

Université du Québec en Outaouais

**Un essai ouvert du programme TDAH 101 pour impliquer les familles dans les
traitements du TDAH fondés sur des données probantes**

Projet d'essai doctoral
Présenté au

Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par

© Virginie LeBlanc

Août 2023

Composition du jury

Un essai ouvert du programme TDAH 101 pour impliquer les familles dans les traitements du TDAH fondés sur des données probantes

Par
Virginie LEBLANC

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sébastien Normand, Ph.D., C.Psych., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Daniel Fiset, Ph.D., examinateur interne et président du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Annie Bérubé, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Line Massé, Ph.D., examinatrice externe, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

Table des matières

Liste des figures	v
Liste des tableaux	vi
Résumé	vii
Introduction	8
Implication des parents dans les services fondés sur les données probantes	11
Le modèle du comportement de recherche d'aide pour le TDAH	12
Le modèle transthéorique du changement	15
La théorie de l'autodétermination	15
Nécessité des programmes favorisant l'implication parentale	16
Le programme TDAH 101	16
La théorie du changement dans le programme TDAH 101	18
La présente étude	20
Objectifs	22
Objectif 1 : Faisabilité	22
Objectif 2 : Acceptabilité	22
Objectif 3 : Effets préliminaires proximaux et distaux du programme TDAH 101	22
Méthode	23
Participants	23
Procédure	25
Détermination de l'éligibilité des participants	25
Procédures d'évaluation	25
Description du programme	28
Mesures	29
Mesures descriptives.....	29
Mesures démographiques	29
Évaluation des symptômes du TDAH de l'enfant	30
Faisabilité du programme	30
Fidélité de traitement	30
Implication comportemental des parents.....	31
Acceptabilité du programme	32
Satisfaction des parents.....	32
Mesures d'impact proximales du programme	32
Autonomisation des parents.....	32
La stigmatisation par affiliation.....	33
Préférences parentales envers les traitements du TDAH.....	33
Mesures d'impact distales du programme	34
Utilisation des traitements du TDAH basés sur des données probantes	34
Altération du fonctionnement de l'enfant	34
Analyses statistiques	35
Faisabilité du programme (Hypothèse #1)	35

Acceptabilité du programme (Hypothèse #2)	35
Efficacité préliminaire du programme (Hypothèses #3-4).....	35
Analyses de sensibilité	36
<i>Résultats</i>	37
Faisabilité du programme (Hypothèse #1)	37
Acceptabilité du programme (Hypothèse #2)	38
Efficacité préliminaire du programme (Hypothèses #3-4).....	38
Changements dans les mesures proximales	38
Changements dans les mesures distales	48
Analyses de sensibilité	50
<i>Discussion</i>	52
Faisabilité du programme (Hypothèse #1)	53
Acceptabilité du programme (Hypothèse #2)	54
Efficacité préliminaire du programme (Hypothèse #3).....	54
Limites et pistes futures.....	69
<i>Conclusions</i>.....	61
<i>Références</i>.....	63
<i>Annexes</i>	77

Liste des figures

Figure 1. <i>Construit de l'implication parentale</i>	11
Figure 2. <i>Le modèle du comportement de recherche d'aide pour le TDAH</i>	14
Figure 3. <i>Théorie du changement dans le programme TDAH 101</i>	18
Figure 4. <i>Diagramme CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials Diagram)</i>	27
Figure 5. <i>Diagramme boîte à moustaches pour l'autonomisation des familles quant aux services de leur enfant au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	41
Figure 6. <i>Diagramme boîte à moustaches pour la stigmatisation par affiliation des parents au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	42
Figure 7. <i>Diagramme boîte à moustaches pour l'acceptabilité de la thérapie comportementale au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	43
Figure 8. <i>Diagramme boîte à moustaches pour la faisabilité de la thérapie comportementale au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	44
Figure 9. <i>Diagramme boîte à moustaches pour les effets indésirables de la thérapie comportementale au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	45
Figure 10. <i>Diagramme boîte à moustaches pour l'acceptabilité du traitement pharmacologique au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	46
Figure 11. <i>Diagramme boîte à moustaches pour la faisabilité du traitement pharmacologique au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	47
Figure 12. <i>Diagramme boîte à moustaches pour la stigmatisation du traitement pharmacologique au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	48
Figure 13. <i>Utilisation au cours de la vie d'un traitement fondé sur les données probantes pour le TDAH, avec ajustements pour les effets plafonds</i>	49
Figure 14. <i>Diagramme boîte à moustaches pour l'altération du fonctionnement de l'enfant au pré-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	51

Liste des tableaux

Tableau 1. <i>Caractéristiques démographiques et cliniques des participants au pré-traitement</i>	24
Tableau 2. <i>Satisfaction des parents après le programme TDAH 101</i>	39
Tableau 3. <i>Résultats au post-traitement et à l'évaluation de suivi</i>	40

Résumé

Plusieurs familles ayant un enfant avec TDAH n'entreprennent pas les traitements basés sur les données probantes en raison de divers obstacles reliés aux soins. Le présent essai ouvert évalue la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité préliminaire du programme TDAH 101, une intervention de groupe novatrice de quatre séances conçues pour préparer les parents en tant que consommateurs avertis à s'impliquer dans les traitements multimodaux du TDAH fondés sur les données probantes. Les participants sont 59 parents (85 % mères biologiques) d'enfants récemment diagnostiqués avec un TDAH dans une clinique de pédiatrie (5 à 11 ans; 73 % garçons; 85 % blancs). Les résultats indiquent qu'il est faisable de mettre en œuvre le programme TDAH 101, comme en témoignent les niveaux élevés de fidélité de traitement (fidélité de contenu : $M = 0,97$, $ET = 0,17$, intervalle de 0 à 1 ; et fidélité de processus : $M = 3,75-3,97$, $ET = 0,17-0,44$, fourchette 1-4) et d'implication comportementale des parents (M présence aux séances = 88%). Les familles sont également très satisfaites (M sur l'ensemble des séances = 6,06, fourchette de 1 à 7). Après le traitement, le programme TDAH 101 est associé à une augmentation de l'autonomisation des parents et de l'acceptabilité du traitement comportemental ainsi qu'à une réduction des préoccupations relatives aux traitements comportementaux (effets indésirables et faisabilité) et pharmacologiques (effets indésirables; d de Cohen absolu = 0,27 à 0,35). Lors du suivi à six mois, les effets sont maintenus pour l'augmentation de l'autonomisation des parents et pour la réduction des préoccupations concernant les traitements comportementaux et pharmacologiques (d absolus = 0,36 à 0,40). Des effets tardifs sont observés pour l'augmentation de l'acceptabilité du traitement pharmacologique et pour la diminution de la stigmatisation par affiliation (d absolus = 0,26 à 0,29). De plus, l'altération du fonctionnement de l'enfant est également réduite lors du suivi de 6 mois ($d = -0,58$). Le pourcentage des parents ayant initié une thérapie comportementale (w de Kendall = 0,63) ou une médication (w de Kendall = 0,15) augmente entre le début du programme et le suivi de six mois. Ces résultats offrent un soutien préliminaire au programme TDAH 101 en tant que programme d'implication parentale faisable, acceptable et potentiellement efficace pour favoriser les attitudes positives des parents et l'initiation des traitements du TDAH fondés sur les données probantes.

Mots clés : TDAH, programme d'entraînement aux habiletés parentales, implication des parents, autonomisation, programme TDAH 101

Introduction

Un essai ouvert du programme TDAH 101 pour impliquer les familles dans les traitements du TDAH fondés sur des données probantes

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental chronique fréquemment rencontré en contexte de soins pédiatriques (Wolraich et al., 2019) qui affecte de 6 à 7 % des enfants mondialement (Willcutt, 2012). Le TDAH est caractérisé par des niveaux anormalement élevés d'inattention ou d'hyperactivité/impulsivité et affecte deux fois plus de garçons que de filles (American Psychological Association [APA], 2022). Les symptômes du TDAH font leur apparition dans la littérature médicale en 1775, alors qu'ils sont décrits pour une première fois par le physicien allemand Melchior Adam Weikard (Weikard, 1775, tel que cité dans Barkley et Peters, 2012). Malgré la croyance véhiculée dans la société actuelle selon laquelle la prévalence du TDAH augmente, les études démontrent que celle-ci reste relativement stable depuis les trente dernières années (Polanczyk et al., 2014).

La cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* caractérise le diagnostic du TDAH par la présence d'au moins six symptômes d'inattention ou six symptômes d'hyperactivité-impulsivité pouvant se manifester sous diverses formes (APA, 2022). Les manifestations de l'inattention incluent la difficulté à porter attention ou soutenir son attention dans les tâches quotidiennes, la difficulté à suivre les consignes, les erreurs d'inattention, la difficulté d'organiser ou terminer ses travaux ou ses activités, la tendance à éviter de faire des tâches qui nécessitent un effort mental soutenu et la propension à oublier ou à perdre fréquemment les objets (APA, 2022). L'hyperactivité et l'impulsivité s'observent également par l'entremise de différents comportements dont entre autres la tendance à agiter les mains ou les pieds ou à se tortiller, la difficulté à rester assis, la tendance à courir et grimper

partout lorsque ceci est inapproprié, la difficulté à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités, la propension à agir comme s'il était « monté sur des ressorts », la tendance à trop parler, la propension à répondre aux questions avant qu'elles ne soient complétées, la difficulté à attendre son tour et la tendance à interrompre les autres ou à imposer sa présence (APA, 2013). Un diagnostic de TDAH peut être posé lorsque les symptômes du TDAH persistent pendant au moins six mois, sont présents avant l'âge de douze ans et se manifestent dans au moins deux contextes de vie de l'enfant, en plus d'interférer avec le fonctionnement social, scolaire ou familial de celui-ci (APA, 2013).

Bien que les symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité soient au cœur du diagnostic du TDAH, il est possible d'observer d'importantes variations dans la symptomatologie que présentent les jeunes avec TDAH (Sonuga-Barke et Dalen, 2015). Afin de classer ces différents profils cliniques, le DSM-5 propose trois présentations, soit la présentation inattentive (c.-à-d. au moins six symptômes d'inattention), la présentation hyperactive-impulsive (c.-à-d. au moins six symptômes hyperactifs impulsifs) et la présentation combinée (c.-à-d. au moins six symptômes d'inattention et six symptômes d'hyperactivité-impulsivité) (APA, 2013). Ces présentations du TDAH peuvent évoluer et changer au fil du développement de l'enfant (Nigg et al., 2010).

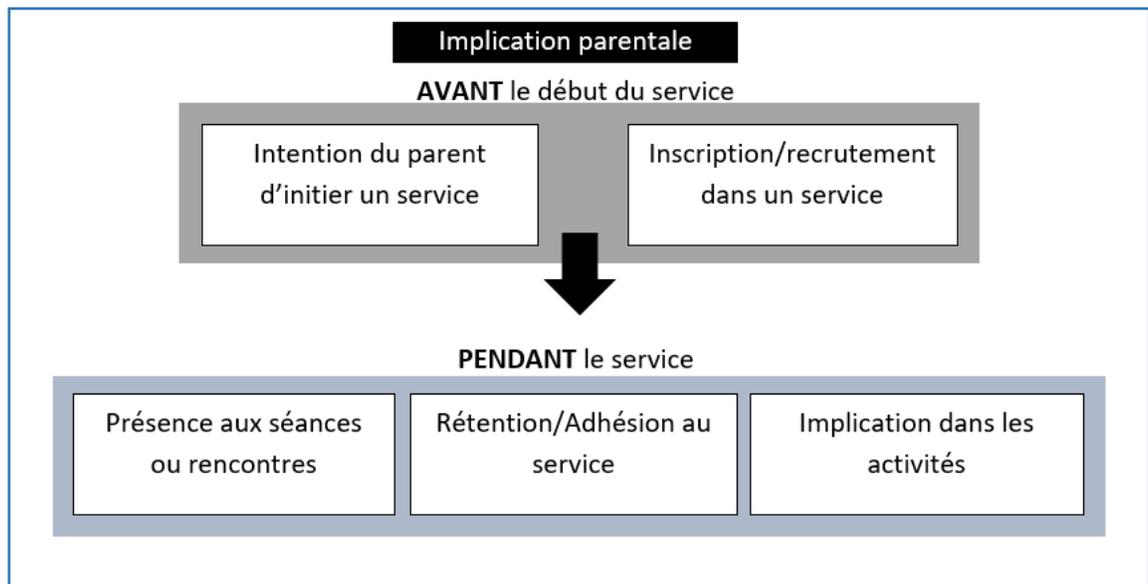
Les enfants qui ne reçoivent aucun traitement pour le TDAH peuvent avoir des difficultés à l'école (DuPaul & Stoner, 2014), à la maison (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015; Johnston & Mash, 2001) et dans les relations avec leurs pairs (McQuade & Hoza, 2015). Ceux-ci sont également à risque de développer des problèmes de santé physique (par ex. obésité, problèmes de sommeil, blessures accidentelles, mauvaise santé dentaire; Cortese et al., 2013; Cortese & Tessari, 2017; Nigg, 2013; Peasgood et al., 2016) et des problèmes de santé mentale concomitants (par ex. trouble oppositionnel avec provocation, troubles anxieux, troubles de l'apprentissage; Peasgood et al., 2016; Wilens et al., 2002). Effectivement, 67 à

80 % des enfants référés en clinique présenteraient, en plus du TDAH, un trouble de santé mentale comorbide et jusqu'à 50 % en auraient deux (Pliszka, 2015). L'incidence que peut avoir le TDAH sur le développement et la santé des enfants et des adolescents soulignent l'importance de développer des traitements pour le TDAH basés sur des données probantes. Entre autres, la médication stimulante (utile pour réduire les symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité) et les interventions comportementales (par ex. thérapie comportementale ; visant à limiter les conséquences psychosociales du TDAH), livrées seules ou en combinaison, représentent des traitements efficaces pour le TDAH (MTA Collaborative Group, 1999; Banaschewski et al., 2018). Malgré l'efficacité de ces traitements, une proportion importante d'enfants avec TDAH ne reçoit pas le traitement dont ils ont besoin (Cuffe et al., 2009; Jensen et al., 1999; Lesesne et al., 2003; Reich et al., 2006). En effet, environ 50 % des familles d'enfants avec TDAH n'initient pas ou n'adhèrent pas aux traitements recommandés par un professionnel de la santé au moment du diagnostic (Jensen et al., 1999). Notamment, une étude conduite auprès de familles ayant reçu une évaluation pour le TDAH dans une clinique hospitalière a révélé que seulement 55 % des familles suivaient la recommandation d'initier une intervention comportementale et 72 % des familles choisissaient de débiter la prise de médication pour le TDAH (Bennett, Power, Rostain, & Carr, 1996; Visser et al., 2016). Parmi les familles ayant initié un traitement pour le TDAH, le taux d'adhérence aux traitements est estimé à 50 % pour les traitements psychologiques et pharmacologiques (Brown, Borden, & Clingerman, 1985; Firestone, 1982; Firestone & Witt, 1982; Visser et al., 2015; Wang et al., 2005). Ces résultats sont préoccupants, compte tenu de la prévalence du TDAH et ses conséquences sur le fonctionnement familial, scolaire et social des enfants avec TDAH (Krain et al., 2005). Par ailleurs, ces résultats suggèrent l'existence de variables pouvant influencer, voire moduler, la décision d'un parent de demander de l'aide et de s'engager dans un traitement pour son enfant suite au diagnostic de TDAH.

Implication des parents dans les services fondés sur les données probantes

Tout d'abord, la demande d'aide et l'implication parentale dans les services basés sur les données probantes pour leur enfant s'inscrivent dans un processus complexe qui comporte plusieurs étapes et implique de multiples prises de décision. Effectivement, l'implication parentale peut être définie en deux niveaux comportant chacun différents éléments, soit 1) l'implication avant de débiter des services, caractérisée par l'intention d'un parent à initier ou non des services pour son enfant et l'inscription dans un service ainsi que 2) l'implication pendant la prestation de services, qui implique la présence aux séances, la rétention/adhésion au service et l'implication dans les activités (voir figure 1).

Figure 1. *Construit de l'implication parentale (Houle et al., 2018)*



Une approche utile pour identifier les prédicteurs de l'utilisation des services consiste à explorer les comportements de recherche d'aide de ceux qui ont besoin de services. Ainsi, les chercheurs tentent de clarifier le processus de recherche d'aide et de cerner les raisons qui amènent une personne à demander ou à ne pas demander de l'aide lorsqu'elle fait face à une difficulté. L'établissement d'un modèle de recherche d'aide permet d'identifier les facteurs sous-

jacents qui facilitent ou entravent l'accès aux services et à l'initiation des traitements. En s'appuyant sur les recherches existantes et les modèles écologiques de recherche d'aide, il est possible d'identifier différents facteurs. Notamment, les caractéristiques reliés aux services et aux politiques (par ex. politiques sociales facilitantes), aux organisations (p. ex., caractéristiques du programme offert, image positive et accessibilité de l'organisme donnant le programme, incitatifs d'accessibilité, réputation positive du programme), aux praticiens (par ex. relation positive et de confiance parent-intervenant, qualification de l'intervenant, reconnaissance et valorisation du parent), aux parents (par ex. motivation à participer, retombées perçues et perception de réponse à ses besoins, connaissance des services) et aux enfants (par ex. gravité de difficulté des comportements) peuvent influencer l'implication et la participation dans des programmes de prévention de formation comportementale pour les parents (Houle et al., 2018).

Le modèle du comportement de recherche d'aide pour le TDAH

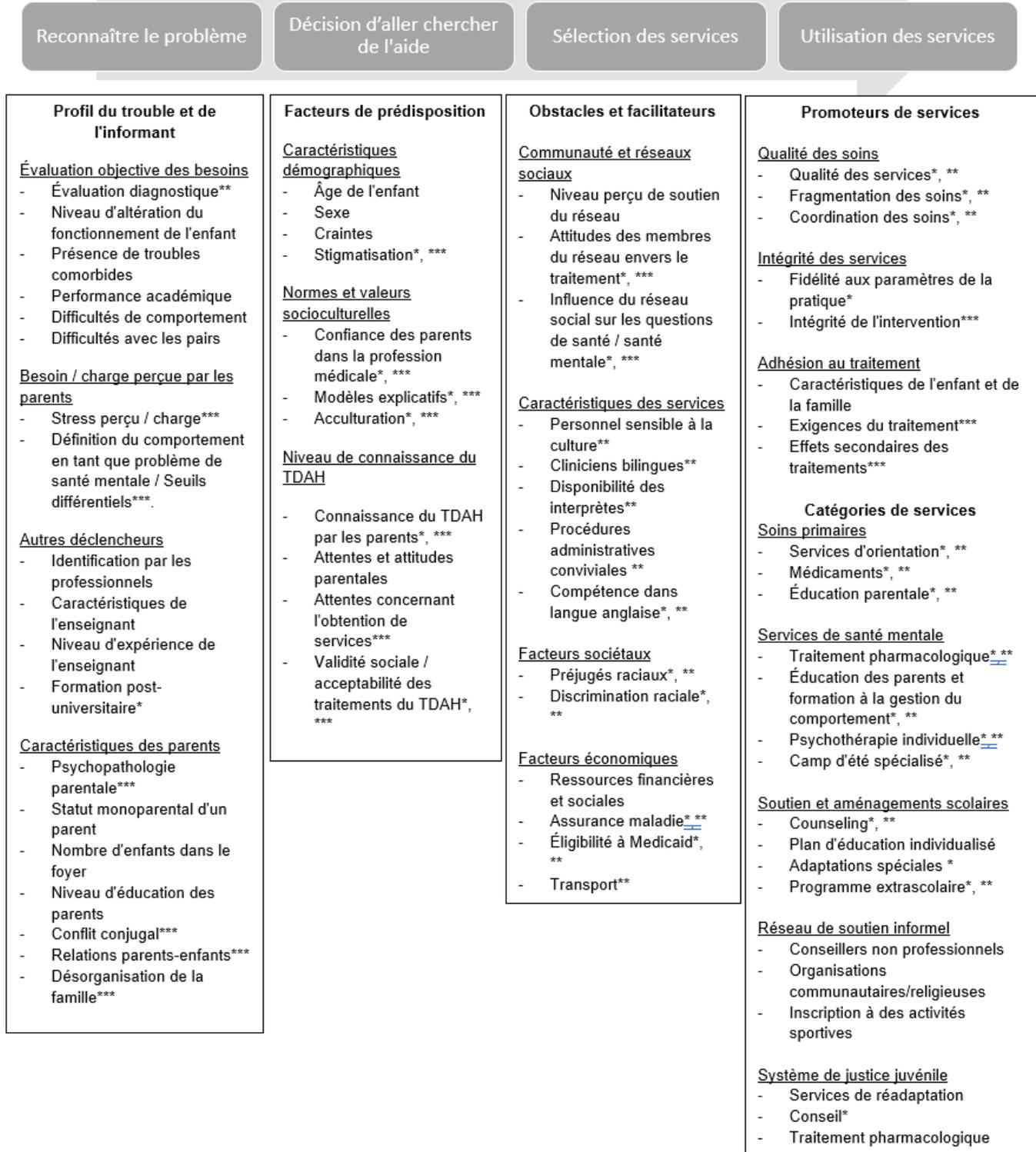
Étant donné que le TDAH est généralement identifié dès l'enfance, ce sont habituellement les parents qui initient et facilitent le processus de recherche d'aide pour le traitement du TDAH (Nock & Ferriter, 2005). Pour cette raison, le modèle du comportement de recherche d'aide pour le TDAH met donc l'accent sur les facteurs parentaux pouvant influencer la demande d'aide. Eiraldi et al. (2006) ont suggéré trois types d'obstacles que les parents d'enfants avec TDAH rencontrent lorsqu'ils franchissent les étapes du processus de recherche d'aide : a) les obstacles au niveau des politiques de santé publique (p. ex., la fragmentation des soins), b) les obstacles au niveau de l'administration des soins de santé (p. ex., l'accès, les coûts financiers), et c) les obstacles au niveau des fournisseurs de soins directs (p. ex., les attitudes et les préoccupations des parents concernant le diagnostic et les traitements). De plus, selon Eiraldi et ses collègues (2006), les parents d'enfants atteints de TDAH traversent quatre étapes dans le processus de recherche d'aide, notamment: 1) la reconnaissance du problème (c'est-à-dire la reconnaissance du comportement comme un problème important ; l'acceptation du diagnostic) ; 2) la décision de demander de l'aide (c.-à-d. la décision d'entreprendre ou non

un traitement) ; 3) la sélection des services (c.-à-d. la recherche des services que l'enfant devrait recevoir et de ceux qui sont disponibles - un processus qui peut être particulièrement difficile à suivre si un parent souffre de TDAH) ; et 4) les habitudes d'utilisation des services (c.-à-d. l'utilisation des services et le respect des recommandations de traitement de façon constante dans le temps; voir figure 2). D'autant plus, les études portant sur l'épidémiologie de ce trouble neurodéveloppemental soutiennent que l'hérédité du TDAH est de 70 à 80 % (Faraone et al., 2005; Larsson et al., 2014). Il est donc important d'envisager la possibilité qu'un parent ait lui-même un TDAH ou présente des symptômes de ce trouble, ce qui peut avoir un impact sur le rôle parental et une incidence additive sur les comportements de recherche d'aide et l'adhérence au traitement des parents d'enfants avec TDAH (p. ex., suivre les recommandations du traitement, arriver en retard au traitement ; Johnston et al., 2012 ; Thapar et al., 2013). De plus, l'obtention d'un traitement fondé sur des données probantes est souvent difficile pour les parents d'enfants atteints de TDAH en raison des obstacles dans le processus de recherche et de réception des services.

Le modèle de comportement de recherche d'aide du TDAH est un cadre théorique utile qui nous rappelle que des traitements efficaces pour les enfants atteints de TDAH doivent prendre en compte les obstacles aux soins afin de promouvoir la préparation, la volonté et la capacité d'une famille à initier et à suivre un traitement pour le TDAH à long terme basé sur des données probantes (Dishion & Stormshak, 2007; Ng & Weisz, 2016). Un modèle de comportement de recherche d'aide n'est utile que si certaines de ses composantes sont susceptibles de changer afin de promouvoir un accès équitable aux services de soins de santé (Andersen, 1995). Au niveau des cliniciens, les composantes pouvant être modifiées incluent la stigmatisation perçue par les parents des enfants avec le TDAH (par ex. la stigmatisation par affiliation; Mak & Cheung, 2008; Mikami, Chong, Saporito, & Jiwon, 2015), l'autonomisation des parents dans l'accès efficace aux services nécessaires pour leur enfant (Kutash, Duchnowski,

Green, & Ferron, 2011; Resendez, Quist, & Matshazi, 2000) et les préférences des parents envers les traitements du TDAH (Fiks, Mayne, DeBartolo, Power, & Guevara, 2013).

Figure 2. Le modèle du comportement de recherche d'aide pour le TDAH (Eiraldi et al., 2006)



Le modèle transthéorique du changement

Le modèle transthéorique du changement est un autre modèle bien établi de croyances relatives à la santé qui prédit l'implication du client dans le traitement (Prochaska, 1992). Le modèle comprend une série d'étapes fluides et non linéaires, chacune étant basée sur les convictions, les comportements et le fonctionnement actuels du client en matière de santé. Le modèle transthéorique du changement a été utile pour comprendre comment mieux conceptualiser l'état de préparation des clients au traitement et comment s'impliquer au mieux sur le plan clinique avec les clients. Ces étapes passent de la précontemplation (ne pas être prêt) à la contemplation (se préparer) à la préparation (être prêt) à l'action et à la maintenance (pratique continue dans le temps). Avec quelques exceptions récentes (Andrade et al., 2015), ce modèle a reçu très peu d'attention en ce qui concerne les interventions parentales, en particulier pour le TDAH.

La théorie de l'autodétermination

En addition, la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 1985 ; Ryan & Ryan 1985) est un cadre important qui nous permet de mieux comprendre la motivation d'un individu à changer et suggère des moyens par lesquels l'environnement social (par ex. thérapeutes, groupes) peut favoriser les motivations et les actions autodéterminées. Selon la théorie de l'autodétermination, la motivation à changer est associée : a) au sentiment d'autonomie de l'individu qui est capable d'identifier les différentes options s'offrant à lui et de déterminer la meilleure ligne d'action, b) au sentiment de compétence à accomplir les tâches qui seront nécessaires pour effectuer un changement, et c) la mesure dans laquelle ils sont en relation avec d'autres personnes et peuvent obtenir un soutien dans la direction souhaitée pour le changement. La théorie de l'autodétermination fournit un cadre utile pour comprendre comment l'entretien motivationnel peut être efficace (Ryan & Deci, 2008), et la raison pour laquelle les interventions incorporant l'entretien motivationnel (p. ex., STAND ; Sibley, 2016) sont de plus en plus utilisées avec les jeunes atteints de TDAH et leurs familles.

Nécessité des programmes favorisant l'implication parentale

Le développement de programmes visant à promouvoir l'implication des familles dans les traitements fondés sur des données probantes pour le TDAH a été identifié comme une priorité de recherche, selon les lignes directrices les plus récentes pour l'évaluation et le traitement du TDAH (Wolraich et al., 2019). Plusieurs programmes novateurs ont été mis au point pour améliorer l'implication des parents qui ont déjà décidé d'entreprendre un programme d'entraînement aux habiletés parentales (Chacko et al., 2009, 2015; Nock & Kazdin, 2005 ; Sibley et al., 2016). Bien que ces programmes visent à augmenter l'assiduité aux séances, la participation active aux séances et la réalisation des devoirs entre les séances, ils ne s'attaquent pas au problème fondamental que les familles n'amorcent souvent pas de traitements fondés sur des données probantes. À notre connaissance, ces interventions d'implication parentale n'ont jamais été évaluées auprès de familles n'ayant pas encore décidé d'amorcer un traitement ou qui ont du mal à suivre un plan d'initiation de traitement. De plus, ces programmes d'implication parentale ne se sont généralement pas concentrés sur la promotion de l'implication de la famille dans des soins complets et multimodaux, exigeant que les parents accèdent et obtiennent les services nécessaires auprès des prestataires de l'école, de la santé et de la santé mentale. En d'autres termes, les programmes d'implication parentale existants supposent un certain niveau de préparation au traitement, et certains parents ne sont pas encore prêts à commencer un traitement pour leur enfant.

Le programme TDAH 101

S'appuyant sur ces approches d'implication parentale antérieures, le programme TDAH 101 est un bref programme d'implication destiné aux familles qui en sont aux premiers stades de l'apprentissage de la gestion du TDAH de leur enfant. Il est conçu pour préparer les parents d'enfants nouvellement diagnostiqués avec le TDAH à devenir des consommateurs avertis de soins multimodaux fondés sur des données probantes pour le TDAH et à surmonter les obstacles à l'initiation et à l'implication dans le traitement (Nissley-Tsiopinis et al., 2022).

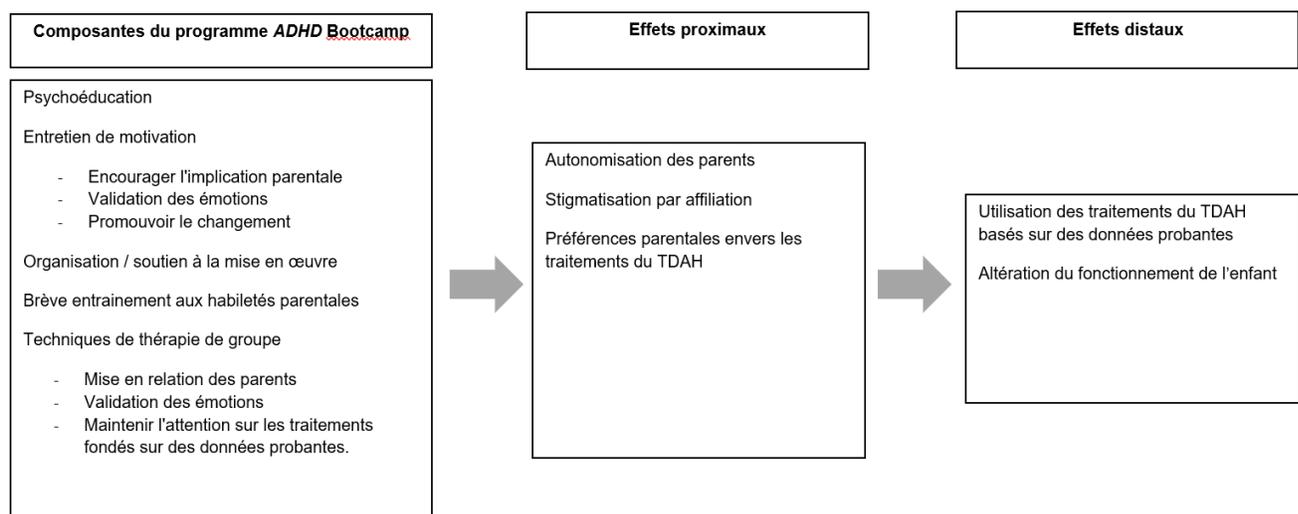
Développé à la Clinique de TDAH de l'Hôpital pour enfants de Philadelphie (CHOP), ce programme qui se déroule sur quatre semaines, est généralement administré à des groupes de 5 à 8 familles et cible les parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans ayant reçu un diagnostic relativement récent de TDAH qui ont du mal à accepter le diagnostic de TDAH de l'enfant ou qui ont des préjugés à l'égard d'une forme de traitement pour le TDAH (par ex. médication ou interventions comportementales; Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Les objectifs du programme sont 1) d'aider les parents à obtenir le soutien d'autres parents qui sont dans la même situation qu'eux; 2) de donner aux parents davantage d'informations à propos du TDAH; et 3) d'apprendre aux parents comment ils peuvent prendre en charge le TDAH de leur enfant pour l'aider à long terme. De manière similaire aux interventions de psychoéducation, le programme TDAH 101 comprend de la psychoéducation sur les symptômes et les présentations du TDAH, l'altération du fonctionnement, les comorbidités ainsi que les traitements fondés sur les données probantes pour le TDAH (Dahl et al., 2020 ; Ferrin et al., 2020). Comme les programmes d'entraînement aux habiletés parentales, le programme TDAH 101 comprend un enseignement quant aux pratiques parentales positives afin d'encourager l'autonomisation des parents, la familiarisation face aux programmes d'entraînement aux habiletés parentales et la probabilité de poursuivre ce type de traitement dans le futur. De plus, comme les programmes d'entraînement aux habiletés parentales, le programme TDAH 101 encourage l'apprentissage par le biais de discussions psychopédagogiques et d'exercices à faire à la maison entre les séances. Cependant, le programme TDAH 101 diffère des programmes typiques de psychoéducation et d'entraînement aux habiletés parentales en : (a) mettant l'accent sur l'utilisation de techniques d'entretien motivationnel pour promouvoir l'autonomie des parents dans la recherche de solutions conformes à ses objectifs et à ses valeurs, pour soutenir le mouvement de ceux-ci à travers les différentes étapes du changement et pour aider les parents à assimiler et à surmonter les obstacles à l'instauration d'un traitement, tels que les préoccupations liées à la stigmatisation du diagnostic et les préoccupations liées à des traitements spécifiques ; (b)

soutenir les capacités d'organisation, de gestion du temps et de planification des parents qui sont nécessaires pour s'engager dans le traitement notamment, en s'attaquant aux obstacles à la mise en œuvre des devoirs entre les séances et à l'élaboration d'un plan de traitement personnalisé pour leur enfant ; et (c) l'utilisation de techniques de thérapie de groupe pour mettre en relation les parents afin qu'ils décident des prochaines étapes du traitement de leur enfant.

La théorie du changement dans le programme TDAH 101

Les stratégies d'intervention incorporées dans le programme TDAH 101 sont fondées sur les théories décrites précédemment, soit le modèle du comportement de recherche d'aide pour le TDAH (Eiraldi et al., 2006), le modèle transthéorique du changement (Prochaska, 1992) ainsi que la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan 1985 ; Ryan & Ryan 1985) et peuvent être regroupées en cinq composantes principales. La théorie du changement (voir figure 3) illustre les mécanismes proposés par lesquels ces composantes d'intervention contribuent aux résultats du programme (Nissley-Tsiopinis et al., 2022).

Figure 3. Théorie du changement dans le programme TDAH 101



Premièrement, le programme TDAH 101 offre de la psychoéducation concernant le TDAH, les impacts possibles sur le fonctionnement de l'enfant, les comorbidités associées au TDAH ainsi que les traitements fondés sur les données probantes pour le TDAH (Nissley-

Tsiopinis et al., 2022). Les objectifs de cette première composante sont : a) d'aider les parents à comprendre l'impact du TDAH sur leurs enfants ainsi que leurs familles et à identifier les options pour aborder le problème, et b) de répondre aux questions que les parents peuvent se poser quant au diagnostic de TDAH et à la poursuite de la recherche d'aide et de service pour leur enfant (Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Deuxièmement, les techniques d'entretien motivationnel sont utilisées par les cliniciens du groupe afin de promouvoir l'autonomie des parents dans l'identification de solutions cohérentes avec leurs objectifs et leurs valeurs pour leur enfant et soutenir leur cheminement à travers les étapes du changement et de soutenir le mouvement des parents à travers les différentes étapes du changement (Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Troisièmement, le programme TDAH 101 fournit un soutien quant à la mise en œuvre des devoirs entre les séances. Plus précisément, lors des rencontres, les cliniciens effectuent un retour sur la complétion des devoirs. Ceci permet d'identifier en collaboration avec les parents les obstacles à la mise en œuvre du devoir ainsi que des solutions à ces obstacles. Cette composante du programme donne aux parents l'occasion de pratiquer leurs habiletés parentales et de relever leurs propres défis d'organisation, améliorant ainsi le sentiment d'autonomie des parents et promouvant l'utilisation de stratégies d'intervention parentales fondées sur les données probantes pour le TDAH (Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Quatrièmement, le programme TDAH 101 initie les parents aux techniques de thérapie comportementale (par ex, renforcement positif) en leur proposant une brève formation aux pratiques parentales positives, qui vise à promouvoir la compétence parentale et à les aider à mieux comprendre ce qu'implique la thérapie comportementale (Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Ceci fait en sorte que les parents deviennent davantage informés quant aux choix de traitements qui s'offrent à eux. Finalement, la cinquième composante du programme inclut des techniques de thérapie de groupe afin de favoriser les contacts et les liens entre les parents et ainsi offrir une validation émotionnelle à chaque participant (Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Cette composante a comme objectif de réduire le sentiment d'isolement et de stigmatisation des parents et de les aider à surmonter les

obstacles qu'ils peuvent rencontrer dans l'obtention de soins et de services pour leur enfant. Ces cinq composantes sont conçues pour améliorer l'autonomisation des parents à naviguer dans les systèmes de santé et d'éducation ainsi que les préférences parentales envers les traitements du TDAH et diminuer la stigmatisation par affiliation qu'ils peuvent ressentir. Il a été suggéré que l'amélioration de ces variables devrait contribuer à augmenter l'utilisation réelle des traitements du TDAH basés sur des données probantes dont, notamment, la thérapie comportementale (voir la figure 3; Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Une récente étude de validation de concept (Nissley-Tsiopinis et al., 2022) menée dans le cadre de soins tertiaires auprès de onze ($n = 11$) familles a suggéré que le programme TDAH 101 pourrait être faisable et acceptable et potentiellement augmenter l'autonomisation des familles à accéder aux systèmes de soins de santé et de services sociaux, les évaluations quant à l'acceptabilité de la thérapie comportementale ainsi que l'intention d'utiliser la thérapie comportementale, les services scolaires et la médication pour leur enfant.

La présente étude

Afin d'examiner plus en détail la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité potentielle de l'intervention, une évaluation du programme est réalisée dans un autre site basé dans un autre pays, en utilisant un système de prestation de services différent avec un échantillon beaucoup plus important ($n = 59$ au lieu de 11). De plus, le potentiel de maintien des effets du programme TDAH est examiné en évaluant les effets de suivi beaucoup plus longtemps après la fin du programme (six mois versus six semaines). La présente étude est réalisée dans le cadre d'un essai ouvert multisite qui se déroule simultanément à l'Hôpital Montfort, à l'Hôpital pour enfants de Philadelphie et à l'Hôpital pour enfants de Boston entre 2018 et 2020 (Institut du Savoir Montfort #2017-009). Un essai ouvert est un type d'essai clinique dans lequel aucune information n'est cachée des participants, c'est à dire que les chercheurs ainsi que les participants savent quel traitement est administré (National Cancer Institute, 2020). Les essais ouverts peuvent être utilisés afin de déterminer l'efficacité d'un traitement et peuvent être non

randomisés de sorte que tous les participants reçoivent le même traitement (Beyer-Westendorf & Büller, 2011). Le présent essai ouvert est réalisé spécifiquement à la clinique de pédiatrie de l'Hôpital Montfort et utilise un devis non randomisé et intra-sujet afin d'examiner les effets immédiatement après la participation au programme TDAH 101 ainsi que six mois après. Trois questions de recherche et trois hypothèses à priori connexes sont examinées :

- 1) Le programme TDAH 101 est-il un programme faisable pour les parents d'enfants avec TDAH sur un site différent de celui où il a été développé (c.-à-d., l'Hôpital pour enfants de Philadelphie) ? Hypothèse 1. Il est attendu que les indicateurs de la facilité d'utilisation du programme (c.-à-d. la fidélité de contenu et de processus) et de l'implication comportemental des parents (c.-à-d. la présence aux rencontres et l'adhérence aux devoirs) fournissent des preuves de la faisabilité du traitement.
- 2) Le programme TDAH 101 est-il un programme acceptable pour les parents d'enfants avec TDAH ? Hypothèse 2. Les scores de satisfaction des parents après le traitement devraient fournir des preuves de l'acceptabilité du traitement.
- 3) Le programme TDAH 101 semble-t-il avoir des effets préliminaires immédiatement après le programme et lors de l'évaluation de suivi six mois suivant la participation. Hypothèse 3 : On s'attend à ce que les parents qui participent au programme TDAH 101 rapportent une amélioration des mesures proximales et distales (c.-à-d. l'initiation de traitements fondés sur des données probantes pour le TDAH et l'altération du fonctionnement de l'enfant) après le traitement et lors du suivi. La présente étude se concentre sur trois objectifs principaux.

Objectifs

Objectif 1 : Faisabilité

Évaluer la faisabilité du programme TDAH 101 lors de son implémentation dans un site différent d'où il a été développé. Hypothèse 1: Il est attendu qu'un nombre suffisant de participants sera recruté pour former neuf groupes sur une période d'un an, que les participants seront présents à 85 % des séances et qu'ils complèteront au moins 75 % des devoirs hebdomadaires.

Objectif 2 : Acceptabilité

Évaluer l'acceptabilité parentale du programme TDAH 101. Hypothèse 2: Il est attendu que les parents auront une satisfaction élevée face au programme, telle que mesurée par des évaluations globales (moyenne de 6/7).

Objectif 3 : Effets préliminaires proximaux et distaux du programme TDAH 101

Évaluer si les mesures proximales (c.-à-d., l'autonomisation des parents [Kutash et al., 2011; Resendez et al., 2000], la stigmatisation par affiliation [Mak & Cheung, 2008; Mikami et al., 2015] et les préférences parentales envers les traitements du TDAH [Fiks et al., 2013]) et les mesures distales (c.-à-d., utilisation des traitements pour le TDAH basés sur des données probantes et l'altération du fonctionnement de l'enfant) changent suite à la participation au programme TDAH 101. Hypothèse 3 (effets proximaux): Il est attendu que les parents ayant reçu le programme TDAH 101 rapporteront 1) une hausse de l'autonomisation vis-à-vis les services nécessaires pour leur enfant, 2) une réduction de la stigmatisation par affiliation et 3) une hausse de leurs préférences envers les traitements comportementaux et pharmacologiques pour le TDAH. Hypothèse 4 (effets distaux): Il est également attendu que les parents amorceront davantage de traitements pour le TDAH basés sur des données probantes après avoir participé

au programme TDAH 101. Étant donné la nature exploratoire des analyses réalisées pour mesurer les effets distaux sur le plan de l'altération du fonctionnement de l'enfant, aucune hypothèse n'est formulée à cet effet.

Méthode

Participants

La présente étude est réalisée auprès de 59 parents d'enfants avec TDAH âgés de 5 à 11 ans (74,6 % masculin). Parmi ces parents, 89,8 % sont des mères biologiques, 8,5 % des pères biologiques, 3,4 % des tuteurs légaux, 1,7 % des beaux-pères et 1,7 % des mères adoptives. Cinquante parents (84,7 %) ont indiqué vivre dans un foyer familial dont les deux parents étaient mariés ou unis civilement, trois parents (5,1 %) ont déclaré être séparés ou divorcés, mais participer à la coparentalité dans un ménage biparental, et six parents (10,2 %) ont déclaré être des parents seuls. Les familles ont été recrutées sur une période de 12 mois (septembre 2018 - 2019) à travers une clinique pédiatrique spécialisée basée dans un hôpital du sud du Canada. Faisant partie d'un hôpital universitaire francophone, cette clinique pédiatrique fournit des services de consultation de soins secondaires aux médecins de famille pour les enfants de la naissance à 16 ans. L'équipe se compose de six pédiatres, de deux infirmières, d'un psychologue pédiatrique (0,2 ETP) et d'un ou deux étudiants au doctorat. Les évaluations de suivi de 6 mois ont été réalisées en mars 2020. Voir le tableau 1 pour les caractéristiques démographiques et cliniques des participants au pré-traitement. Comme les groupes ont été organisés en français et en anglais, des comparaisons ont été faites lors du pré-traitement entre les deux groupes de familles, ce qui a révélé l'absence de différences significatives entre les participants francophones ($n = 40$) et anglophones ($n = 19$) en ce qui concerne ces caractéristiques démographiques et cliniques.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et cliniques des participants au pré-traitement

Sexe de l'enfant (% male)	72,9
Âge de l'enfant, en année, <i>M (ÉT)</i>	8,31 (1,65)
Origine ethnique de l'enfant (%)	
Caucasien/blanc	84,7
Origines ethniques mixtes	11,9
Asiatique canadien	1,7
Afro-Canadien/Noir	1,7
Langue maternelle de l'enfant (%)	
Français	67,8
Anglais	25,4
Bilingue (Français et anglais)	6,8
Nombre de symptômes de TDAH chez l'enfant	
Inattention, <i>M (ÉT)</i>	6,32 (2,10)
Hyperactivité, <i>M (ÉT)</i>	5,25 (2,57)
Utilisation à vie de la médication (%)	59,3
Utilisation à vie de la thérapie comportementale (%)	5,1
Trouble d'apprentissage comorbide (%)	25,4
Trouble d'opposition avec provocation comorbide (%)	11,9
Trouble anxieux comorbide (%)	6,8
Difficultés de l'enfant: (%) ^a	
Relation avec les pairs	72,9
Relation avec la fratrie	76,6
Relation avec les parents	89,8
Progrès académique	84,7
Estime de soi	78,0
Fonctionnement familial	86,4
Altération globale du fonctionnement et nécessité d'un traitement	96,6
	Parent (<i>N</i> = 59)
Sexe du parent (% female)	89,8
Âge du parent, en année, <i>M (ÉT)</i>	39,50 (6,56)
Niveau d'éducation du parent (%)	
Diplôme d'études secondaires ou moins	10,2
A commencé des études collégiales/universitaires ou postsecondaires	1,7
Diplôme d'études collégiales ou d'une technique	32,2
Diplôme d'études universitaires	40,7
Diplôme d'études supérieures (par ex., MD, MA, PhD)	15,3
Statut d'emploi du parent (% travail à temps plein)	83,1
Revenu familial (CAD annuel), <i>M (ÉT)</i>	114,321 (41,828)
Statut familial (% ménage à deux parents)	89,8

Note. *N* = 59. CAD = Dollars canadien

^a Le fonctionnement d'un enfant a été considéré atteint s'il obtenait un score ≥ 3 sur une sous-échelle. (Fabiano et al., 2006).

Il n'y avait pas de différences significatives entre les participants avec ou sans données à l'évaluation post-traitement ou l'évaluation de suivi pour pratiquement toutes les 33 variables du tableau. Cependant, les participants sans données lors de l'évaluation de suivi (*N* = 5) étaient plus susceptibles de vivre dans des ménages monoparentaux que les participants avec données à ce temps de mesure (*N* = 54).

Procédure

Les parents ont donné leur consentement libre et éclairé pour participer. Les parents potentiellement intéressés ont été informés que le programme TDAH 101 a été conçu comme un programme de prétraitement pour (a) aider les parents à devenir autonomes dans le processus de prise de décision partagée du TDAH (c'est-à-dire participer conjointement aux décisions, échanger des informations et des préférences, et décider d'un plan de traitement ; Charles et al., 1997), (b) obtenir le soutien d'autres parents qui sont dans la même situation qu'eux, et (c) savoir comment accéder aux options de traitement disponibles. Les aidants ont également été informés que l'objectif de l'étude était d'évaluer si le programme était faisable, acceptable et potentiellement utile.

Détermination de l'éligibilité des participants

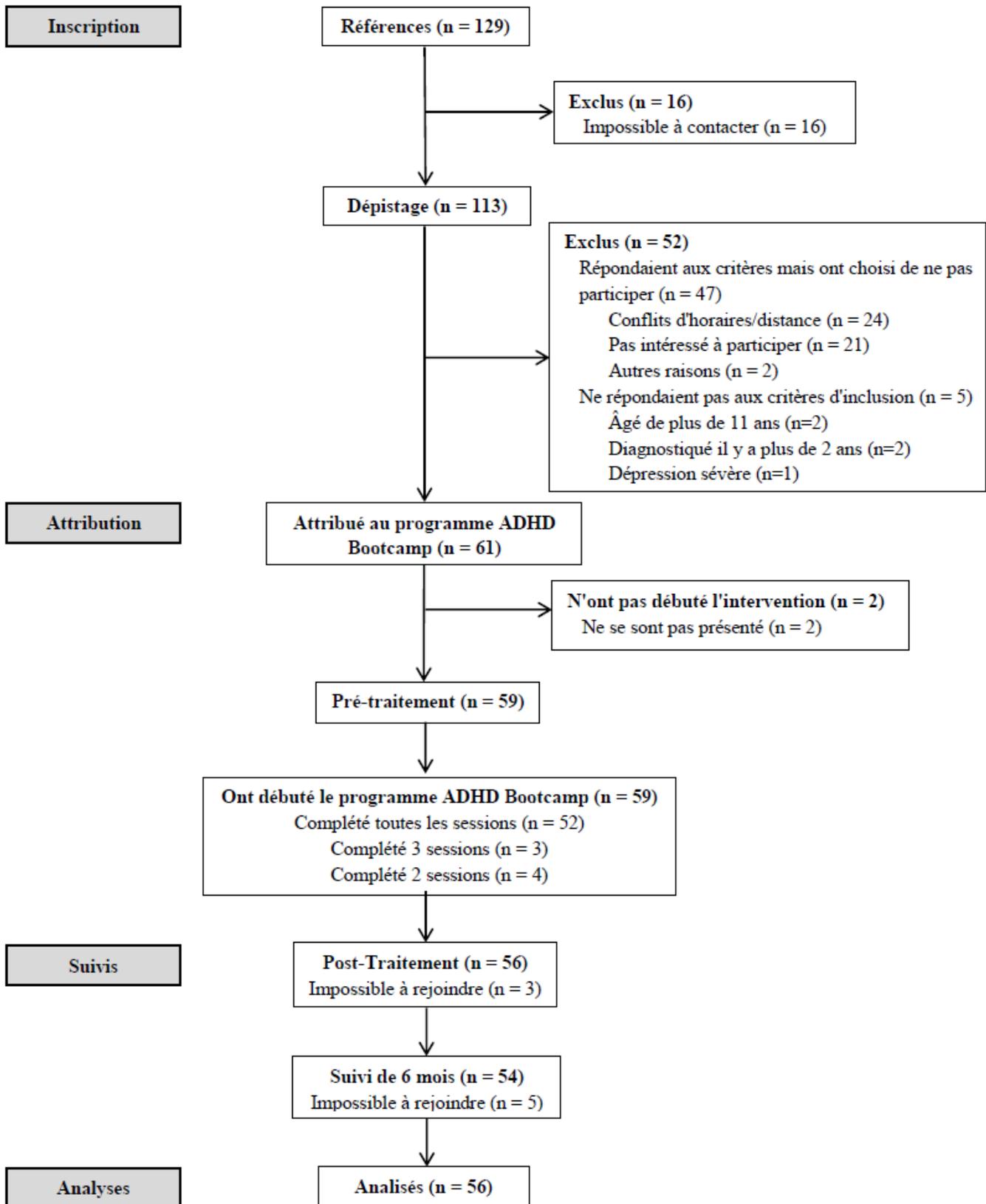
Les parents d'enfants âgés de 5 à 11 ans qui avaient reçu un diagnostic de TDAH établi par un pédiatre et basé en partie sur les résultats des échelles d'évaluation des parents et des enseignants dans les deux années suivant le dépistage initial pouvaient participer à l'étude. La présence de comorbidités a été déterminée par un dépistage téléphonique effectué auprès des parents. La plupart des enfants présentant des conditions comorbides ont été inclus. Toutefois, les enfants présentant les comorbidités suivantes ont été exclus : déficience intellectuelle, trouble du spectre autistique, psychose, idées ou comportements suicidaires ou homicidaires actifs, ou comportements d'automutilation au moment du dépistage. Par ailleurs, pour cet essai ouvert, les familles d'enfants qui avaient recours à un traitement pharmacologique ou à la thérapie comportementale pour le TDAH ont été autorisées à s'inscrire à l'étude (voir tableau 1).

Procédures d'évaluation

Les parents éligibles ont rempli un questionnaire développemental et des mesures cliniques (p. ex., des évaluations quant aux symptômes de TDAH) lors du pré-traitement.

Ils ont également rempli des mesures proximales au pré-traitement, au post-traitement ainsi que lors de l'évaluation de suivi (qui a eu lieu six mois après leur participation au programme TDAH 101) ainsi que des mesures distales au pré-traitement et lors de l'évaluation de suivi. Ces questionnaires d'auto-évaluation ont été remplis par téléphone, fax, par la poste ou en personne. Des étudiants diplômés ou de premier cycle formés ont administré la mesure quant à l'utilisation des traitements du TDAH basés sur des données probantes par téléphone ou en personne lors du pré-traitement et de l'évaluation de suivi. Enfin, les parents ont également fourni par écrit leur satisfaction hebdomadaire ainsi qu'une évaluation globale du programme TDAH 101 après chaque séance et au terme du programme. Les parents ont reçu 20 \$ CAD chaque fois qu'ils ont rempli les mesures de l'étude au départ, après le traitement et au cours du suivi.

Figure 4. Diagramme CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials diagram)



Description du programme

Le programme TDAH 101 consiste en quatre rencontres de groupe pour les parents d'une durée de 90 minutes chacune, animées une fois par semaine par un psychologue et un étudiant au doctorat en psychologie. Le programme TDAH 101 est donné à des groupes composés de six à huit familles. Le parent qui s'inscrivait à l'étude était invité à assister à toutes les séances du programme TDAH 101 et à remplir l'ensemble des mesures. Brièvement, la séance 1 a pour but d'aider les parents à comprendre le diagnostic du TDAH, son évolution à travers le temps, les traitements fondés sur les données probantes pour le TDAH et d'aborder les préoccupations des parents concernant l'acceptation du diagnostic de leur enfant. La séance 2 vise à aider les parents à comprendre et échanger entre eux quant aux impacts du TDAH sur la vie familiale, introduit les parents à la thérapie comportementale en mettant l'accent sur le renforcement positif et permet d'aborder les préoccupations que les parents peuvent avoir en lien avec la thérapie comportementale. La séance 3 vise à aider les parents à comprendre les enjeux neurodéveloppementaux liés au TDAH, les facteurs à prendre en compte lors de la décision d'avoir recours à la médication et à répondre à leurs questions et à aborder leurs préoccupations concernant la médication comme traitement pour leur enfant. Enfin, la séance 4 aborde l'impact du TDAH à l'école, la manière dont les parents peuvent établir une collaboration avec l'école et favoriser une bonne relation parent-enseignant dans le but de promouvoir la réussite scolaire de leur enfant ainsi que de répondre aux inquiétudes des parents concernant la mise en place de services en milieu scolaire pour leurs enfants. Un plan des rencontres du programme TDAH 101 se trouve à l'annexe A.

Au total, neuf groupes du programme TDAH 101, comprenant 5 à 8 familles, ont été organisés (six ont été organisés en français, trois en anglais). Les groupes étaient dirigés par un psychologue clinicien agréé, assisté d'un étudiant diplômé en psychologie clinique. Le psychologue clinicien et l'étudiant diplômé étaient tous deux bilingues (français et anglais) et se rencontraient pendant une heure chaque semaine pour la supervision afin de discuter de la

séance de la semaine précédente et de planifier la séance suivante. Une attention particulière a été portée à l'horaire des rencontres afin de planifier les séances à un moment qui convenait aux familles. Pour réduire les obstacles à la participation, un service de garde d'enfants et un stationnement gratuit ont été offerts aux participants. De plus, les familles ayant manqué une séance du programme TDAH 101 ont été invitées à se présenter 45 minutes avant le début du prochain groupe afin de reprendre l'information vue la semaine précédente. Au total, cinq familles (8,5 %) ont bénéficié de séances de rattrapage individuelles : une famille en a reçu deux et quatre familles en ont reçu une.

Des devoirs ont été assignés aux parents entre les séances du programme TDAH 101 et abordés lors de la séance suivante afin de discuter des obstacles que les parents ont rencontrés durant la semaine. Les devoirs sont conçus pour présenter aux parents les traitements fondés sur des données probantes pour le TDAH et pour soutenir le développement d'un plan de soins pour leur enfant. Au cours des quatre séances du programme, les cliniciens ont introduit du contenu lié au TDAH parental et ont adressé les défis organisationnels susceptibles d'affecter leur initiation et leur adhésion à un traitement pour le TDAH de leur enfant. Chaque semaine, à la suite des rencontres du programme TDAH 101, les parents ont rempli un questionnaire de satisfaction du programme TDAH 101 et les cliniciens ont rempli des listes de vérification de fidélité de processus et de contenu afin d'assurer la fidélité du traitement.

Mesures

Mesures descriptives

Mesures démographiques. Les parents ont complété un dépistage téléphonique ainsi qu'un formulaire de données démographiques sur leur enfant (c.-à-d. le sexe, l'âge, l'origine ethnique, la langue principale, les comorbidités, la médication) et sur les parents (c.-à-d. l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le statut d'emploi, le revenu familial, la situation familiale) (Annexe B).

Évaluation des symptômes du TDAH de l'enfant. Le questionnaire de Swanson, Nolan et Pelham (SNAP ; Swanson et al., 2001; voir Annexe C) a été administré aux parents par téléphone et a permis d'évaluer les symptômes de TDAH de l'enfant. Le nombre de symptômes endossés pour chaque sous-type du TDAH, soit l'inattention ou l'hyperactivité/impulsivité, a été utilisé pour caractériser l'échantillon avec un total de neuf symptômes possibles pour chaque sous-type.

Faisabilité du programme

Fidélité de traitement. Des listes de vérification de fidélité de contenu (Annexe D) ont été complétées et codées indépendamment par les deux cliniciens du programme TDAH 101 à la fin de chacune des séances du programme afin de vérifier que chaque sujet inclus dans le manuel de traitement du programme a été présenté lors de la séance. Les cliniciens ont évalué la fidélité de contenu du programme TDAH 101 à l'aide d'une échelle dichotomique si chacun des sujets du manuel de traitement a été présenté ou non présenté durant la séance (0 ; non mis en œuvre ou 1 ; mis en œuvre). La liste de vérification de la fidélité du contenu comprenait 13 à 14 items par séance (pour un total de 54 éléments par groupe ou 486 éléments dans les 9 groupes [36 séances]).

La fidélité de processus du programme TDAH 101 a été mesurée à partir d'une liste de vérification de fidélité de processus à cinq items (Normand et al., 2019; voir Annexe E). Les cinq items à complétés ont permis d'évaluer 1) dans quelle mesure les cliniciens ont utilisé des questions ouvertes, des affirmations, des réflexions et des résumés pour encourager l'engagement des parents, 2) dans quelle mesure ils ont validé le désir, la capacité, les raisons et le besoin des parents face au changement (p. ex., accepter le diagnostic ou le traitement de leur enfant, compléter les devoirs, etc.), 3) dans quelle mesure ils ont fourni un soutien social, un soutien émotionnel ou une validation des sentiments des parents, 4) dans quelle mesure ils ont créé des liens entre les parents et mis à profit les expériences ou les efforts partagés par les parents, et 5) la façon dont ils ont gardé les parents concentrés sur les principes fondamentaux

et les pratiques fondées sur des données probantes lors de discussions hors sujet ou lorsque les parents feront des suggestions contre-indiquées par le programme TDAH 101 (p. ex., la punition corporelle, les stratégies parentales négatives, etc.). Les cliniciens ont évalué les cinq éléments du processus sur une échelle de Likert allant de 1 (non mis en œuvre) à 4 (entièrement mis en œuvre) à deux reprises, soit pour la partie « Introduction/Revue des devoirs » de la séance et pour la partie « Nouveau contenu » de la séance. Les scores moyens de tous les items de contenu (allant de 0 à 1) et des cinq items de la fidélité de processus (allant de 1 à 4) codés par le codeur principal ont été utilisés dans les analyses. Les évaluations indépendantes complétées par le second clinicien ont, quant à elles, été recueillies pour calculer la fiabilité inter-juges de la fidélité de contenu et de processus (fidélité du contenu ; $\kappa = 0,90$; fidélité du processus, ICC = 0,74 - 0,80).

Implication comportementale des parents. La présence des familles à chaque séance du programme TDAH 101 a été notée par le coordonnateur de l'étude. Ce dernier a également noté si les parents ont assisté à une séance de rattrapage individuelle (s'ils ont manqué une séance). De plus, après chaque séance du programme, le coordonnateur de l'étude a fait des photocopies de tous les devoirs complétés. Par la suite, un assistant de recherche a évalué de manière indépendante la mesure dans laquelle chaque feuille de devoirs a été remplie et a calculé le total de ces évaluations, en utilisant une procédure de notation adaptée à l'adhésion aux devoirs (Clarke et al., 2015). Chacun des quatre devoirs a été noté à l'aide d'une échelle à deux points (0 = pas tenté ou soumis, 1 = tenté et soumis). La cotation de 25 % des devoirs sélectionnés au hasard effectué de manière indépendante par un second assistant de recherche a démontré une excellente fiabilité inter-juges ($\kappa = 0,92$). Le pourcentage de devoirs terminés a été calculé.

Acceptabilité du programme

Satisfaction des parents. La satisfaction des parents à l'égard du programme TDAH 101 a été évaluée lors de l'évaluation post-traitement à l'aide d'un questionnaire de satisfaction (MTA Cooperative Group, 1999). Les parents ont évalué l'utilité de chacune des quatre séances du programme ainsi que cinq aspects du programme, soit l'organisation des séances, l'information fournie, la possibilité de partager avec d'autres familles, la documentation des séances et les devoirs à faire entre les séances. Chaque élément a été évalué sur une échelle de Likert à 7 points (1= pas utile ; 4 = utile ; 7= extrêmement utile). Les scores moyens de satisfaction pour chacune des séances et pour chaque aspect du programme ont été rapportés.

Mesures d'impact proximales du programme

Autonomisation des parents. The Family Empowerment Scale (FES; Koren et al., 1992; voir Annexe F) évalue l'autonomisation des parents dans trois domaines différents (la famille, le système de soins pour les enfants et l'environnement communautaire et politique).

La fiabilité et la validité du FES ont été bien établies avec une cohérence interne de $\alpha = 0,92$ à $0,95$ et une fidélité test-retest variant de $r = 0,77-0,85$ (Koren et al., 1992; Taylor et al., 2017).

Dans le cadre de l'étude, la sous-échelle d'autonomisation des parents en lien avec le système de soins pour les enfants a été utilisée (12 items). Cette sous-échelles sert à évaluer la capacité des parents à accéder et à travailler efficacement avec les systèmes de soins et services de santé pour son enfant. Chaque item est évalué sur une échelle de cinq points (de 1 = pas du tout vrai à 5 = très vrai). Le score moyen de l'item a été utilisé comme indice de l'autonomisation des parents, les scores les plus élevés étant les plus favorables. La fiabilité et la validité du FES ont été établies (Resendez et al., 2000). Dans le présent échantillon, la cohérence interne de la sous-échelle d'autonomisation des parents en lien avec le système de soins est jugée bonne ($\alpha = 0,89$).

Stigmatisation par affiliation. Une version du questionnaire Affiliate Stigma

Questionnaire (ASQ; Mak & Cheung, 2008; voir Annexe G) adaptée aux symptômes du TDAH (12 items; Mikami et al., 2015) a été utilisée afin d'évaluer le sentiment de stigmatisation ou d'isolement des parents en lien avec le TDAH de leur enfant. Les réponses allaient de 1 à 4 (1 = pas du tout à 4 = très souvent). En suivant les procédures utilisées par Mikami et ses collègues (2015), le score moyen des items de cette échelle a été calculé et utilisé comme indicateur du niveau global de préoccupation des parents en lien avec la stigmatisation par affiliation. Les propriétés psychométriques (cohérence interne, validité prédictive et validité concurrente) de l'ASQ se sont avérées solides (Mak & Cheung, 2008 ; Mikami et al., 2015). Les propriétés psychométriques (cohérence interne de 0,85 à 0,94, validité prédictive allant de $r = 0,27-0,52$ et validité de construit) de l'ASQ sont excellentes (Chang et al., 2015; Mak & Cheung, 2008; Mikami et al., 2015). Dans le présent échantillon, la cohérence interne de l'échelle du sentiment de stigmatisation des parents en lien avec le TDAH de leur enfant est jugée bonne ($\alpha = 0,89$).

Préférences parentales envers les traitements du TDAH. L'instrument ADHD

Preference and Goal Instrument (ADHD PGI; Fiks et al., 2013; voir Annexe H) comprend des sous-échelles spécifiques permettant d'évaluer les préférences des parents face aux traitements pharmacologiques et psychologiques. Sa cohérence interne ($\alpha \geq 0,74$), sa fiabilité test-retest (ICC= 0,7–0,9), sa structure et sa validité de construit sont adéquates (Fiks et al., 2012). Dans cette étude, nous avons utilisé les sous-échelles abordant les préférences quant à la médication (16 items) et à la thérapie comportementale (14 items). Les sous-échelles de préférences qui ont été utilisées comprennent des sous-échelles liées à l'acceptabilité, aux problèmes de faisabilité, aux effets indésirables des deux traitements et à la stigmatisation face à la médication. Chaque item a été évalué sur une échelle de cinq points pour indiquer le degré d'accord des parents avec les items quant à leurs préférences de traitement (0 = pas du tout ; 1 = un peu ; 2 = en partie ; 3 = Beaucoup ; 4 = complètement). Les scores moyens des items ont été calculés pour chaque sous-échelle. Des scores plus élevés sur la sous-échelle

d'acceptabilité sont plus favorables, et des scores plus élevés sur les problèmes de faisabilité, les effets indésirables et la stigmatisation sont moins favorables. La mesure a une cohérence interne, une fiabilité test-retest, une validité de construction et une validité concurrente adéquate (Fiks et al., 2012). Dans le présent échantillon, la cohérence interne des sous-échelles de l'acceptabilité et des effets indésirables en lien avec la thérapie comportementale sont jugées adéquates (respectivement 0,76 et 0,73), alors que la sous-échelle des préoccupations quant à la faisabilité de la thérapie comportementale est jugée relativement adéquate ($\alpha = 0,67$) malgré que l'alpha de Cronbach soit sous le seuil. De plus, la cohérence interne de la sous-échelle des préoccupations quant à la faisabilité et les effets indésirables de la médication sont jugées adéquates (respectivement 0,79 et 0,73), alors que la sous-échelle de l'acceptabilité et de la stigmatisation en lien avec la médication sont jugées bonnes (respectivement 0,86 et 0,80).

Mesures d'impact distales du programme

Utilisation des traitements du TDAH basés sur des données probantes. Le questionnaire Receipt of evidence-based treatment for ADHD (Fiks et al., 2013; Thapar et al., 2013; Annexe I) a été complété par téléphone sous la forme d'une entrevue avec les parents et a permis de recueillir de l'information quant aux traitements (pharmacologique ou psychologique) reçus par l'enfant ou la famille pour le TDAH de l'enfant. Si l'enfant ou la famille recevait des traitements pour le TDAH, des sous-questions sur le type de traitement, la posologie et la durée ont été posées.

Altération du fonctionnement de l'enfant. L'IRS (Fabiano et al., 2006; voir Annexe J) est une mesure à huit items développés afin d'évaluer le fonctionnement des enfants avec TDAH dans plusieurs sphères de vie. L'IRS présente une bonne validité convergente, discriminante, une stabilité test-retest et une sensibilité au traitement (Fabiano et al., 2007; Power et al., 2014). Dans le présent échantillon, la cohérence interne de cette mesure en lien avec le fonctionnement de l'enfant est jugée adéquate ($\alpha = 0,77$).

Analyses statistiques

Faisabilité du programme (Hypothèse #1)

La moyenne et les écarts types de tous les items de fidélité de contenu et de chacun des cinq items de fidélité de processus ont été calculés d'abord pour chaque séance, puis pour l'ensemble des séances. De plus, le pourcentage de séances auxquelles les parents ont assisté, de séances de rattrapage offertes et de devoirs remis a été calculé.

Acceptabilité du programme (Hypothèse #2)

La moyenne et les écarts types des scores de satisfaction des évaluations globales des parents après leur participation au programme TDAH 101 ont été calculés par séance ainsi que pour chacune des composantes du programme.

Efficacité préliminaire du programme (Hypothèses #3-4)

D'abord, il est important de mentionner que la quantité de données manquantes était très faible. Les données des mesures proximales et distales étaient complètes pour tous les participants à l'évaluation pré-traitement et au post-traitement. Toutefois, 3,7 % des participants avaient des données manquantes pour les mesures proximales et distales lors de l'évaluation de suivi réalisée 6 mois après la livraison de l'intervention. La méthode de suppression par liste (c.à.d., *Listwise Deletion* ; méthode de traitement des données manquantes qui consiste à supprimer tous les cas avec une valeur manquante ; Allison, 2010) a été utilisée pour pallier aux données manquantes. Avant de procéder aux analyses statistiques, les distributions des résultats pour chaque mesure ont été examinées afin de déterminer si les hypothèses de normalité étaient respectées et si des données aberrantes significatives étaient présentes. Ceci étant dit, les distributions des mesures de résultats ont satisfait aux hypothèses de normalité.

Pour tester les effets immédiats de l'intervention, nous avons effectué une série d'analyses de variance à mesures répétées (ANOVA) en utilisant le Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 28.0 (SPSS Inc, Chicago, IL). La variable intra-sujet du temps

de mesure reflétait les changements dans les scores individuels des participants entre le pré-traitement et le post-traitement. Ces analyses ont été effectuées séparément pour les mesures proximales et distales. Étant donné la nature préliminaire de cet essai pilote, aucun ajustement n'a été effectué pour les comparaisons multiples (Perneger, 1998).

Pour tester les effets de plafond et de plancher de l'intervention, nous avons effectué une série distincte d'analyses de variance à mesures répétées (ANOVA) avec la variable intra-sujet du temps de mesure reflétant les changements entre le pré-traitement et l'évaluation de suivi. Ces analyses ont été menées séparément pour les mesures proximales et distales. Encore une fois, aucun ajustement n'a été effectué pour les comparaisons multiples.

Pour estimer les effets potentiels du traitement, les tailles d'effet ont été calculées dans le but de déterminer le changement entre le pré-traitement et le post-traitement (pour les mesures proximales), et entre le pré-traitement et l'évaluation de suivi (pour les mesures proximales et distales). Le d de Cohen a été calculé pour chacune des variables continues en soustrayant la moyenne obtenue au pré-traitement de la moyenne obtenue au post-traitement (effets immédiats) ou à l'évaluation de suivi (effets dormants) et en divisant par l'écart type de base (Fabiano et al., 2011). Le w de Kendall a été utilisé pour estimer les tailles d'effet pour les variables catégorielles (c.-à-d. la réception d'un traitement fondé sur des preuves pour le TDAH). Les conventions pour le d de Cohen sont 0,2 = petit, 0,5 = moyen et 0,8 = grand ; les conventions pour le w de Kendall sont 0,1 = petit, 0,3 = moyen et 0,5 = grand (Cohen, 1988).

Analyses de sensibilité

Étant donné que des effets de plafond et de plancher substantiels ont été constatés sur certaines mesures dans des études antérieures (Nissley-Tsiopinis et al., 2022), des analyses ont été effectuées afin de déterminer l'impact des effets de plafond/plancher sur les résultats actuels. Pour ce faire, nous avons identifié les variables pour lesquelles au moins 10 % des participants avaient des scores " parfaits " au pré-traitement (p. ex., ceux qui n'avaient aucun

problème au départ ou qui avaient un score moyen de 0 sur les sous-échelles du ADHD PGI) et avons refait les analyses sans ces participants.

Résultats

Faisabilité du programme (Hypothèse #1)

De manière générale, la fidélité du contenu était excellente ($M = 0,96$, $ÉT = 0,19$; étendue possible = 0-1). Les scores de fidélité au processus étaient également élevés pour les cinq éléments du processus : a) encourager l'engagement des parents ($M = 3,86$, $ÉT = 0,35$; étendue possible = 1-4) ; b) susciter et renforcer le discours des parents afin de faire face au changement ($M = 3,76$, $ÉT = 0,43$) ; c) fournir une validation émotionnelle ($M = 3,90$, $ÉT = 0,30$) ; d) créer des liens entre les parents ($M = 3,75$, $ÉT = 0,44$) ; et e) garder les parents concentrés sur les principes fondamentaux et les pratiques fondées sur des données probantes ($M = 3,97$, $ÉT = 0,17$).

La participation des parents au groupe a été très élevée lors des quatre rencontres du programme TDAH 101 ($M = 94,9\%$; $ET = 91,5\% - 96,6\%$). La majorité (86,4 %) des parents ont assisté à l'ensemble des rencontres du programme, 6,8 % ont assisté à trois séances et 6,8 % à deux séances. Des séances de rattrapage ont été offertes aux parents pour 50 % des séances manquées ($n = 6 / 12$). Parmi les 53 familles dont les deux parents étaient ensemble, 43,4 % ont vu les deux parents assister à au moins une séance lors de leur participation au programme.

Dans l'ensemble, les parents ont remis une moyenne de 2,95 des devoirs hebdomadaires qui étaient à effectuer à la maison entre les rencontres ($ÉT = 1,15$; étendue = de 0 à 4). Plus précisément, 89,5 % des parents ont effectué leur devoir après la séance 1 (c.-à-d., Suivi du temps passé en compagnie de mon enfant; Annexe K), 89,3 % d'entre eux ont effectué leur devoir après la séance 2 (c.-à-d., L'art des félicitations efficaces; Annexe L), et 81,0 % des parents ont effectué au moins un des deux devoirs après la séance 3, soit 62,1 %

(c.-à-d., Utilisez votre attention; Annexe M) et 63,6 % (c.-à-d., Plan individualisé pour les soins de suivi – Médication et traitement comportemental; Annexe N), respectivement.

Acceptabilité du programme (Hypothèse #2)

En général, la satisfaction des parents à l'égard du programme était élevée, $M = 6,06$ (ET = 0,82 ; étendue de 5,85 à 6,18 ; note maximale possible de 7 [extrêmement utile]). La satisfaction à l'égard des différentes composantes du programme variait de 6,08 à 6,55 (voir le tableau 2). Comme autre indicateur de l'acceptabilité du programme, 95 % (56/59) des familles ont assisté à l'ensemble des rencontres ayant donc complété le programme TDAH 101 et les données manquantes étaient minimales, ce qui suggère que les parents ont pu se conformer aux méthodes de collecte de données.

Efficacité préliminaire du programme (Hypothèses #3-4)

Changements dans les mesures proximales

Dans un premier temps, les résultats ont démontré des effets immédiats et durables du programme TDAH 101 en termes d'augmentation de l'autonomisation des parents dans l'accès et la collaboration avec différents systèmes de soins et services pour leur enfant lors de l'évaluation post-traitement et l'évaluation de suivi. La taille de ces effets était faible à moyenne. Bien qu'il n'y ait pas eu d'effet immédiat quant à la réduction de la stigmatisation par affiliation des parents suite à la participation au programme TDAH 101, nous avons trouvé un effet de traitement tardif de taille petite à moyenne lors de l'évaluation de suivi réalisée 6 mois après la participation au programme (voir tableau 3 et figures 5-6).

Tableau 2. Satisfaction des parents après le programme TDAH 101

	<i>M (ÉT)</i>	95% CI
<hr/>		
Session du programme		
Session 1 : Aperçu du TDAH	6,11 (0,98)	(5,85; 6,37)
Session 2 : Aider votre enfant à réussir à la maison	6,18 (1,00)	(5,91; 6,45)
Session 3 : Traitement pharmacologique du TDAH	6,11 (0,98)	(5,85; 6,37)
Session 4 : Interventions scolaire pour le TDAH	5,85 (1,15)	(5,54; 6,16)
Satisfaction moyenne pour l'ensemble des sessions	6,06 (0,82)	(5,84; 6,28)
Aspect du programme		
Organisation du groupe	6,25 (0,90)	(6,00; 6,49)
Informations fournies à chaque session	6,42 (0,77)	(6,20; 6,63)
Possibilité de partager son expérience	6,42 (0,97)	(6,15; 6,68)
Documents distribués	6,55 (0,82)	(6,32; 6,77)
Devoirs à faire à la maison	6,08 (0,96)	(5,81; 6,34)
Satisfaction moyenne de l'ensemble des aspects du Programme	6,34 (0,58)	(6,18; 6,50)
<hr/>		

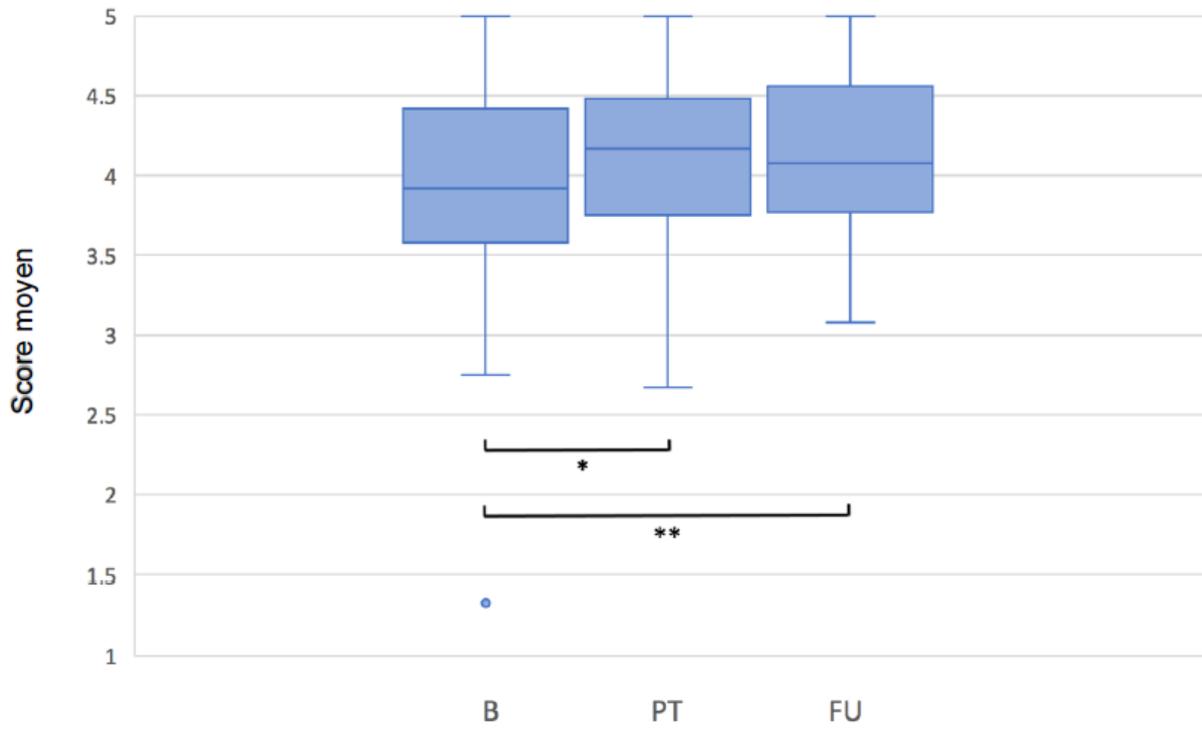
Note. *N* = 55

Tableau 3. Résultats au post-traitement et à l'évaluation de suivi

Domaine et mesures	Prétraitement		Post-traitement		Suivi		Prétraitement au Post-traitement		Prétraitement au suivi	
	<i>M</i>	<i>ES</i>	<i>M</i>	<i>ES</i>	<i>M</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>	<i>p</i>	<i>ES</i>
Mesures proximales										
Autonomisation des parents (FES)	3,94	0,62	4,11	0,56	4,17	0,49	*	0,27	**	0,36
Stigmatisation par affiliation (ASQ)	2,06	0,64	1,98	0,62	1,87	0,57	ns	-0,13	*	-0,29
Préférence de traitement (APGI)										
TC acceptabilité	3,20	0,52	3,38	0,51	3,27	0,62	**	0,34	ns	0,12
TC préoccupation de faisabilité	1,82	0,97	1,48	0,94	1,64	0,95	**	-0,35	ns	-0,19
TC effets indésirables	1,03	0,76	0,79	0,79	0,73	0,56	**	-0,31	*	-0,39
TP acceptabilité	2,85	0,83	2,95	0,80	3,07	0,80	ns	0,13	*	0,26
TP préoccupation de faisabilité	0,97	0,91	0,83	0,86	0,85	0,90	ns	-0,15	ns	-0,13
TP effets indésirables	1,98	1,09	1,63	1,03	1,55	1,04	**	-0,32	**	-0,40
TP stigmatisation	0,95	0,97	0,97	0,85	0,82	0,82	ns	0,02	ns	-0,13
Mesures distales										
TC Utilisation (RETA, %)	20,3	—	—	—	85,2	—	—	—	***	0,63
TP Utilisation (RETA, %)	64,4	—	—	—	81,5	—	—	—	**	0,15
Altération du fonctionnement de l'enfant (IRS)	3,93	0,83	—	—	3,45	1,03	—	—	***	-0,58

Note. Parents primaires au pré-traitement ($N = 59$), post-traitement ($N = 56$) et à l'évaluation de suivi ($N = 54$). APGI = ADHD Preference and Goal Instrument; ASQ = Affiliate Stigma Questionnaire; TC = Traitement comportemental ; FES = Family Empowerment Scale – Child Services; IRS = Impairment Rating Scale; TP = Traitement pharmacologique; ns = non significatif; RETA = Receipt of Evidence-based Treatment for ADHD. Des scores plus élevés obtenus pour les inquiétudes de faisabilité de les TC et TP, les effets indésirables des TC et TC, la stigmatisation des TP, la stigmatisation par affiliation et l'altération de l'enfant indiquent des niveaux de préoccupation plus élevés. Des scores plus élevés pour les FES, l'acceptabilité des TC et TP, et l'utilisation à vie des TC et TP reflètent des évaluations plus favorables. Type d'ES (taille de l'effet) : Les d de Cohen ont été calculés pour les variables continues en soustrayant la moyenne pré-traitement à la moyenne au post-traitement ou au suivi et en divisant par l'écart type de base. Le w de Kendall a été utilisé pour estimer les tailles d'effet pour les variables catégorielles (RETA). Les conventions pour d sont 0,2 = petit, 0,5 = moyen et 0,8 = grand, tandis que les conventions pour le w de Kendall sont 0,1 = petit, 0,3 = moyen et 0,5 = grand (Cohen, 1988). * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Figure 5. Diagramme boîte à moustaches pour l'autonomisation des familles quant aux services de leur enfant au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi

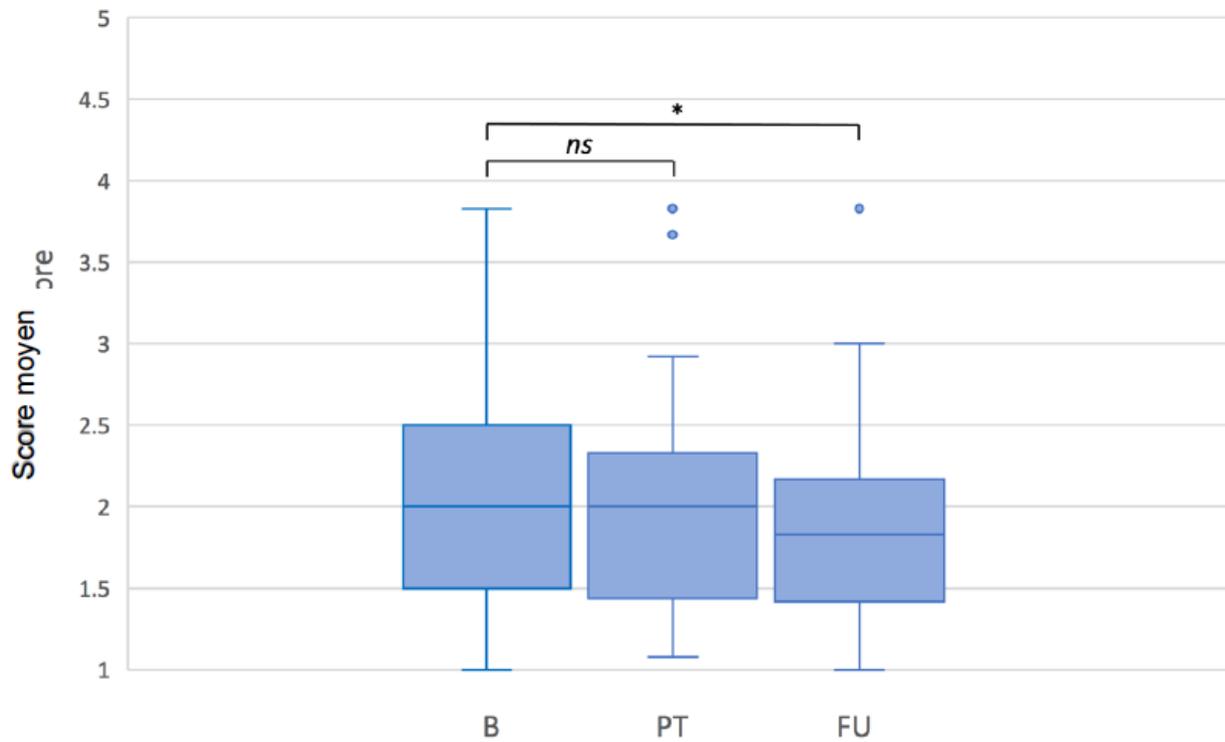


Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25^e au 75^e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

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

Nous avons trouvé des effets immédiats et soutenus lors de l'évaluation de suivi quant à la réduction des préoccupations des parents concernant les effets indésirables possibles liés à la thérapie comportementale. Nous avons également constaté des effets immédiats du programme TDAH 101 en termes d'augmentation de l'acceptabilité et de réduction des inquiétudes quant à la faisabilité de la thérapie comportementale au post-traitement (taille d'effet faible à moyenne). Toutefois, ces effets n'ont pas été maintenus lors de l'évaluation de suivi (tableau 3 et figures 7-9).

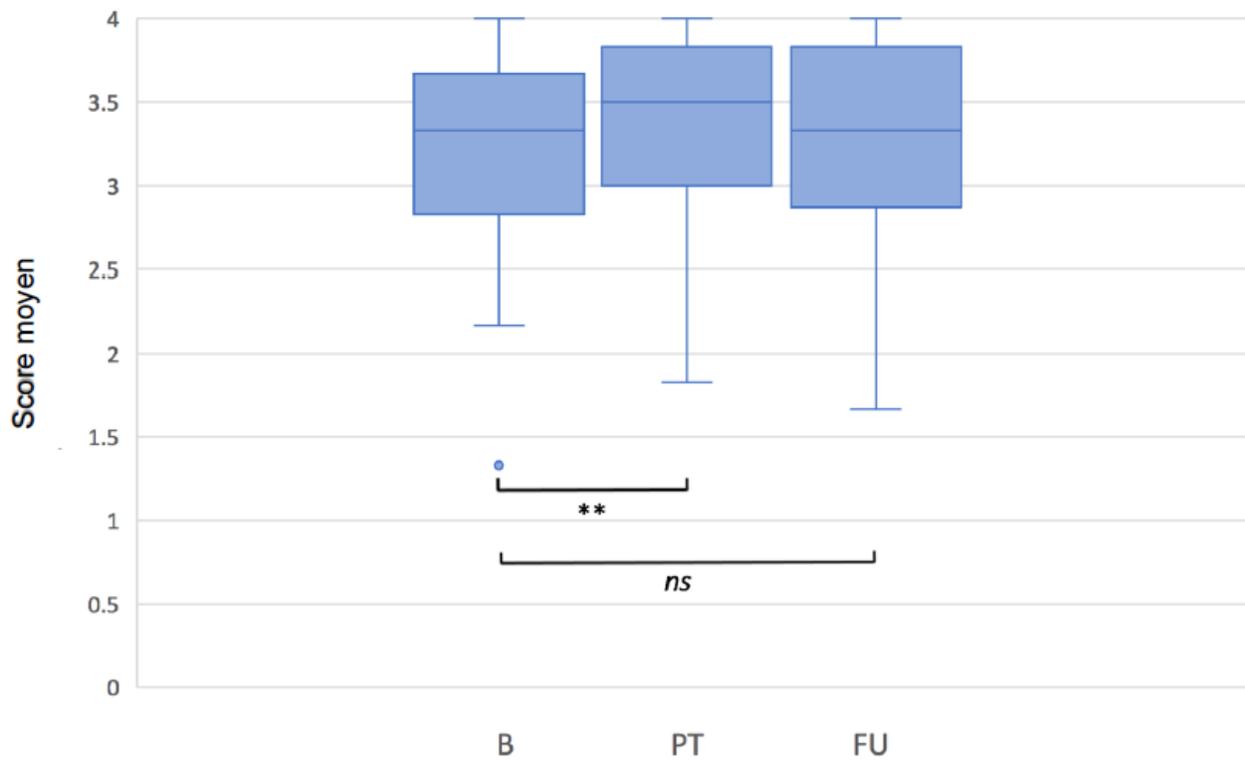
Figure 6. Diagramme boîte à moustaches pour la stigmatisation par affiliation des parents au pré-traitement, post-traitement et l'évaluation de suivi



Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25e au 75e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

* $p < 0.05$

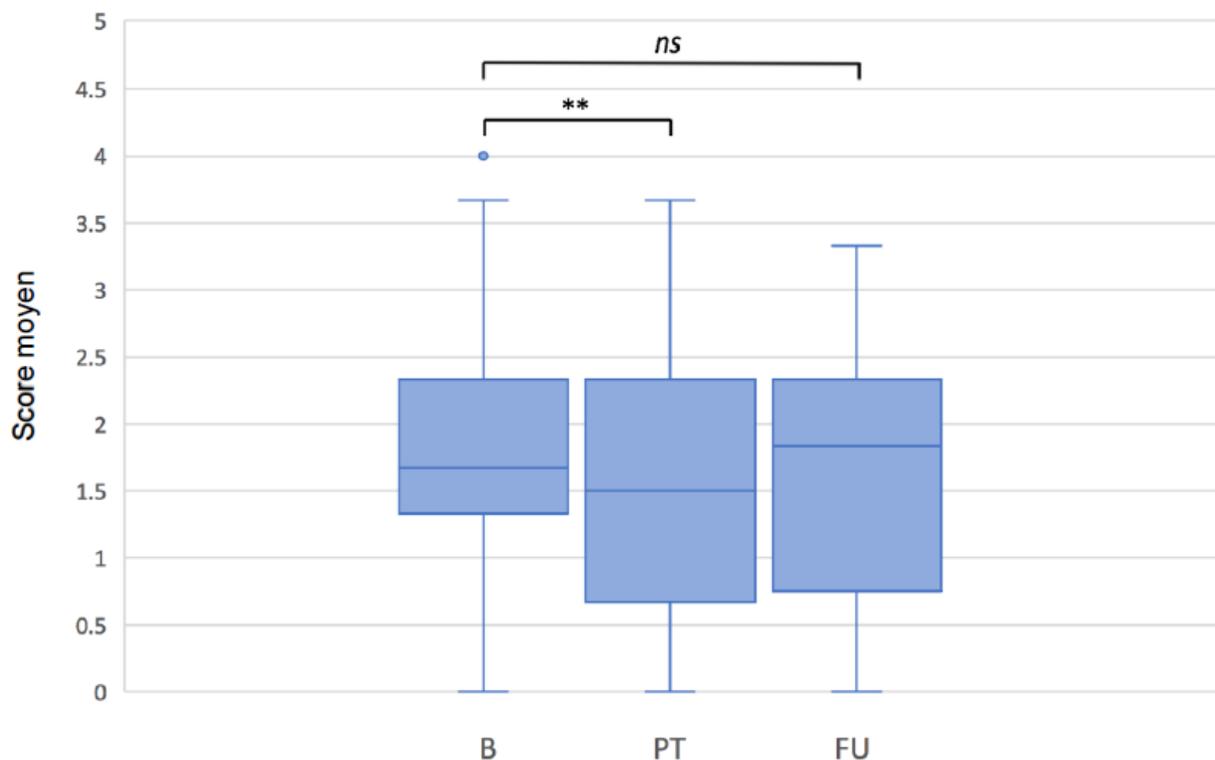
Figure 7. Diagramme boîte à moustaches pour l'acceptabilité de la thérapie comportementale au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi



Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25^e au 75^e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

** $p < 0,01$

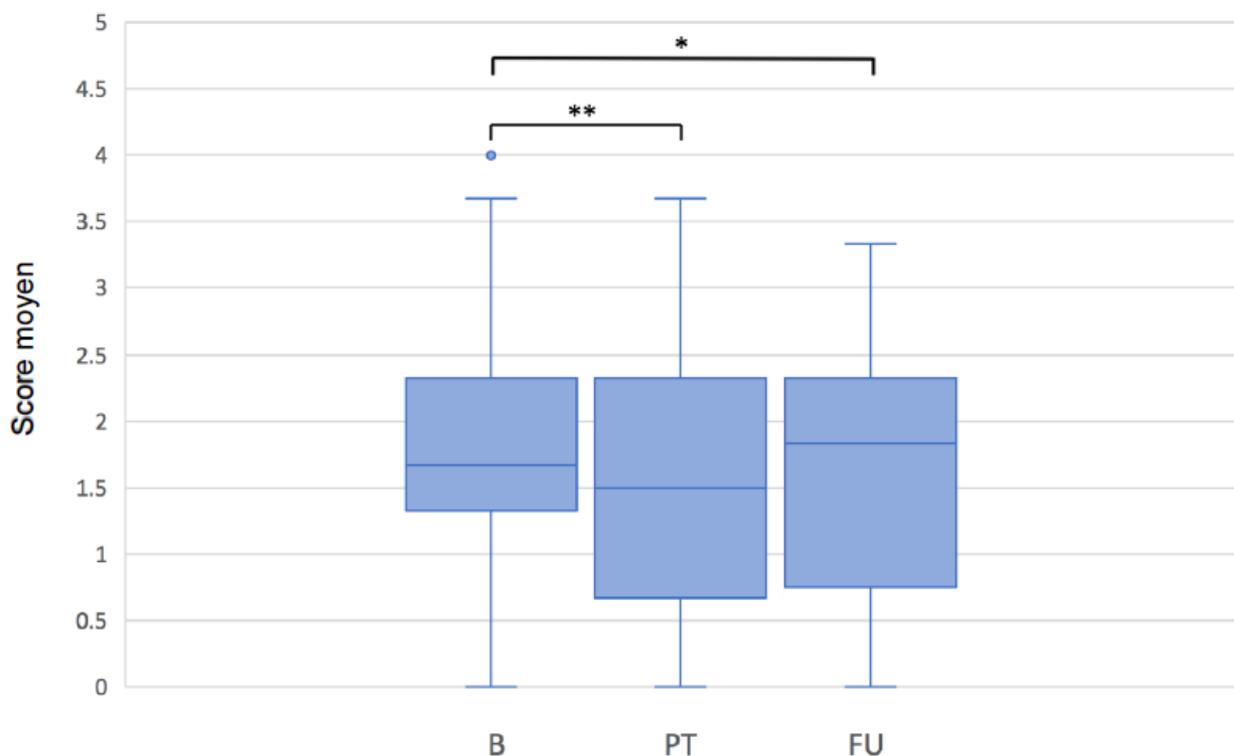
Figure 8. Diagramme boîte à moustaches pour la faisabilité de la thérapie comportementale au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi



Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25^e au 75^e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

** $p < 0,01$

Figure 9. Diagramme boîte à moustaches pour les effets indésirables de la thérapie comportementale au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi



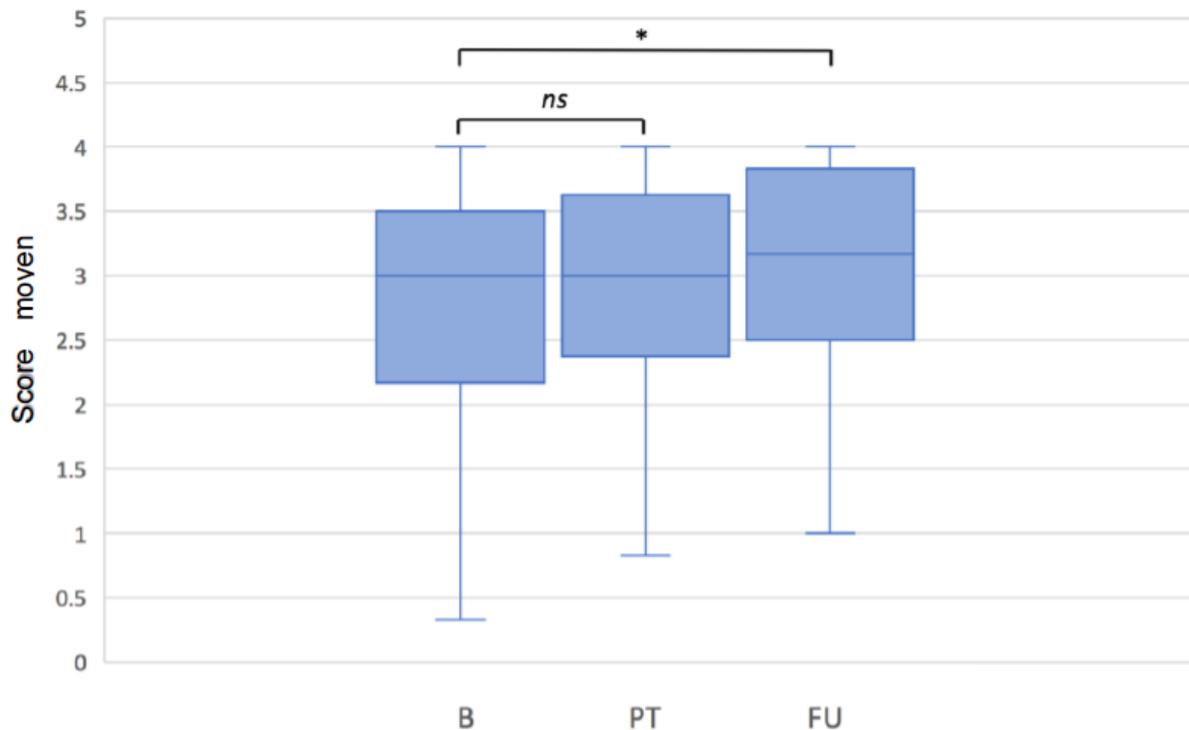
Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25^e au 75^e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

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

De plus, il y a eu des effets de traitement immédiats et durables quant à la réduction des préoccupations des parents en ce qui concerne les effets indésirables de la médication. Par ailleurs, un effet de traitement latent (significatif lors de l'évaluation de suivi, mais non significatif lors de l'évaluation post-traitement) a été trouvé quant à l'augmentation de l'acceptabilité des parents face à la médication (tailles d'effet petites à moyennes). À l'inverse, il n'y a pas eu d'effet du programme TDAH 101 sur les préoccupations des parents en lien avec la faisabilité de la

médication (c-à-d., accessibilité à la médication et aux suivis nécessaires, temps requis pour obtenir la médication et observer les effets indésirables, assurances et ressources financières) ainsi que sur la stigmatisation par affiliation (voir tableau 3 et figures 10-12).

Figure 10. Diagramme boîte à moustaches pour l'acceptabilité du traitement pharmacologique au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi

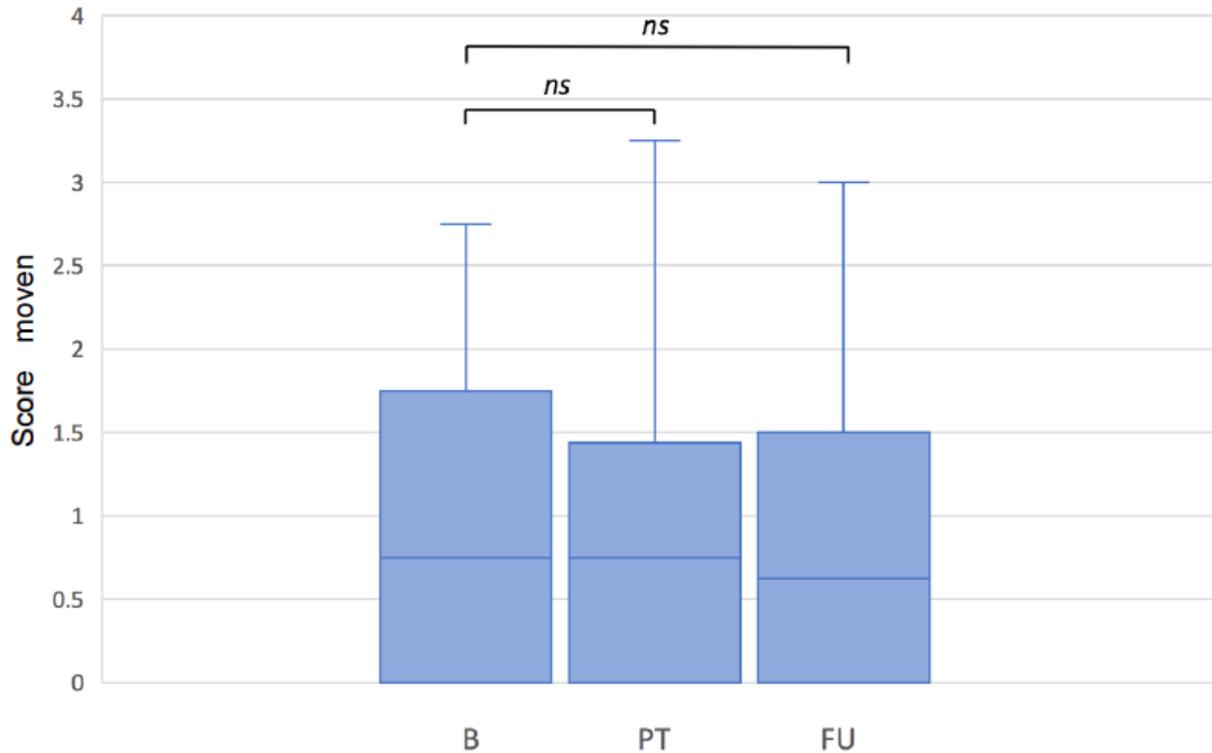


Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25^e au 75^e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

* $p < 0,05$

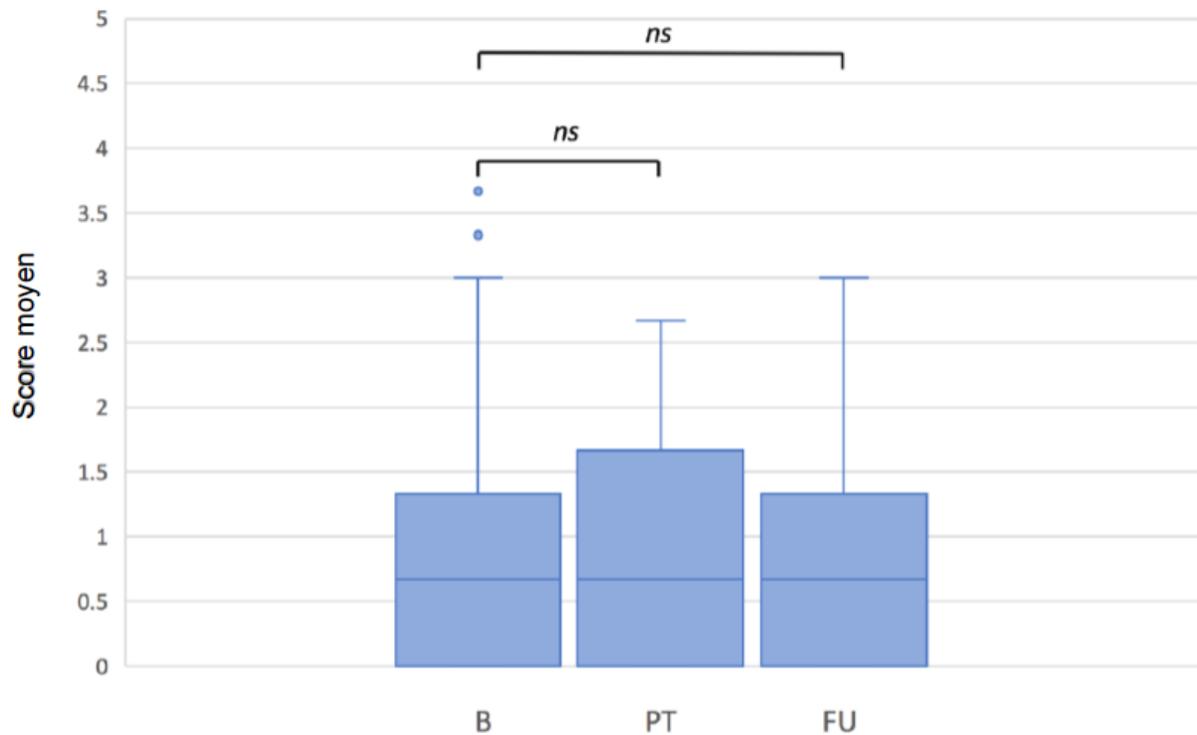
Figure 11

Diagramme boîte à moustaches pour la faisabilité du traitement pharmacologique au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi



Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25^e au 75^e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

Figure 12. Diagramme boîte à moustaches pour la stigmatisation du traitement pharmacologique au pré-traitement, post-traitement et à l'évaluation de suivi



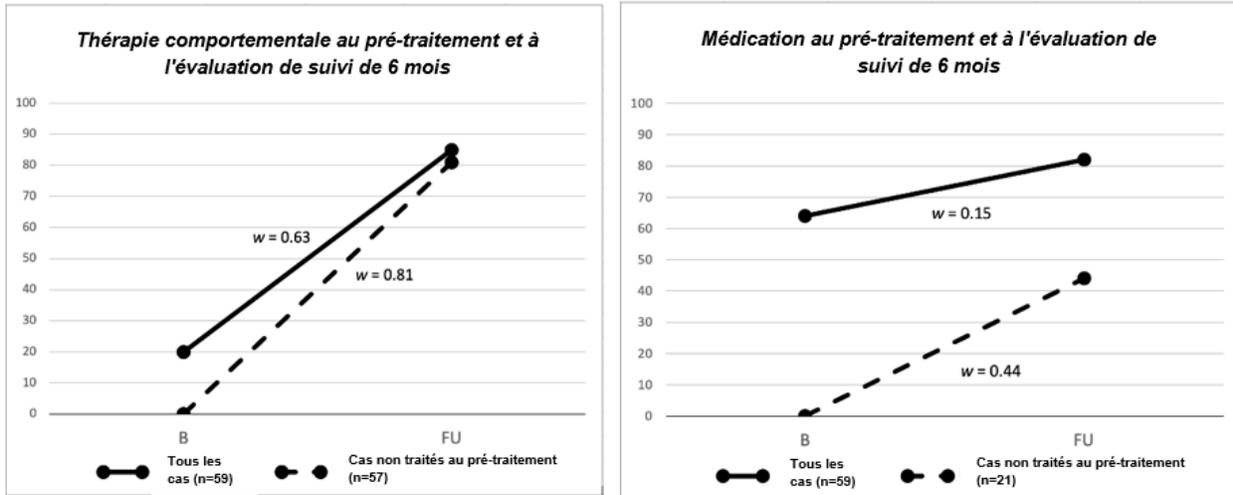
Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25^e au 75^e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

Changements dans les mesures distales

D'abord, nous avons constaté des effets du traitement dans l'augmentation de l'utilisation de la thérapie comportementale et du traitement pharmacologique six mois après la participation des familles au programme TDAH 101. En effet, alors que 20,3 % des familles ont déclaré avoir utilisé une thérapie comportementale au cours de leur vie au pré-traitement, 85,2 % d'entre eux rapportaient y avoir eu recourt lors de l'évaluation de suivi. Ce qui représente une augmentation

de 64,9 % dans l'utilisation de la thérapie comportementale sur une période de six mois (taille d'effet importante ; tableau 3 et figure 13).

Figure 13. Utilisation au cours de la vie des traitements pour le TDAH, avec ajustements pour les effets plafonds



Note. B = Pré-traitement, N = 59 ; FU = Suivi de 6 mois, N = 54. Ces graphiques montrent l'utilisation au cours de la vie de la thérapie comportementale et de la médication à chaque moment pour tous les cas pouvant être évalués (ligne en gras). Le sous-groupe de participants ayant obtenu un score au plafond au départ (c'est-à-dire qui recevait le traitement au pré-traitement) a été retirés (ligne en pointillés). Le w de Kendall a été utilisé pour estimer les tailles d'effet. Les conventions pour le w de Kendall sont 0,1 = petit, 0,3 = moyen et 0,5 = grand (Cohen, 1988)

Ceci étant dit, parmi les familles ayant initié une thérapie comportementale entre la fin du programme TDAH 101 et l'évaluation de suivi, 73,9 % ont suivi un programme d'entraînement aux habiletés parentales (à l'exclusion du programme TDAH 101), 13,0 % ont suivi une thérapie familiale comportementale, 10,9 % ont suivi une intervention comportementale orientée vers les pairs (c.-à-d., *Parental Friendship Coaching*; Mikami et Normand, 2022) et 2,2 % ont suivi à la fois un programme d'entraînement aux habiletés parentales ainsi qu'une intervention comportementale orientée vers les pairs. Environ 73,9 % des familles participantes ont commencé ces traitements comportementaux après avoir participé au programme TDAH 101 (dans les 6 mois suivants) et 84,8 % de ces familles ont commencé un traitement comportemental en contexte de groupe à la clinique de pédiatrie de l'Hôpital Montfort.

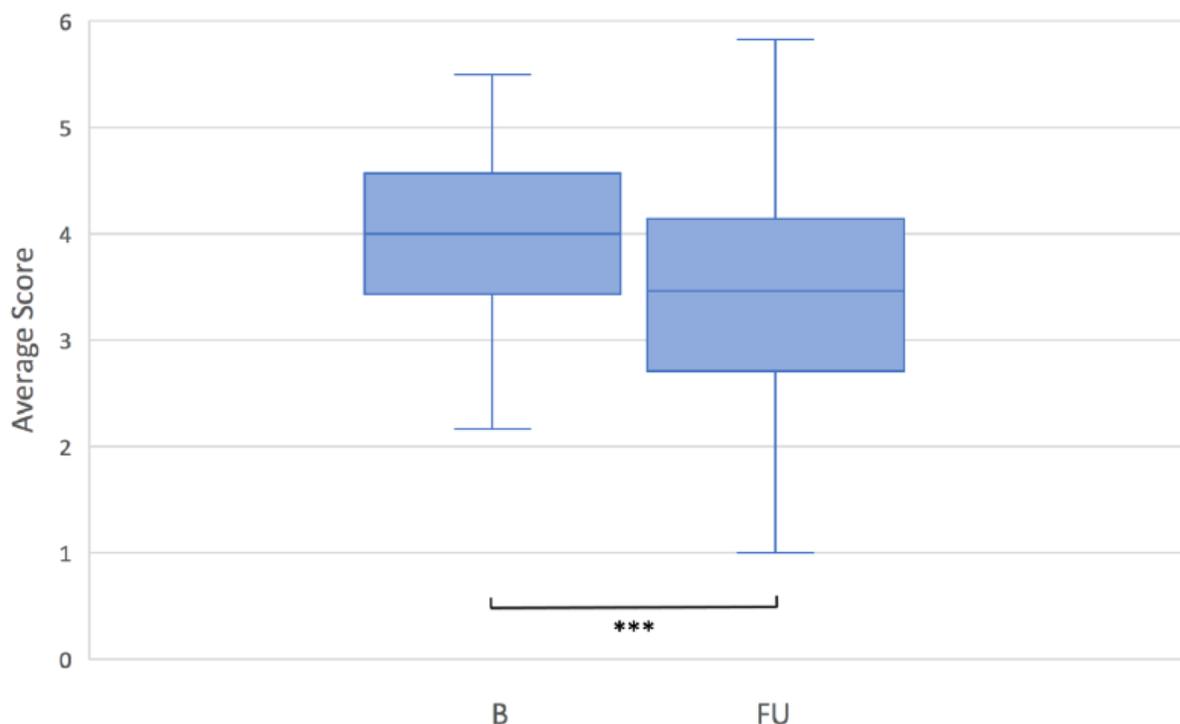
Dans un deuxième temps, en ce qui concerne la médication, alors que 64,4 % des familles ont déclaré que leur enfant avait utilisé une médication pour le TDAH au cours de sa vie au pré-traitement, 81,5 % l'ont déclaré six mois plus tard, suite à leur participation au programme TDAH 101. Ce qui représente une augmentation de 17,1 % de l'utilisation de la médication sur six mois (petite taille d'effet ; voir tableau 3 et figure 2). Parmi les familles ayant débuté la prise d'une médication lors de l'évaluation de suivi, toutes avaient essayé un ou plusieurs psychostimulants, alors que 11,3 % d'entre elles avaient essayé un non-stimulant et au moins un stimulant.

De surcroît, tel qu'indiqué dans le tableau 3 et la Figure 14, un effet du traitement a également été constaté sur la réduction de l'altération du fonctionnement de l'enfant, tel que rapporté par les parents au moment de l'évaluation de suivi, soit six mois après la participation au programme TDAH 101 (tailles d'effet moyennes à élevées).

Analyses de sensibilité

Les analyses réalisées sur les données de l'évaluation de suivi (6 mois après) examinant les effets de plafond/plancher potentiels ont révélé quatre variables pour lesquelles au moins 10 % des participants avaient des scores "parfaits" au pré-traitement (c.-à-d. aucun potentiel d'amélioration) : les préoccupations de faisabilité liées à la médication ($n = 15$, 25,4 %), la stigmatisation par affiliation ($n = 18$, 30,5 %), l'utilisation au cours de la vie de la thérapie comportementale ($n = 12$, 20,3 %) et du traitement pharmacologique ($n = 38$, 64,4 %). La reprise des analyses en excluant les participants ayant obtenu des scores parfaits a révélé des

Figure 14. Diagramme boîte à moustaches pour l'altération du fonctionnement de l'enfant au pré-traitement et à l'évaluation de suivi



Note. B = Pré-traitement, $N = 59$; PT = Post-traitement, $N = 56$; FU = Évaluation de suivi de 6 mois, $N = 52$. La médiane est représentée par une ligne au centre de la boîte. La boîte comprend les scores du 25^e au 75^e percentile. Les moustaches indiquent les scores les plus bas et les plus élevés qui ne sont pas des scores extrêmes. Les scores extrêmes, définis comme une valeur égale à 1,5 fois les valeurs supérieure et inférieure de l'écart interquartile (Tukey, 1977), sont indiqués par des points.

*** $p < 0,001$

effets de plancher pour les problèmes de faisabilité concernant les médicaments après le traitement et la stigmatisation liée aux médicaments après le suivi ; tous deux ont montré un faible effet de traitement après suppression des effets de plancher (d de Cohen = -0,36 dans les deux cas). Pour la réception d'un traitement fondé sur des preuves, l'exclusion des participants ayant des antécédents de thérapie comportementale a maintenu l'effet important trouvé avec l'échantillon complet (tous les cas : w de Kendall = 0,63 ; cas précédemment non traités : w de Kendall = 0,81). L'exclusion des participants ayant déjà reçu un traitement médicamenteux au

départ a fait passer la taille de l'effet de petite à moyenne à moyenne à grande (tous les cas : w de Kendall = 0,15 ; cas précédemment non traités : w de Kendall = 0,44). Voir la figure 13.

Discussion

L'obtention d'un traitement fondé sur des preuves est souvent difficile pour les parents d'enfants atteints de TDAH qui font face à des obstacles dans le processus de recherche et la réception de services, y compris les préoccupations des parents concernant le diagnostic et les traitements (Eiraldi et al., 2006) et leur sentiment d'autonomie dans la recherche de services pour leur enfant (Resendez et al., 2000). Suite à la complétion de l'étude de validation de concept initiale (Nissley-Tsiopinis et al., 2022), cet essai ouvert a examiné la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité potentielle du programme TDAH 101 avec un échantillon beaucoup plus important dans un site différent de celui des développeurs originaux. L'essai ouvert actuel complète également la preuve de concept initiale par une période de suivi plus longue (c'est-à-dire 6 mois) et l'inclusion d'une mesure sur l'altération du fonctionnement de l'enfant.

La fidélité de traitement et les indicateurs comportementaux de l'implication familiale (c'est-à-dire la présence aux rencontres et la complétion des devoirs) ont fourni des preuves de la faisabilité du programme. Au post-traitement, le programme TDAH 101 a permis d'accroître l'autonomie des parents ainsi que l'acceptabilité quant aux traitements comportementaux pour le TDAH et de réduire les inquiétudes en lien avec la médication et les traitements comportementaux. Lors de l'évaluation de suivi, les résultats ont fourni des preuves concernant les effets à long terme/le maintien des effets du programme TDAH 101 sur l'autonomisation des parents et la réduction des préoccupations concernant l'utilisation des traitements du TDAH. Le programme TDAH 101 est associé à une meilleure acceptabilité face à la médication pour le TDAH, à une diminution de la stigmatisation par affiliation et à une réduction de l'altération du fonctionnement des enfants lors de l'évaluation de suivi. Plus important encore, il y a des preuves préliminaires que le programme TDAH 101 a réussi à atteindre son objectif principal,

qui est de promouvoir l'initiation des familles aux traitements fondés sur des preuves, y compris la thérapie comportementale et la médication.

Faisabilité du programme (Hypothèse #1)

Il existe des preuves substantielles de la faisabilité du programme. Les cliniciens ont exécuté pratiquement tous les items de fidélité de contenu du programme au cours de chaque séance. Les scores de fidélité de processus étaient également élevés pour les cinq items de processus, avec des scores égaux ou supérieurs à 3,75 sur une échelle de 1 à 4. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de validation du concept (fidélité du contenu : 100 % ; fidélité du processus 3,70/4) et indiquent que les cliniciens ont été en mesure de livrer les composantes de l'intervention et d'adhérer aux items clés du processus de l'intervention en groupe (Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Ceci est crucial, car le processus de groupe est considéré comme aussi essentiel au programme que le contenu psychoéducatif/thérapie comportementale lui-même. L'utilisation d'une intervention manualisée, le fait que l'intervention ait été fournie par le chercheur principal de cette étude, et l'accent mis intentionnellement sur les indicateurs du processus peuvent avoir contribué au niveau élevé de fidélité du programme.

La faisabilité du programme a également été soutenue par l'engagement élevé des parents dans le programme (c'est-à-dire la présence aux rencontres et la complétion des devoirs). La participation globale aux quatre séances était de 95 %, et la grande majorité des parents principaux ont assisté aux quatre séances du programme TDAH 101, ce qui est même supérieur à l'étude de validation du concept du programme TDAH 101 (86 % ; Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Le remboursement des frais de stationnement et la disponibilité d'une garderie sur place (utilisée par 8,5 % des familles) peuvent avoir contribué à cette forte participation. En ce qui concerne la réalisation des devoirs, les parents principaux ont soumis des devoirs pour une moyenne de 2,95 séances sur 3. Le taux d'achèvement des devoirs était de 95 % pour les deux premières séances, lorsqu'un seul devoir était donné. Bien que 87 % des familles aient terminé

au moins un devoir pour la troisième séance, le taux d'achèvement était plus faible pour chacun des deux devoirs donnés lors de cette séance (c.-à-d., Utilisez votre attention, 62 % ; Plan individualisé pour les soins de suivi – Médication et traitement comportemental Plan de soins individualisé, 64 %). Ces résultats suggèrent qu'il pourrait être judicieux de limiter les devoirs à un par séance, en particulier parce que les parents ont signalé que des facteurs, tels que trouver du temps pour faire les devoirs et faire face à la mauvaise conduite de l'enfant, constituaient des obstacles à la mise en œuvre des devoirs (Nissley-Tsiopinis et al., 2022).

Acceptabilité du programme (Hypothèse #2)

L'acceptabilité du programme a été confirmée par les taux de participation élevés aux rencontres du programme TDAH 101 (95 %), l'assiduité des parents dans leur présence aux séances ainsi que des taux de satisfaction élevés des parents tant pour l'ensemble des rencontres du programme (c.-à-d. satisfaction moyenne des séances : 6,06/7) que pour chacune des composantes du programme (c.-à-d. satisfaction moyenne des composantes du programme : 6,34/7). Bien que ces résultats soient comparables à ceux de l'étude de validation du concept, nos efforts pour planifier les groupes à un moment qui convient aux familles, en offrant une garderie et un stationnement gratuits, ainsi que des séances de rattrapage individuelles, ont peut-être contribué à la présence des participants et au niveau élevé d'acceptabilité du programme TDAH 101 (Nissley-Tsiopinis et al., 2022).

Efficacité préliminaire du programme (Hypothèse #3)

Le programme TDAH 101 a entraîné une augmentation immédiate et durable de l'autonomie des parents à naviguer à travers les systèmes de santé et d'éducation afin d'accéder aux bons services pour leur enfant, reproduisant les résultats de l'étude de validation du concept qui a utilisé une période de suivi plus courte (c.-à-d. 6 semaines ; Nissley-Tsiopinis et al., 2022) et démontrant le maintien de ces résultats à plus long terme. Ces résultats suggèrent que le programme TDAH 101 peut être efficace pour atteindre l'un de ses principaux

objectifs, c'est-à-dire promouvoir un sentiment d'autonomie chez les parents dans la recherche et l'obtention de services nécessaires pour leur enfant, préparant ainsi les familles à faire face à la nature chronique du TDAH et au besoin de soins qui s'étendent sur toute l'enfance et généralement l'adolescence (DuPaul et al., 2020 ; Wolraich et al., 2019).

Bien qu'il n'y ait pas eu d'effet sur le sentiment de honte, de stigmatisation ou d'isolement que peuvent ressentir les parents ayant un enfant avec un TDAH (c'est-à-dire la stigmatisation par affiliation ; Mikami et al., 2015) immédiatement après le programme TDAH 101, les résultats suggèrent un effet de traitement dormant trouvé lors de l'évaluation de suivi, soit 6 mois après la participation au programme (ES petit à moyen). Ces résultats peuvent être expliqués par les techniques de thérapie de groupe utilisées dans le cadre du programme TDAH 101 qui permettent, entre autres, de favoriser les liens entre les parents et d'offrir une validation émotionnelle réduisant ainsi le sentiment d'isolement, de stigmatisation et augmentant leur capacité à surmonter les obstacles aux soins. Ces résultats sont importants, car la stigmatisation par affiliation que peuvent ressentir les parents a été associée à des difficultés au niveau de la santé mentale des parents, notamment à l'isolement social des membres de la famille, des amis et des collègues, et à une parentalité négative chez les parents d'enfants atteints de TDAH (p. ex., Mikami et al., 2015). Les futures études sur le programme TDAH 101 devraient également examiner si la participation au programme entraîne une réduction du niveau de stress des parents.

Par ailleurs, les parents d'enfants ayant un TDAH peuvent être préoccupés par les effets indésirables potentiels de la thérapie comportementale (p. ex., leur enfant pourrait être considéré comme un enfant « à problème » ou être traité différemment par les autres ; leur enfant pourrait réagir négativement aux techniques comportementales ; Fiks et al., 2012, 2013). Les résultats de cette étude suggèrent que le programme TDAH 101 peut amener une réduction immédiate et durable des préoccupations concernant les effets indésirables liés à la thérapie comportementale. De manière cohérente avec les résultats de l'étude de validation de concept

(Nissley-Tsiopinis et al., 2022), l'étude actuelle a fourni des preuves que le programme TDAH 101 était associé à une augmentation de l'acceptabilité de la thérapie comportementale et à une réduction des préoccupations qui y était associée après le traitement. Le programme TDAH 101 pourrait donc inciter les parents à avoir une opinion plus positive de la thérapie comportementale, ce qui pourrait contribuer à une plus grande volonté de poursuivre ce traitement. Toutefois, ces effets n'ont pas été maintenus lors de l'évaluation de suivi. Il est possible que ceci soit expliqué par l'augmentation considérable de l'utilisation de la thérapie comportementale chez les familles suite à la participation au programme TDAH 101 et lors de l'évaluation de suivi. Effectivement, l'expérience d'être impliqué dans cette intervention peut avoir provoqué une réapparition des préoccupations concernant sa faisabilité.

De manière similaire, ces résultats suggèrent que le programme TDAH 101 peut mener à une réduction immédiate et durable des préoccupations concernant les effets indésirables liés à la médication. Ceci est important, car les parents sont souvent préoccupés par le fait que la prise de médicaments peut changer la personnalité de leur enfant ou créer une dépendance (Fiks et al., 2012, 2013). Les résultats de l'étude actuelle diffèrent toutefois de ceux de l'étude de validation du concept, dans laquelle il a été prouvé que les préoccupations concernant les effets indésirables des médicaments augmentaient en réponse au programme. Il convient de noter que l'échantillon de l'étude de validation de concept était très petit ($n = 11$) et que la période de suivi était courte (six semaines). De plus, les taux d'utilisation de la médication à vie au début de l'étude de validation de concept (45 %) étaient inférieurs à ceux de l'étude pilote actuelle (64 %). Il est possible que les parents de l'étude actuelle aient exprimé des points de vue plus positifs sur la médication pendant les séances que ceux ayant participé à l'étude initiale, ce qui a contribué à réduire les préoccupations concernant la médication après l'intervention. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer si ces résultats peuvent être reproduits. En outre, le programme TDAH 101 a été associé à une plus grande acceptabilité du traitement pharmacologique lors de l'évaluation de suivi de 6 mois. À

l'inverse, il n'y a pas eu de changement dans les préoccupations concernant la faisabilité de la médication ou dans la stigmatisation liée à la médication. Cependant, lorsque les effets de plancher ont été pris en compte, on a observé des diminutions légères à moyennes de ces variables lors de l'évaluation post-traitement (problèmes de faisabilité de la médication) et lors de l'évaluation de suivi (stigmatisation liée à la médication) en réponse au programme TDAH 101. Ces résultats diffèrent de ceux trouvés dans l'étude de validation du concept dans laquelle il y avait des preuves d'une augmentation des préoccupations concernant la stigmatisation liée à la médication. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour résoudre cette divergence. Les résultats actuels suggèrent que le programme TDAH 101 peut réussir à réduire les inquiétudes liées à la faisabilité et à la stigmatisation des parents qui sont hésitants à recourir à la médication pour leur enfant.

Conformément à la théorie du changement (Nissley-Tsiopinis et al., 2022), le programme TDAH 101 est conçu non seulement pour améliorer les mesures proximales (perceptions et croyances), mais aussi pour augmenter les mesures distales (utilisation de traitements fondés sur des données probantes). Corroborant les résultats de l'étude de validation de concept (Nissley-Tsiopinis et al., 2022), on a constaté une forte augmentation de l'utilisation de la thérapie comportementale au fil du temps. Au départ, seulement 20 % des familles ont déclaré avoir utilisé un traitement comportemental au cours de leur vie, mais ce chiffre est passé à 85 % lors de l'évaluation de suivi. Environ 74 % de ces familles ont initié ces traitements comportementaux depuis la fin du programme TDAH 101 ; 85 % d'entre elles ont initié un traitement comportemental au sein de la clinique pédiatrique spécialisée où le programme TDAH 101 a été donné. L'effet important constaté sur l'échantillon complet s'est maintenu lorsque les effets de plafond ont été pris en compte. On a également constaté une légère augmentation de l'utilisation des médicaments entre le début de l'étude et l'évaluation de suivi de 6 mois (17 %). Cependant, il est important de noter que 64 % des familles ont déclaré que l'enfant avait utilisé des médicaments pour traiter le TDAH au cours de sa vie (et que 59 %

prenaient encore des médicaments) au début de l'étude. Les familles d'enfants prenant déjà une médication étaient admissibles puisqu'il s'agit d'un essai pilote et que le critère d'inclusion "nouvellement diagnostiqué" a été étendu à une période de moins de 2 ans suivant le diagnostic de TDAH pour des raisons de faisabilité. Cela a été autorisé parce que le programme TDAH 101 présente des avantages potentiels quant à l'initiation d'interventions psychosociales non pharmacologiques à la maison et à l'école. Néanmoins, l'inclusion d'un pourcentage relativement élevé de familles d'enfants ayant recouru à un traitement pharmacologique a potentiellement limité la taille des changements possibles et ont pu influencer l'orientation des résultats obtenus. La prise en compte de cet effet plafond a fait passer la taille de l'effet de petite à moyenne à moyenne à grande, soulignant peut-être l'utilité de fournir le programme TDAH 101 plus tôt après le diagnostic. Cependant, la présence dans le groupe de familles dont les enfants prenaient déjà une médication a pu mener à des discussions qui ont répondu aux préoccupations des parents d'une manière qui n'aurait pas été le cas si la plupart des enfants n'avaient jamais pris de médicaments, ce qui a pu contribuer à l'amélioration des résultats. Il est important de noter qu'il est possible que certaines familles qui n'ont pas initié de traitement de suivi n'aient plus besoin de traitement supplémentaire suite à leur participation au programme TDAH 101. À l'avenir, il sera important d'évaluer non seulement les résultats, mais aussi la perception des familles quant au besoin de traitement après l'intervention, puis d'examiner l'initiation de traitements basés sur les données probantes pour le TDAH lors du suivi et les mettre en relation avec la perception du besoin des familles d'amorcer un traitement après l'intervention.

Bien que le programme TDAH 101 ait été conçu pour cibler les obstacles directs à la recherche et l'obtention de services (p. ex., l'autonomisation des parents, la stigmatisation par affiliation et les préférences en matière de traitement) ainsi que l'utilisation des services basés sur les données probantes lors de l'évaluation de suivi, les résultats actuels suggèrent que le programme peut également avoir un impact positif dans le changement de comportement de

l'enfant en ce qui concerne la réduction du niveau d'altération du fonctionnement de l'enfant (ES moyen à important lors du suivi). Effectivement, à ce sujet, le programme TDAH 101 comprend des éléments clés de la thérapie comportementale pour les parents (p. ex., l'attention positive, l'ignorance stratégique et la manipulation des antécédents), ce qui peut avoir contribué à l'amélioration du comportement et du fonctionnement l'enfant. Toutefois, il convient de noter qu'un pourcentage élevé de familles ayant participé au programme TDAH 101 ont entamé une thérapie comportementale à l'intérieur de la période de suivi, ce qui peut expliquer les résultats obtenus.

Limites et pistes futures

Il est possible d'identifier plusieurs limites à la présente étude. Tout d'abord, le présent essai ouvert a utilisé un devis intra-sujets et n'a donc pas été en mesure de contrôler certaines menaces à la validité interne. Des recherches supplémentaires utilisant un groupe contrôle sont fortement recommandées. Deuxièmement, nos résultats ont pu être influencés par le fait que l'étude a été menée dans une clinique pédiatrique sous-spécialisée co-localisée, dans laquelle la médication et la thérapie comportementale étaient généralement très accessibles. Près de 60 % des enfants des familles ayant participé à l'étude avaient recouru à la médication au début du programme, ce qui a probablement contribué à des opinions plus favorables sur la médication que celles que l'on peut trouver dans des contextes où un pourcentage plus faible d'enfants est sous traitement. La disponibilité d'une thérapie comportementale de suivi pour les familles dans ce contexte a également probablement contribué à l'augmentation spectaculaire de l'utilisation de cette intervention lors du suivi de 6 mois. Le fait de proposer le programme TDAH 101 dans un contexte où la thérapie comportementale est moins accessible n'aurait probablement pas entraîné une augmentation aussi notable. Ces derniers résultats soulignent l'importance cruciale de plaider en faveur d'une large disponibilité des interventions comportementales pour les enfants avec TDAH (DuPaul et al., 2020 ; Wolraich et al., 2019). De plus, le fait que certaines

familles avaient déjà eu recours à la médication (64 %) et à une thérapie comportementale (20 %) avant de participer au programme et n'ont peut-être pas tiré autant de bénéfices du programme TDAH 101 que d'autres familles (comme l'ont révélé les analyses de sensibilité) n'ayant pas eu recours à ces traitements au départ. Les recherches futures permettront de déterminer quelles familles sont les plus susceptibles de bénéficier d'interventions d'engagement comme le programme TDAH 101 et celles qui pourraient être directement orientées vers les traitements basés sur les données probantes après le diagnostic. Il pourrait également être utile de vérifier si les parents sont prêts à s'engager dans les traitements basés sur des données probantes pour le TDAH (Littell & Girvin, 2005) avant la participation au programme TDAH 101 afin d'identifier les familles susceptibles d'être réceptives à ce programme. Troisièmement, l'échantillon était principalement constitué de mères caucasiennes, éduquées, travaillant à temps plein et vivant dans des ménages à deux personnes. Ces caractéristiques pourraient contribuer à expliquer quelques effets de plancher constatés sur certains des résultats. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour a) examiner comment utiliser les caractéristiques des enfants et des familles pour prédire qui pourrait bénéficier le plus de ce programme et b) examiner son efficacité lorsqu'il est mis en œuvre auprès de familles d'origines diverses, y compris celles marginalisées par leur statut socio-économique et minoritaire. D'ailleurs, une étude présentement en cours vise à adapter et à évaluer l'efficacité du programme TDAH 101 dans le cadre de soins primaires urbains pour les parents d'enfants ayant un TDAH qui sont principalement à faible revenu et issus de minorités. Quatrièmement, environ 42 % des parents présélectionnés et jugés admissibles à l'étude ont refusé de participer pour diverses raisons, dont les conflits d'horaire/la distance (51 %) et le manque d'intérêt (45 % ; figure 4). Par ailleurs, il est important de noter que les groupes du programme TDAH 101 décrits dans la présente étude ont été offerts aux parents en présentiel. Il est possible qu'offrir ce service en utilisant des méthodes de télépsychologie puisse améliorer l'accès, et il existe des preuves préliminaires que la prestation du programme de cette manière

peut être tout aussi efficace (Nissley-Tsiopinis et al., 2022). Cinquièmement, tous les groupes ont été dispensés par la même équipe de thérapeutes et la fidélité de contenu et de processus a été rapportée par les deux cliniciens fournissant le programme. Cette méthode a pu entraîner une surévaluation de la fidélité et nous a empêchés d'évaluer les effets du thérapeute. Les études futures devraient inclure davantage de thérapeutes et pourraient utiliser des codeurs externes utilisant un manuel de codage afin d'évaluer l'intégralité du traitement et les techniques d'entretien motivationnel ; Moyers, Manuel, & Ernst, 2014 ; voir Sibley et al., 2016).

Sixièmement, les mesures utilisées dans cette étude se limitaient aux auto-évaluations des parents qui peuvent être biaisés menant à la perception de résultats favorables étant donné leur investissement dans le programme. Dans des recherches futures, l'utilisation de mesures supplémentaires, telles que les questionnaires des enseignants sur l'utilisation des services scolaires et les données sur l'utilisation de la médication extraites des dossiers médicaux électroniques, est recommandée. Finalement, les symptômes du TDAH des parents sont connus pour affecter l'engagement de ceux-ci dans les traitements basés sur les données probantes pour le TDAH (Friedman et al., 2020). Les recherches futures devraient examiner la contribution du TDAH parental sur les résultats du programme TDAH 101. Onzièmement, un total de neuf groupes du programme TDAH 101 ont été menés lors de la présente étude (français, $n = 6$; anglais, $n = 3$). Les limites de la taille de l'échantillon n'ont pas permis d'examiner l'impact de la langue et de la culture sur le programme. Des recherches futures examinant ces facteurs ainsi que les possibles effets de cohortes sont nécessaires.

Conclusions

Cet essai ouvert représente la première étude pilote du programme TDAH 101 et fournit des preuves de la faisabilité, de l'acceptabilité et de l'efficacité préliminaire de ce programme. Dans l'ensemble, le programme TDAH 101 semble prometteur en tant qu'intervention visant à préparer les parents à devenir des utilisateurs avertis dans la recherche et l'obtention de

traitements fondés sur des données probantes pour leurs enfants ayant un TDAH. Les résultats appuient fortement la nécessité de recherches futures auprès d'échantillons plus importants et diversifiés de familles d'enfants ayant un TDAH qui en sont aux premiers stades de la prise en charge du TDAH, en utilisant une approche multi-source et multiméthode ainsi qu'un groupe contrôle.

Références

- Allison, P. D. (2010). *Missing data* (Vol. 200210, No. 9781412985079.31). Thousand Oaks, CA: Sage.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 1-10.
<https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andrade, B. F., Browne, D. T., & Naber, A. R. (2015). Parenting skills and parent readiness for treatment are associated with child disruptive behavior and parent participation in treatment. *Behavior Therapy*, *46*(3), 365-378. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.01.004>
- Banaschewski, T., Coghill, D., & Zuddas, A. (2018). *Oxford textbook of attention deficit hyperactivity disorder*. Oxford University 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.
<https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Begle, A. M., & Dumas, J. E. (2011). Child and parental outcomes following involvement in a preventive intervention: Efficacy of the pace program. *The Journal of Primary Prevention*, *32*(2), 67-81. <https://doi.org/10.1007/s10935-010-0232-6>
- Bennett, D. S., Power, T. J., Rostain, A. L., & Carr, D. E. (1996). Parent acceptability and feasibility of ADHD interventions: Assessment, correlates, and predictive validity. *Journal of Pediatric Psychology*, *21*(5), 643-657. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/21.5.643>

- Beyer-Westendorf, J., & Büller, H. (2011). External and internal validity of open label or double-blind trials in oral anticoagulation: better, worse or just different?. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 9(11), 2153-2158.
- Brown, R. T., Borden, K. A., & Clingerman, S. (1985). Adherence to methylphenidate therapy in a pediatric population: A preliminary investigation. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(1), 28-36.
- Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A., & Garvan, C. W. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(2), 176-189. <https://doi.org/10.1007/BF02289806>
- Bussing, R., Zima, B. T., Perwien, A. R., Belin, T. R., & Widawski, M. (1998). Children in special education programs: Attention deficit hyperactivity disorder, use of services, and unmet needs. *American Journal of Public Health*, 88(6), 880-886. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.6.880>
- Chacko, A., Wymbs, B. T., Wymbs, F. A., Pelham, W. E., Swanger-Gagne, M. S., Girio, E., Pirvics, L., Herbst, L., Guzzo, J., Phillips, C., & O'Connor, B. (2009). Enhancing traditional behavioral parent training for single mothers of children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(2), 206-218, <https://doi.org/10.1080/15374410802698388>
- Chacko, A., Gopalan, G., Franco, L., Dean-Assael, K., Jackson, J., Marcus, S., Hoagwood, K., & McKay, M. (2015). Multiple family group service model for children with disruptive behavior disorders: Child outcomes at post-treatment. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23(2), 67–77. <https://doi.org/10.1177/1063426614532690>
- Chang, C.-C., Su, J.-A., Tsai, C.-S., Yen, C.-F., Liu, J.-H., & Lin, C.-Y. (2015). Rasch analysis suggested three unidimensional domains for Affiliate Stigma Scale: Additional psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68(6), 674-683. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.01.018>

- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine* (1982), 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(96)00221-3)
- Chronis-Tuscano, A., Wang, C. H., Strickland, J., Almirall, D., & Stein, M. A. (2016). Personalized treatment of mothers with ADHD and their young at-risk children: A SMART Pilot. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(4), 510-521. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1102069>
- Clarke, A. T., Marshall, S. A., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Jones, H. A., Costigan, T. E., Patterson, A., Jawad, A. F., & Power, T. J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family-school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1), 58–67. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794697>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cortese, S., Brown, T. E., Corkum, P., Gruber, R., O'Brien, L. M., Stein, M., Weiss, M., & Owens, J. (2013). Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(8), 784-796. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.06.001>
- Cortese, S., & Tessari, L. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: Update 2016. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 4. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0754-1>
- Csillik, A. (2009). L'entretien motivationnel. Dans P. Carré (dir.), *Traité de psychologie de la motivation* (p. 289-304). Dunod.

- Cuffe, S. P., Moore, C. G., & McKeown, R. (2009). ADHD and health services utilization in the National Health Interview Survey. *Journal of Attention Disorders, 12*(4), 330-340.
<https://doi.org/10.1177/1087054708323248>
- Dahl, V., Ramakrishnan, A., Spears, A. P., Jorge, A., Lu, J., Bigio, N. A., & Chacko, A. (2020). Psychoeducation interventions for parents and teachers of children and adolescents with ADHD: A systematic review of the literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 32*(2), 257–292. <https://doi.org/10.1007/s10882-019-09691-3>
- Dishion, T. J., & Stormshak, E. A. (2007). *Intervening in children's lives: An ecological, family-centered approach to mental health care*. American Psychological Association.
- DuPaul, G. J., Evans, S. W., Mautone, J. A., Owens, J. S., & Power, T. J. (2020). Future directions for psychosocial interventions for children and adolescents with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 49*(1), 134–145.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1689825>
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies* (3rd ed). Guilford Press.
- Eiraldi, R. B., Mazzuca, L. B., Clarke, A. T., & Power, T. J. (2006). Service utilization among ethnic minority children with ADHD: A model of help-seeking behavior. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*(5), 607-622.
<https://doi.org/10.1007/s10488-006-0063-1>
- Fabiano, G. A., Hulme, K., Linke, S., Nelson-Tuttle, C., Pariseau, M., Gangloff, B., Lewis, K., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Waxmonsky, J. G., Gormley, M., Gera, S., & Buck, M. (2011). The Supporting a Teen's Effective Entry to the Roadway (STEER) program: Feasibility and preliminary support for a psychosocial intervention for teenage drivers with ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(2), 267–280.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.04.002>

- Fabiano, G. A., Pelham Jr, W. E., Gnagy, E. M., Burrows-MacLean, L., Coles, E. K., Chacko, A., Wymbs, B.T., Walker, K.S., Arnold, F., Garefino, A., Keenan J. K., Onyango, A. N., Hoffman, M. T., Massetti, G.M., & Robb, J. A. (2007). The single and combined effects of multiple intensities of behavior modification and methylphenidate for children with attention deficit hyperactivity disorder in a classroom setting. *School Psychology Review*, 36(2), 195-216. <https://doi.org/10.1080/02796015.2007.12087940>
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Waschbusch, D. A., Gnagy, E. M., Lahey, B. B., Chronis, A. M., Onyango, A. N., Kipp, H., Lopez-Williams, A., & Burrows-Maclean, L. (2006). A practical measure of impairment: Psychometric properties of the impairment rating scale in samples of children with attention deficit hyperactivity disorder and two school-based samples. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 369–385. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_3
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_3
- Ferrin, M., Perez-Ayala, V., El-Abd, S., Lax-Pericall, T., Jacobs, B., Bilbow, A., & Taylor, E. (2020). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of a psychoeducation program for families of children and adolescents with ADHD in the United Kingdom: Results after a 6-month follow-up. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 768–779. <https://doi.org/10.1177/1087054715626509>
- Fiks, A. G., Mayne, S., DeBartolo, E., Power, T. J., & Guevara, J. P. (2013). Parental preferences and goals regarding ADHD treatment. *Pediatrics*, 132(4), 692-702. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0152>
- Fiks, A. G., Mayne, S., Hughes, C. C., DeBartolo, E., Behrens, C., Guevara, J. P., & Power, T. (2012). Development of an instrument to measure parents' preferences and goals for the

- treatment of attention deficit–hyperactivity disorder. *Academic Pediatrics*, 12(5), 445-455. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.04.009>
- Firestone, P. (1982). Factors associated with children's adherence to stimulant medication. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3), 447-457. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01431.x>
- Firestone, P., & Witt, J. E. (1982). Characteristics of families completing and prematurely discontinuing a behavioral parent-training program. *Journal of Pediatric Psychology*, 7(2), 209-222. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/7.2.209>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Houle, A. A., Besnard, T., Bérubé, A., & Dagenais, C. (2018). Factors that influence parent recruitment into prevention programs in early childhood: A concept map of parents', practitioners', and administrators' points of view. *Children and Youth Services Review*, 85, 127-136. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.12.014>
- Jensen, P. S., Kettle, L., Roper, M. T., Sloan, M. T., Dulcan, M. K., Hoven, C., Bird, H. R., Bauermeister, J. J., Payne, J. D. (1999). Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four U.S. communities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 797-804. <https://doi.org/10.1097/00004583-199907000-00008>
- Jensen, P. S., Martin, D., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1065-1079. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00014>
- Johnston, C., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Families and ADHD. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., p.191-209). The Guilford Press.

- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 32(4), 215-228. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.007>
- Kendall, J., & Hatton, D. (2002). Racism as a source of health disparity in families with children with attention deficit hyperactivity disorder. *Advances in Nursing Science*, 25(2), 22-39. <https://doi.org/10.1097/00012272-200212000-00003>
- Koren, P. E., DeChillo, N., & Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 305-321. <https://doi.org/10.1037/h0079106>
- Krain, A. L., Kendall, P. C., & Power, T. J. (2005). The role of treatment acceptability in the initiation of treatment for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 425-434. <https://doi.org/10.1177/1087054705279996>
- Kutash, K., Duchnowski, A. J., Green, A. L., & Ferron, J. M. (2011). Supporting parents who have youth with emotional disturbances through a parent-to-parent support program: A proof of concept study using random assignment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(5), 412-427. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0329-5>
- Larsson, H., Chang, Z., D'Onofrio, B. M., & Lichtenstein, P. (2014). The heritability of clinically diagnosed attention deficit hyperactivity disorder across the lifespan. *Psychological Medicine*, 44(10), 2223-2229. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002493>
- Lesesne, C. A., Visser, S. N., & White, C. P. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: Association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics*, 111(Supplement 1), 1232-1237.

- <https://doi.org/10.1542/peds.111.S1.1232>
- Littell, J. H., & Girvin, H. (2005). Caregivers' readiness for change: Predictive validity in a child welfare sample. *Child Abuse and Neglect, 29*(1), 59–80.
- <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.08.004>
- Mak, W. W. S., & Cheung, R. Y. M. (2008). Affiliate stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*(6), 532-545. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00426.x>
- McQuade, J. D., & Hoza, B. (2015). Peer relationships of children with ADHD. Dans R.A. Barkley dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., pp. 210-222). The Guilford Press.
- Mikami, A. Y., Chong, G. K., Saporito, J. M., & Jiwon Na, J. (2015). Implications of parental affiliate stigma in families of children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 44*(4), 595-603. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.888665>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*: Guilford press.
- Morris, S. H., Nahmias, A., Nissley-Tsiopinis, J., Orapallo, A., Power, T. J., & Mautone, J. A. (2019). Research to practice: Implementation of Family School Success for parents of children with ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(3), 535-546.
- <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.03.002>
- Moyers, T.B., Manuel, J.K., & Ernst, D. (2014). *Motivational interviewing treatment integrity coding manual 4.1.2*. Unpublished manual.
- National Cancer Institute, (2020, 20 Novembre). *Open label study* US National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/open-label-study>.

- Ng, M. Y., & Weisz, J. R. (2016). Annual research review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 216-236. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12470>
- Nigg, J. T. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and adverse health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 215-228. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.005>
- Nigg, J. T., Tannock, R., & Rohde, L. A. (2010). What is to be the fate of ADHD subtypes? An introduction to the special section on research on the ADHD subtypes and implications for the DSM-V. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(6), 723-725. <https://doi.org/10.1080/15374416.2010.517171>
- Nissley-Tsiopinis, J., Normand, S., Mautone, J. A., Fogler, J. M., Featherston, M., & Power, T. J. (2022). Preparing families for evidence-based treatment of ADHD: Development of bootcamp for ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.022>
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 149-166. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4753-0>
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 872-879. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.872>
- Normand, S., Fogler, J.M., Nissley-Tsiopinis, J.D., Mautone, J.A., Quiet, J., Melita, N., Leblanc, V., Featherston, M., & Power, T.J. (2019, November). Parenting group process: Preliminary insights from an ongoing multisite pilot trial of ADHD Bootcamp. In J. Nissley-Tsiopinis (Chair), *Does how we implement an EBT matter? Measuring the process of therapy*. Symposium conducted at the meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Atlanta, GA, USA.

- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., Daley, D., De Silva, C., Harpin, V., Hodgkins, P., Nadkarni, A., Setyawan, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(11), 1217-1231.
<https://doi.org/10.1007/s00787-016-0841-6>
- Pliszka, S. R. (2015). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. Dans Auteur? (dir.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., pp. 140-168). The Guilford Press.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology, 43*(2), 434-442.
<https://doi.org/doi:10.1093/ije/dyt261>
- Power, T. J., Mautone, J. A., Marshall, S. A., Jones, H. A., Cacia, J., Tresco, K., Cassano, M. C., Jawad, A. F., Guevara, J. P., & Blum, N. J. (2014). Feasibility and potential effectiveness of integrated services for children with ADHD in urban primary care practices. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 2*(4), 412–426.
<https://doi.org/10.1037/cpp0000056>
- Prochaska, J. O. (1992). Stage of change in the modification of problem behaviors. *Progress in Behavior Modification, 28*, 183-218.
- Reich, W., Huang, H., & Todd, R. D. (2006). ADHD medication use in a population-based sample of twins. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(7), 801-807. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000219833.00979.c3>
- Resendez, M. G., Quist, R. M., & Matshazi, D. G. M. (2000). A longitudinal analysis of family empowerment and client outcomes. *Journal of Child and Family Studies, 9*(4), 449-460.
<https://doi.org/10.1023/A:1009483425999>

- Sibley, M. H., Graziano, P. A., Kuriyan, A. B., Coxe, S., Pelham, W. E., Rodriguez, L., Sanchez, F., Derefinko, K., Helseth, S., & Ward, A. (2016). Parent-teen behavior therapy + motivational interviewing for adolescents with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 699–712. <https://doi.org/10.1037/ccp0000106>
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Evans, S. W., Gnagy, E. M., Ross, J. M., & Greiner, A. R. (2011). An evaluation of a summer treatment program for adolescents with ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(4), 530-544. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.09.002>
- Sonuga-Barke, E. J. & Taylor, E. (2015). Disorders of attention and activity. Dans A. Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling et E. A. Taylor (dir.), *Rutter's child adolescent psychiatry* (pp. 738–756). Wiley Blackwell.
- Swanson, J. M. (1995). SNAP-IV scale. Irvine: University of California Child Dev. Center
- Taylor, J. L., Hodapp, R. M., Burke, M. M., Waitz-Kudla, S. N., & Rabideau, C. (2017). Training parents of youth with autism spectrum disorder to advocate for adult disability services: Results from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 47*(3), 846-857. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2994-z>
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
- Velasquez, M. M., Stephens, N. S., & Ingersoll, K. (2006). Motivational interviewing in groups. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 1*(1), 27-50. https://doi.org/10.1300/J384v01n01_03
- Visser, S. N., Bitsko, R. H., Danielson, M. L., Ghandour, R. M., Blumberg, S. J., Schieve, L. A., Holbrook, J. R., Wolraich, M. L., & Cuffe, S. P. (2015). Treatment of attention deficit/hyperactivity disorder among children with special health care needs. *The Journal of Pediatrics, 166*(6), 1423-1430. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.02.018>

- Visser, S. N., Danielson, M. L., Wolraich, M. L., Fox, M. H., Grosse, S. D., Valle, L. A., Holbrook, J. R., Claussen, A. H., & Peacock, G. (2016). Vital signs: National and state-specific patterns of attention deficit/hyperactivity disorder treatment among insured children aged 2–5 Years — United States, 2008–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, *65*(17), 443–450. <https://www.jstor.org/stable/24858054>
- Walton, J. R., Mautone, J. A., Nissley-Tsiopinis, J., Blum, N. J., & Power, T. J. (2014). Correlates of treatment engagement in an ADHD primary care-based intervention for urban families. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *41*(4), 539-547. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9385-4>
- Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 603-613. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.603>
- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., & Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(3), 262-268. <https://doi.org/10.1097/00004583-200203000-00005>
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, *9*(3), 490-499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & Subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity

disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4),
<https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>

Annexes

Annexe A

Tableau des thèmes du programme TDAH 101 par rencontre

Séance 1 : Survol du TDAH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction au groupe 2. Introduction des parents 3. Comprendre et accepter le diagnostic de TDAH 4. Introduction aux traitements et au modèle ABC 5. Conclusion
Séance 2 : Interventions familiales pour le TDAH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction au groupe 2. Révision des devoirs : Suivi du temps passé en compagnie de mon enfant 3. Que savons-nous : L'impact du TDAH à la maison 4. Que pouvons-nous faire : Comment pouvez-vous aider votre enfant avec TDAH à vivre des succès à la maison? 5. Conclusion
Séance 3 : Médicaments pour le TDAH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction au groupe 2. Révision des devoirs : L'art des félicitations efficaces 3. Que savons-nous : Le TDAH et le cerveau 4. Que pouvons-nous faire : Le TDAH et la médication 5. Conclusion
Séance 4 : Interventions en milieu scolaire pour le TDAH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction au groupe 2. Révision des devoirs : <ol style="list-style-type: none"> a. Utilisez votre attention b. Plan individualisé pour les soins de suivi - Médication et traitement comportemental 3. Que savons-nous : L'impact du TDAH à l'école 4. Que pouvons-nous faire pour aider votre enfant avec TDAH à avoir du succès à l'école 5. Conclusion et évaluation du programme

Annexe B

Questionnaire développemental

PERSONNEL DU BUREAU: CONTIENT DE L'INFORMATIONS D'IDENTIFICATION, SVP
CLASSER CE FORMULAIRE SÉPARÉMENT.

FORMULAIRE HISTORIQUE- Partie 1

INFORMATIONS POUR L'IDENTIFICATION

Toutes les informations contenues dans ce formulaire sont gardées confidentielles et volontaires. Nous gardons la partie 1 de ce formulaire barrée séparément du reste des information à propos de vous et de votre enfant pour des raisons de confidentialité. Vos réponses sur ce formulaire nous aident à mieux comprendre votre enfant et permettent de voir si nos traitements fonctionnent mieux pour certains types d'enfants que pour d'autres, afin que nous puissions améliorer nos services.

Nom de l'enfant :

Prénom Milieu nom Nom de famille Jr., etc.

Sexe de l'enfant : M F

L'âge de l'enfant: _____

Date de naissance de l'enfant: _____ (jour) / _____ (mois) / _____ (année)

Langue maternelle de l'enfant: _____

Origine ethnique ou groupe racial de l'enfant:

Caucasien/blanc1
Afro-Canadien/Noir 2
Asiatique/Asiatique Canadien/Insulaire du Pacifique3
Hispanique/Latino4
Première nation/Inuit5
Origines ethniques mixtes/plus d'une ethnie6 (svp préciser) _____

Nom complet de la personne qui complète ce questionnaire:

Prénom Milieu nom Nom de famille Jr., etc.

Lien avec l'enfant (Encerclez la réponse appropriée):

Mère biologique..... 1	Mère adoptive.....5	Grand-mère..... 9
Père biologique..... 2	Père adoptif.....6	Grand-père..... 10
Belle-mère 3	Mère d'accueil7	Tante 11
Beau-père..... 4	Père d'accueil 8	Oncle 12
Autre.....13		

(svp préciser)

PERSONNEL DU BUREAU: CONTIENT DE L'INFORMATIONS D'IDENTIFICATION, SVP
CLASSER CE FORMULAIRE SÉPARÉMENT.

INFORMATIONS SCOLAIRES

Année scolaire de l'enfant: _____ (si entre deux années scolaires, identifier la dernière année complétée)

Est-ce que votre enfant a déjà redoublé une année scolaire? OUI / NON

Si OUI, en quelle année scolaire était votre enfant à ce moment? : _____

Type d'école fréquentée par l'enfant

École publique1 École privée (indépendante, non religieuse)2
 École privée (religieuse).....3 École à la maison.....4
 Autre.....5 (veuillez spécifier) _____

Quel pourcentage de l'éducation de votre enfant à l'école se fait en français: _____ ; anglais: _____
 Autre langue (veuillez spécifier): _____

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Informations sur le foyer principal (celui dans lequel l'enfant vit la majorité du temps).

Adresse de la maison :

Qui d'autre vit dans le foyer principal avec l'enfant ?

	Nom(s)	Sexe	Âge	Sa relation avec l'enfant (ex., mère biologique, père adoptif, grand-mère, sœur adoptive, beau-frère, tante)
Parent #1				
Parent #2				
Autres enfants (incluant les demi-frères et demi-sœurs)				
Autres adultes				

PERSONNEL DU BUREAU: CONTIENT DE L'INFORMATIONS D'IDENTIFICATION, SVP
CLASSER CE FORMULAIRE SÉPARÉMENT.

Est-ce que l'enfant a un foyer secondaire dans lequel il passe du temps régulièrement?

OUI / NON

Si OUI, qui vit dans ce foyer?

Combien de temps (ex., en jours/semaine) l'enfant passe-t-il dans le foyer secondaire?

Est-ce que la/les figure(s) parentale(s) dans le foyer secondaire a/ont la garde légale ou physique de l'enfant?

OUI / NON

Quelqu'un qui saura toujours comment vous joindre

Dans cette étude, nous communiquerons avec vous sur une période d'environ 1 an afin de vous demander comment votre enfant se comporte et pour s'assurer que notre traitement est adapté à vos besoins. Parfois, les familles qui se déplacent ou qui changent leurs coordonnées pendant cette période oublient de le mentionner à notre équipe. Y a-t-il un ami ou un proche qui saura toujours comment vous joindre et qu'on pourrait contacter pour vous trouver si nous ne pouvons pas vous rejoindre?

Nom d'un ami ou d'un parent _____

Relation avec vous _____

Les coordonnées de cette personne

FORMULAIRE HISTORIQUE- Partie 2

Veillez répondre aux questions suivantes en lien avec le parent ou la principale figure parentale de l'enfant dans le foyer principal, soit concernant vous-même (Parent #1). S'il y a un second parent ou une seconde figure parentale (Parent #2) vivant avec vous dans le foyer principal, veuillez compléter l'information concernant également ce parent.

<u>Éducation du parent #1 (encercler une réponse):</u>	<u>Éducation du parent #2 (encercler une réponse):</u>
Une huitième année ou moins1	Une huitième année ou moins 1
A commencé l'école secondaire..... 2	A commencé l'école secondaire..... 2
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent..... 3	Diplôme d'études secondaire ou l'équivalent..... 3
A commencé des études collégiales/universitaires ou postsecondaires.....4	A commencé des études collégiales/universitaires ou postsecondaires..... 4
Diplôme d'études collégiales ou d'une technique 5	Diplôme d'études collégiales ou d'une technique...5
Diplôme d'études universitaires..... 6	Diplôme d'études universitaires.....6
Diplôme d'études supérieures..... 7	Diplôme d'études supérieures.....7
(MD, MBA, JD, MA, MS, PhD)	(MD, MBA, JD, MA, MS, PhD)

Le statut d'emploi parent #1:

Travail à plein temps.....1
Travail à temps partiel2
Sans emploi, à la recherche d'emploi....3
Mère/père au foyer4
Invalidité5
À la retraite6
Étudiant à plein temps7
Étudiant à temps partiel8
Autre ou plus d'une de ses réponses9
(veuillez spécifier) _____

Le statut d'emploi parent #2:

Travail à plein temps1
Travail à temps partiel2
Sans emploi, à la recherche d'emploi3
Mère/père au foyer4
Invalidité5
À la retraite6
Étudiant à plein temps7
Étudiant à temps partiel8
Autre ou plus d'une de ses réponses9
(veuillez spécifier) _____

Emploi occupé par Parent #1
(veuillez être spécifique svp):

Emploi occupé par Parent #2
(veuillez être précis svp) :

S'il y a 2 parents/figures d'autorités parentales au sein du foyer principal, quel est le statut relationnel actuel des deux parents?

- Parents 1 et 2 sont mariés ou unis civilement (conjoints de fait) 1
- Parents 1 et 2 ne sont PAS mariés NI unis civilement NI conjoints de fait MAIS forment un couple 2
- Parents 1 et 2 sont séparés, divorcés, célibataires 3
- Parents 1 et 2 sont tous deux responsables des soins de l'enfant (ex. la mère et la grand-mère) 4
- Autre (veuillez spécifier) _____ 5

S'il y a 1 parent au sein du foyer principal, quel est le statut relationnel actuel de ce parent?

- Marié ou conjoint de fait (union civile)1
- N'a jamais été marié2
- Séparé, divorcé ou annulation de mariage3
- Veuf/ Veuve.....4
- Autre (veuillez spécifier).....5

Écrivez, s'il vous plaît, le revenu total (avant les taxes, à partir de toutes les sources) pour votre famille pour l'année qui vient de s'écouler: _____ Dollars canadien

Annexe C

Module des 18 symptômes de TDAH (SNAP-IV; Swanson, 1995))

SNAP-IV

Je vais maintenant vous lire la description d'une série de comportements. Veuillez SVP indiquer si votre enfant fait ces comportements pas du tout, un peu, souvent ou très souvent.

<i>Pour chaque item, choisissez la colonne qui décrit mieux l'enfant durant le dernier mois. SVP veuillez prendre en compte le comportement de votre enfant lorsqu'il ne prend pas sa médication ou lorsque la médication fait moins effet:</i>	Pas du tout	Un peu	Souvent	Très souvent	
1. Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses travaux scolaires					/9
2. A souvent de la difficulté à soutenir son attention dans les tâches ou dans les jeux					
3. Semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement					
4. Souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à terminer ses travaux scolaires					
5. A souvent de la difficulté à organiser ses tâches					
6. Souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu					
7. Perd souvent les objets nécessaires à ses tâches ou ses activités (p. ex. devoirs de classe, stylos ou livres)					
8. Se laisse souvent distraire par des stimuli externes					
9. A des oublis fréquents dans les activités de la vie quotidienne					
10. Agite souvent les mains ou les pieds					/9
11. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations alors qu'il devrait rester assis					
12. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié					
13. A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs					
14. Est souvent en mouvement ou agit souvent comme s'il était monté sur des ressorts					
15. Parle souvent trop					
16. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée					
17. A souvent de la difficulté à attendre son tour					
18. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p.ex. intervient dans les conversations ou dans les jeux)					

Annexe D

Liste de fidélité de contenu

Group Séance 1: Overview of ADHD: Diagnosis, Developmental Course, and Comorbidities

Rate each item: 0 – Not Implemented; 1 – Implemented

Group Introduction

	Score	Postponed
1. Introduced themselves and explained their backgrounds	0 1	
2. Provided overview of TDAH 101TDAH 101 program and provided parents with binders	0 1	
3. Explained confidentiality and invited parents to meet with clinicians at the end of the group if there are any concerns about safety	0 1	
4. Clarified the unique objective of séance #1 (i.e., to provide background information about what ADHD is and explain group process) and referred to séance handouts	0 1	

Parent Introductions

	Score	Postponed
5. Facilitated parents introducing themselves and saying something that they appreciate about their child	0 1	
6. Summarized parent introductions to reinforce what they are saying and to build connections between their experiences	0 1	

Understanding and Acceptance of ADHD diagnosis

	Score	Postponed
7. Provided information about ADHD symptoms, comorbidities and impairment, referencing Handout 1.1	0 1	
8. Discussed the genetic basis of ADHD	0 1	
9. Explored whether parents had any questions or concerns about the diagnosis	0 1	

Introduction to Treatment and the ABC model

	Score	Postponed
10. Explained that the two evidence based treatments for ADHD are behavioral treatment and stimulant and non-stimulant medication	0 1	
11. Explained the A-B-C Model of behavior, referencing Handout 1.2	0 1	
12. Introduced homework for séance, referencing Handout 1.3: Homework #1	0 1	

Ending Business

	Score		Postponed
13. Prepared parents for homework implementation for the upcoming week (i.e., Homework #1)	0	1	
14. Had parents complete Séance 1 Weekly Satisfaction Ratings	0	1	

Group Séance 2: Family-Based Treatments of ADHD

Rate each item: 0 – Not Implemented; 1 – Implemented

Group Introduction

	Score	Postponed
1. Clarified the unique objective of séance #2 (i.e., to learn how ADHD effects children at home and what parents can do about it) and distributed séance handouts	0 1	

Homework Review: Tracking Time Alone with Your Child

	Score	Postponed
2. Had returning parents talk about their experience completing Homework #1 (<i>Tracking Time Alone with Your Child</i>)	0 1	
3. Reviewed the ABC Model, using examples from homework	0 1	
4. Checked in about homework implementation and related difficulties during the previous week (i.e., Homework #1)	0 1	

What Do We Know: The Impact of ADHD at Home?

	Score	Postponed
5. Discussed how ADHD affects children at home, referencing Handout 2.1	0 1	
6. Explained how ADHD affects the entire family system (e.g., marital and sibling relationships), referencing Handout 2.1	0 1	

What Can We Do to Help Your Child with ADHD do Better at Home

	Score	Postponed
7. Introduced Parent Management Training (PMT)	0 1	
8. Taught parents the “Catch them being good” behavioral strategy, referencing Handout 2.3: Homework #2	0 1	
9. Introduced parents to the “Strategic ignoring” behavioral strategy	0 1	
10. Discussed with parents whether they think parent management training (PMT) would be helpful for them/their child and helped them process questions/concerns about PMT	0 1	
11. Explored where parents can get access to parent management training, referencing Handout 2.2	0 1	

Ending Business

	Score	Postponed
12. Prepared parents for homework implementation for the upcoming week (i.e., Homework #2)	0 1	

13. Had parents complete Séance 2 Weekly Satisfaction Ratings	0	1	
---	---	---	--

Group Séance 3: Medication Treatment for ADHD

Rate each item: 0 – Not Implemented; 1 – Implemented

Group Introduction

	Score	Postponed
1. Clarified the unique objective of séance #3 (i.e., understanding the biology of ADHD and how it can be treated with medication) & distributed handouts	0 1	

Homework Review: Using Your Attention

	Score	Postponed
2. Had returning parents talk about their experience with completing Homework #2 <i>(Using Your Attention)</i>	0 1	
3. Reviewed the ABC Model, using examples from homework (Refer to Handout 1.2)	0 1	
4. Taught parents the “Strategic Ignoring” behavioral strategy, referencing Handout 3.3 (Homework #3)	0 1	
5. Checked in about homework implementation and related difficulties during the previous week (i.e., Homework #2)	0 1	

What Do We Know: ADHD and the Brain

	Score	Postponed
6. Explained that ADHD is a neurodevelopmental disorder characterized by differences in prefrontal cortex, dopamine levels, and executive functioning, referencing Handout 3.2	0 1	

What Can We Do: ADHD and Medication

	Score	Postponed
7. Discussed parents’ experiences, questions, or concerns with ADHD medications.	0 1	
8. Provided psychoeducation regarding ADHD medications (e.g., types, efficacy, side effects, trials, limitations, etc.)	0 1	
9. Discussed with parents whether medication treatment is something they are considering for their child	0 1	
10. Provided information regarding talking to children about ADHD, referencing Handout 3.3	0 1	
11. Discussed developing an individualized plan for follow-up care as a 2 nd homework assignment, referencing Handout 3.4 (Homework #4)	0 1	

Ending Business

	Score	Postponed
12. Prepared parents for homework implementation for the upcoming week (i.e., Homework #3 and 4)	0 1	
13. Had parents complete Séance 3 Weekly Satisfaction Ratings	0 1	

Group Séance 4: School-Based Interventions for ADHD

Rate each item: 0 – Not Implemented; 1 – Implemented

Group Introduction

	Score	
1. Clarified the unique objective of séance #4 (i.e., to help them understand how ADHD affects school and how school can help) and distributed séance handouts	0 1	

Homework Review: Strategically Withholding Your Attention

	Score	Postponed
2. Had returning parents talk about their experience with completing Homework - Homework #3 (<i>Strategically Withholding Your Attention</i>) and Homework #4 (<i>Individualized Plan for Follow-Up Care – Medication and Behavioral Treatment</i>)	0 1	
3. Reviewed the ABC Model, using examples from homework (Refer to Handout 1.2)	0 1	
4. Checked in about homework implementation and related difficulties during the previous week (i.e., Homework #3 and 4)	0 1	

What Do We Know: The Impact of ADHD at School

	Score	Postponed
5. Explored how parents perceived their child’s ADHD affected them at school.	0 1	
6. Explained the effect of ADHD in the school setting and the possible interference with learning, referencing Handout 4.1	0 1	

What Can We Do to Help Your Child do Better at School

	Score	Postponed
7. Explained the role of medication to assist with ADHD symptoms in the school setting	0 1	
8. Provided parents with Tips for Building Partnerships with Teachers, referencing Handout 4.2	0 1	
9. Introduced parents to the Daily Report Card, referencing Handout 4.3	0 1	
10. Provided information regarding setting up a formal accommodation plan for a child at school, referencing Handout 4.4	0 1	
11. Introduced homework assignment to create an Individualized Plan for Follow-Up Care at School, referencing Handout 4.5 (Homework #5)	0 1	
12. Discussed with parents whether school-based interventions are something that parents will be seeking for their child	0 1	

Ending Business

	Score		Postponed
13. Prepared parents for homework implementation for the upcoming week (i.e., Homework #5)	0	1	
14. Had parents complete Séance 4 Weekly Satisfaction Ratings	0	1	

Annexe E

Liste de fidélité de processus

Coder name: _____ Parent Group Cohort: _____ Séance: _____

Meeting Date __/__/__ Group Leader: _____

**Refer to manual for additional guidance*

Instructions: Code the following for each section of the séance (1 through 4):

Section # (circle one):

1 = "Introduction/Homework Review" part of the séance

2 = "New content" part of the séance

1. ENCOURAGING PARENT ACTIVE ENGAGEMENT

Presentation was didactic with the majority of the talking being done by the facilitator; the facilitator did not make an effort to adapt the material to individual parent situations	1 2 3 4	Facilitator used open-ended questions, affirmations, reflections, and summaries to encourage parent engagement; facilitator adapts material to individual parent situations
--	---	---

2. ELICITING AND STRENGTHENING CHANGE TALK

Facilitator focused on sustain talk or status quo (e.g., reasons parents can't accept their child's diagnosis or available treatments,	1 2 3 4	Facilitator affirmed parents' desire, ability, reasons and need for change (e.g.,
--	---	---

or why they can't do the homework) without evoking and reflecting the parents' own efforts or stated reasons to change

accepting their child's diagnosis or treatment, completing homework, etc.)

3. PROVIDING EMOTIONAL VALIDATION

Facilitator was not responsive to or was critical of concerns voiced by parent	1	2	<table border="1"><tr><td>3</td><td>4</td></tr></table>	3	4	Facilitator provided social support, emotional reassurance, or validation of parent's feelings or efforts
3	4					

4. BUILDING CONNECTIONS AMONG PARENTS

Facilitator did not attempt to connect parents to each other	1	2	<table border="1"><tr><td>3</td><td>4</td></tr></table>	3	4	Facilitator built connections among parents and built on shared parents' experiences
3	4					

Annexe F

Family Empowerment Scale (FES; Koren et al., 1992)

Ces questions portent sur plusieurs domaines de services de votre enfant. Les questions comprennent de nombreuses activités différentes que les parents font ou ne font pas nécessairement. Pour les questions qui ne vous concernent pas, s'il vous plaît répondre « Jamais ». De plus, nous savons que d'autres personnes peuvent être impliquées dans les soins et la prise de décisions au sujet de votre enfant, mais s'il vous plaît répondre aux questions en pensant à votre propre situation. Sentez-vous libre d'écrire des commentaires

FES

À PROPOS DES SERVICES DE VOTRE ENFANT...	JAMAIS	RAREMENT	PARFOIS	SOUVENT	TRÈS SOUVENT
1. Je sens que j'ai le droit d'approuver tous les services que mon enfant reçoit.	1	2	3	4	5
2. Je connais les étapes à prendre si je suis inquiet(e) que mon enfant reçoive des services de faible qualité.	1	2	3	4	5
3. Je m'assure que les professionnels comprennent mes opinions au sujet des services que mon enfant a besoin.	1	2	3	4	5
4. Je suis capable de prendre de bonnes décisions à propos des services que mon enfant a besoin.	1	2	3	4	5
5. Je suis capable de travailler avec les organismes et les professionnels pour décider quels services mon enfant a besoin.	1	2	3	4	5
6. Je m'assure de garder un contact régulier avec les professionnels qui donnent des services à mon enfant.	1	2	3	4	5
7. Mon opinion est aussi importante que celle des professionnels pour décider quels services mon enfant a besoin.	1	2	3	4	5
8. Je dis aux professionnels ce que je pense à propos des services reçus par mon enfant.	1	2	3	4	5
9. Je sais quels sont les services que mon enfant a besoin.	1	2	3	4	5
10. Lorsque nécessaire, je prends l'initiative de chercher des services pour mon enfant et ma famille.	1	2	3	4	5
11. J'ai une bonne compréhension du système de services dans lequel mon enfant est impliqué.	1	2	3	4	5

12. Les professionnels devraient me demander quels services je veux pour mon enfant.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

COMMENTAIRES _____

© 1992 Family Empowerment Scale, Koren, DeChillo, & Friesen, Regional Research Institute, Portland State University, P.O. Box 751, Portland, OR 97207-0751

Annexe G

Affiliate Stigma Questionnaire (ASQ; Mak & Cheung, 2008)

SVP notez à quel point vous êtes d'accord avec chacune des affirmations suivantes.

	Pas du tout	Très peu	Un peu	Beaucoup
1. Parfois, je suis embarrassé par les symptômes d'inattention de mon enfant	1	2	3	4
Parfois, je suis embarrassé par les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité de mon enfant	1	2	3	4
2. J'évite parfois des situations où d'autres personnes peuvent voir les symptômes d'inattention de mon enfant	1	2	3	4
J'évite parfois des situations où d'autres personnes peuvent voir les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité de mon enfant	1	2	3	4
3. Parfois, d'autres adultes me traitent négativement ou me discriminent à cause des symptômes d'inattention de mon enfant	1	2	3	4
Parfois, d'autres adultes me traitent négativement ou me discriminent à cause des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité de mon enfant	1	2	3	4
4. Parfois, d'autres adultes me jugent négativement quand ils voient les symptômes d'inattention de mon enfant	1	2	3	4
Parfois, d'autres adultes me jugent négativement quand ils voient les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité de mon enfant	1	2	3	4
5. En tant que parent, je me sens parfois coupable quand mon enfant présente des symptômes d'inattention	1	2	3	4
En tant que parent, je me sens parfois coupable quand mon enfant présente des symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité	1	2	3	4

6. Les symptômes d'inattention de mon enfant m'ont amené à réduire les contacts que j'ai avec d'autres adultes tels que des amis ou des membres de la famille	1	2	3	4
Les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité de mon enfant m'ont amené à réduire les contacts que j'ai avec d'autres adultes tels que des amis ou des membres de la famille	1	2	3	4

Thérapie comportementale pour enfant et famille [SEP]

©2012 The Children's Hospital of Philadelphia. All Rights Reserved

L'objectif de la thérapie comportementale est de vous aider à apprendre comment gérer le comportement de votre enfant. Les études démontrent que la thérapie comportementale aide de nombreux enfants avec TDAH. Vous pouvez rencontrer régulièrement un psychologue ou un thérapeute. Votre enfant et vous allez apprendre à construire un système qui récompense le bon comportement à la maison et à l'école. Vous pouvez utiliser des récompenses. Celles-ci peuvent inclure les félicitations, l'attention positive de votre part et les privilèges. Les enfants peuvent obtenir des récompenses quand ils terminent leurs devoirs ou quand ils suivent vos consignes. Vous pouvez également apprendre à gérer les problèmes de comportement. Par exemple, vous pouvez retirer des privilèges. Si votre enfant perd le contrôle, vous pouvez l'envoyer dans une pièce calme. Vous allez apprendre comment faire ceci pour que le comportement de votre enfant s'améliore. Basé sur ce que vous savez déjà, SVP nous dire à quel point vous êtes **d'accord** avec les affirmations suivantes au sujet de la thérapie comportementale pour enfant et famille.

	<u>Je suis d'accord</u>	Pas du tout	Un peu	En partie	Beaucoup	Complètement
1. La thérapie comportementale est un moyen raisonnable d'aider mon enfant	0	1	2	3	4	
2. Je me sens confortable de travailler avec un thérapeute/psychologue pour aider mon enfant.	0	1	2	3	4	
3. Je ferais confiance à un thérapeute/psychologue pour aider mon enfant	0	1	2	3	4	
4. Je suis préoccupé(e) par le temps que ça prendrait de rencontrer un thérapeute ou psychologue pour apprendre la thérapie comportementale.	0	1	2	3	4	
5. Je suis préoccupé(e) par le temps qu'il faudrait pour travailler avec mon enfant en utilisant ce que nous apprenons en thérapie comportementale.	0	1	2	3	4	
6. Je suis préoccupé(e) par les ressources (assurance, revenu, épargne) que j'aurais besoin pour couvrir le coût du traitement de mon enfant avec la thérapie comportementale.	0	1	2	3	4	
7. J'ai peur que mon enfant soit perçu comme un enfant à problèmes s'il ou elle reçoit une thérapie comportementale.	0	1	2	3	4	
8. Je sens que mon enfant sera traité différemment par les autres s'il ou elle reçoit une thérapie comportementale.	0	1	2	3	4	
9. Je peux recevoir de la thérapie comportementale pour mon enfant à un endroit où je me sens à l'aise.	0	1	2	3	4	

10. Je suis inquiet(e) de la réaction que mon enfant pourrait avoir face à la thérapie comportementale.	0	1	2	3	4
11. J'ai peur que mon enfant réagisse négativement face aux choses que nous apprenons dans la thérapie comportementale.	0	1	2	3	4
12. La thérapie comportementale aidera à améliorer le comportement de mon enfant.	0	1	2	3	4
13. Je sens que la thérapie comportementale pourrait changer certaines choses que j'aime de la personnalité de mon enfant.	0	1	2	3	4
14. Les gens qui sont importants pour moi me soutiennent dans le traitement de mon enfant avec la thérapie comportementale.	0	1	2	3	4

Médication

©2012 The Children's Hospital of Philadelphia. All Rights Reserved

Votre médecin va possiblement offrir à votre enfant un médicament pour le TDAH. La médication peut aider votre enfant à se concentrer. La médication peut également aider à contrôler les problèmes de comportement. Votre enfant prendrait le médicament chaque jour. La médication est généralement très sécuritaire. La médication peut causer des effets secondaires. Les effets secondaires les plus fréquents incluent une diminution de l'appétit ou des problèmes de sommeil. Certains enfants avec des problèmes cardiaques peuvent ne pas être en mesure de prendre la médication en toute sécurité. Si nécessaire, votre médecin peut ordonner des tests afin de vérifier la sécurité de votre enfant. Votre médecin peut alors changer le médicament ou la dose pour mieux aider votre enfant. Les médicaments pour le TDAH ne rendent pas dépendants. Selon ce que vous savez déjà, dites-nous s'il vous plaît à quel point vous êtes **d'accord** avec les énoncés suivants à propos de la médication du TDAH.

	<u>Je suis d'accord</u>	Pas du tout	Un peu	En partie	Beaucoup	Complètement
1. La médication est un moyen raisonnable d'aider mon enfant	0	1	2	3	4	
2. Je me sens confortable de travailler avec mon médecin afin de trouver le bon médicament pour mon enfant.	0	1	2	3	4	
3. Je ferais confiance à mon médecin pour traiter le TDAH de mon enfant avec la médication.	0	1	2	3	4	
4. Je suis préoccupé(e) par le temps que ça prendrait de rencontrer mon médecin pour discuter de comment mon enfant répond à la médication.	0	1	2	3	4	
5. Je suis préoccupé(e) par le temps qu'il faudrait pour m'assurer que mon enfant prend le médicament selon les recommandations du médecin.	0	1	2	3	4	
6. Je suis préoccupé(e) par le temps qu'il faudrait pour surveiller la réaction de mon enfant au médicament.	0	1	2	3	4	
7. Je suis préoccupé(e) par les ressources (assurance, revenu, épargne) dont j'aurais besoin pour couvrir le coût du traitement de mon enfant avec la médication.	0	1	2	3	4	
8. J'ai peur que mon enfant soit perçu comme un enfant à problèmes s'il ou elle prend un médicament.	0	1	2	3	4	
9. Les autres personnes vont me considérer comme un mauvais parent si je traite le TDAH de mon enfant avec la médication.	0	1	2	3	4	
10. Je sens que mon enfant sera traité différemment par les autres s'il ou elle prend un médicament pour le TDAH.	0	1	2	3	4	
11. Je peux recevoir un médicament pour mon enfant à un endroit où je me sens à l'aise.	0	1	2	3	4	
12. Je suis inquiet(e) de la réaction que mon enfant pourrait avoir face à la médication.	0	1	2	3	4	

13. Je sens que la médication pourrait changer certaines choses que j'aime de la personnalité de mon enfant.	0	1	2	3	4
14. Les médicaments aideront à améliorer le comportement de mon enfant.	0	1	2	3	4
15. Les gens qui sont importants pour moi me soutiennent dans le traitement de mon enfant avec la médication.	0	1	2	3	4
16. Je suis inquiet(e) que mon enfant devienne dépendant à la médication.	0	1	2	3	4

Annexe I

Utilisation des traitements du TDAH basés sur des données probantes

Date d'aujourd'hui: _____

RÉCEPTION D'UN TRAITEMENT FONDÉ SUR LES PREUVES POUR LE TDAH (RETA)

Les questions suivantes sont à propos de l'enfant qui a été diagnostiqué avec TDA/TDAH :

SVP nommer toutes les interventions reçues par votre enfant (ou votre famille) pour le TDAH de cet enfant?

	Où est-ce que l'enfant (ou la famille) a reçu l'intervention	À combien de séances a assisté l'enfant et/ou la famille?	Quand est-ce que l'enfant (ou votre famille) a reçu pour la <u>première fois</u> l'intervention?	Passée seulement (pas en cours)	En cours
a)					
b)					
c)					

Quel type de thérapeute a fourni chacune de ces interventions pour le TDAH de votre enfant?

a) _____	b) _____	c) _____
<input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> ADHD Coach <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Enseignant/Orthopédagogue <input type="checkbox"/> Psychoéducateur/Technicien en éducation spécialisée <input type="checkbox"/> Autre/Parent ne sait pas:	<input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> ADHD Coach <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Enseignant/Orthopédagogue <input type="checkbox"/> Psychoéducateur/Technicien en éducation spécialisée <input type="checkbox"/> Autre/Parent ne sait pas:	<input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Psychiatre <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> ADHD Coach <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Enseignant/Orthopédagogue <input type="checkbox"/> Psychoéducateur/Technicien en éducation spécialisée <input type="checkbox"/> Autre/Parent ne sait pas:

Qu'avez-vous fait durant ces interventions? (par ex. Psychoéducation, jeux de rôle, pratiques) ?

a) _____
b) _____
c) _____

Avez-vous des devoirs/exercices à faire entre les rencontres ou à l'extérieur des rencontres? Si c'est le cas, qu'avez-vous eu à faire?

a) _____
b) _____
c) _____

Quelle est la proportion des séances pour laquelle votre enfant était impliqué/prenait part à l'intervention? (par exemple, 10 minutes à la fin de chaque séance de 60 minutes, la moitié du temps, toute l'intervention)

a) _____	b) _____	c) _____

En tant que parents, quelle proportion des séances avez-vous été principalement impliquée dans l'intervention? (par exemple, 10 minutes à la fin de chaque séance de 60 minutes, la moitié du temps, toute l'intervention)

a) _____	b) _____	c) _____

SVP indiquer tous les médicaments que votre enfant a déjà pris pour le TDAH:

Médication	Raison	Date de début de la médication	Présentement (en cours)	Passé (pas en cours)	Dose (seulement indiquer la plus récente)		
					am	noon	pm
a)							
b)							
c)							
d)							

RÉCEPTION D'UN TRAITEMENT FONDÉ SUR LES PREUVES POUR LE TDAH

Les questions suivantes sont à propos de l'enfant qui a été diagnostiqué avec TDA/TDAH :

1. Est-ce que cet enfant (ou votre famille) a **déjà** reçu une thérapie comportementale ou du counseling pour le TDAH de cet enfant?

NON

OUI

**** Si **NON**, passez à la question #8 ****

Si **OUI**:

2. Quel type de thérapie comportementale ou de counseling l'enfant a-t-il reçu? (Indiquez tous ceux qui s'appliquent)

- Thérapie individuelle ou en un-à-un (principalement « thérapie pour enfant »)
- Thérapie familiale comportementale
- Programme d'entraînement aux habiletés parentales (gestion du comportement)
- Autre _____
- Je ne sais pas

3. Où est-ce que l'enfant (ou la famille) a reçu la thérapie comportementale ou le counseling? (Marquez tous ceux qui s'appliquent)

- École
- Clinique pédiatrique de l'Hôpital Montfort
- Clinicien en pratique privée _____
- Autre _____
- Je ne sais pas

4. À combien de séances a assisté l'enfant et/ou la famille?

- 1 (la thérapie a été initiée, mais il n'y a eu aucun suivi)
- 2-6
- 7-10
- Plus de 10

Règle de décision : Le nombre de séances à indiquer consiste au **nombre total** de séances de thérapie comportementale ou de counseling que l'enfant (ou la famille) a reçu pour le TDAH de cet enfant.

5. Quand est-ce que l'enfant (ou votre famille) a reçu pour la **première fois** une thérapie comportementale ou du counseling pour le TDAH?

- Il y a moins d'un mois
- Il y a 1 à 3 mois
- Il y a 4 à 6 mois
- Il y a 7 à 12 mois
- Il y a plus d'un an

6. Est-ce que l'enfant reçoit **présentement** une thérapie comportementale ou du counseling pour le TDAH?

NON

OUI

**** SI NON, PASSEZ À LA QUESTION 8 ****

7. Quel type de thérapie comportementale ou de counseling l'enfant reçoit-il **présentement**?
(Marquez tous ceux qui s'appliquent)

- Thérapie individuelle ou en un-à-un (principalement « thérapie pour enfant »)
- Thérapie familiale comportementale
- Programme d'entraînement aux habiletés parentales (gestion du comportement)
- Autre _____
- Je ne sais pas

8. L'enfant a-t-il **déjà** pris une médication pour le TDAH?

NON

OUI

**** SI NON, TERMINEZ ICI ****

Si OUI:

9. Quel(s) médicament(s) l'enfant a-t-il déjà pris pour le TDAH? (Indiquez tous ceux qui s'appliquent)

Médication	Raison	Date de début	Dose		
			am	midi	pm

10. Est-ce que l'enfant prend **présentement** des médicaments pour le TDAH?

NON

OUI

**** SI NON, TERMINEZ ICI ****

Si OUI:

11. Quels médicaments l'enfant prend-t-il présentement? (Indiquez tous ceux qui s'appliquent)

Médication	Raison	Date de début	Dose		
			am	midi	pm

Annexe J

Functional impairment Scale (IRS; Fabiano et al., 2006)

IRS

Directives: Dans les boîtes ci-dessous, décrivez **très brièvement** (1-2 phrases) les principaux problèmes de votre enfant en ce moment à la maison et à l'école. Ensuite dans chacune des boîtes, encerclez le chiffre qui décrit le mieux à quel point les problèmes de votre enfant affectent son fonctionnement dans chacune des sphères suivantes **durant les deux dernières semaines** et **s'il ou elle bénéficierait d'un traitement ou de services spécialisés pour ces problèmes**.

(1a) Comment les problèmes de votre enfant affectent-ils sa relation avec ses compagnons de jeux?

0 1 2 3 4 5 6

Pas de problème
N'a vraiment pas besoin d'un
traitement ou de services spécialisés

Problème extrême
A vraiment besoin d'un
traitement ou de services spécialisés

(1b) Peu importe si votre enfant est populaire ou impopulaire auprès des autres enfants, a-t-il un/une meilleur(e) ami(e) spécial(e) qu'il ou elle a depuis plusieurs mois? (S'il vous plaît encerclez)

OUI NON

(1c) Comment les problèmes de votre enfant affectent-ils sa relation avec ses frères et/ou sœurs?
Si votre enfant n'a pas de frère ou de sœur, cochez ici et passer au #2 _____)

0 1 2 3 4 5 6

Pas de problème
N'a vraiment pas besoin d'un

Problème extrême
A vraiment besoin d'un

traitement ou de services spécialisés	traitement ou de services spécialisés
---------------------------------------	---------------------------------------

(2) Comment les problèmes de votre enfant créent-ils des conflits entre votre enfant et vous ?

0	1	2	3	4	5	6
Pas de problème			Problème extrême			
N'a vraiment pas besoin d'un			A vraiment besoin d'un			
traitement ou de services spécialisés			traitement ou de services spécialisés			

(3) Comment les problèmes de votre enfant affectent-ils ses progrès académiques à l'école?

0	1	2	3	4	5	6
Pas de problème extrême			Problème			
N'a vraiment pas besoin d'un			A vraiment			
besoin d'un			traitement ou de services			
traitement ou de services spécialisés			spécialisés			

(4) Comment les problèmes de votre enfant affectent-ils ses comportements en classe?

0 1 2 3 4 5 6

Pas de problème
extrême

Problème

N'a vraiment pas besoin d'un
besoin d'un

A vraiment

traitement ou de services spécialisés
spécialisés

traitement ou de services

(5) Comment les problèmes de votre enfant affectent-ils la réalisation de ses tâches quotidiennes à la maison?

0 1 2 3 4 5 6

Pas de problème
extrême

Problème

N'a vraiment pas besoin d'un
besoin d'un

A vraiment

traitement ou de services spécialisés
spécialisés

traitement ou de services

(6) Comment les problèmes de votre enfant affectent-ils son estime personnelle?

0 1 2 3 4 5 6

Pas de problème extrême	Problème
N'a vraiment pas besoin d'un traitement ou de services spécialisés	A vraiment traitement ou de services spécialisés

(7) Comment les problèmes de votre enfant affectent-ils votre famille en général?

0	1	2	3	4	5	6
Pas de problème extrême						Problème
N'a vraiment pas besoin d'un traitement ou de services spécialisés						A vraiment traitement ou de services spécialisés

(8) Sévérité globale des problèmes de votre enfant sur son fonctionnement en général et besoin général de recevoir un traitement.

0	1	2	3	4	5	6
Pas de problème extrême						Problème
N'a vraiment pas besoin d'un traitement ou de services spécialisés						A vraiment traitement ou de services spécialisés

Annexe K

Devoir 1. Suivi du temps passé en compagnie de mon enfant

Nom : _____

S'il vous plaît utiliser ce formulaire pour noter le temps passé seul avec votre enfant. Portez une attention particulière au moment de la journée où vous passez du temps seul avec votre enfant, à la quantité de temps consacré à l'activité, à la nature de l'activité et à l'utilisation de commentaires positives, négatives et neutres pendant le temps alloué à l'activité.

			COMMENTAIRES DU PARENT			
Date	Temps consacré (min)	Qu'avons-nous fait ensemble ?	Nombre de commentaires positives utilisées	Nombre de commentaires négatives utilisées	Nombre de commentaires neutres utilisées	Observations / Préoccupations / Exemples

Comment vous êtes-vous aidé à vous rappeler de faire cela? Des questions?

Annexe L

Devoir 2. L'art des félicitations efficaces

Nom : _____

Veillez utiliser ces formulaires pour faire un suivi des 15 minutes passées seules avec votre enfant dans lesquelles vous vous pratiquerez à prêter attention à des comportements spécifiques.

Lorsque votre enfant agit correctement (Catch Him/Her Being Good): Quel comportement positif allez vous cibler pour le « renforcer » cette semaine?

Quel comportement je vais cibler cette semaine ? : _____

Date et heure	Temps alloué (min.)	À quelle fréquence votre enfant a-t-il montré un comportement positif?	Comment avez-vous renforcé le comportement positif?	Quelle était la réponse de votre enfant (Autres observations/ commentaire)?

Lorsque votre enfant agit correctement (Catch Him/Her Being Good): (suite):

Date et heure	Temps alloué (min.)	À quelle fréquence votre enfant a-t-il montré un comportement positif?	Comment avez-vous renforcé le comportement positif?	Quelle était la réponse de votre enfant (Autres observations/ commentaire)?

Comment vous êtes-vous aidé à vous rappeler de faire ceci?

Comment sentez-vous que cela a fonctionné?

Des questions?

Annexe M

Devoir 3. Utilisez votre attention

Nom : _____

Veillez utiliser ces formulaires pour faire le suivi de 15 minutes de temps avec votre enfant, dans lesquelles vous vous entraînez à ignorer stratégiquement certains comportements indésirables.

Ignorance stratégique : Quel comportement indésirable allez-vous ignorer ?

Date/ Heure	Temps passé (min.)	À quelle fréquence votre enfant a-t-il montré le comportement indésirable?	Comment avez-vous fait pour ignorer le comportement indésirable?	Quelle a été la réponse de votre enfant ? (Autres observations / commentaires?)

Ignorance stratégique (suite) :

Date/ Heure	Temps passé (min.)	À quelle fréquence votre enfant a-t-il montré le comportement indésirable?	Comment avez-vous fait pour ignorer le comportement indésirable?	Quelle a été la réponse de votre enfant ? (Autres observations / commentaires?)

Qu'avez-vous fait pour vous souvenir de faire ceci ?

Pensez-vous que ça a fonctionné ?

Des questions?

Annexe N

Devoir 4. Plan individualisé pour les soins de suivi – médication et thérapie comportementale

Nom : _____

Mon plan pour aider mon enfant

- 1) Je vais débiter un traitement comportemental pour le TDAH de mon enfant ou faire un suivi pour la prochaine étape concernant la possibilité de faire un traitement comportemental: Oui Non

Si oui :

- Qui vais-je contacter pour débiter un traitement ?
Nom _____ Numéro de téléphone _____

- Quelle est la prochaine étape que je dois prendre ?

Quand vais-je compléter cette étape ? _____

- Y a-t-il quelque chose qui pourrait entraver le début de la thérapie comportementale familiale pour mon enfant ? _____

Comment puis-je empêcher cela d'être dans le chemin ? _____

- 2) Je vais commencer un traitement pharmacologique (c.-à-d., médicament) pour le TDAH de mon enfant ou faire un suivi pour la prochaine étape concernant son traitement pharmacologique: Oui Non

Si oui :

- Qui vais-je contacter pour débiter un traitement ?
Nom _____ Numéro de téléphone _____

- Quelle est la prochaine étape que je dois prendre ?

Quand vais-je compléter cette étape ? _____

- Y a-t-il quelque chose qui pourrait entraver le début du traitement médicamenteux de mon enfant ? _____
Comment puis-je empêcher cela d'être dans le chemin ? _____