1. Les différents programmes existants

Dans la littérature, deux modes de prises en charge sont proposés aux parents ; des séances individuelles ou des séances en groupe. Quel que soit le mode de prise en charge choisi, la logique de soin reste la même. L'avantage du travail individuel est qu'il permet de s'ajuster au rythme des parents et de répondre spécifiquement à leurs besoins. L'avantage du travail de groupe est qu'il permet d'avoir un soutien des autres parents qui vivent aussi les mêmes situations avec leur enfant et cela permet aussi un apprentissage par imitation (Marquet-Doléac et Corraze, 2017). De nombreux programmes existent, voici les principaux :

- **Incredible Years (IY)** : Carolyn Webster-Stratton de l'Université de Washington's Parenting Clinic a développé avec son équipe un programme nommé « Incredible Years ». Ce programme vise l'analyse et la résolution de problèmes. Pour cela, deux outils sont utilisés. Le visionnage de vignettes vidéos présentant des parents dans les situations problématiques quotidiennes avec leur enfant. Cette analyse vidéo, commentée par les animatrices, sert d'amorce pour l'élaboration de méthodes éducatives adaptées. Puis, l'utilisation dans les séances du jeu de rôle. Cet exercice permet aux parents de mettre en application les méthodes précédemment vues en toute sécurité. De plus, dans ce programme toutes les familles ont des devoirs hebdomadaires à réaliser dans leur famille afin de mettre en pratique les habiletés apprises lors du groupe.
- **Parental Management Training (PMT)** : Alan Kazdin, professeur de l'Université de Yale (et président en 2008 de l'APA), s'inspire des travaux de Patterson pour proposer un programme pour les parents d'enfants présentant de l'opposition, de l'agressivité ou un trouble des conduites. Il se base sur les principes de l'apprentissage social pour développer des comportements adaptés et diminuer les troubles comportementaux. D'abord, les parents sont invités à réaliser une analyse fonctionnelle de la situation (antécédent, comportement, conséquence) afin de mieux comprendre ce qu'il se passe. Ensuite, différents outils sont proposés comme le renforcement positif et diverses techniques par « modeling ». Enfin, le programme est enrichi par une partie pratique en séance et à la maison par des exercices hebdomadaires. Ici, les parents viennent apprendre différentes techniques pour modifier le comportement de leur enfant.

- **Positive Parenting Program (Triple P)** : Matthew R. Sanders et ses collègues, de l'Université du Queensland en Australie, ont élaboré en 2001, le triple P : Positive Parenting Program. C'est un programme de prévention qui permet aux parents d'améliorer leurs connaissances, compétences et confiance afin de prévenir les problèmes de comportement, d'émotion et de développement des enfants et des adolescents. De plus, ce programme se décline en différents niveaux, d'une simple campagne d'information tout public (niveau 1) à des pratiques avancées intensives dans des cas de troubles majeurs (niveau 5).
- **Le programme Barkley** : Russel A. Barkley, professeur de l'Université de New York, a mis en place en 1987 son premier programme de guidance parentale qui fut adapté à tous les parents d'enfants témoignant des comportements opposants et défiants. Puis, en 1997, Barkley édite une seconde version de son programme spécifique au TDA/H dans lequel il mentionne « huit étapes clés pour avoir un meilleur comportement ». Par la suite, ce programme a été introduit en France par les professeurs Saiag, Bioulac et Bouvard en 2008 et modulé en 10 séances. Dans ce programme, les parents vont apprendre et mettre en place différentes techniques permettant de motiver l'enfant à se comporter de manière appropriée selon les règles définies par les parents. Ce programme est à la base de notre étude, nous allons donc l'approfondir dans la partie III.3.

III.2.2. L'efficacité de ces programmes

Les PEHP basés sur les approches comportementales (comme les programmes IY, PMT et Barkley) sont reconnus comme étant un des moyens les plus efficaces pour changer les comportements parentaux (Massé et al, 2011).

En effet, 28 chercheurs du monde entier ont collaboré en 2018 pour réaliser une revue de littérature sous un format original de questions/réponses, afin de mettre en lumière les meilleures pratiques actuelles pour réaliser une guidance parentale. Cette étude résume bien les différents résultats de ces dernières années sur les PEHP. Nous allons donc nous consacrer uniquement à cette étude très robuste dans ce sous chapitre.

Au niveau de l'efficacité de ces interventions, les auteurs ont relevé que les PEHP basés sur les approches comportementales améliorent la compréhension des parents face au trouble de leur enfant et leur engagement dans un éventuel traitement médicamenteux. Aussi, il est montré

dans cette étude que les parents développent au cours de ces programmes des comportements éducatifs plus adaptés avec leur enfant, améliorent leur sentiment de compétences parentales, leur estime de soi et abaissent leur stress. Ces programmes ne réduisent pas les symptômes du TDA/H mais ils modifient la perception que les parents ont de leur enfant. Ainsi, les relations parents-enfant sont améliorées ; il y a moins de disputes, les parents répètent moins les consignes et félicitent plus leur enfant. Toutefois, même si les symptômes du TDA/H ne sont pas réellement réduits, il est montré que ces programmes peuvent conduire chez les enfants à une amélioration du fonctionnement émotionnel, des compétences sociales et scolaires.

III.3. Le programme Barkley : une référence en France mais qui a des limites

III.3.1. Présentation du programme

Aujourd'hui, ce programme est le PEHP le plus répandu en France. Il s'agit d'un programme qui éduque, forme et accompagne les parents à gérer au quotidien les troubles de leur enfant. L'objectif est de mettre en place une dynamique familiale qui motive et soutient l'enfant à se comporter de manière adaptée selon les règles posées par les parents. Pour cela, durant les séances, les parents vont apprendre à :

- développer leurs connaissances sur l'origine, les difficultés quotidiennes et les facteurs contribuant à l'évolution des comportements inadaptés du TDA/H ;
- augmenter l'obéissance de leur enfant aux règles et demandes parentales ;
- rétablir des interactions parents-enfants positives qui amélioreront par ce biais le bien-être de l'enfant et de ses parents.

Le mécanisme principal sous-tendu par ce programme est que les modifications comportementales sont plus faciles à obtenir en récompensant les comportements adaptés qu'en punissant les non-adaptés. Généralement, ce programme est composé de dix séances bimensuelles d'environ deux heures. Le groupe est composé de plusieurs parents, entre quatre et huit familles d'enfants ayant un TDA/H âgés de 4 à 14 ans.

III.3.2. Les concepts clés

Voici les différents outils ou concepts clés du programme :

- **Le moment spécial** : Barkley veut rappeler aux parents l'importance de partager des moments de plaisir avec leur enfant. En effet, toute mesure disciplinaire sera inefficace en absence d'une relation parents-enfant positive minimale. C'est dans le plaisir partagé que se construisent les bases d'une relation solide (Massé et al, 2011). Les parents et leur enfant sont invités à planifier ensemble cinq à six moments positifs par semaine d'environ vingt minutes. Le parent doit être à ce moment-là disponible et à l'écoute de son enfant. C'est l'enfant qui choisit l'activité et c'est lui le maître du jeu. Le parent doit profiter de ce moment pour renforcer sa relation avec son enfant en augmentant son implication et l'attention positive qu'il lui porte.
- **La « compliance » et la notion de demande efficace et adaptée** : Les enfants avec un TDA/H ont des difficultés à se confronter aux règles ou aux consignes, sans nécessairement que cela soit lié à un problème d'opposition. Il arrive que l'enfant désobéisse pour pouvoir continuer une activité qu'il trouve plus agréable (s'amuser) et ainsi remettre à plus tard une activité désagréable (mettre la table). Il se peut aussi que l'enfant n'obéisse pas car il semble avoir oublié la consigne du parent (il est distrait par autre chose ou il y a trop de consignes à la fois). Ainsi, dans ce programme, des outils sont apportés aux parents pour qu'ils apprennent à rendre leur enfant plus « compliant ». Par exemple, il semble intéressant d'instaurer des règles de vie écrites en s'assurant qu'elles soient réalistes par rapport aux capacités de l'enfant et de son âge. Cela permet d'indiquer formellement ce qui est attendu et ce qu'il est interdit de faire. De plus, les parents vont apprendre à faire des demandes efficaces. Pour cela, il faut veiller à ce que l'enfant prête attention à ce qu'on dit (les demandes criées d'une pièce à l'autre ne sont pas efficaces), faire des consignes précises, simples, directes et sur un ton neutre, donner une consigne à la fois, ne pas utiliser de négation dans la formulation, utiliser le « s'il te plait » et si besoin répéter voire reformuler leur demande.
- **La psychologie positive** : Ce concept est fondamental dans le programme. Souvent, les parents ont tendance à diriger leur attention vers les problèmes à résoudre et, comme ceux-ci sont nombreux et fréquents avec un enfant ayant un TDA/H, les parents n'ont souvent

plus d'énergie pour voir et renforcer ce qui va bien. L'attention positive incite les parents à renforcer les comportements adaptés de leur enfant, afin d'en favoriser leur réapparition.

- **L'analyse fonctionnelle** : Ce concept est aussi très important. Il permet grâce à une analyse de la situation de mettre en évidence les fonctions des comportements problématiques (B) et d'établir l'ensemble des facteurs de l'environnement susceptibles d'influer sur l'apparition de ces comportements (Antécédents, A) ou de les maintenir (Conséquences, C). Cette analyse permet de décrire de manière objective les problèmes de comportements d'un enfant, de distinguer les événements qui permettent de prédire l'apparition ou non des comportements et de déterminer les conséquences qui les maintiennent. Il est possible de formuler des hypothèses sur les fonctions du comportement mais aussi de déterminer les variables qui peuvent être modifiées pour améliorer la situation.
- **Le système à points ou l'économie de jetons** : Cet outil est ludique mais très puissant pour motiver l'enfant et l'inciter à modifier ses comportements. Ce système permet à l'enfant d'être récompensé pour ses améliorations de comportement avec des récompenses. Pour cela, les parents sont invités à créer un tableau qui permet d'accorder des points (ou jetons) à l'enfant chaque fois qu'il manifeste les comportements appropriés ciblés par le parent. Chaque comportement lui vaut un certain nombre de point (ou jetons), qui ne peuvent être en aucun cas annulés par des comportements négatifs. A la fin de chaque journée, le parent et l'enfant font le bilan des points (ou jetons) accumulés. Par la suite, ils peuvent être échangés par des privilèges (choisis par l'enfant) en fonction d'un tableau de récompense, initialement établi. L'enfant peut choisir d'utiliser ses points (ou jetons) quotidiennement ou choisir de les accumuler en vue d'une plus grosse récompense plus tard. Attention, pour que cet outil fonctionne, des échanges quotidiens doivent être réalisés et les tableaux des tâches et des récompenses doivent être régulièrement modifiés pour éviter la lassitude et les stimuler par de la nouveauté.
- **Time-out et retrait d'attention** : Deux outils graduels peuvent être proposés lorsqu'une demande est faite et que le comportement est inadapté. Le premier outil est le retrait d'attention. Il consiste pour le parent à ignorer l'enfant lorsqu'il a des comportements inappropriés mineurs jusqu'à ce que le comportement adapté apparaisse. Pour cela le parent est invité à ne prêter aucune attention à l'enfant, c'est-à-dire ne pas le regarder ni lui dire quoi que ce soit. Lorsqu'un adulte décide d'utiliser cette méthode, il doit aller jusqu'au bout.

Il ne doit pas céder par impatience ou parce qu'il est à bout. Cette méthode est certes difficile à mettre en place et à tenir mais elle est efficace pour éliminer le comportement problématique (en coupant le lien comportement-conséquence) et obtenir le comportement souhaité. Une fois le comportement apparu le parent doit reprendre, comme si de rien était, le cours de son activité. Le deuxième outil est le time-out. C'est une méthode punitive qui consiste à priver l'enfant d'une occasion de recevoir de l'attention des autres lorsque son comportement est inapproprié. Ce temps d'arrêt consiste à isoler l'enfant afin qu'il arrive à se calmer, à reprendre sa maîtrise de soi et qu'il réfléchisse à ce qui vient de se produire. Pour cela, les parents demandent à l'enfant de se retirer dans l'endroit prévu à cet effet (autre pièce ou sur une chaise) pendant une courte période en lui précisant qu'il pourra revenir après un certain nombre de minutes si et seulement si ; il est calme depuis au moins une minute et qu'il accepte d'adopter le comportement demandé. Durant ce temps l'enfant ne fait rien, il ne s'amuse pas, il ne peut pas se distraire. Pour être efficace le temps d'arrêt doit être raisonnable, il est recommandé qu'il ait une durée de 1 minute par année d'âge de l'enfant avec un temps maximum de 15min.

III.3.3. Les limites du programme

Dans la littérature, peu d'études concernent les effets à long terme des PEHP. Globalement, ces quelques études se contredisent ou ont une qualité méthodologique discutable. Hault-Charlier et Clément concluent en 2013 d'une absence de consensus quant au maintien des effets bénéfiques. Aussi, un TDA/H chez un des parents accentue les difficultés à maintenir les effets de ces programmes sur le temps (Dawson et al, 2014).

De plus, en 2016, Chan et son équipe réalisent une revue systématique de la littérature et constatent qu'aucune étude n'a été associée à des effets significatifs sur les symptômes du TDA/H dans le milieu scolaire.

En effet, cliniquement nous pouvons constater que de nombreux parents viennent dans ces groupes avec en première intention un désir d'apaiser le moment des devoirs scolaires, généralement très conflictuel. Dans le programme Barkley, une seule séance est consacrée à cette problématique, ce qui semble insuffisant comparé aux attentes des familles. En fin de programme, les tensions sur ce moment-là semblent apaisées mais pas totalement résolues et susceptibles de se redégrader assez vite.

Si nous nous intéressons aux pratiques outre atlantique, nous pouvons constater qu'aux Etats-Unis, différents programmes d'accompagnement académique et organisationnel existent pour les enfants ayant un TDA/H (HOPS, STAND, SCP, Challenging Horizon). Ces programmes améliorent de manière significative le fonctionnement exécutif et les compétences organisationnelles de ces enfants (Chan et al, 2016). Ils leur apprennent à planifier des tâches, à s'organiser et à utiliser des plannings afin d'améliorer leur repère temporel dans la journée et dans la semaine. Aussi, ces programmes améliorent l'achèvement des devoirs et les conflits qui y sont souvent associés (Molina et al 2008). Ces résultats sont largement maintenus 3 mois après la fin de l'accompagnement (Langberg et al, 2012).

De plus, Evans et son équipe (2011), introduisent dans ces programmes l'intervention des parents qu'ils jugent être un atout important dans la prise en charge des enfants, surtout avant la période de déclin scolaire (collège). Seules 3 séances ont été proposées aux parents, qu'ils ont trouvé insuffisantes, souhaitant l'ajout d'interventions familiales en utilisant les procédures décrites par Barkley. En créant un environnement familial structuré et en participant de manière active à la scolarité de leur enfant, l'intervention des parents peut avoir des effets sur la motivation et les résultats scolaires des enfants (Sibey et al, 2013).

C'est pourquoi, après ces différents constats, nous avons eu l'idée de répondre aux besoins toujours présents des familles ayant déjà réalisés un premier programme Barkley. Nous avons donc décidé d'ajouter un module complémentaire consacré uniquement à la problématique des devoirs scolaires. Ce programme est adressé à des familles de 3^{ème} cycle (CM1, CM2 et 6^{ème}) afin d'intervenir, comme aux Etats-Unis, avant la période de déclin scolaire. Cette intervention secondaire permettrait aussi d'enraciner les acquis des guidances parentales sur le long terme.

La partie qui suit détaille l'aspect méthodologique de ce nouveau programme ainsi que les résultats de cette étude.

PARTIE PRATIQUE

I. Le programme APADS

I.1. La genèse d'un programme complémentaire à Barkley

I.1.1. Une élaboration pluridisciplinaire

La guidance parentale ne peut pas se résumer seulement aux aspects psychomoteurs. En effet, la psychologie a aussi son importance et doit être prise en compte de manière appropriée. C'est pourquoi j'ai souhaité m'associer avec une étudiante en master 2 de neuropsychologie pour réaliser ce programme. Ainsi, nos deux points de vue complémentaires nous ont permis d'avoir une approche globale des familles. Cela nous a aussi permis de nous enrichir mutuellement et de donner de la force et de la cohérence au projet. La psychomotricité a vu son intérêt dans les apports de modification environnementale, externe au sujet, comme par exemple la régulation du comportement. La psychologie, quant à elle, a vu son intérêt dans les apports de modification interne, propre au sujet, comme par exemple la régulation des pensées, du stress, de l'estime de soi et des émotions.

I.1.2. Les finalités du programme

Le programme est conçu pour mieux équiper les parents d'un enfant ayant un TDA/H afin de les aider à surmonter les difficultés éprouvées lors des devoirs scolaires, temps généralement conflictuel et ainsi d'apaiser le climat familial. Le programme vise à apporter des outils et méthodes adaptés à chaque situation familiale. Nous connaissons la grande hétérogénéité de ces enfants, c'est pourquoi notre volonté première a été d'individualiser au maximum le programme à chaque famille. De plus, l'intérêt d'un programme groupal est de promouvoir le regroupement et l'entraide entre les parents afin de briser leur isolement.

I.1.3. Les objectifs du programme

Voici la liste des différents objectifs du programme :

- **Améliorer la compréhension des parents sur les difficultés de leur enfant pendant le temps des devoirs scolaires :** Le programme aide les parents à analyser et comprendre les enjeux et les difficultés sur ce temps difficile et conflictuel. On vise une prise de conscience parentale sur les capacités réelles de leur enfant associées à la problématique du TDA/H et à leurs comorbidités. On veut aussi leur donner l'occasion de poser des questions sur des

points qu'ils désirent éclaircir par rapport à la problématique de l'impact du TDA/H dans les devoirs scolaires.

- **Amener une réflexion sur le rôle des parents pendant les devoirs scolaires :** Le programme accompagne les familles à analyser et comprendre le rôle et la fonction des parents dans cette tâche. On vise un ajustement de leur accompagnement, adapté aux capacités de leur enfant, en vue d'acquérir une certaine autonomie dans les devoirs.
- **Trouver des outils adaptés aux difficultés de leur enfant :** Le programme accompagne les parents dans l'élaboration commune d'une liste d'outils en fonction des différentes problématiques rencontrées. On vise un échange d'outils et de méthodes entre les familles, complété par les animateurs afin que chaque famille puisse pallier leurs situations problématiques. On veut aussi développer chez les parents une certaine liberté imaginative à intégrer dans les devoirs, pour de meilleurs apprentissages, et ainsi sortir de la stigmatisation très formelle des devoirs scolaires : derrière un bureau, sur une chaise et sans bouger (chose quasi-impossible avec un TDA/H).
- **Améliorer la motivation et la persévération de leur enfant dans les devoirs :** Le programme accompagne les parents dans l'élaboration d'outils motivationnels dans le cadre académique. On vise à stimuler le plaisir des enfants dans les apprentissages avec l'instauration d'une routine quotidienne, l'introduction régulière de nouveauté, et l'utilisation d'outils adaptés au profil d'apprentissage des enfants.
- **Améliorer les communications avec le milieu scolaire :** Le programme apporte différentes informations aux parents sur l'importance du partenariat parents-enseignant, sur l'éventail des possibilités d'adaptations scolaires et sur les personnes à contacter en cas de problème. Souvent, les parents se sentent seuls et démunis. On veut pouvoir répondre à leurs questions afin d'éviter l'isolement et l'échec scolaire.

I.1.4. Les validations

I.1.4.1. Validation scientifique

Le projet a été soumis et validé par le Comité Ethique sur les Recherches Non Interventionnelles (CERNI) de l'Université Fédérale de Toulouse (Annexe1).

I.3.1. Les questionnaires (T1, T2, T3 et T4)

Il a été demandé de remplir des questionnaires à quatre temps différents :



Figure 9. Illustration des 4 phases des questionnaires

Le temps n°1 (T1) a été demandé un mois avant le début du programme. Cette mesure permet au groupe d'être leur propre contrôle. Dans cette étude, nous n'avons donc pas besoin de groupe contrôle indépendant. Le temps n°2 (T2) est la mesure avant le début du programme, appelé test. Le temps n°3 (T3) est la mesure de fin de programme, appelé re-test. Enfin, nous avons réalisé une quatrième mesure temps n°4 (T4), qui est notre follow-up, suivi à 1 mois des effets du programme. De plus, à chaque session (T1, T2, T3 et T4) l'ordre des questionnaires a varié afin d'éviter les biais méthodologiques.

Différents questionnaires ont été proposés aux parents et aux enfants, répondant aux attentes psychomotrices et psychologiques du programme.

Voici les différents questionnaires adressés aux parents :

- Inventaire d'Evaluation Comportementale des Fonctions Exécutives (BRIEF, Roy et al, 2013)
- Indice de Stress Parental (ISP4, Abidin, 2012)
- Echelle d'Estime de soi (Rosenberg, 1965)
- Evaluation des Pratiques Educatives Parentales (EPEP, Meunier et Roskam, 2007)
- Echelle d'évaluation de l'impact des troubles de l'enfant sur la qualité de vie des familles (PAR-DD-QOL, Raysse, 2011)

Voici les différents questionnaires adressés aux enfants :

- Inventaire d'Estime de soi (Coopersmith, 1967)
- Evaluation des Pratiques Educatives Parentales (EPEP, Meunier et Roskam, 2007)
- Echelle d'évaluation de la qualité de vie des familles (Kidscreen-52, Ravens-Sieberer et al, 2005))

Seuls les questionnaires utilisés en psychomotricité seront détaillés plus loin.

I.3.2. Les carnets de bord quotidien

Des carnets de bord électroniques ont été créés pour les parents (Annexe5) et les enfants (Annexe6). Une demande a été déposée en Octobre 2018 pour nous conformer au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Sous leur recommandation, nous avons réalisé ces carnets de bord avec le logiciel LimeSurvey.

Ces carnets de bord permettent :

- **Le développement de l'autocontrôle** : L'autocontrôle permet à un individu de gérer ses propres comportements de façon à atteindre certains buts (Massé et al, 2011). Pour favoriser ce développement trois techniques sont utilisées : l'auto-instruction (détaillé dans la séance 3 du programme), l'auto-observation et l'auto-évaluation. Les carnets de bord permettent aux parents et aux enfants de s'**auto-observer** c'est-à-dire se rendre conscient de leur façon de réagir pendant les devoirs scolaires. De façon complémentaire, ils permettent aussi de s'**auto-évaluer** c'est-à-dire se donner un retour sur ses comportements. L'autocontrôle favorise donc la responsabilisation et l'acquisition d'une certaine autonomie chez l'enfant.
- **Un suivi quotidien des devoirs dans les familles** : Suivre l'évolution quotidienne des devoirs nous a semblé nécessaire afin d'optimiser notre accompagnement des familles. En effet, l'analyse hebdomadaire des carnets de bord a été un support indéniable pour favoriser les échanges lors du retour des familles, en début de séance, sur la semaine passée. De plus, avoir la confrontation des points de vue parents / enfants pour les résultats de l'étude nous a semblé important et pertinent.

Au niveau pratique, ces carnets de bord sont à remplir quotidiennement. Ils sont constitués d'une série de questions ; neuf pour l'enfant et douze pour les parents. Une échelle de Likert est présente pour chaque réponse ; de 1 (Pas de tout) à 5 (Beaucoup). Afin d'éviter les oublis, un message téléphonique de rappel a été envoyé tous les jours à heure fixe (18 heures) aux parents.

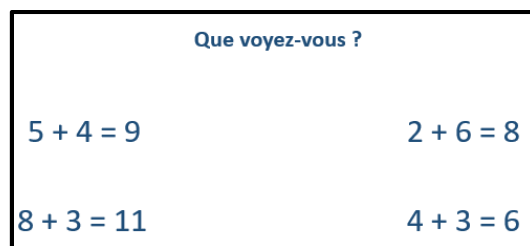


Figure 10. L'attention positive

La majorité des parents nous ont répondu une erreur : $4+3=7$ et non 6. Or malgré la présence d'une erreur, il y a tout de même trois bonne réponse dans ces quatre équations. Alors, faut-il porter attention à la seule erreur ou aux trois bonnes réponses ? La leçon qu'on a voulu transmettre aux parents est la notion d'**attention positive** qui a été abordée lors du programme Barkley et qui doit être soutenue et renforcée lors des devoirs scolaires.

Après ces explications, les démarches plus formelles de l'étude ont été présentées. Pour commencer, les consentements ont été distribués; consentement éclairé et droit à l'image (pour les parents). Ils doivent être signés et ramenés lors de la première séance du programme. Ensuite, les questionnaires et les carnets de bord ont aussi été évoqués. Les premiers questionnaires (T1) ont été distribués. Ils doivent être remplis et renvoyés par courrier.

Enfin, un tour de parole de présentation des familles a été effectué. Les familles ont été invitées à présenter leur enfant, les difficultés lors des devoirs scolaires, les outils du programme Barkley toujours utilisés et leurs attentes en participant à ce nouveau programme.

- **Séance 1 : J'apprends à analyser ce qu'il se passe pendant les devoirs**

Cette première séance a débuté avec un rappel des règles du groupe ; assiduité, participation et implication sont recommandés.

Lors de cette séance, la psychoéducation a porté sur deux notions :

- Le rappel des outils présentés lors du programme Barkley. Un temps sur l'analyse fonctionnelle ou situationnelle a été pris. En effet, cette méthode incontournable doit être appliquée au temps des devoirs afin de mieux comprendre ce qu'il se joue vraiment. Une notice détaillée est fournie aux parents avec les objectifs et les étapes à suivre pour réaliser cette analyse. Dans chaque situation conflictuelle, les parents doivent réaliser

ce travail afin de comprendre, anticiper et éviter une répétition de ce comportement problématique.

- La notion d'initiation au changement, évoquée par la psychologue. Il a été développé la notion d'ancrage (être convaincu par sa position de parents) et des valeurs éducatives souhaitées par les familles.

Ce second temps a amené le groupe à réfléchir sur le rôle des parents dans les devoirs scolaires. Un travail en commun a été réalisé avec un brainstorming. Les parents devaient écrire leurs idées sur des post-it qui ont par la suite été réunis, lus à voix haute et regroupés par domaines. De là, les familles ont été invités à remplir un tableau (Figure 11). Cette réflexion a permis d'amorcer le travail de la semaine : remplir un nouveau tableau (Figure 12) ainsi que les carnets de bord quotidiennement.

Quel est pour vous le rôle des parents dans les devoirs scolaires ?	Qu'est-ce que je fais réellement ?	Est-ce que ça marche ?		Quelles actions mettre en place pour arriver à ce que je veux
		Oui	Non	

Figure 11. Exercice à faire pendant la séance 1

Rôle des parents dans les devoirs scolaires	Actions mis en place dans la semaine	Va dans la direction voulue		Réussite/ Echec		Si échec, Faire une analyse situationnelle
		Oui	Non	+	-	

Figure 12. Exercice à faire à la maison suite à la séance 1

- **Séance 2 : Je comprends pourquoi les devoirs sont compliqués pour mon enfant**

Cette nouvelle séance débute avec le tour de parole permettant de faire un retour sur la semaine passée. Une des familles nous a fait part d'une de ses analyses fonctionnelles :

Les difficultés de mon enfant pendant les devoirs scolaires	Sur quelles compétences puis-je m'appuyer ?	Actions mises en place dans la semaine	Va dans la direction voulue		Réussite/ Echec		Si échec, Faire une analyse situationnelle
			Oui	Non	+	-	
			Oui	Non	+	-	
			Oui	Non	+	-	

Figure 15. Exercice à faire à la maison suite à la séance 2

Lors de la conception du programme, nous avons souhaité que ces deux premières séances soient des phases de réflexion pour les parents. En effet, il est plus intéressant de les faire réfléchir d'abord par eux-mêmes à des solutions pour ensuite leur apporter plus de matière pour leur réflexion.

- **Séance 3 : Je fabrique ma boîte à outils en fonction des difficultés et des compétences de mon enfant**

Cette séance débute avec le tour de parole et il est étonnant de voir que les familles ont déjà essayé de mettre en place les astuces qu'ils s'étaient données entre eux.

Au niveau de la psychoéducation, le thème de la séance est la fabrication d'une boîte à outils. Le premier outil donné aux familles est la technique des **auto-instructions** (outil vu dans les mécanismes d'autocontrôle, I.3.2). Cet outil consiste à utiliser son langage intérieur ou interne pour : guider ses comportements, inhiber ses réactions impulsives ou agressives et gérer ses émotions. On sait que chez les enfants ayant un TDA/H ce langage est déficitaire. C'est pourquoi 5 étapes sont recommandées aux parents pour accompagner leur enfant à développer et à internaliser ses auto-instructions, afin d'amener leur enfant sur le chemin de l'autonomie :

- 1- Le parent établit le modèle de réalisation d'une tâche donnée en effectuant cette tâche et en disant à voix haute ce qu'il fait.
- 2- L'enfant accomplit la tâche en se donnant lui-même des instructions à voix haute.
- 3- Le parent réalise la tâche, cette fois en chuchotant ses auto-instructions.
- 4- Le parent réalise cette tâche, en répétant intérieurement les auto-instructions (en silence). Pour cela, il réalise des pauses et des signes corporels indiquant qu'il réfléchit.
- 5- L'enfant réalise la tâche, en se répétant intérieurement les auto-instructions (en silence).

le droit à l'erreur, être bienveillant envers soi-même, adopter l'esprit de croissance), prendre conscience de ses forces, augmenter la motivation extrinsèque (tableau de récompense), prendre conscience des attentes (triade parents-enfant-école) et favoriser l'autonomie. Le travail proposé en séance a été de réfléchir, en fonction des résultats scolaires, aux matières qui pourraient être réalisées lors des devoirs en autonomie totale ou partielle (Figure 18). Cette réflexion a permis d'amorcer le travail de la semaine (Figure 19).

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Mon enfant obtient de bons résultats dans ces matières	Mon enfant obtient des résultats moyens dans ces matières	Mon enfant obtient des résultats mauvais dans ces matières
Mon enfant peut être en autonomie totale	Mon enfant peut être en autonomie partielle	Mon enfant doit être accompagné

Figure 18. Exercice à faire pendant la séance 4

Matières (Numéro du niveau)	J'ai réussi à encadrer mon enfant en fonction de ses capacités	Mon enfant semble plus motivé	Je sens que mon enfant est plus autonome	Si échec, analyse situationnelle

Figure 19. Exercice à faire à la maison suite à la séance 4

- **Séance 5 : Je favorise les capacités d'apprentissage de mon enfant**

Lors de cette séance, le tour de parole a consisté à faire un bilan des outils et méthodes mis en place par les familles jusqu'ici. Il nous a semblé important de prendre ce temps afin de donner les derniers conseils ou ajustement à mettre en place avant la fin du programme. Un tableau récapitulatif a été réalisé avec les notes prises pendant les séances précédentes et complété lors du tour de table. Cette aide visuelle de leur évolution a eu pour but de faire prendre conscience aux familles de leur travail réalisé pour ainsi les inciter à persévérer dans leurs efforts.

La psychoéducation de la séance a consisté à favoriser les capacités d'apprentissage de leur enfant. Pour cela, quatre points ont été abordés :

- Apprendre à préparer son enfant aux apprentissages. Pour cela, avant de débiter les devoirs il est recommandé d'assouvir les besoins physiologiques et de désencombrer le cerveau des émotions de la journée.
- Favoriser une routine. Cela permet d'éviter la négociation du temps des devoirs scolaires et d'inscrire ce temps comme régulier et machinal.
- Rendre les apprentissages « fun ».
- Prendre conscience du profil d'apprentissage de son enfant. Pour cela, une vidéo a été diffusée sur les intelligences multiples. Ensuite, un questionnaire a été distribué aux parents (Annexe 9) afin d'évaluer le profil d'apprentissage de leur enfant (auditif, visuel, kinesthésique..). De nombreuses familles ont eu un score élevé au profil kinesthésique, en adéquation avec le TDA/H. Cela a permis d'encourager les familles à laisser leur enfant plus libre sur le temps des devoirs, c'est-à-dire autoriser les manipulations d'objets, le déplacement, l'agitation mineure etc.

Le dernier point a permis d'amorcer le travail de la semaine, à savoir adapter les apprentissages de son enfant en fonction de son profil aux intelligences multiples (Figure 20).

Le profil d'apprentissage de mon enfant	Actions mises en place dans la semaine en fonction du profil d'apprentissage de mon enfant	Va dans la direction voulue		Réussite/ Echec		Si échec, Faire une analyse situationnelle
		Oui	Non	+	-	
		Oui	Non	+	-	
		Oui	Non	+	-	

Figure 20. Exercice à faire suite à la séance 5

- **Séance 6 : Je mets en place un partenariat constructif avec l'école**

Cette séance a débuté par un tour de parole des différentes familles. De manière générale, le temps des devoirs s'est apaisé et surtout la manière de faire les devoirs a considérablement changé avec une augmentation de l'autonomisation des enfants et du lâcher prise des parents.

Pour la construction de cette séance, plusieurs enseignantes ont été questionnées (Annexe 10) afin de nous aider à percevoir leurs connaissances sur le TDA/H, leurs relations avec les parents de ces enfants et les possibilités d'aménagements scolaires.

Pour introduire la psychoéducation de la séance, deux jeux de rôle enseignant/parent ont été proposés aux parents. Ces jeux de rôle ont été placés à la dernière séance afin d'avoir une cohésion de groupe équilibrée sans jugement. La consigne pour les parents était d'être attentif à la communication (verbale et non verbale), aux postures et aux émotions des protagonistes. Pour animer cette mise en scène, un animateur a joué le rôle de l'enseignant et à chaque fois un parent s'est proposé pour faire le rôle du parent.

Le premier scénario est une enseignante de bonne volonté qui ne connaît pas le TDA/H et qui a convoqué les parents pour en savoir plus. Le second scénario est une situation plus complexe, où l'enseignante interpelle le parent à la sortie des classes ; au portail devant tous les autres parents, très énervée. Elle explique son épuisement et son agacement face à leur enfant qui retourne tous les jours la classe, le ton monte.

Lors des phases d'analyse, les parents ont tous participé et donné leur avis. Ils ont tous trouvé cet exercice pertinent. Voir d'un point de vue extérieur ces scènes qu'ils ont tous vécu a été pour eux très instructif.

Pour conclure sur ces scénettes, un texte a été lu aux parents afin qu'ils comprennent l'importance de ce partenariat :

« Les parents et les enseignants font partie des groupes les plus critiqués dans notre société. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les critiques qu'on leur adresse sont similaires: ils sont accusés d'échouer dans l'éducation d'enfants pourtant intelligents, doués et curieux. Parfois, ils sont même accusés d'être nuisibles au développement de l'enfant. Toujours est-il qu'en cas de comportements problématiques, parents et enseignants se sentent les uns et les autres démunis, isolés, mais également jugés. »
(Gramond et Nannini, 2016)

Ensuite, un temps a été pris sur l'importance de l'instauration d'un climat de confiance mutuelle et de collaboration. Pour cela, des outils leur ont été proposés afin d'améliorer la communication avec l'enseignant ; création de contrat ou de cahier de liaison (Annexe 11). Ensuite, un temps consacré sur la mise en place de solutions éducatives adaptées leur a été proposé. Une liste leur a été fournie sur les différents aménagements possible à proposer aux enseignants (Annexe12). De plus, dans cette séance, nous avons mentionné les différents interlocuteurs possibles à contacter pour recevoir de l'aide en cas de désaccord avec

l'enseignant. Pour clôturer ces six semaines de programme, des diplômes ont été distribués (Annexe 13) aux parents mais aussi aux enfants et une photo de groupe a été réalisée.

- **Séance de suivi**

Trois mois après la fin du programme, vers la fin d'année scolaire des enfants, une séance de suivi est proposée aux familles. Le but de cette séance est de faire un point sur le maintien ou non des outils et des efforts de chaque famille. Elle permet aussi de savoir si l'apaisement familiale pendant le temps des devoirs scolaires a perduré. Enfin, cette séance permet de répondre aux dernières questions des familles.

II. Résultats

Maintenant, nous allons faire le point sur les effets du programme sur les familles. D'abord, nous détaillerons les différentes mesures utilisées. Ensuite, nous interpréterons ces résultats en terme de bénéfices potentiels au niveau des fonctions exécutives, de l'autonomisation des enfants et du climat familial. Et enfin, nous verrons les éventuels bénéfices du programme comparé aux mesures contrôles.

II.1. Mesures

II.1.1. BRIEF: Behavioral Rating Inventory of Executive Function

L'inventaire d'évaluation comportementale des fonctions exécutives (BRIEF) permet une évaluation écologique des fonctions exécutives. Ce questionnaire comporte 86 affirmations pour lesquelles les parents doivent répondre, selon une échelle de Likert, « jamais », « parfois » ou « souvent ». Les items sont répartis en 8 échelles cliniques : inhibition, flexibilité mentale, contrôle émotionnel, initiative, mémoire de travail, planification/organisation, organisation du matériel et contrôle. Les scores obtenus aux trois premières échelles permettent de calculer un Indice de Régulation Comportementale (IRC). Les scores obtenus aux cinq autres échelles permettent de calculer l'Indice de Métacognition (IM). La somme de ces deux indices donne un score Composite Exécutif Global (CEG). Les scores bruts sont transformés en scores normés, scores T. Les scores T équivalents ou supérieurs à 65 ont une signification clinique potentielle. Au niveau de la qualité métrique, la consistance interne, évaluée par l'alpha de

Cronbach est élevée ; de 0,73 à 0,96 pour les échelles et de 0,90 et 0,97 pour les indices, ce qui prouve sa grande fiabilité.

De plus, ce questionnaire comporte deux échelles de validité : une échelle d'incohérence permettant l'évaluation du niveau de cohérence dans des items et une échelle de négativité permettant une évaluation de réponses inhabituellement négatives. Toutes les BRIEF remplis par les parents de notre étude ont eu un niveau acceptable dans ces deux échelles.

II.1.2. Par-DD-Qol : Parental-Developmental Disabilities Quality of Life

Ce questionnaire permet d'évaluer la qualité de vie des parents et plus particulièrement l'altération de la qualité de vie liée aux troubles de l'enfant. Ce questionnaire comporte 17 items. Les questions 1 à 15 sont spécifiques à l'évaluation de l'intensité des difficultés. La question 16 est relative à la fréquence des troubles et la question 17 concerne l'auto-évaluation de la qualité de vie globale parentale. Les parents doivent répondre, selon une échelle de Likert, de « pas du tout » à « énormément ». Les items sont répartis en deux échelles : émotionnelle et vie quotidienne. La somme de ces deux échelles donne un score global. Au niveau de la qualité métrique, la consistance interne, évaluée par l'alpha de Cronbach est supérieure à 0,8, ce qui prouve une bonne fiabilité de ce questionnaire.

II.1.3. Carnet de bord

Pour l'analyse des carnets de bord des enfants et des parents, une moyenne hebdomadaire a été réalisée afin de simplifier la lecture des résultats. Pour chaque domaine, un graphique a été réalisé et une analyse descriptive a été réalisée.

II.2. Les fonctions exécutives

II.2.1. BRIEF - Régulation comportementale

Légende des graphiques :

—●— 1DVA6 —●— 1ZICM2 —●— 1MMCM2 —●— 1IA6 —●— 1RA6 Moyenne

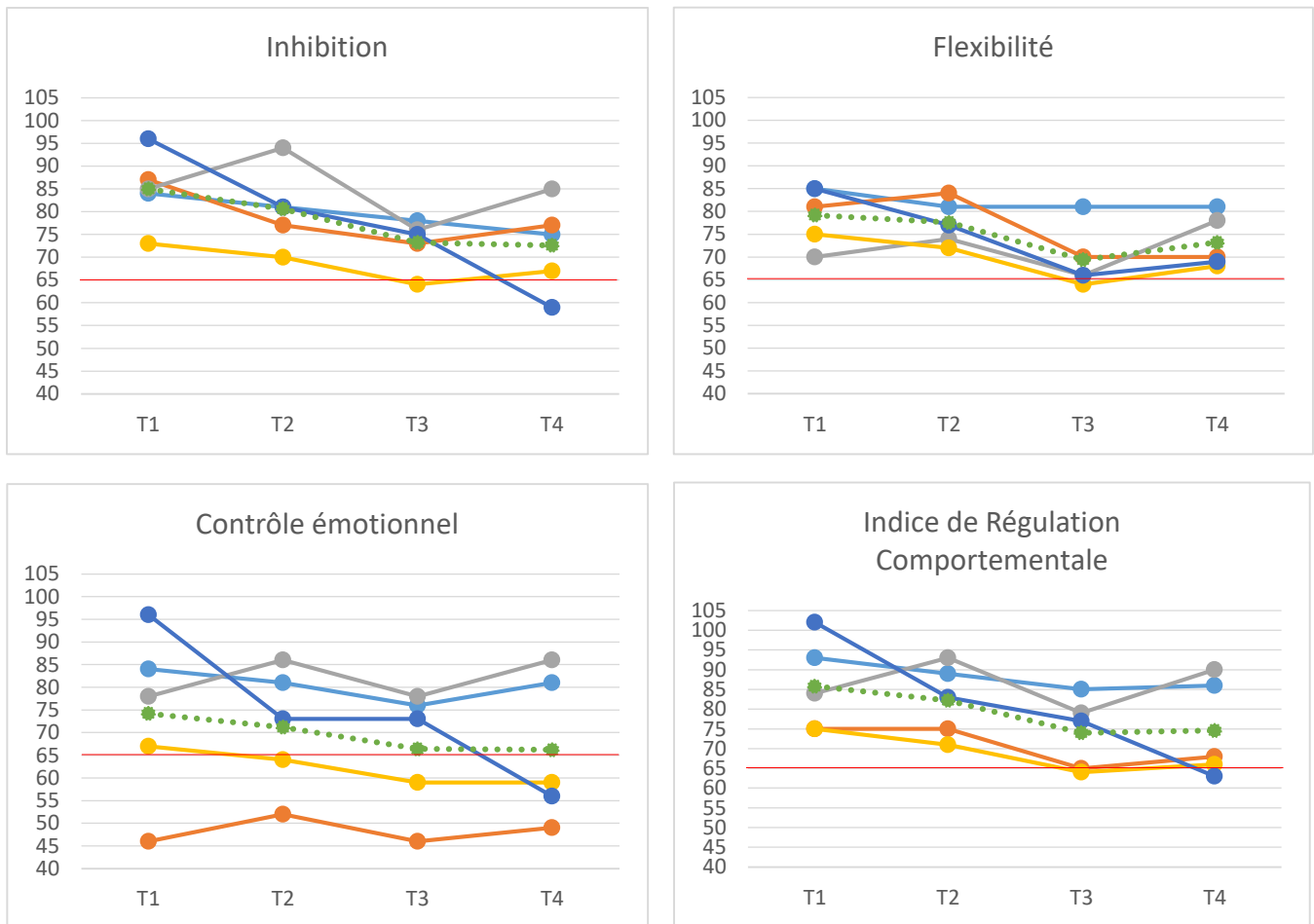


Figure 21. Résultats BRIEF – Régulation Comportementale

Globalement, nous pouvons constater pour les trois échelles (inhibition, flexibilité et contrôle émotionnelle) qu'en moyenne les scores diminuent (score de dégradation). Cela représente une amélioration des résultats à la fin du programme, se traduisant par une meilleure régulation comportementale des enfants. Cette amélioration est précurseur d'une diminution des biais au raisonnement cognitif, c'est-à-dire qu'en améliorant l'inhibition, la flexibilité et le contrôle émotionnel, cela serait plus propice à de meilleures capacités métacognitives. De plus, en moyenne ces résultats se maintiennent dans le temps (T4).

II.2.2. BRIEF - Métacognition

Légende des graphiques :

—●— 1DVA6 —●— 1ZICM2 —●— 1MMCM2 —●— 1IA6 —●— 1RA6 —●— Moyenne

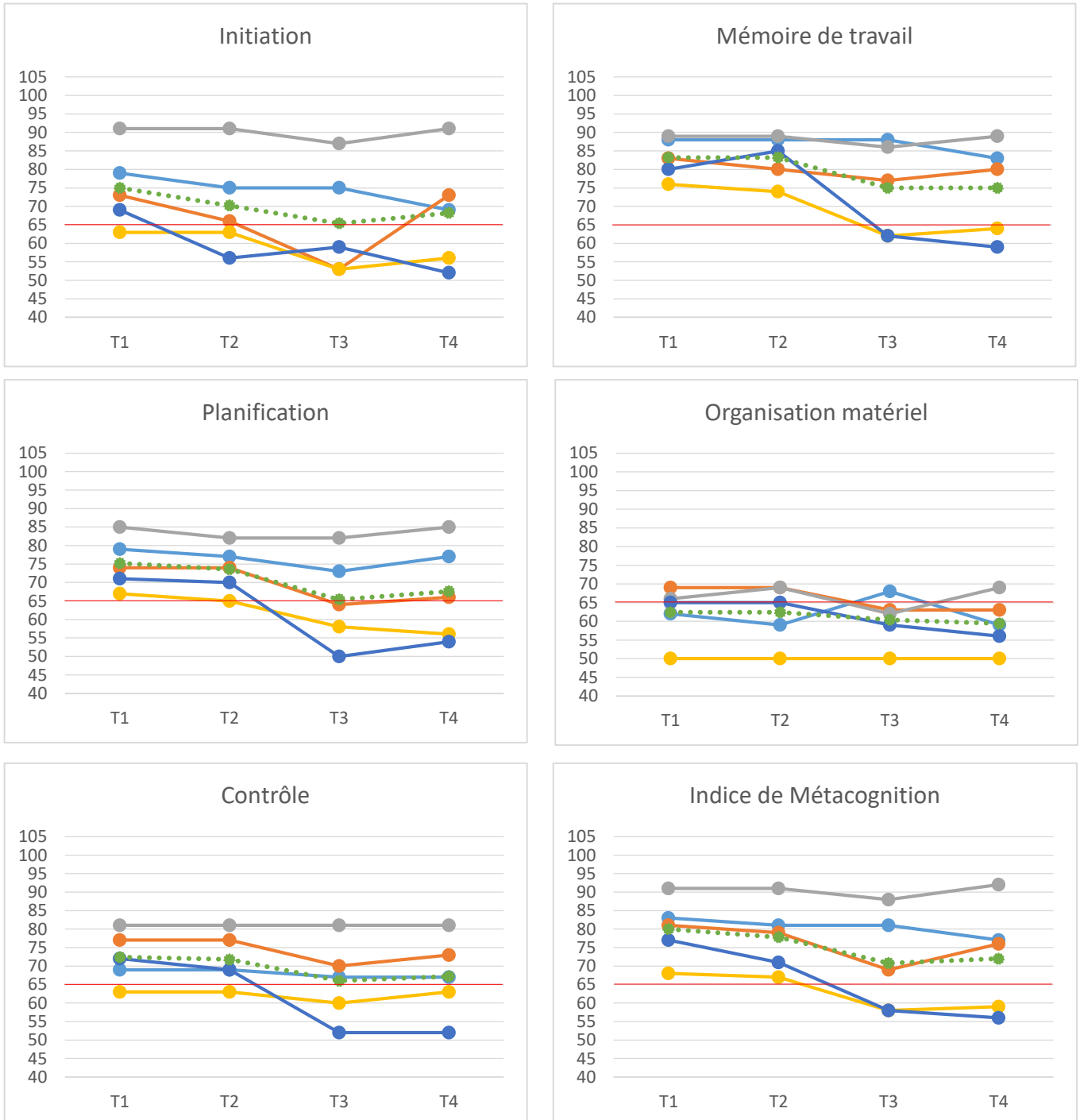


Figure 22. Résultats BRIEF - Métacognition

Globalement, nous pouvons constater pour les cinq échelles (initiation, mémoire de travail, planification, organisation matériel et contrôle) qu'en moyenne les scores diminuent (score de

dégradation). Cela représente une amélioration des résultats à la fin du programme, se traduisant chez les enfants par une amélioration de leur métacognition. Deux des cinq familles passent même en dessous du seuil (score T <65), ce qui montre que les résultats se normalisent. Cette amélioration est propice à une augmentation des capacités d'autonomisation dans la résolution de tâches complexes que sont les devoirs scolaires par exemple. De plus, en moyenne ces résultats se maintiennent dans le temps (T4).

II.2.3. BRIEF - Score composite exécutif global

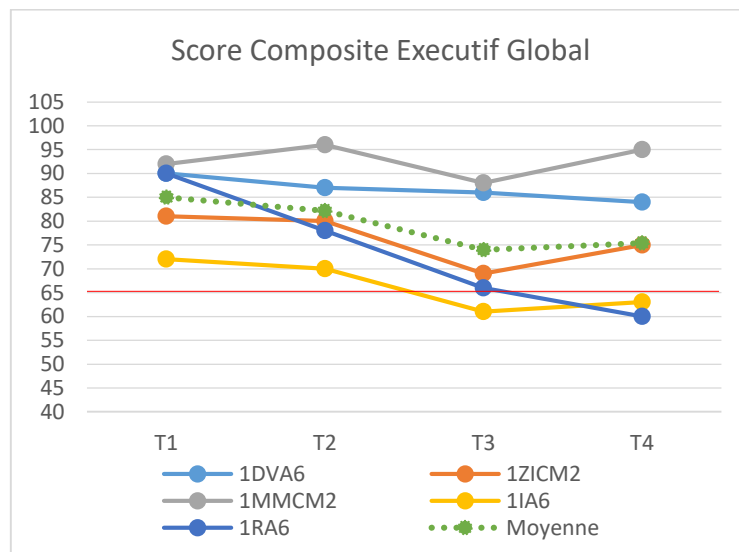


Figure 23. Résultats BRIEF – Score Composite Exécutif Global

Finalement, si nous nous intéressons au score exécutif global, somme de l'indice de régulation comportementale et de l'indice de métacognition, nous pouvons constater qu'en moyenne, le score global diminue (score de dégradation). Cela représente une amélioration du fonctionnement exécutif des enfants à la fin du programme. De plus, en moyenne, ces résultats se maintiennent dans le temps (T4).

II.3. L'autonomisation

II.3.1. Niveau d'accompagnement/de dépendance lors des devoirs scolaires

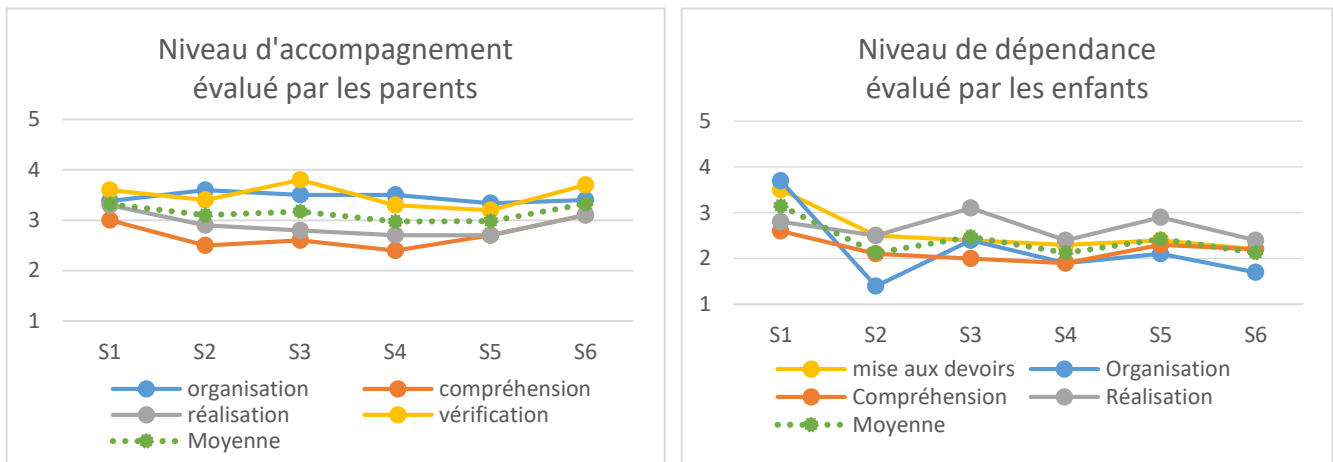


Figure 24. Résultats Carnets de Bord – Niveau d'accompagnement/de dépendance

Au niveau de l'accompagnement des parents nous pouvons observer des résultats stables (3,3) entre le début et la fin du programme, que ce soit pour l'organisation, la compréhension, la réalisation et la vérification des devoirs. En revanche, il est intéressant de regarder le point de vue des enfants. Concernant les quatre domaines évalués ; besoin des parents pour la mise aux devoirs, l'organisation, la compréhension et la réalisation, nous pouvons observer une diminution des résultats, passant de 3,1 à 2,1.

II.3.2. Niveau d'exigence/de pression lors des devoirs scolaires

Légende des graphiques :

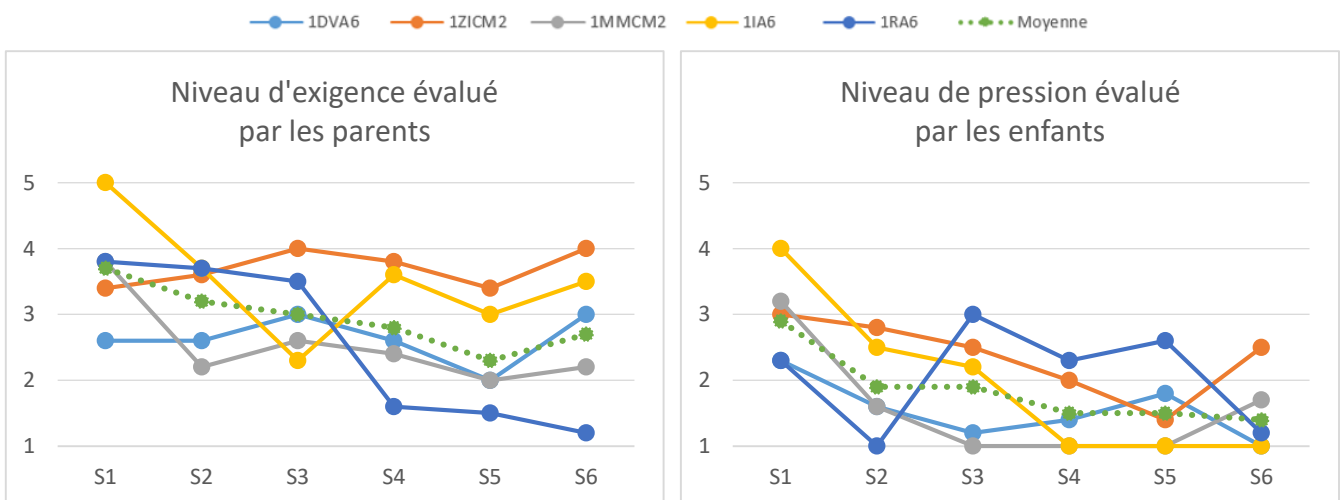


Figure 25. Résultats Carnets de Bord – Niveau d'exigence/de pression

Globalement, au niveau des exigences parentales, nous pouvons constater au cours du programme une diminution des résultats, de 3,7 à 2,7. Parallèlement, nous pouvons constater que ce changement de vision parentale est ressenti par les enfants. En effet, il diminue fortement tout au long du programme passant de 2,9 au début du programme à 1,4.

II.3.3. Niveau de motivation lors des devoirs scolaires

Légende des graphiques :

—●— 1DVA6 —●— 1ZICM2 —●— 1MMCM2 —●— 1IA6 —●— 1RA6 —●— Moyenne

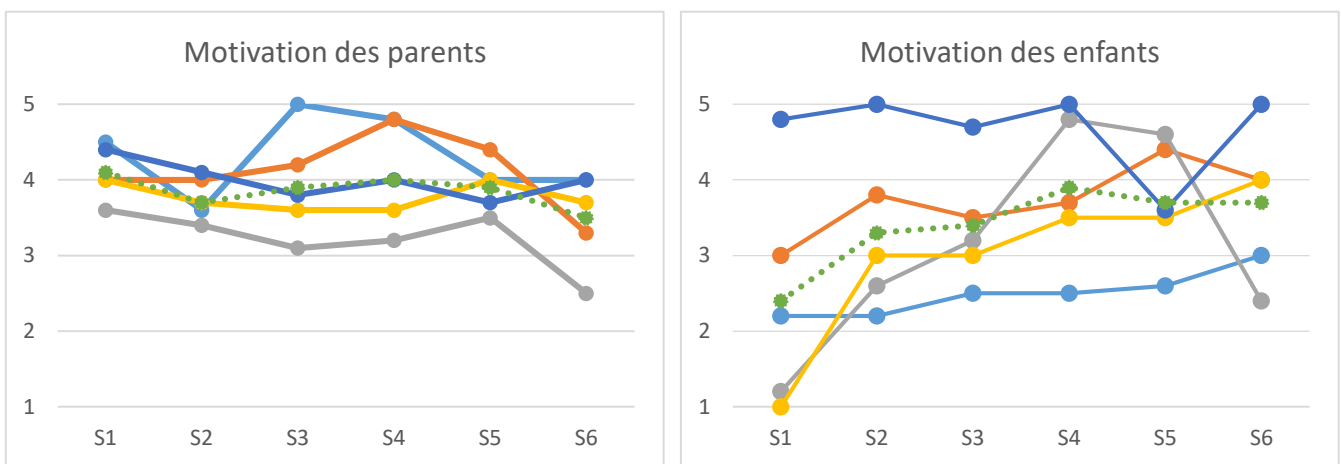


Figure 26. Résultats Carnets de Bord – Niveau de motivation

Concernant la motivation, si nous nous intéressons aux résultats des parents, nous pouvons constater que la moyenne est stable vers un score de 4 durant les cinq premières semaines. En revanche, lors de la sixième et dernière semaine les résultats chutent légèrement (3,5). Au contraire, si nous regardons le graphique des enfants, nous pouvons constater que globalement les résultats des cinq enfants augmentent de façon importante tout au long du programme, passant d'un score de 2,4 à 3,7.

II.3.4. Niveau de concentration lors des devoirs scolaires

Légende des graphiques :

1DVA6 1ZICM2 1MMCM2 1IA6 1RA6 Moyenne

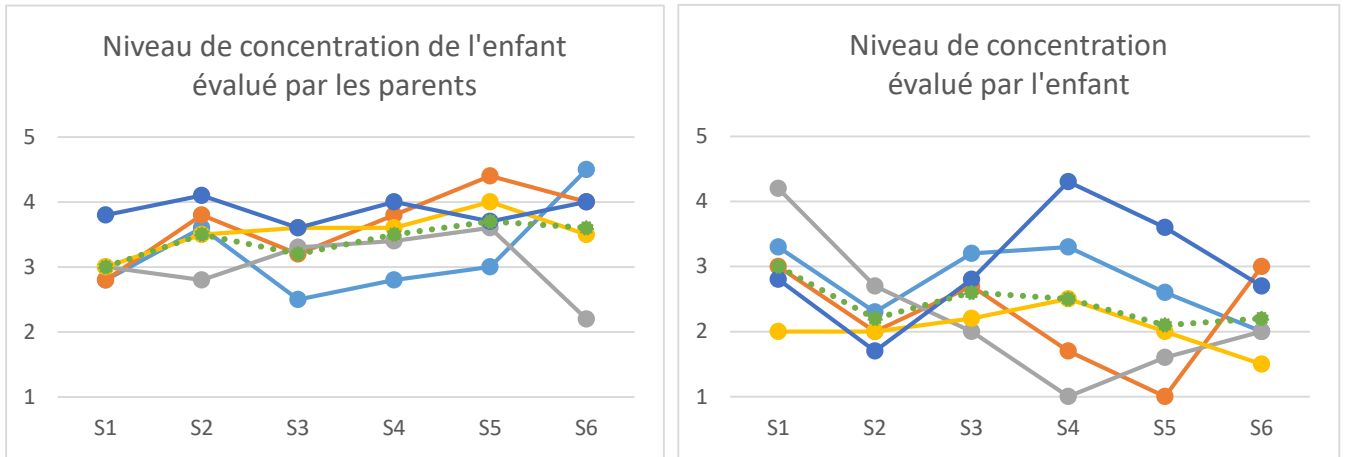


Figure 27. Résultats Carnets de Bord – Niveau de concentration

Globalement, les parents notent une amélioration de la concentration de leur enfant au fil du programme ; de 3 à 3,6. En revanche il est étonnant de voir que l’avis des enfants est en contradiction avec l’avis des parents. En effet, les enfants évaluent leur niveau de concentration généralement à la baisse durant le programme ; de 3 à 2,2.

II.3.5. Sentiment d’efficacité lors des devoirs

Légende des graphiques :

1DVA6 1ZICM2 1MMCM2 1IA6 1RA6 Moyenne

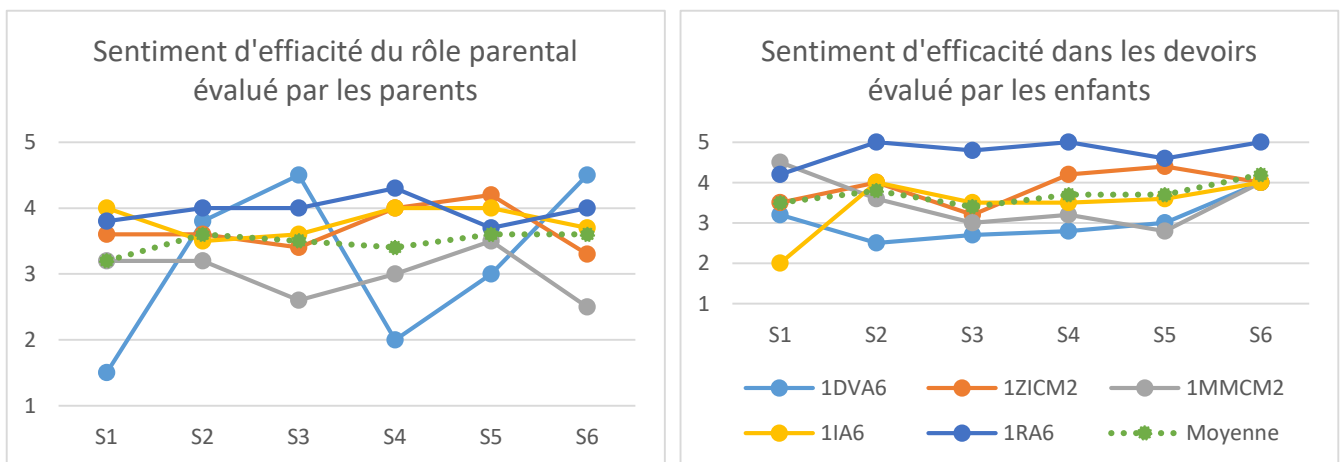


Figure 28. Résultats Carnets de Bord – Sentiment d’efficacité

Au niveau du sentiment d'efficacité ressenti par les parents dans leur rôle parental lors des devoirs scolaires, nous pouvons observer une légère augmentation des résultats ; 3,2 en début de programme contre 3,6 en fin de programme. Cette légère augmentation est aussi visible chez les enfants avec une amélioration allant de 3,5 à 4,2.

II.4. L'équilibre familial

II.4.1. Niveau de stress parental lors des devoirs scolaires

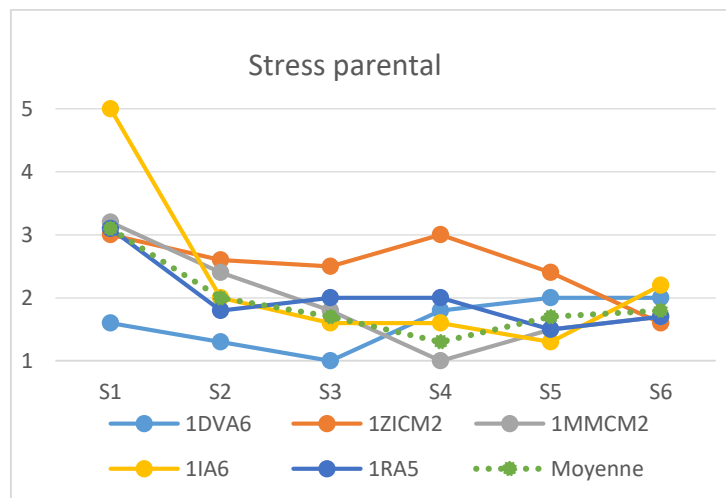


Figure 29. Résultats Carnets de Bord – Stress parental

Durant les six semaines du programme, nous pouvons observer une diminution importante du stress parental, allant de 3,1 à 1,8 à la fin.

II.4.2. Climat familial

Légende des graphiques :

—●— 1DVA6 —●— 1ZICM2 —●— 1MMCM2 —●— 1IA6 —●— 1RA6 ●●●● Moyenne

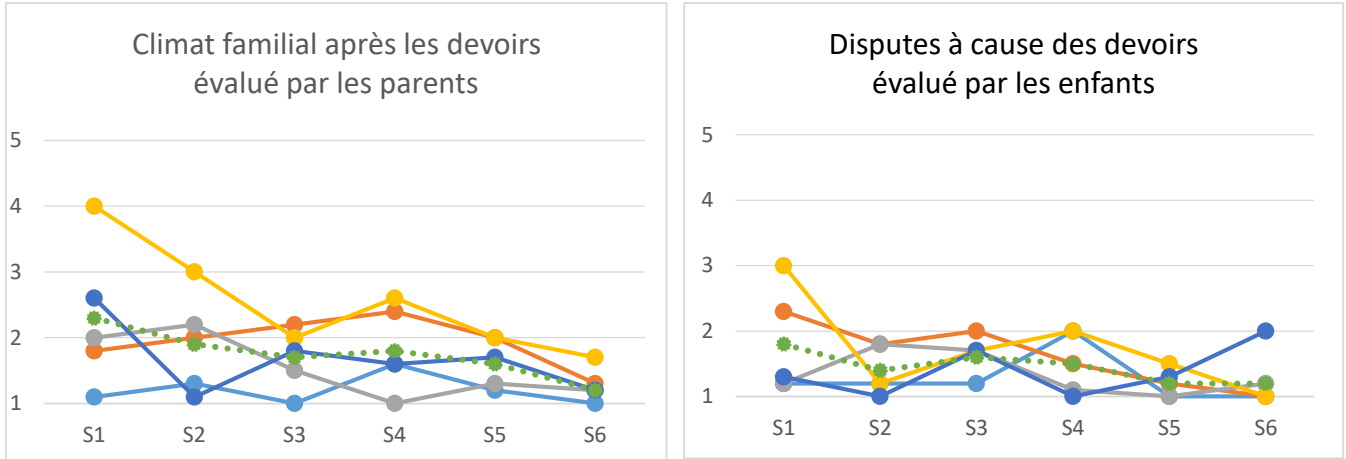


Figure 30. Résultats Carnets de Bord – Climat familial

Concernant le climat familial, nous pouvons constater que globalement chez les enfants, il y a une diminution des tensions avec les parents au cours du programme, de 1,8 à 1,2. Cependant, si nous nous intéressons aux ressentis des parents, nous pouvons constater que pour eux il y a un apaisement plus important, de 2,3 à 1,2.

II.4.3. Qualité de vie : PAR-DD-QOL

Légende des graphiques :

—●— 1DVA6 —●— 1ZICM2 —●— 1MMCM2 —●— 1IA6 —●— 1RA6 —●— Moyenne

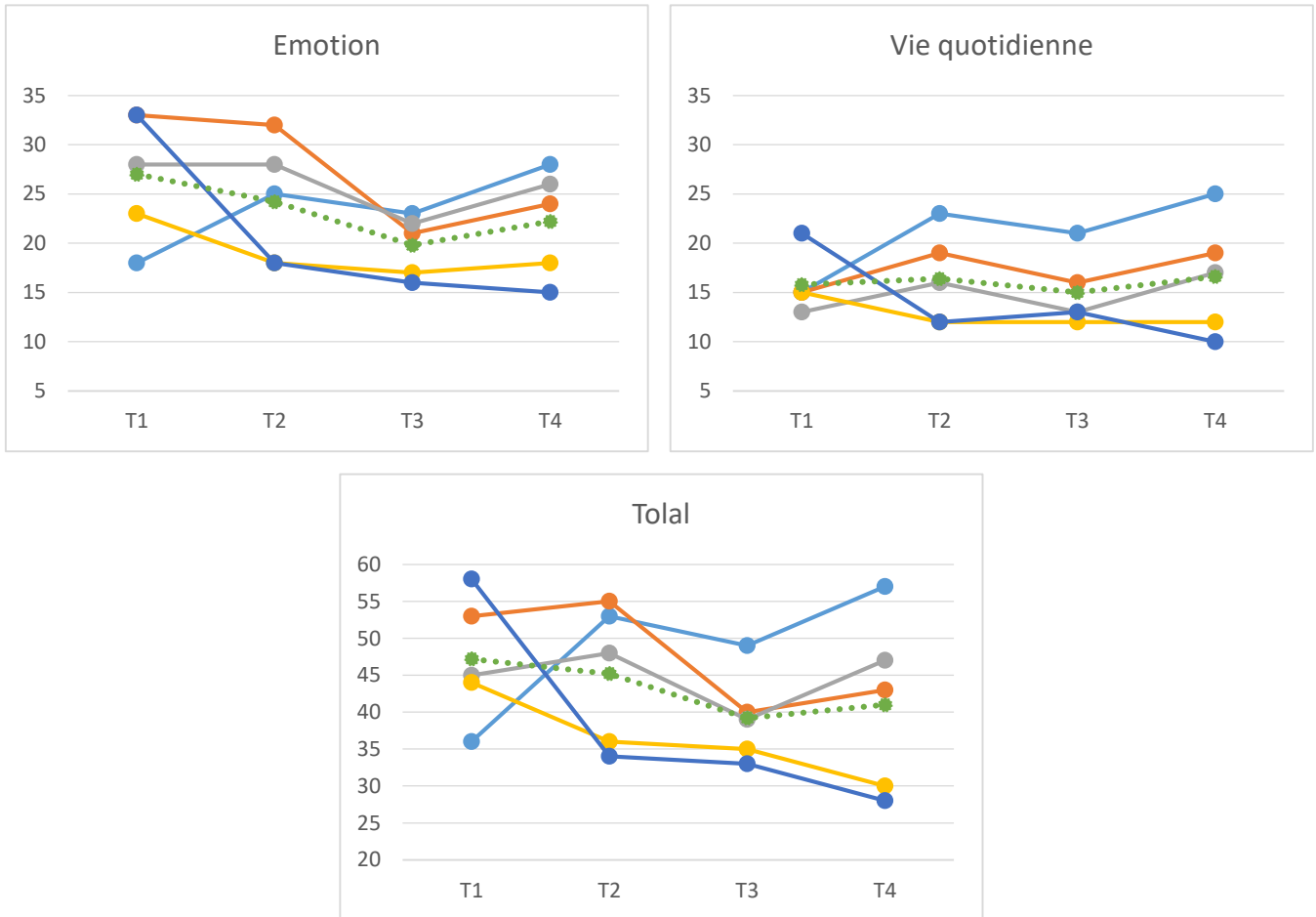


Figure 31. Résultats PAR-DD-QOL

Au niveau de la qualité de vie des parents, nous pouvons observer à la fin du programme une amélioration du bien-être émotionnel des parents ainsi qu'une légère amélioration de la vie quotidienne. Cela se traduit par une amélioration globale de la qualité de la vie quotidienne des familles. En revanche, nous pouvons constater une légère dégradation lors de la phase de suivis des effets du programme à un mois.

II.5. Efficacité du programme (contrôle)

Avec ces résultats, nous pouvons nous demander si les effets bénéfiques du programme sont dus au programme en lui-même ou s'ils sont dus à l'évolution naturelle du quotidien. Pour répondre à cette question, nous avons réalisé des mesures (T1) un mois avant le début du programme, permettant ainsi d'avoir des données contrôles dans l'étude.

Ainsi, en comparant les effets entre T1/T2 et T2/T3, nous pouvons évaluer l'efficacité du programme. Pour cela, nous utiliserons les données de la BRIEF, test possédant les meilleures qualités métriques. Nous nous attacherons à analyser les deux indices IRC et IM ainsi que le score exécutif global. Reprenons les graphiques :

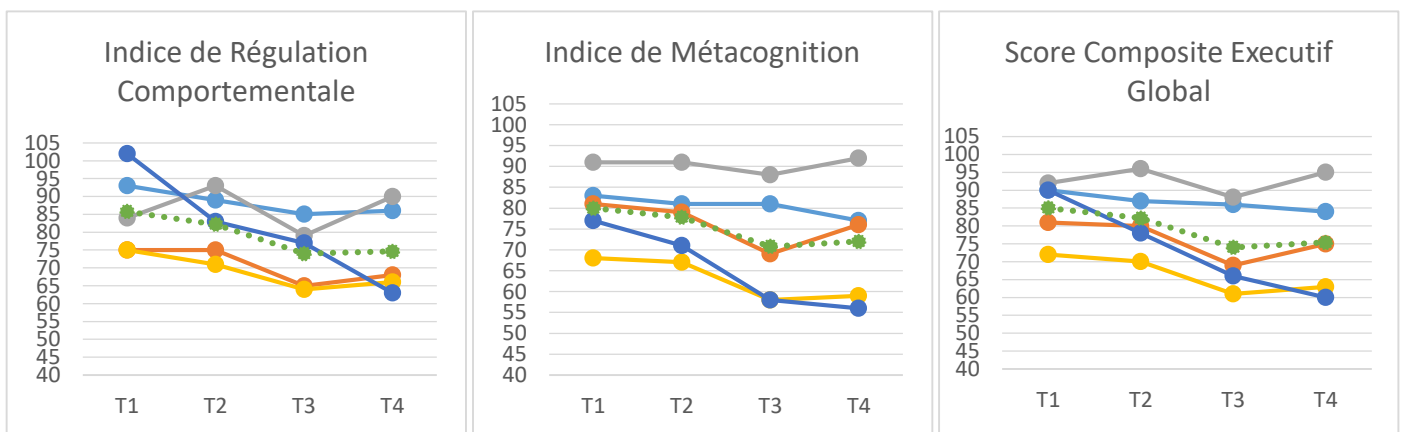


Figure 32. Analyse des résultats contrôles

En calculant et en comparant les différences respectives entre T1/T2 et T2/T3, l'efficacité du programme pourra être démontrée. Voici les résultats :

	T1/T2 (Contrôle)	T2/T3 (Programme)
IRC	-3,6	-8,2
IM	-2,2	-7
CEG	-2,8	-8,2

Figure 33. Efficacité du programme

Nous pouvons constater une différence, deux à trois fois plus importante, entre les résultats de T1/T2 (contrôle) et T2/T3 (programme). Ces résultats démontrent donc l'efficacité du programme.

DISCUSSION

Ce travail a pour objectif de voir s'il est possible en accompagnant uniquement les parents d'améliorer l'autonomie des enfants dans les devoirs scolaires, en renforçant spécifiquement leur autocontrôle et de façon plus large leurs fonctions exécutives. Aussi, de façon secondaire, nous voulions savoir si, en les rendant plus autonome sur ce temps difficile, cela peut apaiser le climat familial et ainsi améliorer la qualité de vie des familles.

- **Retour sur les résultats**

Au niveau de l'analyse des résultats parentaux, nous constatons qu'à la fin du programme, les parents semblent avoir diminué leurs exigences au niveau de leurs attentes dans les devoirs scolaires de leur enfant. Ils semblent s'être adaptés au profil de leur enfant. Leur niveau d'accompagnement semble inchangé en fin de programme tout comme leur motivation pour la réalisation des devoirs avec leur enfant. En revanche, les parents se sentent plus efficaces dans cette mission difficile, et d'après eux leurs enfants semblent plus concentrés à la fin du programme. Ces changements ont des répercussions au niveau du stress parental. En effet, le niveau de stress des parents diminue de façon importante à la fin du programme. Les parents semblent lâcher prise et montrer plus de bienveillance envers leur enfant.

Au niveau de l'analyse des résultats du fonctionnement exécutif des enfants, nous constatons qu'à la fin de ce programme la régulation comportementale de ces enfants s'est améliorée. Ils ont un meilleur contrôle de leur inhibition et de leur fonctionnement émotionnel ainsi qu'une meilleure flexibilité mentale. Ce meilleur contrôle comportemental semble rendre plus propice le développement de la capacité métacognitive des enfants. Et en effet, cette hypothèse se valide avec l'Indice de Métacognition qui est lui aussi globalement amélioré en fin de programme. Ainsi, le fonctionnement exécutif global des enfants est amélioré, augmentant leur capacité d'autocontrôle. Cela peut se traduire par une meilleure capacité d'autonomisation dans la résolution de tâches complexes que sont les devoirs scolaires.

Afin de regarder l'évolution des capacités d'autonomisation des enfants, analysons les résultats des carnets de bord. A la fin du programme, nous constatons d'après les dires des enfants une diminution de la sollicitation des parents pendant les devoirs scolaires, que ce soit pour se mettre aux devoirs, s'organiser, comprendre et réaliser les exercices demandés. Leurs besoins d'accompagnement parental diminuent. De plus, les enfants ressentent une diminution de la pression parentale lors des devoirs. Ils se sentent plus motivés et plus efficaces dans cette tâche,

fortement contraignante pour un enfant ayant un TDA/H. Enfin, nous pouvons considérer qu'en fin de programme les enfants sont plus autonomes dans leurs devoirs scolaires, ce qui corrèle avec l'amélioration de leur fonctionnement exécutif.

Finalement, avec des enfants plus autonomes, des parents moins exigeants et moins stressés, et avec une amélioration générale du sentiment d'efficacité, nous constatons une amélioration globale du climat familial, qui se traduit par une amélioration de la qualité de vie familiale.

Nos hypothèses de départ sont donc validées.

- **Limites du programme**

Plusieurs limites sont notables.

Une des plus importantes limites du programme est le nombre de familles incluses. Avec seulement cinq familles, l'échantillonnage de l'étude est trop faible pour avoir des résultats significatifs. Les résultats de l'étude montrent une tendance des effets du programme.

Une autre limite est l'absence de recherche de comorbidités chez les enfants de l'étude. En effet, le calendrier universitaire est court ce qui limite nos possibilités. Le projet n'a pu être soumis qu'au Comité Ethique sur les Recherches Non Interventionnelles (CERNI), ce qui a limité nos actions aux parents. Ainsi, aucun test n'a pu être réalisé sur les enfants, nous ne connaissons donc pas l'homogénéité du groupe d'enfants. C'est un biais à l'étude car le niveau intellectuel peut faire varier le niveau d'efficacité du programme et l'absence de connaissances sur d'éventuels troubles des apprentissages nous a porté défaut.

De plus, concernant notre méthodologie, même si celle-ci a été validé par le CERNI, nous avons trouvé que même si tous les questionnaires nous ont paru pertinents au départ, ils étaient trop nombreux. En effet, les parents nous ont rapportés leurs difficultés à les faire remplir par leur enfant et nous ont aussi signalés des difficultés pour eux à cause du volume trop conséquent. Ceci apporte un biais car le mauvais remplissage des questionnaires peut avoir des répercussions dans nos résultats.

Aussi, nous avons conscience de l'effort demandé aux familles pour le remplissage quotidien des carnets de bord. Même s'il y avait peu de questions qui se répétaient chaque jour, nous reconnaissons la difficulté et le biais que cela peut amener. Aussi, il semblerait intéressant pour pallier la monotonie du carnet de bord d'introduire chaque semaine une nouvelle question en rapport avec la thématique de la semaine, ce qui le rendrait moins automatique.

Ensuite, les parents nous ont eux-mêmes fait part de deux limites lors du débriefing de la dernière séance. Le rythme d'une séance par semaine leur a semblé trop court pour mettre en place et avoir le recul nécessaire des différents outils proposés chaque semaine. De plus, ils nous ont aussi fait part des sentiments de leurs enfants. Ils se sentent les principaux concernés par ce programme et à aucun moment ils n'ont eu la possibilité de nous voir. Ils ont dû fournir des informations personnelles à des personnes qu'ils ne connaissaient pas. Cette distance avec le programme a semblé délicat, et cette remarque peut d'ailleurs aussi s'appliquer au programme Barkley.

CONCLUSION

En retraçant l'historique du TDA/H, nous pouvons constater la présence de nombreuses années d'errance, de préjugés et d'incompréhensions. Aujourd'hui, le TDA/H est reconnu comme un trouble du neurodéveloppement. Son tableau clinique principal est composé d'une triade symptomatique ; inattention, hyperactivité et impulsivité. Néanmoins, une symptomatologie secondaire est très souvent associée. Des déficits ; exécutif, temporel, motivationnel et émotionnel, peuvent se mêler au tableau principal rendant au TDA/H, une grande hétérogénéité clinique.

De plus, c'est dans les apprentissages académiques que ce trouble est le plus dommageable pour ces enfants. Dans leur quotidien d'écolier l'impact fonctionnel est visible : à l'école dans les apprentissages et dans l'adaptation sociale, et à la maison lors des devoirs scolaires, temps généralement très conflictuel. Dans les recommandations de bonnes pratiques, la nécessité d'un accompagnement parental est mentionnée. Le programme de guidance parentale le plus répandu en France est le programme Barkley, dont l'efficacité n'est plus à démontrer. En revanche, concernant la problématique académique, une seule séance y est consacrée, s'avérant insuffisante comparé aux attentes des familles.

C'est pourquoi, nous avons eu l'idée de répondre aux besoins toujours présents, en ajoutant un programme complémentaire de six semaines. Pour cela, nous nous sommes demandés s'il est possible en accompagnant uniquement les parents d'améliorer l'autonomie des enfants dans les devoirs scolaires en renforçant spécifiquement leur autocontrôle et de façon plus large leurs fonctions exécutives. Aussi, de façon secondaire, nous voulions savoir si, en les rendant plus autonome sur ce temps difficile, cela pouvait apaiser le climat familial et ainsi améliorer la qualité de vie des familles.

Et effectivement, nous pouvons constater chez les parents à la fin de ce programme une diminution du stress et des exigences parentales, et une augmentation de leur sentiment d'efficacité dans leur rôle parental lors des devoirs scolaires. En parallèle, nous avons pu observer chez les enfants, une amélioration du fonctionnement exécutif global, augmentant ainsi leur capacité d'autocontrôle. Lors des devoirs, une diminution des sollicitations parentales, de la pression parentale et une amélioration de leur motivation et de leur sentiment d'efficacité sont visibles.

Toutes ces variables réunies concourent à une augmentation de l'autonomie de ces enfants lors de la période des devoirs scolaires.

Finalement, ce travail a porté sur un accompagnement unique des parents et des résultats chez les enfants sont observables. Il y a donc bien eu un transfert de compétence qui a réussi à minimiser l'impact des troubles psychomoteurs des enfants avec un TDA/H dans les apprentissages académiques.

De plus, il semblerait intéressant de continuer à travailler sur ce projet, en écoutant les recommandations des familles et en proposant un programme d'accompagnement aux parents avec en parallèle un travail avec les enfants. Le rythme des séances pourrait passer à une séance toutes les deux semaines. Ainsi, il serait pertinent d'évaluer si les effets dans ce contexte sont supérieurs à un accompagnement parental unique.

BIBLIOGRAPHIE

- Abidin, R. R. (2012). Parenting Stress Index, Fourth Edition (PSI-4). Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème éd., version française). Traduction française sous la coordination de M.A. Crocq et J.D. Guelfi, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.*
- Bange, F. (2014). *Aide-mémoire des TDA/H: à tous les âges de la vie.* Dunod.
- Barkley, R. A. (1987). *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training.* Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94.
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl12), 10-15.
- Barkley, R. A. (2010). *Deficient emotional self-regulation : a core component of attention-deficit/hyperactivity disorder.*
- Barkley, R. A. (2013). *Taking Charge of ADHD, Third Edition: The Complete, Authoritative Guide for Parents.* Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit"(Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of attention disorders*, 16(8), 623-630.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*, 57(11), 1215-1220
- Bishop, D. V. M. (2010). Which Neurodevelopmental Disorders Get Researched and Why? *PLOS ONE*, 5(11), e15112.

- Black, S. (1996). The Truth about Homework. *American School Board Journal*, 183(10), 48-51.
- Bouillet, L., Bouriot, M., Mathy, F., Campello, M., Ropers, G., Ballot, A., & Amsallem, D. (2012). Proposition d'épreuves contribuant au dépistage des Troubles Déficitaires de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH). *ANAE. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 120, 593-605.
- Bouysse, V., Saint-Marc, C., Richon, H-G & Claus P. (2008). Le travail des élèves en dehors de la classe. Etat des lieux et conditions d'efficacité, *Paris, Ministère de l'éducation*.
- Caci, H. M., Morin, A. J. S., & Tran, A. (2014). Prevalence and Correlates of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults From a French Community Sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(4), 324.
- Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. *JAMA*, 315(18), 1997-2008.
- Chouinard, R., Archambault, J., & Rheault, A. (2006). Les devoirs, corvée inutile ou élément essentiel de la réussite scolaire ? *Revue des sciences de l'éducation*, 32(2), 307-324.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the Behavioral Parent Training Paradigm for Families of Children with ADHD: Review and Future Directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 1-27.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., PELHAM Jr, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1424-1432.
- Clément, C. (2013). *Le TDAH chez l'enfant et l'adolescent*. De Boeck Supérieur.
- HAS (2014). Recommandation de bonne pratique. Conduite à tenir en médecine de premier

- recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Saint-Denis La Plaine : HAS, service communication –information [94p.] <http://www.has-sante.fr/>
- Collette, F., & Salmon, É. (2014). Fonctionnement exécutif et réseaux cérébraux. *Revue de neuropsychologie, Volume 6(4)*, 256-266.
- Conners, C. K., & Eisenberg, L. (1963). The effects of methylphenidate on symptomatology and learning in disturbed children. *American Journal of Psychiatry, 120(5)*, 458-464.
- Corraze, J., & Albaret, J. M. (1996). *L'enfant agité et distrait*. Expansion scientifique française.
- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal of Paediatric Neurology, 16(5)*, 422-433.
- Daley, D., Van Der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., ... Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59(9)*, 932-947.
- Dawson, A. E., Wymbs, B. T., Marshall, S. A., Mautone, J. A., & Power, T. J. (2014). The Role of Parental ADHD in Sustaining the Effects of a Family-School Intervention for ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45(3)*, 305-319.
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology, 64(1)*, 135-168.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(3-4)*, 313-337.
- Emond, V., Joyal, C., & Poissant, H. (2009). Neuroanatomie structurelle et fonctionnelle du trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). *L'Encéphale, 35(2)*,

107-114.

- Evans, S. W., Schultz, B. K., DeMars, C. E., & Davis, H. (2011). Effectiveness of the Challenging Horizons after-school program for young adolescents with ADHD. *Behavior therapy*, 42(3), 462-474
- Faraone, S., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, L., Mick, E., & Doyle, A. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological Psychiatry*, 48(1), 9-20.
- Gizer, I. R., Ficks, C., & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*, 126(1), 51-90.
- GLASMAN D. & BESSON L. (2004). Le travail des élèves pour l'école en dehors de l'école. Rapport pour le Haut conseil de l'évaluation de l'école, n° 15. Disponible sur Internet à l'adresse : http://cisad.adc.education.fr/hcee/documents/rapport_Glasman_Besson.pdf
- Gramond, D. A., & Nannini, L. (2016). *Troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)*. Editions Tom Pousse.
- Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 106-123.
- Grenwald-Mayes, G. (2001). Relationship between current quality of life and family of origin dynamics for college students with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 5(4), 211-222.
- Habib, M. (2006). Neurologie de l'action et de la motivation: de l'athymhormie à l'hyperactivité. *L'Encéphale*, 32(2), 10-24.
- Halmøy, A., Klungøy, K., Skjærven, R., & Haavik, J. (2012). Pre- and Perinatal Risk Factors in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 71(5), 474-481.
- Harrison, & Sofronoff. (2002). ADHD and Parental Psychological Distress: Role of

- Demographics, Child Behavioral Characteristics, and Parental Cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711.
- Harvey, E. A. (2000). Parenting similarity and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy*, 22(3), 39-54..
- Hauth-Charlier, S., & Clément, C. (2014). Abord développemental du TDAH: Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 107.
- Heuzey, M.-F. L. (2013). *L'Adolescent hyperactif*. Odile Jacob.
- Hinshaw, S. P., Klein, R. G., & Abikoff, H. (1998). Childhood attention deficit hyperactivity disorder: Nonpharmacological and combination treatments. In *A guide to treatments that work* (p. 26-41). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Hoza, B. (2007). Peer Functioning in Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*,
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., ... & March, J. S. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(1), 60-73.
- Johansen, E. B., Killeen, P. R., Russell, V. A., Tripp, G., Wickens, J. R., Tannock, R., ...
- Sagvolden, T. (2009). Origins of altered reinforcement effects in ADHD. *Behavioral and Brain Functions*, 5(1), 7.
- Kakpo, S. (2015). *Les devoirs à la maison: Mobilisation et désorientation des familles populaires*. Presses Universitaires de France.
- Kendall, J., Leo, M. C., Perrin, N., & Hatton, D. (2005). Modeling ADHD Child and Family Relationships. *Western Journal of Nursing Research*, 27(4), 500-518.
- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Hay, D. A. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability*,

Development and Education, 53(2), 147-160.

- Langberg, J. M., Epstein, J. N., Becker, S. P., Girio-Herrera, E., & Vaughn, A. J. (2012). Evaluation of the Homework, Organization, and Planning Skills (HOPS) Intervention for Middle School Students with ADHD as Implemented by School Mental Health Providers. *School psychology review*, 41(3), 342-364.
- Le Heuzey, M.-F. (2008). Quoi de neuf dans le traitement de l'enfant hyperactif? *Archives de Pédiatrie*, 15(7), 1249-1252.
- Lecendreux, M., Konofal, E., & Faraone, S. V. (2011). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Associated Features Among Children in France. *Journal of Attention Disorders*, 15(6), 516-524.
- Lemelin, G., Lafortune, D., Fortier, I., Simard, L., & Robaey, P. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(5), 392-403.
- Lifford, K. J., Harold, G. T., & Thapar, A. (2008). Parent–Child Relationships and ADHD Symptoms: A Longitudinal Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 285-296.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993). Adult Outcome of Hyperactive Boys: Educational Achievement, Occupational Rank, and Psychiatric Status. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 565-576.
- Marquet-Doléac, J., & Corraze, J. (2017). Quels conseils éducatifs et pédagogiques à destination des parents d'enfants présentant un Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ? In J.-M. Albaret, J. Marquet-Doléac, J. & R. Soppelsa (Eds.), *Les entretiens de Psychomotricité 2017* (pp. 75-81). Toulouse : Europa Digital & Publishing
- Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson, & Tannock. (2005). A Meta-Analysis of Working Memory Impairments in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.

- Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(4), 377-384.
- Masi, L., & Gignac, M. (2017). TDAH et comorbidités en pédopsychiatrie. Pathologies psychiatriques, affections médicales, troubles de l'apprentissage et de la coordination. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(5), 422-429.
- Massé, L. (2011). *Mieux vivre avec le TDAH à la maison: programme pour aider les parents à mieux composer au quotidien avec le TDA/H de leur enfant*. Chenelière Éducation.
- Mayes, S. D., & Calhoun, S. L. (2006). Frequency of reading, math, and writing disabilities in children with clinical disorders. *Learning and Individual Differences*, 16(2), 145-157.
- Meunier, J. C., & Roskam, I. (2007). Psychometric properties of a parental childrearing behavior scale for French-speaking parents, children, and adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(2), 113-124.
- Mick, E., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2004). Age-dependent expression of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2), 215-224.
- Molina, B. S., Flory, K., Bukstein, O. G., Greiner, A. R., Baker, J. L., Krug, V., & Evans, S. W. (2008). Feasibility and preliminary efficacy of an after-school program for middle schoolers with ADHD: A randomized trial in a large public middle school. *Journal of Attention Disorders*, 12(3), 207-217.
- Noreika, V., Falter, C. M., & Rubia, K. (2013). Timing deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Evidence from neurocognitive and neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, 51(2), 235-266.
- Olds, J., & Milner, P. (1954). Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 47(6), 419-427.
- Omer, H. (2017). *La résistance non violente: Une nouvelle approche des enfants violents et*

- autodestructeurs*. De Boeck Supérieur.
- Parke, R. D. (2004). Development in the family. *Annual Review of Psychology*, 55, 365-399.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process* (Vol. 3). Castalia Publishing Company.
- Pelham, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(1), 184-214.
- Pelham Jr, W. E., & Gnagy, E. M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 5(3), 225-236.
- Paul-Boncour, G., & Philippe, J. (1905). Les anomalies mentales chez les écoliers. Étude médico-pédagogique. Paris: Félix Alcan.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., ... & Mazur, J. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 5(3), 353-364.
- Raysse, P. (2011). Troubles du développement de l'enfant et impact sur la qualité de vie des parents: validation d'un questionnaire d'autoévaluation (thèse de Doctorat). Université Montpellier 3.
- Romano, E., Tremblay, R. E., Farhat, A., & Côté, S. (2006). Development and Prediction of Hyperactive Symptoms From 2 to 7 Years in a Population-Based Sample. *Pediatrics*, 117(6), 2101-2110.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*, 61, 52.
- Roy, A. (2015). Approche neuropsychologique des fonctions exécutives de l'enfant : état des lieux et éléments de prospective. *Revue de neuropsychologie, Volume 7*(4), 245-256.
- Roy, A., Fournet, N., Le Gall, D., & Roulin, J.-L. (2013). Adaptation et validation en français

- de l'Inventaire comportemental d'évaluation des fonctions exécutives (BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Function). Paris: Hogrefe
- Sagvolden, T., Johansen, E. B., Aase, H., & Russell, V. A. (2005). a dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (adhd) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(3), 397-419.
- Saiag, M.-C., Bioulac, S., & Bouvard, M. (2007). *Comment aider mon enfant hyperactif*. Odile Jacob.
- Shaw, P., Eckstrand, K., Sharp, W., Blumenthal, J., Lerch, J. P., Greenstein, D., ... Rapoport, J. L. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(49), 19649-19654.
- Shaw, Philip, Gornick, M., Lerch, J., Addington, A., Seal, J., Greenstein, D., ... Rapoport, J. L. (2007). Polymorphisms of the Dopamine D4 Receptor, Clinical Outcome, and Cortical Structure in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 921-931.
- Shaw, Philip, Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293.
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Derefinko, K. J., Kuriyan, A. B., Sanchez, F., & Graziano, P. A. (2013). A Pilot Trial of Supporting teens' Academic Needs Daily (STAND): A Parent-Adolescent Collaborative Intervention for ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 436-449.
- Slama, H., & Schmitz, R. (2016). *Fonctions attentionnelles et exécutives dans le TDAH*, 110-130.

- Sonuga-Barke, E. (2003). *The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics.*
- Sonuga-Barke, E., Bitsakou, P., & Thompson, M. (2010). Beyond the Dual Pathway Model: Evidence for the Dissociation of Timing, Inhibitory, and Delay-Related Impairments in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 345-355.
- Sonuga-Barke, E. J. S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130(1), 29-36.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Houlberg, K., & Hall, M. (1994). When is “Impulsiveness” not Impulsive? The case of Hyperactive Children’s Cognitive Style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1247-1253.
- Soppelsa, R., Albaret, J. M., & Corraze, J. (2009). Les comorbidités: théorie et prise de décision thérapeutique. *Entretiens de Psychomotricité 2009*, 5-20.
- Swanson, J. M., Kinsbourne, M., Nigg, J., Lanphear, B., Stefanatos, G. A., Volkow, N., ... Wadhwa, P. D. (2007). Etiologic Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Brain Imaging, Molecular Genetic and Environmental Factors and the Dopamine Hypothesis. *Neuropsychology Review*, 17(1), 39-59.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), i7-i30.
- Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K. E., & Seidman, L. J. (2007). Meta-Analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 61(12), 1361-1369.
- Vera, L. (2015). *TDA/H chez l'enfant et l'adolescent: Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité.* Dunod.

- Viennet-Bernecoli, S. (2011). Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H): étude rétrospective concernant la biographie et la prise en charge de 274 patients (Doctoral dissertation, UHP-Université Henri Poincaré)..
- Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931(1), 1-16.
- Willcutt. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346.
- Yolton, K., Cornelius, M., Ornoy, A., McGough, J., Makris, S., & Schantz, S. (2014). Exposure to neurotoxicants and the development of attention deficit hyperactivity disorder and its related behaviors in childhood. *Neurotoxicology and Teratology*, 44, 30-45.
- Zentall, S. S. (2005). Theory- and Evidence-Based Strategies for Children with Attentional Problems. *Psychology in the Schools*, 42(8), 821-836.

Abstract

In the overall care of ADHD children, it is recommended to set up a parental training to motivate and support the child to behave in a suitable way on a daily basis. This general program, whose effectiveness is well established, seems to be insufficient regarding the academic problematic of the children, main source of concern of the parents. This thesis presents the work done with a group of five parents with ADHD children. A complementary program adapted to the academic problematic was proposed to them over six weeks. The analysis of the results shows for the parents a reduction of the stress and the parental requirements, and an increase of the feeling of effectiveness in their parental role during the homework. For the children, the analysis of the results shows an improvement in overall executive functioning, increasing their self-control ability. It also shows during homework a decrease of parental requirements, parental pressure felt and an improvement of children motivation and feeling of effectiveness. All of these variables contribute to an increase of children's autonomy during the homework time and to a cooling down of family atmosphere, leading to a better quality of life. Finally, results are visible at children's level by accompanying only parents. Therefore, there has been a transfer of competence that has succeeded in minimizing the impact of ADHD children's psychomotor disorders in academic learning.

Keywords : ADHD children, parental training, homework, group, autonomy, family atmosphere,