

ÉVALUATION DU PROGRAMME PFC

Université du Québec en Outaouais

Titre de l'essai : Évaluation du programme « *Parental Friendship Coaching* » auprès de parents francophones d'enfants avec TDAH

Essai doctoral
Présenté au

Département de psychoéducation et de psychologie

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

Par

© Joanna GUIET

Juin 2020

TABLE DES MATIERES

COMPOSITION DU JURY	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES TABLEAUX	vi
RÉSUMÉ.....	vii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité	2
Difficultés fonctionnelles sur le plan familial, scolaire et social	4
Traitements des difficultés sociales chez les enfants avec TDAH.....	6
Les hypothèses explicatives en lien avec les difficultés sociales des enfants avec TDAH	8
Déficits comportementaux de l'enfant avec TDAH	8
Influences du groupe de pairs.....	10
Problèmes d'amitié des enfants avec TDAH.....	13
Importance unique de l'amitié pour l'adaptation	15
Favoriser les comportements positifs afin d'améliorer la qualité d'amitié	17
Interventions focalisées sur l'amitié des enfants avec TDAH	18
Buddy System	18
Children's Friendship Training	19
Intervention basée sur le jeu	20
Limites des études précédentes	20
Parental Friendship Coaching	22
La présente étude.....	24
CHAPITRE II	
MÉTHODE	25
Participants.....	25
Procédure.....	25
Détermination de l'éligibilité à l'étude	25
Évaluations prétraitement	33
Assignation aléatoire	34
Évaluation post-traitement	34
Programmes d'intervention	35
Instrument de mesure.....	38
Mesures pour déterminer l'éligibilité et la description des participants	38
Mesure du processus thérapeutique.....	40
Mesures d'impact	41
Questionnaire développemental	47
CHAPITRE III	
RÉSULTATS	48
Plan d'analyse des données	48
Puissance statistique	48
Données manquantes.....	48
Différences selon la condition de traitement	50
Analyses primaires	50
Analyses secondaires.....	50

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Taille de l'effet	51
Statistiques descriptives	51
Valeurs extrêmes.....	51
Corrélations entre les variables étudiées	51
Évolution de la qualité d'amitié et des comportements sociaux au fil du temps.....	53
Processus de la thérapie	53
Fidélité de contenu	53
Fidélité de processus.....	53
Présence au groupe	54
Lien thérapeutique clinicien-parent	54
Satisfaction envers le traitement.....	54
Crédibilité envers le traitement	54
Efficacité de la thérapie	54
Qualité d'amitié.....	54
Comportements sociaux	55
CHAPITRE IV	
DISCUSSION.....	56
La résistance aux interventions des problèmes d'amitié	56
Déficit de performance.....	57
Le rôle sous-estimé du biais réputationnel dans la qualité d'amitié	58
Une intervention dyadique avec l'enfant et l'ami est-elle nécessaire ?	59
Est-ce que PFC et CARE pourraient tous deux être efficaces ?	59
Le rôle des comportements des parents en tant que médiateur du traitement	61
Un aperçu des modérateurs de traitement.....	62
Traitements psychosociaux antérieurs.....	62
Comorbidités extériorisées	63
Caractéristiques des parents	64
Caractéristiques des amis.....	65
Forces et limites	65
CHAPITRE V	
CONCLUSION	68
CONTRIBUTION DE L'ÉTUDIANTE	69
ANNEXE A - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ SELON LE DSM-5.....	70
ANNEXE B - MODÈLE DU PROGRAMME PFC	74
ANNEXE C - FRIENDSHIP QUALITY QUESTIONNAIRE	76
ANNEXE D - TÂCHE DE COURSE DE VOITURES.....	80
ANNEXE E - TÂCHE DE PARTAGE DE JOUETS	83
ANNEXE F - CONTRIBUTION DE L'ÉTUDIANTE.....	85
RÉFÉRENCES.....	89

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Composition du jury

Titre de l'essai : Évaluation du programme « *Parental Friendship Coaching* » auprès de parents francophones d'enfants avec TDAH

Par
Joanna Guiet

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

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

Sylvain Coutu, Ph.D., examinateur interne, 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

Vickie Plourde, Ph.D., examinatrice externe, École de Psychologie, Université de Moncton

LISTE DES FIGURES

Figure 1. *Diagramme de flux CONSORT*.....30

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Variables démographiques des enfants cibles selon le groupe à l'évaluation prétraitement	26
Tableau 2. Variables comportementales et sociales des enfants cibles selon le groupe à l'évaluation prétraitement	27
Tableau 3. Variables démographiques des amis selon le groupe à l'évaluation prétraitement...	28
Tableau 4. Variables comportementales et sociales des amis selon le groupe à l'évaluation prétraitement	29
Tableau 5. Contenu des séances des programmes PFC et CARE.....	36
Tableau 6. Variables démographiques des amis selon le groupe à l'évaluation prétraitement...	45
Tableau 7. Variables démographiques et cliniques des enfants cibles avec ou sans ami réciproque à l'évaluation prétraitement.....	49
Tableau 8. Statistiques descriptives et résultats de l'analyse de covariance selon le groupe (moyenne et écart-type entre parenthèses)	52

Résumé

Les relations entre pairs des enfants avec le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) sont souvent problématiques et incluent le rejet social, les relations d'amitié de faible qualité, l'amitié de courte durée ou l'absence d'ami. Puisque les traitements présentement disponibles ne parviennent pas à améliorer le fonctionnement social des enfants avec TDAH, le développement d'interventions focalisées sur les relations d'amitié demeure une piste alternative prometteuse. Le programme *Parental Friendship Coaching* (PFC) vise à former les parents à devenir des « entraîneurs de l'amitié » pour leur enfant. Une étude pilote réalisée aux États-Unis a démontré l'efficacité préliminaire du programme PFC comparativement à un groupe contrôle sans traitement sur le plan des comportements sociaux. **Objectif** : Le présent projet d'essai doctoral vise à évaluer l'efficacité relative du programme PFC et d'un groupe contrôle actif en contexte francophone, et ce, immédiatement à la fin du traitement afin de contrôler pour les facteurs communs à la thérapie. **Méthode** : L'échantillon inclut 92 parents d'enfants avec TDAH âgés entre 6 et 11 ans (33% filles) recrutés dans la région de Gatineau-Ottawa. Les parents ont été assignés aléatoirement au programme PFC ($n = 44$) ou au programme CARE ($n = 48$). Les variables primaires de la qualité d'amitié des enfants et les variables secondaires des comportements sociaux des enfants ont été collectés lors de l'évaluation pré et post-traitement par des questionnaires complétés par de multiples sources ainsi que par des mesures observationnelles. **Résultats** : Suite à l'intervention, les enfants dans les deux conditions de traitement se sont améliorés sur le plan de la qualité d'amitié positive et des comportements sociaux. Certains indicateurs suggèrent que le programme PFC est associé à davantage de comportements sociaux positifs et potentiellement moins de comportements sociaux négatifs lors de l'évaluation post-traitement comparativement au programme CARE, mais aucune différence significative sur le plan de la qualité d'amitié n'a été trouvée entre les deux conditions de traitement. **Conclusions** : Bien que le programme PFC ait démontré une certaine efficacité

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

sur le plan des comportements sociaux, ces changements ne se semblent pas mener immédiatement à une amélioration de la qualité d'amitié. Les implications de ces résultats pour la recherche et la pratique clinique sont discutées.

Mots clés : TDAH, relations d'amitié, intervention parentale, essai randomisé contrôlé, Parental Friendship Coaching

CHAPITRE I

Introduction

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental défini par des symptômes anormalement élevés d'inattention et/ou d'hyperactivité/ impulsivité. Les enfants avec TDAH éprouvent des difficultés importantes dans les relations avec leurs pairs, incluant le rejet social, les relations d'amitié de faible qualité, l'amitié de courte durée ou l'absence d'ami. Ces difficultés sociales occasionnent souvent des conséquences développementales néfastes pour les enfants avec TDAH. Plusieurs auteurs proposent des pistes explicatives des difficultés sociales des enfants avec TDAH afin de mieux comprendre et intervenir plus efficacement sur le plan des problèmes de relations sociales de cette population. Malgré l'efficacité des traitements sur le plan de la réduction des symptômes du TDAH, les traitements présentement disponibles (par ex., médication, programme d'entraînement aux habiletés sociales, traitement multimodal) ne parviennent pas à normaliser les relations entre pairs des enfants avec TDAH. Puisque le fait d'améliorer l'acceptation sociale au sein d'un groupe de pairs s'avère un objectif ambitieux, le développement d'interventions focalisées sur les relations d'amitié demeure une piste alternative prometteuse.

Le présent projet d'essai doctoral s'inscrit dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé multisite et longitudinal (Mikami & Normand, 2013-2018, CIHR #MOP-125897) visant à évaluer l'efficacité relative d'un programme d'intervention parentale novateur (*Parental Friendship Coaching* ou PFC), et ce, comparativement à un groupe contrôle actif offert sous la forme d'un groupe de soutien social et d'éducation psychologique vis-à-vis le TDAH (*Coping with ADHD through Relationships and Education* ou CARE). Le programme PFC vise à former les parents à devenir des « entraîneurs de l'amitié » pour leur enfant. Une étude pilote réalisée aux États-Unis a démontré l'efficacité préliminaire du programme PFC comparativement à un groupe contrôle sans traitement. L'objectif spécifique du présent essai doctoral est donc d'évaluer l'efficacité

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

relative du programme PFC et d'un groupe contrôle actif en contexte francophone

immédiatement à la fin du traitement afin de contrôler pour les facteurs communs à la thérapie.

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Décrit dans la littérature médicale pour la première fois en 1775 par le médecin allemand Melchior Adam Weikard (Weikard, 1775, tel que cité dans Barkley & Peters, 2012), le TDAH est un trouble neurodéveloppemental qui touche environ 5 % des enfants mondialement (American Psychiatric Association, 2015), et ce, de façon relativement stable depuis trois décennies (Polanczyk et al., 2007). Les études portant sur l'étiologie de ce trouble neurodéveloppemental soutiennent que l'hérédité du TDAH est de 70 à 80 % (Larsson et al., 2014). La dernière version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; American Psychiatric Association, 2015) indique que le TDAH est constitué de deux dimensions de symptômes anormalement élevés, soit l'inattention et l'hyperactivité/ impulsivité. Les symptômes de TDAH peuvent se présenter de trois façons : présentation inattentive prédominante, présentation hyperactive/impulsive prédominante ou présentation combinée (voir Annexe A pour une description complète des critères diagnostiques et des présentations symptomatologiques du TDAH). Les enfants diagnostiqués avec le TDAH présentent souvent, en plus du TDAH, d'autres troubles associés (Pliszka, 2015). En effet, les chercheurs documentent qu'entre 44% (Szatmari et al., 1989) et 80% (Pliszka, 2015; Wilens et al., 2002) des enfants avec TDAH d'âge scolaire présentent au moins un trouble associé. Les comorbidités les plus prévalentes chez les jeunes avec TDAH incluent le trouble d'opposition avec provocation (TOP; 45-84 %; Pliszka, 2015), le trouble des conduites (TC; 15-56 %; Pliszka, 2015), les troubles d'anxiété (25-50 %; Pliszka, 2015), les troubles d'apprentissage (45 %; DuPaul, Gormley, & Laracy, 2013), le trouble d'acquisition de la coordination (50 %; Brossard-Racine, Shevell, Snider, Bélanger, & Majnemer, 2012) et la dépression (30 %; Pliszka, 2015). Bref, le TDAH est ainsi un trouble neurodéveloppemental prévalent, souvent héréditaire, qui se présente sous différentes formes selon les symptômes et les comorbidités de l'enfant. Il également important d'examiner

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

comment d'autres facteurs, tels que l'âge et le genre, influencent la manifestation des symptômes de la personne.

En fonction de l'âge, la littérature documente des variations dans la présentation des symptômes du TDAH au cours de l'enfance et de l'adolescence. Durant l'âge préscolaire, les enfants avec TDAH tendent à manifester davantage de comportements d'hyperactivité/impulsivité que de comportements d'inattention. À l'inverse, à l'âge scolaire, les symptômes d'inattention sont davantage observés qu'à l'âge préscolaire (Nigg et Barkley, 2014). D'ailleurs, une étude documente qu'un enfant avec un TDAH de présentation hyperactive-impulsive à l'âge préscolaire présentera rarement un profil similaire lors de ses évaluations ultérieures (Lahey, Pelham, Loney, Lee & Willcutt, 2005). Les résultats de différentes études longitudinales suggèrent que les garçons et les filles diagnostiqués avec le TDAH démontrent une réduction de symptômes d'hyperactivité-impulsivité au fil du temps, ce qui n'est pas observé pour les symptômes d'inattention qui demeurent relativement stables tout au long du développement (Hinshaw, Owens, Sami, & Fargeon, 2006; Lahey & Willcutt, 2010). L'ensemble de ces résultats illustrent la variation bien documentée des symptômes et des présentations du TDAH chez les jeunes (Nigg, Tannock, & Rohde, 2010; Willcutt et al., 2012).

D'un point de vue des différences selon le genre, le TDAH est plus présent chez les garçons que chez les filles, particulièrement dans les échantillons cliniques où les ratios peuvent atteindre jusqu'à 9 garçons : 1 fille. Par contre, dans la population générale, le ratio garçons / filles est plutôt autour de 2:1, soulignant possiblement un biais en fonction du genre dans les références cliniques (Owens et al., 2015). Certaines études suggèrent que les garçons avec TDAH sont caractérisés par davantage de symptômes de TDAH (Newcorn et al., 2001; Thorell & Rydell, 2008), particulièrement de symptômes d'hyperactivité/impulsivité (Elkins et al., 2011; Hasson & Fine, 2012; Newcorn et al., 2001), que les filles avec TDAH. Ces résultats sont toutefois controversés puisque d'autres chercheurs n'observent pas ces différences de genre, en particulier dans les échantillons de la communauté (Rucklidge & Tannock, 2001; Seidman et

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

al., 2005). Sur le plan des présentations du TDAH, les filles sont plus souvent caractérisées par la présentation inattentive prédominante, alors que chez les garçons c'est la présentation combinée qui est la plus souvent diagnostiquée (Biederman et al., 2002). Les filles avec TDAH sont également moins à risque d'avoir des troubles d'apprentissage ou des difficultés scolaires comparativement aux garçons avec TDAH (Biederman et al., 2002). Encore une fois, cette différence est possiblement observée que dans des échantillons cliniques, contrairement aux échantillons de la communauté (Owens et al., 2015). Malgré tout, les filles avec TDAH sont plus à risque que les filles sans TDAH de rencontrer les critères diagnostiques pour d'autres troubles de santé mentale extériorisés (risque 5-9 fois plus élevé) et intériorisés (risque 3-4 fois plus élevé), selon une récente méta-analyse (Tung et al., 2016). Bref, l'état actuel des différences entre les filles et les garçons avec TDAH n'est pas encore clairement établi dans la littérature scientifique et semble varier selon la source de l'échantillon.

Difficultés fonctionnelles sur le plan familial, scolaire et social

Le TDAH, seul ou avec des troubles associés, amène son lot de défis et de conséquences développementales négatives dans le quotidien des enfants, et ce, tant sur le plan familial (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015), scolaire (DuPaul & Stoner, 2014) que social (McQuade & Hoza, 2015).

Sur le plan familial, des difficultés peuvent être observées dans les relations parent-enfant, les relations avec la fratrie, la relation conjugale des parents et le fonctionnement familial général (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). Les symptômes de TDAH de l'enfant affectent la relation parent-enfant et contribuent aux difficultés de comportement observées dans les familles des enfants avec TDAH (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). En raison de leurs difficultés sur le plan de l'auto-contrôle, les enfants avec TDAH requièrent souvent plus de consignes, de redirections et d'encouragements fréquents, ce qui peut augmenter la frustration, le stress et le sentiment d'impuissance parentale. Les difficultés familiales des enfants avec TDAH sont également associées à des risques accrus de difficultés psychologiques chez les

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

parents (par ex., dépression, anxiété; Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). D'ailleurs, en raison de la forte composante héréditaire de ce trouble, il est commun qu'un ou deux parents de l'enfant aient également un TDAH, ce qui est associé à des difficultés à appliquer une discipline calme et constante à la maison (Johnston & Chronis-Tuscano, 2015). De plus, les parents des enfants avec TDAH sont trois fois plus à risque de se séparer/divorcer que les parents d'enfants qui n'ont pas de TDAH (Wymbs et al., 2008), contribuant à des difficultés familiales additionnelles. Tout compte fait, ces résultats soulignent les défis importants associés au TDAH dans les familles.

Sur le plan scolaire, la majorité des enfants avec TDAH (50 à 80%) éprouvent des difficultés scolaires qui persistent au fil des années (DuPaul & Stoner, 2014). Plus spécifiquement, les enfants avec TDAH ont davantage tendance à ne pas atteindre leur plein potentiel scolaire, à avoir besoin d'aide spécialisée à l'école, à vivre des échecs scolaires, à décrocher de l'école et à moins réaliser d'études postsecondaires que les enfants sans TDAH. En plus d'avoir davantage de difficultés avec les matières scolaires, les enfants avec TDAH sont plus à risque que les enfants sans TDAH d'avoir un trouble d'apprentissage (DuPaul & Langberg, 2015). DuPaul et Langberg (2015) soulèvent plusieurs raisons pour lesquelles les enfants avec TDAH souffrent académiquement: 1) déficit d'habiletés scolaires (par ex., maîtriser des habiletés de lecture ou de mathématique), 2) déficit de performance de ces habiletés (par ex., démontrer en situation de performance des connaissances pourtant déjà acquises), ou 3) déficits sur le plan des fonctions exécutives (par ex., organisation, planification, gestion de temps, motivation). En somme, les symptômes de TDAH sont souvent associés à divers défis sur le plan du fonctionnement scolaire des enfants avec TDAH.

D'autre part, sur le plan social, il est estimé qu'entre 50-80% des enfants avec TDAH éprouvent de difficultés sociales auprès de leur groupe de pairs (Hoza, 2007). Effectivement, les pairs rejettent davantage les enfants avec TDAH (c.-à-d., ils sont identifiés comme non aimés par les autres enfants dans un groupe), les aiment moins (Erhardt & Hinshaw, 1994) et s'en

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

plaignent davantage que les enfants sans TDAH (Pelham & Bender, 1982), et ce, en seulement quelques minutes (Pelham & Bender, 1982) ou quelques jours (Erhardt & Hinshaw, 1994). De plus, les enfants à développement typique ne perçoivent pas les enfants avec TDAH comme des compagnons de jeux souhaitables (Hoza, Mrug, et al., 2005), ce qui rend difficile le développement de relations d'amitié réciproques pour les enfants avec TDAH. Le fait d'avoir des difficultés sociales en plus d'un TDAH est associé à des difficultés d'ajustement *additives* aux conséquences du TDAH seul et incluent entre autres : 1) l'augmentation du risque de problèmes de conduite, de dépression, d'abus de substance, de trouble alimentaire et de décrochage scolaire (Boivin et al., 1995; Greene et al., 1997; Mikami & Hinshaw, 2006; Mikami et al., 2008; Parker & Seal, 1996), 2) l'augmentation des risques d'être intimidé par d'autres enfants (Hodges et al., 1999), 3) le développement d'une aversion à l'égard de l'école, ce qui entrave les apprentissages scolaires (Ladd et al., 2008, 1996), 4) l'augmentation des comportements de délinquance (Lee & Hinshaw, 2004; Vitaro et al., 1997) et 5) la privation d'opportunités de développer et de pratiquer leurs habiletés sociales (Ladd, 1990). La prévalence des difficultés sociales qu'éprouvent les enfants avec TDAH ainsi que les conséquences développementales additionnelles qu'elles suscitent démontrent sans équivoque le besoin criant de traiter efficacement les difficultés sociales des enfants avec TDAH.

Traitements des difficultés sociales chez les enfants avec TDAH

Le rejet des enfants avec TDAH par leurs pairs est malheureusement un phénomène qui se développe rapidement et qui résiste aux interventions disponibles (Hoza, 2007).

Effectivement, il est difficile de renverser la réputation négative qui influence la façon dont les autres enfants interagissent avec eux (Harris et al., 1992), et ce, même avec des traitements basés sur des données probantes qui permettent une réduction significative des symptômes de TDAH comme la médication psychostimulante (Hoza, Gerdes, et al., 2005).

Bien que la médication psychostimulante s'avère l'intervention de première ligne pour réduire les symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité des enfants (Connor, 2015;

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

MTA Cooperative Group, 1999), les traitements pharmacologiques n'ont qu'un effet modeste sur les relations avec les pairs et n'ont que très peu d'incidence sur le statut social de l'enfant (c'est-à-dire, construit unilatéral mesurant à quel point un enfant est accepté ou rejeté dans un groupe de pairs; Bagwell & Schmidt, 2011; Hinshaw et al., 1989). Bien que la médication permette de réduire significativement les symptômes du TDAH et les problèmes de comportement, elle ne permet malheureusement pas aux enfants avec TDAH d'augmenter leurs comportements prosociaux (Landau & Moore, 1991) ni leur acceptation par les pairs (Hoza, Gerdes, et al., 2005).

Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales se basent sur la prémisse selon laquelle les enfants avec TDAH présentent un déficit sur le plan des habiletés sociales, ce qui serait à la base de leurs difficultés à être appréciés par leurs pairs (Asher & Renshaw, 1981; Mikami, 2015). Ces programmes ciblent principalement l'augmentation des comportements sociaux appropriés et la diminution des comportements non adaptés socialement. Ils incluent l'enseignement de nouvelles habiletés sociales par modelage, jeux de rôle, renforcements et rétroactions constructives. Or, un consensus parmi les chercheurs du domaine stipule que ces programmes sont souvent inefficaces pour les enfants avec TDAH puisque ces programmes visent seulement à enseigner des connaissances et n'adressent pas les réelles barrières de cette population, soit leur difficulté à appliquer ces habiletés au point de performance (Evans, Owens, Wymbs, & Ray, 2018). Il n'est donc pas surprenant de constater que ces programmes ne permettent pas de généraliser les acquis au point de performance (Antshel & Remer, 2003; de Boo & Prins, 2007; DuPaul & Eckert, 1994; Quinn et al., 1999) ni de normaliser les difficultés sociales des enfants avec TDAH (Abikoff et al., 2004). Une récente revue de littérature et méta-analyse sur les bienfaits et les risques des programmes d'entraînement aux habiletés sociales incluant 25 études randomisées contrôlées auprès d'enfants et adolescents avec TDAH ne documentent aucun effet significatif de ces programmes sur les habiletés sociales des enfants

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

avec TDAH, leurs compétences émotionnelles, ni d'autres comportements généraux évalués (Storebø et al., 2019).

Le traitement multimodal (MTA) incluant des traitements pharmacologiques et psychosociaux offerts par des experts dans des conditions idéales a permis de réduire les symptômes de TDAH et d'améliorer les habiletés sociales d'enfants avec TDAH, mais n'a pas permis de normaliser leurs difficultés sociales selon leurs pairs (Hoza, Gerdes, et al., 2005; Whalen et al., 1989). Ainsi, même après avoir reçu une combinaison de traitements pharmacologiques et comportementaux dans des conditions idéales, le fonctionnement social des enfants avec TDAH continue d'être profondément affecté (Hoza, Gerdes, et al., 2005). Ceci souligne l'importance de bien comprendre les mécanismes sous-jacents aux difficultés sociales des enfants avec TDAH afin d'éventuellement développer des interventions plus efficaces à cet effet.

Les hypothèses explicatives en lien avec les difficultés sociales des enfants avec TDAH

Mikami et Normand (2015) proposent un modèle explicatif des difficultés sociales des enfants avec TDAH à deux composantes. La première partie de leur modèle réfère aux caractéristiques propres à l'enfant, alors que la deuxième partie s'intéresse à la contribution des pairs dans les difficultés des enfants avec TDAH. Cette section présente brièvement ce modèle à deux dimensions (Mikami et Normand, 2015).

Déficits comportementaux de l'enfant avec TDAH

La première composante réfère à la conceptualisation la plus connue dans la littérature scientifique, c'est-à-dire le fait que les enfants avec TDAH ont des difficultés sociales en raison de leurs comportements négatifs. Dans les dernières années, les chercheurs du domaine se sont pratiquement exclusivement concentrés sur les caractéristiques des enfants avec TDAH comme facteur contribuant à leur rejet social. Cette section résume brièvement ce que la littérature documente au sujet des déficits comportementaux des enfants avec TDAH, soit 1)

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

leurs comportements sociaux négatifs, 2) leurs déficits neuropsychologiques, et 3) leurs déficits sociocognitifs.

Comportements sociaux négatifs. Il est d'abord important de bien saisir comment les comportements manifestés par les enfants avec TDAH peuvent contribuer à leurs difficultés sociales. L'inattention des enfants lors de situations sociales peut affecter leur habileté à porter attention aux personnes qui les entourent, ce qui nuit directement à leur capacité de créer des liens sociaux. Les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité, quant à eux, s'avèrent régulièrement associés à des comportements d'interruption, d'argumentation, d'hostilité, de désobéissance, de violation de règle, de plainte et d'agressivité en contexte social (Abikoff et al., 2002; Mrug et al., 2007; Whalen et al., 1979). Ces comportements socialement inadaptés contribuent au rejet des enfants avec TDAH (Erhardt & Hinshaw, 1994; Mrug et al., 2001, 2007). D'ailleurs, les enfants avec un TDAH de présentation combinée tendent à exprimer leurs émotions positives et négatives de façon trop intense, à être jugés agressifs, à relater des commentaires hostiles et à être rejetés activement par les autres enfants (Hoza, Mrug, et al., 2005; Landau et al., 1998). À l'inverse, les jeunes qui présentent davantage de symptômes d'inattention tendent à s'isoler socialement, à être jugés comme passifs et gênés et à avoir de la difficulté à maintenir une conversation (Hinshaw, 2002; Mikami et al., 2007). Ces enfants qui semblent apathiques et passifs lors d'interactions sociales s'avèrent davantage ignorés ou négligés socialement (Landau et al., 1998). En somme, les symptômes propres au TDAH créent des défis aux enfants lorsqu'il est question de créer et maintenir des relations sociales.

Déficits neuropsychologiques. Certains auteurs proposent que les difficultés sociales des enfants avec TDAH tirent leur origine de leurs déficits d'inhibition comportementale et de fonctionnement exécutif (Barkley, 1997). Ces déficits affectent leurs relations d'amitié en raison de leurs défis à inhiber des comportements, à réguler des émotions et à appliquer des habiletés sociales appropriées. Ceci amène les enfants à avoir de la difficulté à réguler leurs émotions pour reconnaître l'émotion d'un ami (Da Fonseca et al., 2009). En effet, les enfants avec TDAH

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

manifestent davantage d'affects négatifs durant des tâches dyadiques entre amis (Normand et al., 2013). Lorsqu'ils manifestent un affect négatif, ils le font particulièrement en exprimant leur insatisfaction envers les compétences de leur ami (Normand et al., 2017), ce qui est nuisible pour leur relation d'amitié. En plus d'exprimer facilement leur mécontentement à leur ami, les enfants avec TDAH ne semblent pas prendre en compte l'affect négatif de leur ami pour adapter leurs comportements lors d'interactions en contexte dyadique (Normand et al., 2013). Bref, les déficits neuropsychologiques présents chez les jeunes avec TDAH causent des défis importants lorsqu'il est question d'ajuster son comportement en fonction de la réaction de son ami.

Déficits sociocognitifs. D'autres auteurs suggèrent que les cognitions sociales des enfants avec TDAH jouent un rôle important dans leurs difficultés sociales. Les enfants avec TDAH ont de la difficulté à comprendre les situations sociales en prenant une perspective différente de la leur (Marton et al., 2009). Des chercheurs constatent que les enfants avec TDAH présentent un déficit dans le processus de traitement de l'information des indices sociaux (Cadesky et al., 2000), possiblement en raison de leur difficulté à porter attention à ces indices et à les intégrer de façon cohérente. Ces déficits d'identification et d'interprétation sociaux résultent en un pauvre raisonnement social (Milch-Reich et al., 1999). De plus, ces enfants tendent à surestimer leurs habiletés et leurs performances dans différents domaines (Owens et al., 2007). Ce concept, appelé le biais illusoire positif, empêche parfois ces enfants de percevoir leurs difficultés sociales, les rendant donc possiblement résistants aux traitements ciblant leurs interactions sociales. En somme, les enfants avec TDAH ne développent généralement pas la même compréhension des situations sociales que leurs pairs sans TDAH ce qui ajoute à leur difficulté à développer des relations sociales de qualité.

Influences du groupe de pairs

Mikami et Normand (2015) proposent qu'en plus des déficits comportementaux de l'enfant, la contribution des pairs joue un rôle important dans les difficultés sociales des enfants avec

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

TDAH. Le modèle proposé par ces chercheurs inclut trois facteurs d'influence du groupe de pairs : la dévaluation sociale, les comportements d'exclusion et le biais de réputation.

Dévaluation sociale. Les difficultés sociales des enfants peuvent être en partie influencées par des attitudes de stigmatisation envers les enfants peu appréciés. Des chercheurs proposent que les enfants dévalorisent les jeunes qu'ils perçoivent comme différents d'eux (Wright et al., 1986). Basé sur ce concept, il est facile de comprendre qu'un enfant avec TDAH se fait souvent dévaloriser en raison de ses comportements différents qui sont souvent jugés par leurs pairs comme étant volontaires (Hinshaw, 2005). D'ailleurs, cette perception, encore trop commune aujourd'hui, que les enfants avec TDAH peuvent contrôler leurs symptômes de TDAH est identifiée comme un médiateur de la relation entre les symptômes de TDAH et le rejet par les pairs (Juvonen, 1991). Dans un même ordre d'idée, l'étiquette diagnostique du TDAH à elle seule évoque la dévalorisation sociale au-delà des comportements spécifiques observés. Effectivement, les enfants reçoivent davantage de jugements sociaux négatifs envers leurs comportements lorsque ceux-ci sont identifiés comme étant «à cause du TDAH» comparativement aux mêmes comportements sans cette étiquette diagnostique (Canu et al., 2008; Whalen et al., 1983).

Comportement d'exclusion. Les enfants ciblent souvent les jeunes présentant un TDAH avec des comportements d'exclusion tels que des insultes, des rumeurs, de la destruction d'objets leur appartenant, des refus d'accès à des informations ou des ressources et des agressions physiques. Être la cible de comportements d'exclusion exacerbe les difficultés sociales des enfants avec TDAH puisque le fait que les autres enfants soient témoins de l'exclusion de l'enfant maintient le statut social négatif de l'enfant auprès du groupe de pairs (Perry et al., 1988; Reuland & Mikami, 2014). Ceci a pour effet direct de décourager les autres enfants du groupe d'inclure cet enfant qui est la cible de comportements d'exclusion (Perry et al., 1988; Reuland & Mikami, 2014). Certains auteurs suggèrent même que le fait de savoir qu'un enfant a un TDAH affecte la façon dont les jeunes interagissent avec cet enfant, et ce

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

indépendamment du fait qu'il ait réellement ou non un TDAH (Harris et al., 1992; Harris et al., 1998).

Biais de réputation. Une fois qu'un enfant a une réputation négative dans un groupe de pairs, il est très difficile d'inverser cette perception, et ce, que l'enfant ait un TDAH ou non. Les études ciblant les réputations négatives chez les enfants ont identifié que les jeunes interprètent les comportements ambigus des enfants qu'ils aiment moins comme hostiles et tendent à utiliser des attributions internes, globales et stables pour les comportements observés (Hymel et al., 1990), contrairement à ces mêmes comportements manifestés par des enfants avec une réputation positive (Peets et al., 2007, 2008). Pour un enfant avec TDAH qui a une réputation négative, ceci signifie que même s'il améliore ses comportements, les jeunes du groupe interpréteront tout de même ses actions comme négatives et donc maintiendront une perception négative envers l'enfant. Ainsi, même si des interventions permettent de réduire les comportements négatifs des enfants avec TDAH, ces interventions ne suffisent pas pour modifier le biais de réputation de ces enfants et donc n'améliorent pas l'acceptation des enfants avec TDAH dans un groupe de pairs (Mikami & Normand, 2015).

En somme, les déficits comportementaux ainsi que les facteurs du groupe de pairs contribuent aux difficultés sociales vécues par les enfants avec TDAH. Les interventions pour cette population devraient donc, idéalement, cibler à la fois ces deux composantes (Mikami et Normand, 2015). Cette conceptualisation nuancée et détaillée offre aux chercheurs cliniciens un objectif ambitieux. Ce travail représente un défi considérable et nécessiterait un travail systémique d'envergure (Mikami et al., 2013) auprès de l'enfant, de sa famille et de son groupe de pairs. Certains auteurs proposent qu'un objectif plus facile à atteindre soit d'impliquer les parents afin qu'ils modifient la réputation sociale de leur enfant auprès d'un ami à la fois, au lieu de cibler la réputation sociale de leur enfant au sein d'un groupe de pairs (Hoza et al., 2003; Mrug et al., 2001; Normand et al., 2007). Modifier la réputation sociale des enfants auprès d'un enfant par le développement d'une relation d'amitié dyadique de qualité pourrait être bénéfique

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

pour les enfants avec TDAH, même si leur réputation auprès de leur groupe de pairs ne change pas (Hoza et al., 2003). À cet effet, il sera question dans la prochaine section de résumer l'étendue des connaissances actuelles sur l'impact des problèmes d'amitié des enfants avec TDAH et les bienfaits uniques des relations d'amitié.

Problèmes d'amitié des enfants avec TDAH

Il est bien établi dans la littérature scientifique que le statut qu'entretient un enfant au sein d'un groupe (statut social) est un construit différent de celui de l'amitié. Bien que ces deux concepts soient associés l'un à l'autre, ils sont distincts puisqu'il est possible qu'un enfant soit populaire au sein de sa classe, sans avoir d'ami intime ou vice versa (par ex., Parker & Asher, 1993). La théorie interpersonnelle de Harry Stack Sullivan (1953), la plus citée dans les études sur les amitiés, décrit l'amitié comme une relation basée sur l'intimité, l'autodivulgence, la réciprocité, les similarités et la collaboration. Similairement, l'amitié se définit comme une relation horizontale, réciproque et volontaire coconstruite entre deux individus spécifiques qui s'attendent à partager, dans un contexte sécuritaire, de l'intimité, des expériences mutuellement enrichissantes, un engagement mutuel, du soutien et de la validation (Bagwell & Schmidt, 2011; Schneider, 2016). L'aspect volontaire et horizontal différencie l'amitié d'autres relations telles que les relations parent-enfant et celles entre frères et sœurs (Newcomb & Bagwell, 1995). Une amitié intime de qualité nécessite donc de la coopération, de l'intimité et des comportements prosociaux. À l'inverse, des comportements agressifs, contrôlants et de non-respect des règles de jeu peuvent nuire à la qualité de la relation d'amitié entre deux enfants (Normand et al., 2013).

Les études documentent qu'entre 56% et 76% des enfants avec TDAH n'ont pas d'ami réciproque dans leur classe, comparativement à 10% à 32% des enfants à développement typique (Gresham et al., 1998; Hoza, Gerdes, et al., 2005). Les relations d'amitié des enfants avec TDAH qui ont un ami sont caractérisées par une courte durée. Les résultats d'une étude indiquent que parmi les enfants avec TDAH qui ont un ami réciproque, 25 % d'entre eux le

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

perdent à l'intérieur d'une période de six mois (Normand et al., 2013). La durée typique des relations d'enfants avec TDAH est d'en moyenne neuf à 14 mois plus courte que celle des enfants à développement typique (Marton et al., 2012). Donc, en plus d'avoir de la difficulté à développer des relations d'amitié, les enfants avec TDAH ne maintiennent pas ces relations au fil du temps (Blachman & Hinshaw, 2002; Normand et al., 2013).

En plus d'être moins nombreuses et moins stables, les relations d'amitié qu'entretiennent les enfants avec TDAH s'avèrent de moindre qualité que celles des enfants neurotypiques (Blachman & Hinshaw, 2002; Heiman, 2005; Normand et al., 2011, 2013). Les résultats d'une étude observationnelle (Normand et al., 2011), réalisée auprès de 87 enfants avec TDAH âgés de 7 à 13 ans et de leurs amis, suggèrent que les enfants avec TDAH perçoivent moins de caractéristiques positives (par ex., intimité) et plus d'aspects négatifs (par ex., conflits) dans leur relation d'amitié que les enfants du groupe de comparaison. D'autres résultats de cette même étude indiquent que les enfants avec TDAH sont moins satisfaits de leur relation d'amitié comparativement aux enfants à développement typique (Normand et al., 2011). De plus, les résultats d'analyses suggèrent qu'avant des épisodes d'affect négatif lors d'une activité non structurée, les enfants avec TDAH tendent à utiliser des comportements négatifs (c.-à-d., agression verbale) plus souvent que les enfants sans TDAH (Normand et al., 2017). Également, lors d'une activité structurée avec leur ami, les enfants avec TDAH violent deux fois plus souvent les règles du jeu que les enfants typiques (Normand et al., 2011). Lors d'une tâche de coopération, où les enfants doivent résoudre un problème avec des ressources limitées, les enfants avec TDAH utilisent davantage une approche centrée sur soi, sont nettement moins sensibles aux préférences de leurs amis et prennent davantage le contrôle des négociations que les enfants typiques. Encore plus inquiétants, ces aspects néfastes tendent à empirer au fil du temps puisque les amis des enfants avec TDAH rapportent moins de caractéristiques positives et plus de conflits avec leur ami lors du suivi longitudinal de six mois contrairement aux amis d'enfants à développement typique (Normand et al., 2013). Quant à eux, les enfants avec

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

TDAH ne semblent pas percevoir ces insatisfactions puisqu'ils ne rapportent pas cette détérioration de la qualité de leur amitié au fil du temps. Ces comportements en contexte dyadique suggèrent une grande difficulté à respecter le principe d'équité et de réciprocité de l'amitié et prédisent une détérioration de la qualité d'amitié des enfants avec et sans TDAH six mois plus tard (Normand et al., 2013). En somme, les enfants avec TDAH développent des relations d'amitié de moindre qualité et manifestent plus de comportements nuisibles en interaction avec leur ami que les enfants sans TDAH.

Importance unique de l'amitié pour l'adaptation

Indépendamment de l'acceptation sociale, l'amitié joue un rôle unique dans l'adaptation des enfants (Bagwell et al., 2001). L'amitié offre un sens de camaraderie et des effets importants sur l'estime de soi et sur le développement social et émotionnel des enfants au-delà de l'acceptation par le groupe de pairs (Kingery et al., 2011). Un ami s'avère une source essentielle de soutien émotionnel, d'affection, de validation et offre un contexte unique pour développer des habiletés sociales, telles que la prise de perspective (Bagwell et al., 2001; Newcomb & Bagwell, 1995). Avoir un ami est associé à une panoplie de bienfaits: 1) un soutien social perçu (Ladd et al., 1996); 2) une meilleure adaptation lors de transitions (Berndt et al., 1999; Ladd et al., 1996); 3) de meilleurs résultats scolaires (Epstein, 1983); 4) une meilleure intégration sociale (Berndt et al., 1999); 5) un meilleur ajustement et une meilleure estime de soi (Berndt et al., 1999; Keefe & Berndt, 1996); et 6) des relations familiales positives (Bagwell et al., 1998). De plus, le fait d'avoir un ami diminue les effets néfastes de différents défis, tels que la solitude (Bukowski et al., 1993; Parker & Asher, 1993), les expériences d'intimidation (Fox & Boulton, 2006), le rejet social (Bukowski et al., 2010), les problèmes de comportement (Bagwell & Coie, 2004), la délinquance (Bagwell et al., 1998), le dysfonctionnement familial (Bukowski et al., 2009) ainsi que les événements de vie stressants (Prinstein, 2016).

Les bienfaits de l'amitié sur le développement de l'enfant dépendent en grande partie de la qualité de ces relations d'amitié. La qualité de l'amitié réfère à l'ensemble des caractéristiques

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

positives (par ex., soutien, intimité, camaraderie) et négatives (par ex., conflit, rivalité, jalousie) qui définissent une relation d'amitié (Berndt & McCandless, 2009). Quoique la qualité de l'amitié est traditionnellement mesurée par des questionnaires auto-rapportés complétés par les jeunes (par exemple, le Friendship Quality Questionnaire; Parker & Asher, 1993), les récentes études sur les relations d'amitié des enfants avec TDAH ont souligné l'importance d'utiliser de multiples sources (comme les amis et les parents) et l'observation directe des interactions entre amis (Normand et al., 2011, 2013, 2019, 2020). Une relation d'amitié de haute qualité est caractérisée par de l'intimité, de la confiance et des bénéfices réciproques, alors qu'une relation de faible qualité n'aurait pas d'effet bénéfique et pourrait même mener à un mauvais ajustement (Berndt, 2002). Les relations d'amitié de haute qualité sont associées négativement aux comportements inadaptés/agressifs, aux difficultés intériorisées (Bagwell & Schmidt, 2011; Engle et al., 2011) et à un mauvais ajustement scolaire, alors qu'elles corrèlent positivement avec un ajustement social positif ultérieur (Bagwell & Schmidt, 2011). La qualité d'amitié positive prédit moins de solitude et une plus grande estime de soi (Brendgen et al., 2013; Kingery et al., 2011). Dans la même direction, Berndt et al. (1999) soulignent l'importance des relations d'amitié stables de haute qualité (contrairement aux relations d'amitié de faible qualité) comme prédicteur de la sociabilité et du leadership des enfants durant la transition vers l'école intermédiaire. À l'inverse, une relation d'amitié de faible qualité résulte en une augmentation de problèmes de comportements, et ce, même comparativement à n'avoir aucun ami du tout (Engle et al., 2011). En plus des bienfaits de la qualité d'amitié sur le développement des enfants présentés dans la présente section, une relation d'amitié de qualité est un facteur de protection pour l'adaptation des jeunes face à leurs difficultés. Ce rôle protecteur est abordé dans la prochaine section.

Les résultats d'une étude réalisée auprès de filles avec TDAH proposent qu'avoir des amis réciproques réduise le risque d'intimidation par les pairs des enfants avec TDAH (Cardoos & Hinshaw, 2011). Par contre, dans les analyses de l'étude multimodale sur le traitement des

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

enfants avec TDAH (MTA) le nombre d'amis ne prédit pas l'ajustement social quatre ans plus tard, et ce, après avoir contrôlé pour le rejet par les pairs (Mrug et al., 2012). Par contre, les résultats d'une étude auprès d'enfants de la communauté suggèrent que la qualité d'amitié auto-rapportée est un modérateur de l'intimidation chez les enfants ayant des difficultés extériorisées (Bollmer et al., 2005). Spécifiquement en lien avec le TDAH, les qualités positives d'une relation d'amitié (notamment l'intimité) diminuent l'association entre les symptômes de TDAH et les problèmes sociaux un an plus tard (Becker et al., 2013). Outre Becker et son équipe (2013), aucune autre étude n'a testé l'effet modérateur de la qualité d'amitié spécifiquement chez les enfants avec TDAH. Ainsi, comme ceci semble être le cas dans les échantillons de la communauté, la variabilité dans la qualité d'amitié des enfants avec TDAH dans les participants du MTA dilue possiblement l'effet de la quantité de relations d'amitié sur l'ajustement ultérieur. Les résultats présentés dans cette section permettent de conclure que la qualité de la relation d'amitié a, au-delà de la quantité, des bienfaits pour les enfants. Il est donc primordial de comprendre comment aider les enfants à améliorer la qualité de leur relation d'amitié, puisque développer et maintenir des relations d'amitié de qualité n'est pas facile pour tous les enfants, en particulier ceux vivant avec un TDAH.

Favoriser les comportements positifs afin d'améliorer la qualité d'amitié

La qualité d'amitié est conceptualisée comme se développant à partir des comportements sociaux en contexte d'amitié. Le partage, la négociation et la résolution de conflits avec un ami permettent de créer une relation d'amitié de qualité positive (Markiewicz et al., 2001). À l'inverse, un mauvais esprit sportif, des comportements d'agression et des propositions centrées sur soi mènent à développer une amitié de faible qualité (Markiewicz et al., 2001). Comparativement aux enfants à développement typique, les enfants avec TDAH démontrent des comportements insensibles aux besoins de leur ami (Normand et al., 2019), des comportements directifs (Normand et al., 2011) et un discours orienté vers soi (Ronk et al., 2011) dans les rencontres de jeux observées avec leurs amis ou avec des pairs non familiers. Les parents d'enfants avec

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

TDAH rapportent également des comportements d'amitié négatifs durant des rencontres de jeux à la maison (Frankel & Mintz, 2011). Le fait de manifester des comportements positifs (par ex., comportement prosocial) et négatifs (par ex., proposition égocentrique) durant une tâche entre amis prédit la qualité d'amitié de cette dyade six mois plus tard (Normand et al., 2013). Ces résultats soulignent la possible utilité de développer des interventions ciblant l'augmentation des comportements positifs dans le but d'améliorer la qualité d'amitié des enfants avec TDAH.

Interventions focalisées sur l'amitié des enfants avec TDAH

Malgré le fait qu'avoir une relation d'amitié de qualité soit associé avec de potentiels bienfaits pour les enfants avec TDAH (Becker et al., 2013; Cardoos & Hinshaw, 2011; Mikami, 2010), très peu d'interventions ont été développées jusqu'à maintenant pour améliorer les relations d'amitié chez les enfants avec TDAH. Cette section présente brièvement les trois interventions documentées dans la littérature scientifique comme ciblant les relations d'amitié spécifiquement des enfants avec TDAH.

Buddy System

Dans le cadre d'un programme de camp d'été intensif, Hoza et ses collègues (2003) ont développé une intervention nommée «*Buddy System*» ciblant les relations d'amitié des enfants avec TDAH en pairant deux amis potentiels ($n = 209$, 5-12 ans, 90% garçons) qui partagent les mêmes loisirs en tant que «*buddies*». Les animateurs organisent des activités afin de soutenir la relation d'amitié entre les deux enfants. Les amis gagnent des privilèges en interagissant positivement ensemble et les intervenants encouragent les parents à faciliter le développement de cette relation à l'extérieur du camp. Les résultats de cette étude suggèrent que l'organisation de rencontres de jeux par les parents pour leur enfant et son «*buddy*» à l'extérieur du camp se traduit par une augmentation de la qualité positive de l'amitié (c.-à-d., intimité) rapportée par les enfants et par les animateurs du camp de jour (Hoza et al., 2003). Les chercheurs de cette étude rappellent l'importance d'inclure différentes sources d'information pour évaluer la qualité d'amitié dans les études futures auprès d'enfants avec TDAH. Malheureusement, cette étude

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

n'est pas suffisante pour évaluer l'efficacité de ce programme étant donné qu'elle a eu lieu dans le cadre d'un camp de jour spécialisé comportant différentes composantes et que l'étude n'incluait aucun groupe contrôle. En somme, il est impossible d'isoler l'effet de cette intervention de l'incidence globale du programme de camp de jour.

Children's Friendship Training

Frankel et ses collègues (1997) ont développé le programme « *Children's Friendship Training* » (CFT), un traitement offrant aux enfants de 7 à 12 ans des ateliers d'entraînement aux habiletés sociales en groupe d'une heure par semaine pendant 12 semaines consécutives. Parallèlement, les parents participent à des séances où le contenu des rencontres reçues par leur enfant est présenté dans le but d'encourager les parents à renforcer les habiletés apprises à la maison. Les séances manualisées (Frankel & Myatt, 2003) incluent une revue des devoirs, des enseignements didactiques, des jeux de rôles, des périodes de jeux guidées et des discussions avec les parents à la fin de chaque séance. Les résultats d'une étude visant à évaluer l'efficacité du programme CFT auprès d'enfants avec et sans TDAH ($n=35$ avec TDAH; $n=14$ sans TDAH) suggèrent des améliorations sur le plan des comportements sociaux des enfants avec TDAH, rapportées par les parents et les enseignants, comparativement au groupe de comparaison ($n= 12$ avec TDAH; 12 sans TDAH) non randomisé sur une liste d'attente (Frankel et al., 1997). Dans cette étude, aucune mesure de la qualité d'amitié n'a été utilisée. Les chercheurs d'une autre étude évaluant l'efficacité d'une version adaptée de 14 semaines du programme CFT auprès d'adolescents avec TDAH ($n = 20$; c.-à-d., *Program for the Evaluation and Enrichment of Relational Skills*; PEERS) documentent une amélioration suite au programme sur une mesure auto-rapportée de comportements sociaux en plus d'une augmentation de la quantité de nouveaux amis rapportée par les jeunes et leur parent (Gardner et al., 2019). Il est à noter que cette étude n'inclut pas de groupe de comparaison et qu'aucune amélioration significative n'est trouvée sur le plan de la qualité d'amitié des adolescents sur des mesures auto-rapportées. Puisque les jeunes avec TDAH tendent à surestimer leurs habiletés sociales

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

comparativement à des mesures objectives (Owens et al., 2007), Gardner et ses collègues (2019) proposent d'inclure des mesures multi-sources de la qualité d'amitié dans les études futures.

Intervention basée sur le jeu

Plus récemment, Wilkes-Gillan, Bundy, Cordier, Lincoln, et Chen (2016) ont développé une autre intervention qui vise à enseigner des comportements sociaux positifs durant des rencontres de jeux in vivo à des enfants avec TDAH et à des enfants à développement typique ($n=29$, 5-11 ans, 86% garçons). Dans ce programme, les intervenants encouragent les parents à renforcer à la maison les habiletés que leur enfant apprend. Une amélioration sur le plan des comportements sociaux entre l'évaluation prétraitement et l'évaluation post-traitement est observée chez les enfants qui ont reçu l'intervention ($n=15$) comparativement aux enfants sur la liste d'attente ($n=14$; Wilkes-Gillan et al., 2016). Certaines améliorations dans les comportements sociaux ont été maintenues à l'évaluation de suivi un mois plus tard (Wilkes-Gillan et al., 2016). Par contre, aucune confirmation d'amitié réciproque n'a été obtenue pour les enfants observés en rencontre de jeux et la qualité d'amitié n'a pas été évaluée dans le cadre de cette étude (Wilkes-Gillan et al., 2016).

Limites des études précédentes

Considérées globalement, ces études fournissent des évidences que les interventions peuvent améliorer les comportements sociaux en contexte d'amitié des enfants avec TDAH. Par contre, la plupart des études existantes sont limitées par le manque d'assignation aléatoire à un groupe contrôle et incluent des petits échantillons. De plus, ces études n'ont soit pas évalué la qualité d'amitié (Frankel et al., 1997; Wilkes et al., 2016), l'ont évalué dans un devis non-expérimental (Hoza et al., 2003) ou n'ont trouvé aucun résultat sur cette variable (Gerdes et al., 2019). Les interventions existantes sont également limitées parce qu'elles se basent sur une théorie influente qui propose que les enfants avec TDAH présentent uniquement des déficits dans leurs habiletés sociales, c'est-à-dire qu'ils manifestent des comportements négatifs et peu

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

de comportements prosociaux. Ceci implique que ces enfants présentent un déficit sur le plan des connaissances, en ce sens qu'ils ne savent pas ce qu'il faut faire en contexte social (Gresham et al., 2004). Les auteurs du domaine remettent en question cette théorie et soulèvent une question importante pour mieux comprendre et intervenir auprès de cette population (Mikami & Normand, 2015) : Est-ce que les enfants avec TDAH éprouvent de la difficulté à *savoir* (connaissance) ou à *faire* (performance) ce qui est attendu socialement? La littérature suggère que les enfants avec un TDAH obtiennent des résultats similaires aux enfants à développement typique sur des mesures de connaissances sociales où les enfants doivent indiquer ce qu'une personne devrait faire en contexte social dans des vignettes hypothétiques (Maedgen & Carlson, 2000). Ces résultats suggèrent que les enfants avec TDAH savent, autant que les enfants sans TDAH, ce qu'ils doivent faire en contexte social pour agir de façon optimale. Barkley (1997, 2015) propose que leur déficit d'inhibition des réponses comportementales rende difficile l'application, dans le feu de l'action, de ces connaissances. Dans le même sens, Abikoff (2009) propose que les enfants avec TDAH éprouvent des difficultés à généraliser leurs acquis en raison de leur distraction, de leur tendance à vivre leurs émotions avec intensité et en raison de leurs déficits sur le plan des fonctions exécutives. Bref, il est fort possible que les enfants avec TDAH éprouvent non pas de la difficulté à *savoir* ce qu'il faut faire en contexte social, mais auraient plutôt une difficulté à *appliquer* leurs connaissances au point de performance (c.-à-d., en contexte social), là où c'est le plus important pour leurs relations. Ainsi, il est primordial de considérer cette nuance importante dans le développement d'intervention ciblant les relations sociales des enfants avec TDAH. Considérant ceci, des auteurs soulignent donc l'importance d'une composante parentale active dans une intervention ciblant l'amitié des enfants avec TDAH afin de renforcer la généralisation des acquis (Mikami, Jack, et al., 2010; Pfiffner & McBurnett, 1997; Pfiffner et al., 2007).

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Parental Friendship Coaching

Avec une attention particulière aux limites énoncées précédemment, le programme *Parental Friendship Coaching* (PFC) a été développé dans le but d'entraîner les parents à devenir des entraîneurs de l'amitié pour leur enfant. L'idée est que les parents peuvent jouer un rôle significatif en aidant l'enfant à développer une relation d'amitié de qualité, particulièrement en organisant des rencontres de jeux avec des amis potentiels afin d'influencer les comportements de leur enfant au point de performance (Frankel & Mintz, 2011; Mikami, Jack, et al., 2010; Mrug et al., 2001; Normand et al., 2007). Améliorer les comportements sociaux en contexte d'amitié des enfants avec TDAH est l'objectif proximal de PFC. Par contre, les comportements sociaux en contexte d'amitié sont conceptualisés comme le vecteur qui permet d'améliorer la qualité de la relation d'amitié de l'enfant. Ainsi, améliorer la qualité des relations d'amitié des enfants est le but ultime de cette intervention puisque c'est le développement d'une relation d'amitié de qualité qui offrirait possiblement le plus de bénéfices pour l'ajustement des enfants (tel que décrit plus haut).

Le programme PFC inclut uniquement une composante parentale (sans composante d'intervention directe auprès des enfants) puisque c'est le parent qui est conceptualisé comme étant le mécanisme de changement. Les parents sont les mieux placés pour faciliter les relations d'amitié des enfants au point de performance en organisant et en supervisant des rencontres de jeux régulièrement (Mikami & Normand, 2015), soit dans le contexte réel dans lequel se développent les amitiés des enfants (Frankel & Mintz, 2011). Pour organiser des rencontres de jeux, les parents doivent faciliter la construction d'une impression positive de leur enfant avec TDAH auprès des autres familles. Une fois que la rencontre est organisée, les parents peuvent encourager les comportements prosociaux de leur enfant en offrant des rappels et des renforcements in vivo. Impliquer les parents en tant qu'entraîneur permet possiblement de prendre en compte les obstacles soulevés par les traitements traditionnels où les enfants ne généralisent pas suffisamment leurs acquis à l'extérieur des rencontres (Evans et al., 2018). En

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

somme, les parents détiennent l'unique habileté de favoriser le développement d'opportunités sociales (par ex., rencontres de jeux) et faciliter les comportements des enfants dans le feu de l'action durant des situations réelles.

Dans une étude pilote visant à évaluer l'efficacité préliminaire du programme PFC réalisée auprès de 62 parents anglophones d'enfant avec TDAH, les familles ont été réparties aléatoirement au programme PFC comparativement à un groupe contrôle sans traitement (Mikami, Lerner, et al., 2010). Dans cette étude pilote, les habiletés sociales étaient mesurées par les parents et les enseignants (*Social Skills Rating System*; SSRS), l'acceptation sociale était documentée par les enseignants uniquement (*Dishion Social Acceptance Scale*; DSAS) et une mesure de la qualité d'interaction durant les rencontres de jeux était complétée par les parents des enfants avec TDAH (*Quality of play questionnaire*; QPQ). Les chercheurs notent des améliorations sur ces trois variables à la fin du traitement (Mikami, Lerner, et al., 2010). Plus spécifiquement, sur le plan des habiletés sociales, les parents rapportent que leur enfant manifeste moins de comportements agressifs et argumentatifs et plus d'habiletés sociales positives. Par contre, il est à noter que ce résultat n'est pas corroboré par les enseignants sur cette même mesure (SSRS). Sur le plan de l'acceptation sociale, les enseignants notent une amélioration après le traitement sur le DSAS. Les auteurs notent très peu d'effets modérateurs pour le genre, la présentation du TDAH, la présence d'un TOP ou le statut de la médication. Ceci suggère que ce traitement est possiblement efficace pour plusieurs sous-groupes d'enfants avec TDAH (Mikami, Lerner, et al., 2010). Malgré ces résultats prometteurs, l'étude n'inclut pas de mesure spécifique de la qualité de la relation d'amitié. Ainsi, les auteurs recommandent une meilleure évaluation de la qualité d'amitié dans les études futures sur le programme PFC (par ex., mesures observationnelles, mesures multi-sources). De plus, cette étude pilote n'a pas examiné les facteurs communs à la thérapie (par ex., alliance thérapeutique, soutien social, crédibilité envers le traitement), ce qui est essentiel afin d'évaluer si les ingrédients actifs de

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

PFC sont utiles pour aider les enfants à améliorer leurs relations d'amitié au-delà des facteurs communs à la thérapie.

La présente étude

Le présent projet d'essai doctoral s'inscrit dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé multisite et longitudinal réalisé à Gatineau/Ottawa (Université du Québec en Outaouais ou UQO) et à Vancouver (Université de la Colombie-Britannique ou UBC; Mikami & Normand, 2013-2018, CIHR #MOP-125897). Le présent essai doctoral se distingue de l'essai randomisé contrôlé d'envergure puisqu'il n'inclut que les données du site de l'UQO et n'inclut pas les données de suivi longitudinal. L'objectif global vise à évaluer pour la première fois auprès de francophones l'efficacité immédiate relative d'un programme d'intervention parentale, le PFC (*Parental Friendship Coaching*), et ce, comparativement à une intervention contrôlée active dispensée sous la forme d'un groupe de soutien général et d'éducation au TDAH (*Coping with ADHD through Relationships and Education* ou CARE).

Le programme PFC vise ultimement à améliorer la qualité d'une relation d'amitié. Notre première hypothèse est donc que les enfants dont les parents sont dans le groupe PFC obtiendront des scores significativement plus élevés sur les caractéristiques positives (c.-à-d., intimité) et des scores significativement plus faibles sur les caractéristiques négatives (c.-à-d., conflit) à l'évaluation post-traitement sur les questionnaires et sur les mesures observationnelles, comparativement aux enfants dont les parents sont dans le groupe CARE. L'objectif proximal de PFC est de changer les comportements sociaux des enfants dans le but que ceci améliore la qualité de leur relation d'amitié. Notre deuxième hypothèse est donc que les enfants dont les parents ont participé au programme PFC manifestent plus de comportements sociaux positifs et moins de comportements sociaux négatifs à l'évaluation post-traitement sur les questionnaires et sur les mesures observationnelles que les enfants dont les parents ont participé au programme CARE. L'objectif de l'étude est donc d'évaluer le programme PFC sur deux plans: 1) la qualité d'amitié, et 2) les comportements sociaux.

CHAPITRE II

Méthode

Participants

L'échantillon est composé de 92 enfants cibles avec TDAH (âge 6-11 ans ; 33% filles). Chaque enfant participait avec un parent (90% mères). Les familles étaient recrutées dans différentes cliniques médicales et d'apprentissage de la région d'Ottawa/Gatineau (Ontario/Québec) entre 2013 et 2017. Les Tableaux 1 et 2 rapportent les caractéristiques démographiques, comportementales et sociales des enfants cibles de l'échantillon, tandis que les Tableaux 3 et 4 font état de celles de leurs amis.

Procédure

La Figure 1 présente le Diagramme de flux CONSORT (Schulz, Altman & Moher, 2010) illustrant les différentes étapes de l'essai randomisé contrôlé. Les parents des enfants cibles, les parents des amis, les enseignants des enfants cibles et les enseignants des amis devaient fournir leur consentement écrit afin de participer à l'étude; les enfants cibles et leurs amis fournissaient leur assentiment écrit pour participer à l'étude. Les procédures étaient réalisées en français et approuvées par les comités d'éthique de la recherche de l'UQO, de l'Hôpital Montfort et des différents conseils scolaires de la région d'Ottawa/Gatineau participant.

Détermination de l'éligibilité à l'étude

Les parents et les enseignants intéressés à participer à l'étude évaluaient l'enfant cible sur les 18 symptômes du module TDAH du *Child Symptom Inventory* (CSI-4; Gadow & Sprafkin, 2002) par téléphone ou par courriel. Afin que l'enfant soit admissible à l'étape suivante de l'étude, le parent et l'enseignant de l'enfant devaient rapporter au moins quatre des neuf symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité/impulsivité comme étant présents *souvent* ou *très souvent* sur le CSI-4. Pour 10.9% des enfants de l'échantillon, qui avaient tous un diagnostic de TDAH précédemment établi par un professionnel, nous nous sommes appuyés uniquement sur

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Tableau 1

Variables démographiques des enfants cibles selon le groupe à l'évaluation prétraitement

Variables	PFC (n=44)	CARE (n=48)	Total (n=92)	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	
Genre (garçons)	32	30	62	.30
Ethnicité				.56
Caucasien	36	37	73	
Afro-Canadien	1	0	1	
Asiatique	0	1	1	
Hispanique	0	1	1	
Plus d'une ethnie	7	8	15	
Pas de réponse	0	1	1	
Médication pour le TDAH	33	30	63	.20
Comorbidité extériorisée	8	14	22	.22
Comorbidité intériorisée	15	10	25	.15
Intervention psychosociale précédente	30	26	56	.49
	<i>M (É.T.)</i>	<i>M (É.T.)</i>	<i>M (É.T.)</i>	<i>p</i>
Âge (années)	8.59 (1.56)	8.33 (1.48)	8.46 (1.51)	.42
Échelle globale de QI abrégée	101.00 (14.77)	105.48 (16.54)	103.34 (15.79)	.18
Revenu familial (CAD annuel)	119,645 (66,017)	123,033 (60,676)	121,397 (62,962)	.80

Note. Toutes les variables continues ont été comparées entre les groupes en utilisant une ANOVA unidirectionnelle; toutes les variables catégorielles ont été comparées entre les groupes par un test Chi-carré. Les valeurs *p* représentent les différences entre les groupes PFC et CARE. CAD = dollars canadiens; CARE = Coping with ADHD through Relationships and Education; PFC = Parental Friendship Coaching; QI = Quotient intellectuel.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Tableau 2

Variables comportementales et sociales des enfants cibles selon le groupe à l'évaluation prétraitement

Variables	PFC (n=44) M (É.T.)	CARE (n=48) M (É.T.)	<i>p</i>
Parents			
Symptômes inattentifs – Total ^a	6.98 (1.89)	7.21 (1.40)	.50
Symptômes hyperactif/Impulsif– Total ^a	5.34 (2.51)	5.60 (2.55)	.62
CBCL problèmes intériorisés (score <i>t</i>)	63.93 (9.34)	65.38 (9.11)	.46
CBCL problèmes extériorisés (score <i>t</i>)	66.86 (7.81)	66.46 (9.86)	.83
CBCL problèmes sociaux (score <i>t</i>)	67.27 (9.23)	68.58 (8.92)	.49
SDQ peers (total)	5.55 (1.92)	5.56 (1.99)	.97
Enseignants			
CSI inattention (sévérité)	16.20 (6.54)	17.30 (6.39)	.42
CSI hyperactivité/impulsivité (sévérité)	12.25 (7.38)	14.03 (8.05)	.27
TRF problèmes intériorisés (score <i>t</i>)	62.43 (9.35)	63.56 (8.87)	.56
TRF problèmes extériorisés (score <i>t</i>)	63.14 (9.75)	64.31 (8.63)	.55
TRF problèmes sociaux (score <i>t</i>)	65.55 (7.26)	67.96 (10.21)	.20
SDQ peers (total)	4.45 (1.82)	4.79 (1.82)	.38

Note. Toutes les variables ont été comparées entre les groupes en utilisant une ANOVA univariée. Les valeurs *p* représentent les différences entre les groupes PFC et CARE. CARE = Coping with ADHD through Relationships and Education; CBCL = Child Behavior Checklist; CSI = Current Symptom Inventory; PFC = Parental Friendship Coaching; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire. TRF = Teacher Report Form ;

^aTotal représente le nombre de symptômes endossés par soit le parent sur une entrevue diagnostique et/ou par l'enseignant sur le CSI.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Tableau 3

Variables démographiques des amis selon le groupe à l'évaluation prétraitement

Variables	PFC (n=40)	CARE (n=45)	Total (n=85)	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>p</i>
Genre (garçons)	23	24	47	.70
Ethnicité				.39
Caucasien	29	41	70	
Afro-Canadien	1	1	2	
Asiatique	1	0	1	
Hispanique	2	1	3	
Plus d'une ethnie	5	2	7	
Pas de réponse	2	0	2	
	<i>M (É.T.)</i>	<i>M (É.T.)</i>	<i>M (É.T.)</i>	<i>p</i>
Âge (années)	8.75 (1.50)	8.22 (1.52)	8.47 (1.52)	.11

Note. Toutes les variables continues ont été comparées entre les groupes en utilisant une ANOVA unidirectionnelle; toutes les variables catégorielles ont été comparées entre les groupes par un test Chi-carré. Les valeurs *p* représentent les différences entre les groupes PFC et CARE. CARE = Coping with ADHD through Relationships and Education; PFC = Parental Friendship Coaching.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Tableau 4

Variables comportementales et sociales des amis selon le groupe à l'évaluation prétraitement

Variables	PFC (n=38) M (É.T.)	CARE (n=40) M (É.T.)	p
Parents des amis			
CSI inattention (sévérité)	7.04 (6.02)	9.33 (7.17)	.13
CSI hyperactivité/impulsivité (sévérité)	5.39 (5.35)	6.91 (6.32)	.26
CBCL problèmes intériorisés (score t)	54.66 (10.74)	51.95 (9.77)	.25
CBCL problèmes extériorisés (score t)	51.84 (10.77)	53.20 (11.22)	.59
CBCL problèmes sociaux (score t)	56.05 (6.79)	55.45 (7.07)	.70
SDQ pairs (total)	1.84 (1.91)	1.73 (2.00)	.79
Enseignants des amis			
CSI inattention (sévérité)	7.18 (5.81)	6.81 (5.95)	.79
CSI hyperactivité/impulsivité (sévérité)	3.73 (5.32)	3.39 (5.04)	.79
SDQ pairs (total)	1.79 (2.03)	1.36 (1.85)	.36

Note. Toutes les variables ont été comparées entre les groupes en utilisant une ANOVA univariée. Les valeurs *p* représentent les différences entre les groupes PFC et CARE. CARE = Coping with ADHD through Relationships and Education; CBCL = Child Behavior Checklist; CSI = Current Symptom Inventory; PFC = Parental Friendship Coaching; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

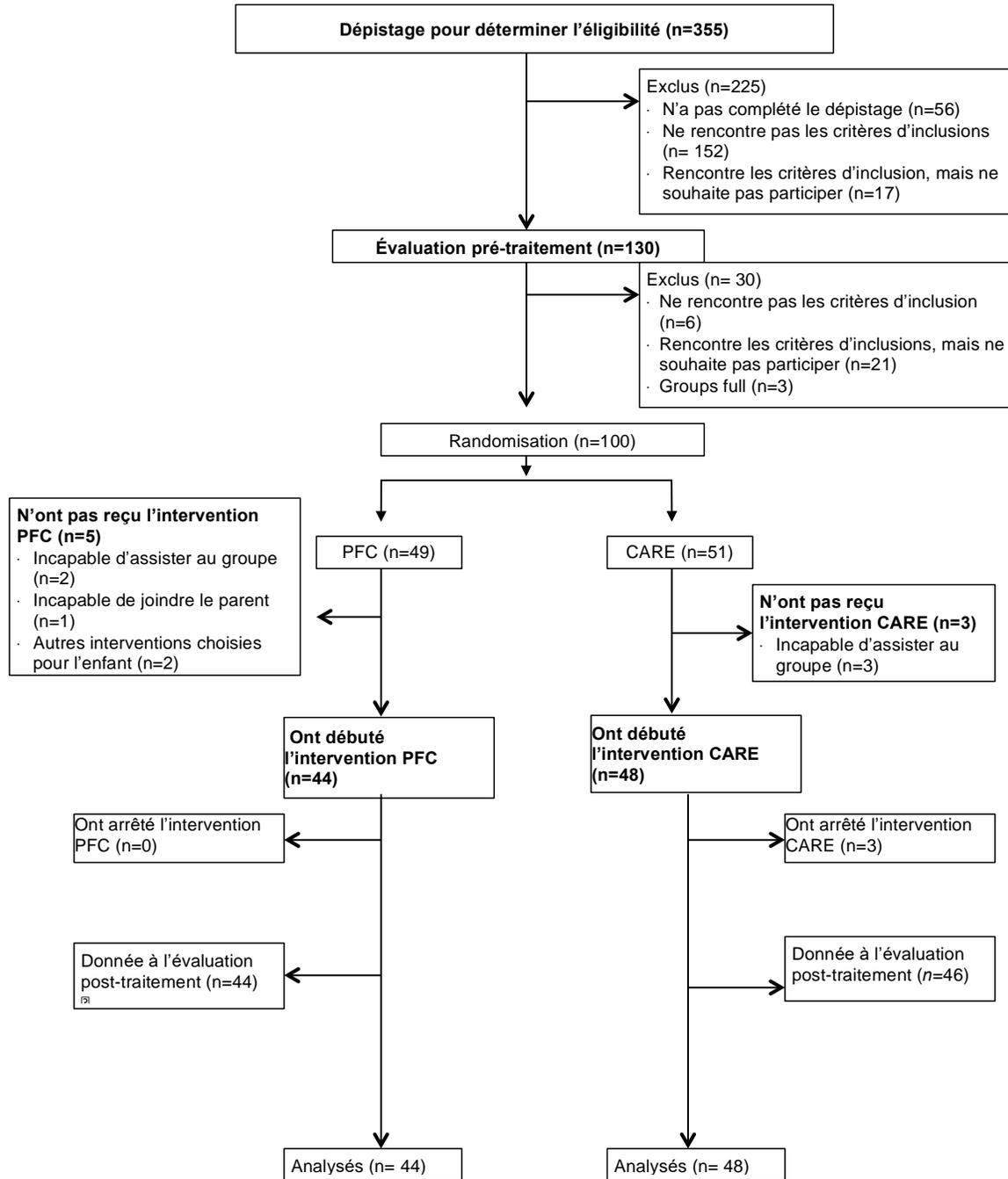


Figure 1. Diagramme de flux CONSORT

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

l'évaluation des symptômes de TDAH des parents (CSI-4) pour les raisons suivantes : l'enfant était médicamenteux à l'école (n = 8), avait un score de QI élevé qui pouvait dissimuler les symptômes de TDAH à l'école (n = 1), ou pouvait fournir des données brutes issues d'une évaluation récente qui confirmaient les symptômes de TDAH à l'école (n = 1). Un participant (sans diagnostic de TDAH précédent) a également été inclus malgré un score de moins de quatre symptômes sur le CSI-4 complété par l'enseignant parce que ce dernier a malgré tout confirmé la présence de symptômes significatifs de TDAH lors d'une entrevue téléphonique (n = 1). Lors de la visite au laboratoire, le parent complétait l'entrevue diagnostique semi-structurée du *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS; Axelson, Birmaher, Zelazny, Kaufman, & Gill, 2009). Afin de rencontrer les critères d'inclusion finaux, tous les enfants devaient manifester au moins six symptômes d'inattention et/ou six symptômes d'hyperactivité/impulsivité selon le parent sur le K-SADS ou par l'enseignant sur le CSI-4 en utilisant l'algorithme du « ou » (c.-à-d., un symptôme est considéré présent s'il est endossé par au moins un des informants ; Lahey et al., 1994).

Puisque PFC est une intervention ciblant les relations d'amitié, les enfants devaient également obtenir un score de ≥ 3 sur l'échelle *Peer Problems* du *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman 1997) complétée par le parent et l'enseignant. Ce critère d'inclusion visait à réduire l'effet de plafond et à s'assurer que le traitement soit pertinent cliniquement pour les familles. Dans cet échantillon, 12% des enfants n'avaient pas obtenu un score ≥ 3 sur le SDQ rapporté par le parent ou l'enseignant. Par contre, le parent ou l'enseignant de ces enfants ont fourni des indications qualitatives crédibles qui confirmaient les difficultés sociales de l'enfant durant une entrevue téléphonique. Tous les parents et les enseignants des enfants de cet échantillon rapportaient néanmoins que l'enfant avait des difficultés sociales pour un total d'au moins 1 ou 2 sur le SDQ, indiquant certaines difficultés sociales, et tous obtenaient un score ≥ 3 en utilisant l'algorithme du « ou » (Lahey et al., 1994).

Afin de participer à l'étude, l'enfant devait avoir entre six et onze ans, satisfaire les critères

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

diagnostiques du TDAH et présenter des difficultés sociales significatives. Les critères d'exclusion de l'étude étaient une échelle globale abrégée de quotient intellectuel (QI) inférieur à 75 sur le WISC-IV (c.-à-d., telle qu'estimé à partir des sous-tests matrice et vocabulaire; Wechsler, 2003), une condition clinique urgente qui nécessite une intervention immédiate (par ex., idées suicidaires) ou différente de celle proposée dans le cadre de l'étude (par ex., trouble du spectre de l'autisme, psychose). Les familles qui participaient déjà à une intervention comportementale ou psychosociale ciblant les difficultés sociales pendant la période active du traitement (10 semaines) étaient également exclues. Les enfants étaient éligibles même s'ils présentaient un ou plusieurs troubles fréquemment associés au TDAH (par ex., TOP, TC, trouble d'anxiété, dépression), en raison de la présence élevée de comorbidités chez les enfants avec TDAH (Pliszka, 2015) et dans le but d'évaluer l'efficacité du traitement au sein d'un échantillon représentatif d'enfants avec différentes présentations cliniques. Les enfants étaient classifiés comme présentant un trouble extériorisé si le parent endossait un TOP ou un TC sur le K-SADS, et que l'enseignant identifiait une élévation clinique atteignant un score $T \geq 60$ sur l'échelle du TOP ou du TC sur le *Teacher Report Form* (TRF; Achenbach & Rescorla, 2001). Les enfants étaient classifiés comme présentant un trouble intériorisé si le parent confirmait que l'enfant répondait aux critères d'un trouble d'anxiété ou d'humeur sur le K-SADS et si a) l'enseignant notait une élévation clinique atteignant un score $T \geq 60$ sur l'échelle DSM d'anxiété/dépression sur le TRF, ou si b) l'enfant notait un score $T \geq 60$ sur le CDI (Kovacs, 2010) et/ou sur le MASC-2 (March, 2012).

En raison des difficultés sociales importantes que présentent les enfants avec TDAH qui reçoivent ou non un traitement pharmacologique (Hoza, Gerdes, et al., 2005), la médication n'était pas un critère d'exclusion dans cette étude tant que la médication demeurait stable durant la phase active de l'étude. Dans notre échantillon, 68.48% des enfants prenaient une médication psychotrope pour le TDAH.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Évaluations prétraitement

Lors de la première rencontre d'évaluation prétraitement, une évaluation multi-sources était réalisée. Nous avons administré le K-SADS aux parents et administré des sous-tests cognitifs aux enfants. Les parents et les enfants remplissaient des questionnaires, incluant des mesures parentales sur les comportements sociaux de l'enfant. Les enseignants complétaient des mesures à propos des comportements de l'enfant par courriel ou par la poste.

À la suite de cette première séance d'évaluation, si l'enfant satisfaisait les critères d'inclusion de l'étude, le parent de l'enfant cible était invité à venir à l'UQO pour une deuxième rencontre d'évaluation prétraitement avec son enfant et un ami de l'enfant. Parmi les 92 enfants éligibles, 85 enfants sont venus à cette 2^e rencontre accompagnés d'un ami (92,4%). Lors de cette deuxième séance d'évaluation, l'enfant cible et l'ami invité identifiaient indépendamment, dans des locaux différents, s'ils étaient des « meilleurs amis », des « bons amis », « juste des amis OK », des « compagnons occasionnels/connaissances » ou des « étrangers ». Certains auteurs suggèrent que l'amitié est trop souvent considérée comme étant dichotomique (« meilleurs amis » versus « pas amis du tout »; Berndt & McCandless, 2009). Ainsi, afin d'augmenter la représentativité de l'échantillon et de limiter l'effet plafond, nous avons inclus 84 dyades d'enfants où chaque enfant s'est nommé mutuellement comme étant au moins « juste des amis OK » (Berndt & McCandless, 2009). Parmi ces dyades, les deux enfants se nommaient mutuellement comme des « bons amis » ou des « meilleurs amis » dans 73 des dyades (86,9%). L'enfant cible, l'ami, le parent de l'enfant cible et le parent de l'ami remplissaient ensuite séparément le questionnaire à propos de la qualité d'amitié entre l'enfant et l'ami présent à la rencontre. Les enfants remplissaient le questionnaire avec l'aide d'un assistant de recherche. Ensuite, l'enfant cible et l'ami accomplissaient deux tâches observationnelles administrées en ordre aléatoire et décrites ci-bas dans la section sur les mesures de la qualité d'amitié.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Assignment aléatoire

Une fois l'évaluation prétraitement de l'enfant cible complétée, les parents des enfants étaient aléatoirement assignés grâce à un logiciel informatique à recevoir le programme *Parental Friendship Coaching* (PFC) ou *Coping with ADHD through Relationships and Education* (CARE). La randomisation a permis d'obtenir sept cohortes de six à huit parents par groupe. Chaque programme comprenait dix séances, à raison d'une séance de groupe de 90 minutes par semaine, et était dirigé par un psychologue détenant un PhD en psychologie clinique ainsi qu'un(e) étudiant(e) en psychologie clinique. Afin de contrôler pour les effets du thérapeute, le même psychologue dirigeait toujours un groupe PFC et un groupe CARE au cours d'une période donnée. Dans les deux groupes, le parent qui remplissait les questionnaires devait être présent aux séances et le deuxième parent pouvait participer s'il le souhaitait. Si un parent s'absentait pour une séance, une séance de rattrapage lui était proposée.

Évaluation post-traitement

Un modèle *intent-to-treat* a été utilisé afin de réduire les biais potentiels liés à une attrition de participants non aléatoire ou différentielle selon les traitements (Hollis & Campbell, 1999). Ainsi, nous avons tenté de collecter les données des 92 familles qui ont initié le traitement. Des données ont été obtenues pour 90 de ces familles. Nous invitons les parents à l'UQO avec leur enfant et l'ami le plus proche de leur enfant afin de réaliser l'évaluation post-traitement. La famille était invitée à revenir avec le meilleur ami de l'enfant à ce moment (afin de mesurer la meilleure amitié de l'enfant). Dans notre échantillon, 80 familles ont amené un ami et parmi ces dyades 79 étaient des amitiés réciproques. La grande majorité (75.9%) des enfants ont participé à la rencontre post-traitement avec le même ami que lors de la rencontre prétraitement; cette proportion n'était pas significativement différente dans PFC ou CARE [$\chi^2(1, n = 79) = 0.34, p = .561$]. L'enfant cible, l'ami invité, le parent, le parent de l'ami et l'enseignant de l'enfant complétaient ensuite les mêmes mesures et réalisaient les mêmes tâches que lors de l'évaluation prétraitement.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Programmes d'intervention

Parental Friendship Coaching (PFC; Mikami, Lerner, et al., 2010). PFC est un programme visant à former les parents à devenir des entraîneurs de l'amitié pour leur enfant. Le modèle d'intervention est basé sur le fait que les parents sont les mieux placés pour influencer les comportements de l'enfant en contexte de jeux, où le parent est habituellement présent. L'attente est que suite à l'amélioration des comportements sociaux de l'enfant, celui-ci développera éventuellement des relations d'amitié de meilleure qualité. Ce lien est documenté dans les études précédentes chez les enfants à développement typique (Markiewicz et al., 2001) et chez les enfants avec TDAH (Normand et al., 2013). Les rencontres manualisées (voir Tableau 5 pour un portrait global du programme) visent à: 1) établir une relation parent-enfant positive pour que l'enfant soit plus réceptif aux rétroactions de son parent; 2) entraîner les parents à enseigner à leur enfant des habiletés sociales qui sont déficitaires chez les enfants avec TDAH; 3) aider les parents à faciliter les opportunités de pratiquer les habiletés sociales de leur enfant avec un ami potentiel en faisant du réseautage et en organisant des rencontres de jeux (Mikami, Jack, et al., 2010; voir Annexe B). Le contenu du programme est similaire à celui utilisé dans l'étude pilote (Mikami, Lerner, et al., 2010), mais est étalé sur 10 séances (au lieu de huit) en raison des rétroactions reçues des parents disant que le contenu était parfois présenté rapidement. Dans chaque séance, les cliniciens offrent une portion didactique aux parents leur expliquant les nouvelles habiletés enseignées, réalisent des jeux de rôle, visionnent des segments vidéo des parents avec leur enfant (filmé lors de l'évaluation prétraitement) et réalisent des activités pour aider les parents à appliquer les habiletés apprises. À chaque séance, les cliniciens assignent des devoirs aux parents afin de permettre la mise en pratique de leurs apprentissages à la maison. PFC est un programme dirigé par les cliniciens dans lequel ceux-ci donnent des recommandations spécifiques pour aider les parents à améliorer les comportements sociaux de leur enfant dans le cadre de ses relations d'amitié.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Tableau 5

Contenu des séances des programmes PFC et CARE

Session	Parental Friendship Coaching (PFC)	Coping with ADHD through Relationships and Education (CARE)
1	Prendre conscience des amitiés de votre enfant; Introduire le modèle suggérant que les parents influencent les amitiés des enfants; Solidifier la relation parent-enfant en utilisant la technique du moment spécial.	Comprendre ce qu'est le TDAH et son impact sur les comportements sociaux; Identifier les problèmes sociaux de votre enfant; Augmenter l'empathie des parents envers les problèmes sociaux des enfants.
2	Solidifier la relation parent-enfant en utilisant la technique d'écoute active lors de discussion à propos des préoccupations sociales de votre enfant; Donner des félicitations efficaces à propos des comportements sociaux	Connaitre les troubles souvent associés au TDAH et comment ils sont diagnostiqués; Comprendre comment les comorbidités affectent les relations sociales de votre enfant.
3	Donner des rétroactions correctives à propos de comportements sociaux; Choisir un ami potentiel pour une rencontre de jeux.	Comprendre comment les symptômes de TDAH et les difficultés sociales se manifestent au fil du temps.
4	Gérer les comportements oppositionnels de votre enfant face à vos conseils à propos des comportements sociaux appropriés; Se préparer pour une rencontre de jeux en tant qu'hôte (prévenir l'ennui); Inviter un enfant pour une rencontre de jeux.	Comprendre les difficultés académiques de votre enfant, les raisons, leur lien avec les difficultés sociales et la réputation de votre enfant à l'école.
5	Enseigner à votre enfant de bonnes habiletés de jeux; Se préparer pour une rencontre en tant qu'hôte (prévenir les conflits).	Comprendre les droits et les accommodations scolaires pour les enfants avec TDAH et leurs difficultés sociales.
6	Résolution de problème pour les obstacles vécus lors des rencontres de jeux; Enseigner de bonnes habiletés de conversation; Intervenir durant la rencontre de jeux lorsque les efforts pour prévenir l'ennui et les conflits ont échoué.	Identifier les similarités et les différences d'interactions de votre enfant avec différents pairs et adultes; identifier les contextes qui facilitent le développement de bonnes relations.
7	Enseigner à votre enfant comment gérer ses émotions négatives; Rétroaction avec votre enfant après une rencontre de jeux.	Comprendre les traitements pharmacologiques et psychosociaux existants et leurs effets sur les défis sociaux.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

8	Se préparer pour une rencontre de jeux en tant qu'invité; Rétroaction avec votre enfant après une rencontre de jeux.	Comprendre les traitements alternatifs et complémentaires et leurs effets sur les comportements sociaux.
9	Assister votre enfant à rencontrer de nouveaux amis potentiels; Apprendre à faire du réseautage avec d'autres parents.	Apprendre comment évaluer les difficultés sociales de votre enfant et la réponse au traitement.
10	Décider d'avoir une autre rencontre de jeux; Comprendre la réponse d'une autre famille à une invitation à une rencontre de jeux; Résumer des habiletés enseignées; Prévention de la rechute.	Reconnaitre et faciliter le rôle et la communication des multiples professionnels traitant les difficultés sociales de votre enfant.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Coping with ADHD through Relationships and Education (CARE; Soffer & Power, 2005). L'objectif de CARE est d'établir un contexte sécuritaire où les parents reçoivent des conseils et du soutien de la part d'autres parents vivant des difficultés semblables ainsi que de l'éducation psychologique des cliniciens au sujet des défis communs vécus par les enfants avec TDAH (Power et al., 2012). Dans le cadre de cette étude, ce programme manualisé (voir Tableau 5 pour un portrait global du programme) était légèrement adapté afin de mettre l'accent sur les relations sociales des enfants avec TDAH (par ex., l'impact des comorbidités sur l'amitié, l'impact de la médication sur l'amitié, le développement d'objectifs reliés à l'amitié dans le plan d'intervention). Ainsi, dans le programme CARE, les cliniciens offrent aux parents des informations à propos du TDAH et des difficultés d'amitié à chaque séance et encouragent les parents à discuter des défis rencontrés et à se partager des recommandations et des ressources entre eux. Dans le programme CARE, les cliniciens n'offrent aucun entraînement d'habiletés pour améliorer les comportements sociaux des enfants (contrairement à PFC) et ne donnent aucun conseil ou rétroaction évaluative sur les défis sociaux et comportementaux discutés par les parents (contrairement à PFC). Dans les études passées, CARE était implémenté de façon fidèle et les parents étaient satisfaits du traitement (Power et al., 2009, 2012).

Instrument de mesure

Mesures pour déterminer l'éligibilité et la description des participants

Childhood Symptom Inventory-4 (CSI-4, version francophone; Gadow & Sprafkin, 2002). Le module TDAH du CSI-4 inclut 18 items qui représentent les symptômes du TDAH selon le DSM-IV-TR (par ex., se laisse facilement distraire par d'autres choses qui se passent autour) selon une échelle réponse de type Likert à quatre points (jamais, parfois, souvent, très souvent). Cette mesure est remplie par le parent et l'enseignant des enfants cibles et des amis. Les propriétés psychométriques de cette échelle du CSI-4 sont bien établies avec une

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

cohérence interne de $\alpha = .86$ à $.92$ et une fidélité test-retest variant de $r = 0.61$ à 0.85 (Mattison et al., 2003; Sprafkin et al., 2002).

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, version francophone; Goodman, 2001). L'échelle *Peer Problems* du SDQ inclut 5 items (par ex., est généralement aimé par les autres enfants) et mesure l'altération du fonctionnement de l'enfant sur le plan des relations sociales. Cette mesure est remplie par le parent et l'enseignant des enfants cibles et des amis. Le SDQ démontre une cohérence interne adéquate ($\alpha = .73$) ainsi qu'une fidélité test-retest variant de $.61$ à $.72$ (Goodman, 2001).

Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS, version francophone; Axelson et al., 2009). L'entrevue diagnostique semi-structurée du K-SADS permet de faire une analyse diagnostique différentielle des difficultés de santé mentale les plus souvent présentes durant l'enfance et l'adolescence. La version administrée aux parents des enfants cibles dans cette étude inclut les troubles suivants : TDAH; TOP; TC; trouble dépressif majeur; dysthymie; trouble d'anxiété de séparation; phobie sociale; phobie spécifique et trouble d'anxiété généralisé. La fidélité test-retest du KSADS varie de $.63$ à $.90$, alors que la fidélité inter-juge pour les différents diagnostics évalués est de $.80$ à 1 (Ambrosini, 2000).

Child Behavior Checklist (CBCL, 6-18 ans, version francophone; Achenbach et Rescorla, 2001). Les parents des enfants cibles et des amis remplissent ce questionnaire de 112 items à propos des difficultés comportementales et émotionnelles de leur enfant (par ex., fait des crises de colère). Les parents répondent aux questions sur une échelle de 0 (pas vrai), 1 (parfois vrai) et 2 (souvent vrai). Dans la présente étude, les échelles basées sur le DSM-IV suivantes ont été utilisées: problèmes affectifs, problèmes d'anxiété, problèmes oppositionnels/défiants, problèmes de conduite. La cohérence interne des échelles du CBCL varie de $\alpha = .72$ à $.91$ et la fidélité test-retest varie de $.80$ à $.93$ (Achenbach & Rescorla, 2001).

Teacher Report Form (TRF, 6-18 ans, version francophone; Achenbach et Rescorla, 2001). Les enseignants des enfants cibles remplissent ce questionnaire de 112 items (par ex.,

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

fait des crises de colère) à propos des difficultés comportementales et émotionnelles de ces derniers. Les enseignants répondent aux items sur une échelle de 0 (pas vrai), 1 (parfois vrai) et 2 (souvent vrai). Dans la présente étude, les échelles basées sur le DSM-IV suivantes ont été utilisées: problèmes affectifs, problèmes d'anxiété, problèmes oppositionnels/défiants, problèmes de conduite. Les échelles de ce questionnaire ont une cohérence interne variant de $\alpha = .73$ à $.94$ et une fidélité test-retest de $.62$ à $.95$ (Achenbach & Rescorla, 2001).

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC, version francophone; March et al., 1997). Cette mesure auto-rapportée complétée par l'enfant cible documente les symptômes d'anxiété de l'enfant. La version utilisée dans l'étude comprend 10 items (par ex., je me sens inquiet et nerveux). Le MASC a une excellente cohérence interne ($\alpha = .90$; March et al., 1997) et une bonne fidélité test-retest ($r = .86$; March, Sullivan, & Parker, 1999).

Children's Depression Inventory (CDI-2, version francophone; Kovacs, 2010). La version courte (12 items) auto-rapportée du CDI-2 utilisée dans l'étude vise à évaluer les symptômes dépressifs de l'enfant cible. L'enfant doit choisir parmi trois phrases celle qui le représente le mieux (par ex., je suis triste de temps en temps, je suis souvent triste, je suis toujours triste). Le CDI-2 présente une excellente cohérence interne ($\alpha = .91$) et une bonne fidélité test-retest ($r = .89$; Kovacs et al., 1996).

Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants – Quatrième édition (Wechsler, 2003). Les sous-tests Matrices et Vocabulaire de l'Échelle d'intelligence de Wechsler (4e édition, 2003) sont administrés aux enfants cibles afin d'estimer leur QI. Ces deux sous-tests offrent une cohérence interne respective de $\alpha = .93$ et de $\alpha = .91$ (Ryan et al., 2009). La fidélité de cette version abrégée composée de ces deux sous-tests est $.93$, tandis que sa validité est de $.87$ (voir Sattler, 2008, p. 29).

Mesure du processus thérapeutique

Fidélité de contenu. Des codeurs indépendants ont visionné aléatoirement 10% des rencontres pour évaluer l'implémentation des composantes de chaque manuel (0 = non

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

implémenté; 2 = complètement implémenté) à l'aide de listes à cocher développées spécialement pour l'étude. Tous les segments vidéo ont été co-codés pour évaluer la fidélité inter-juge (ICCs, PFC = .96; CARE = .95). La moyenne de la fidélité de contenu pour le groupe PFC était de 1.94 (*É.T.* = .13) et de 1.90 (*É.T.* = .16) pour le groupe CARE. Aucune différence significative n'est observée entre la fidélité de contenu des deux groupes (Jiwon Na, Mikami, Normand, 2019).

Fidélité de processus. Les codeurs ont visionné aléatoirement des segments vidéo de cinq minutes de chaque séance et ont évalué la nature des interventions des cliniciens à l'aide de listes à cocher développées spécialement pour l'étude. Plus spécifiquement, ils ont évalué le temps où les cliniciens ont enseigné des habiletés, facilité la résolution de problème et offert des rétroactions évaluatives à propos des difficultés sociales. Les codeurs ont également évalué le soutien social offert entre parents (0 = faible soutien; 6 = fort soutien). Tous les segments vidéos ont été co-codés pour évaluer la fidélité inter-juge. Les coefficients de corrélations intra-classe (ICCs) étaient acceptables (.66-.93; Jiwon Na, Mikami, Normand, 2019).

Présence, satisfaction envers le traitement, alliance thérapeutique et crédibilité/attentes envers le programme. Après chaque séance, les présences des parents ont été documentées et chaque parent a évalué sa satisfaction de la séance (1= pas du tout ; 7 = beaucoup). À la fin de la 3^e séance, les parents ont complété des mesures évaluant la perception de leur lien émotionnel avec les cliniciens (*Working Alliance Inventory Short Form-Bond Subscale*; Hatcher & Gillaspay, 2006) et de la crédibilité et des attentes des parents envers le traitement (*Credibility and Expectancy Questionnaire*; Devilly & Borkovec, 2000). La cohérence interne de notre échantillon était de .82 pour l'alliance et également de .82 pour la crédibilité/attentes.

Mesures d'impact

Qualité de l'amitié sur des questionnaires (mesures primaires). L'enfant cible, l'ami invité, le parent de l'enfant et le parent de l'ami complètent indépendamment les 22 items du

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Friendship Quality Questionnaire, version abrégée (FQQ, Glick & Rose, 2011; voir Annexe C).

Chaque item est évalué sur une échelle de Likert à cinq points (0 = pas vrai du tout; 4 = très vrai). Le FQQ, une mesure largement utilisée (Parker & Asher, 1993), évalue la qualité d'amitié entre l'enfant cible et son ami invité. Cette mesure comprend six échelles : 1) validation (par ex., cet ami fait sentir bien mon enfant au sujet de ses idées), 2) résolution de conflits (par ex., cet ami se réconcilie facilement avec mon enfant après une dispute entre ce dernier et mon enfant), 3) conseils et aide (par ex., cet ami aide souvent mon enfant avec des choses), 4) camaraderie et loisir (par ex., faire des choses avec cet ami est amusant pour mon enfant), 5) intimité (par ex., mon enfant peut parler avec cet ami des choses qui le rendent triste) et 6) conflit et trahison (par ex., cet ami fait fâcher mon enfant).

Tel que recommandé (Berndt & McCandless, 2009), les échelles de validation, de camaraderie, de résolution de conflit, d'intimité et d'aide sont combinées afin de représenter une moyenne de la qualité positive de l'amitié, alors que l'échelle de conflit et trahison représente la qualité négative de l'amitié. Dans notre échantillon, la cohérence interne pour chacune des sources était de $\alpha \geq .87$ pour la qualité positive et $\alpha \geq .75$ pour la qualité négative.

Une analyse factorielle confirmatoire réalisée auprès de notre échantillon suggère qu'un modèle à deux facteurs (qualité d'amitié positive et négative de l'amitié) avec quatre indicateurs par facteur (rapporté par le parent de l'enfant cible, l'enfant cible, l'ami et le parent de l'ami) a un bon ajustement dans le présent échantillon (Normand, Mikami, Salvalei, & Guet, 2020). Un score de composite a ainsi été créé afin de représenter la moyenne des quatre sources pour la qualité d'amitié positive et négative. Cette procédure permet de maximiser notre approche multi-sources tout en réduisant le nombre de mesures d'impact.

Qualité de l'amitié sur les observations (mesures primaires). Avant et après le traitement, les assistants de recherche invitent l'enfant cible et son ami invité à participer à deux tâches structurées favorisant l'interaction des enfants dans un contexte dyadique et visant à évaluer la qualité de leur amitié (Normand et al., 2011). D'abord, la tâche de course de voitures

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

(Fonzi, Schneider, Tani, & Tomada, 1997; voir Annexe D) est un jeu rapide, captivant et compétitif qui ne requiert aucun entraînement et ne favorise pas d'enfant avec un type particulier d'habileté. L'objectif du jeu est d'être plus rapide que l'adversaire en transportant, à l'aide d'un camion, cinq blocs de bois de 4 cm X 3.5 cm X 5.5 cm d'un côté à l'autre de la table (qui ne permet qu'à un seul camion à la fois de passer) tout en respectant des règles préétablies. Puis, la tâche de partage de jouets (Normand et al., 2011; voir Annexe E) implique une résolution de problème coopérative visant à diviser un nombre de ressources limitées. L'assistant de recherche demande aux enfants de sélectionner ensemble cinq objets parmi 15 jouets à leur disposition (par ex., figurines de style *Trashpacks*®; bracelets de style zip band, légos®, cartes d'hockey). Les enfants doivent ensuite diviser les objets convoités de la façon dont ils le souhaitent afin que les deux amis soient d'accord avec le partage. Les enfants gardent ensuite les objets partagés pour les amener chez eux.

Les données observationnelles des tâches de voitures et de partage de jouets sont codées par l'équipe de recherche avec un manuel de codage (i.e., *Friendship Interaction Coding Scheme*, FICS; Guiet, Soucisse, & Normand, 2015) visant à évaluer la qualité positive et négative de l'amitié ainsi que les comportements sociaux des enfants en contexte dyadique. Ce système de codage permet de documenter la nature, la fréquence et l'intensité des comportements caractérisant les interactions dyadiques des enfants avec TDAH et leur ami. Les variables de ce système de codification utilisées dans la présente étude sont : l'affect positif, l'affect négatif, l'intimité et la coopération (voir Tableau 6 pour les définitions des variables). Une validation préliminaire du FICS permet de documenter de bonnes caractéristiques psychométriques. Afin d'évaluer la fidélité inter-juge, au moins 20% des données ont été aléatoirement co-codées et les kappas (pour les variables dichotomiques) ou les ICCs (pour les variables continues) ont été calculés. Le FICS présente une bonne fidélité inter-juge (voir Tableau 6 pour les variables spécifiquement utilisées dans le présent projet; Guiet, Brown, & Normand, 2017). Cette validation préliminaire révèle également une validité de construit

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

adéquate avec la majorité des inter-corrélations entre les variables observationnelles variant de $r = .25$ à $.65$ (Guet, Brown, & Normand, 2017). Quant à la validité critériée, des corrélations faibles à modérées entre les variables du manuel et une mesure auto-rapportée de la qualité d'amitié (c.-à-d., FQQ) ont été notées (Guet, Brown, & Normand, 2017). Ces résultats, variant en fonction de la tâche et de qui répond au FQQ, suggèrent que le FICS évalue des dimensions importantes de l'amitié et complémentaires à une méthode auto-rapportée.

Afin d'utiliser les données codées dans le cadre du présent projet, suite aux recommandations de la professeure de statistiques Victoria Savalei de l'Université de la Colombie Britannique qui fait partie de l'équipe de recherche pour l'essai randomisé contrôlé multisite (V. Savalei, communication personnelle, 31 août 2018), des scores composites de la qualité d'amitié positive et négative ont été créés. Le score composite de la qualité positive de l'amitié a été créé à partir de la variable intimité et affect positif. La variable intimité [$ICC(2,k) = .89-.92$] a été évaluée sur une échelle de Likert allant de zéro à cinq, représentant l'aisance avec laquelle les amis sont affectueux, confortables et chaleureux l'un avec l'autre. La variable d'affect positif ($\kappa = .81$) représente la moyenne de la proportion d'intervalles de cinq secondes dans laquelle l'enfant et/ou l'ami manifeste des sourires, des rires, du plaisir (score variant de 0 à 1). Le score d'intimité a été divisé par cinq afin de mettre les deux variables sur la même échelle (c.-à-d., échelle de 0 à 1), puis la moyenne d'intimité et de l'affect positif a été calculée pour créer un score composite. La qualité d'amitié négative a été mesurée par la variable coopération inversée et l'affect négatif. La variable de coopération [$ICC(2,k) = .91$] a été codée sur une échelle à six points et représente le travail d'équipe des enfants, soit à quel point les enfants manifestaient de l'antagonisme (zéro) ou travaillaient ensemble sur la tâche (cinq). L'affect négatif ($\kappa = .81$) était la moyenne de la proportion d'intervalles de cinq secondes où l'enfant et/ou l'ami manifestent de l'irritation, de la frustration, de la colère ou de la tristesse (score variant de 0 à 1). Le score de coopération a été inversé et divisé par cinq afin de créer un

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Tableau 6

Définitions et ententes inter-juge pour les variables observationnelles de la qualité d'amitié

Variable	Type de codage	Définition	Entente inter-juge (κ ou ICC) ^d Course/ Partage	Corrélations intra-classe ^e Course/ Partage
Qualité positive de l'amitié				
Affect positif ^a	Échelle- <i>window sequential analysis</i> (échelle 0 à 1)	Ce code réfère à l'expression faciale, le ton de voix, le langage corporel positif de l'enfant (par ex., joie, fierté, excité).	.81 / .81	.69 / .72
Intimité ^b	Évaluation globale post-observation (échelle 0 à 5)	Le degré d'intimité de l'interaction représente le niveau d'affection, d'aisance et de chaleur observé entre les deux amis. Ce code met l'emphase sur le partage d'émotions positives dans la dyade.	.92 / .89	NA
Qualité négative de l'amitié				
Affect négatif ^a	Échelle- <i>window sequential analysis</i> (échelle 0 à 1)	Ce code réfère à l'expression faciale, le ton de voix, le langage corporel négatif de l'enfant (par ex., frustration, irritation, tristesse).	.81 / .81	.17 / .46
Coopération (score inversé) ^{b,c}	Évaluation globale post-observation (échelle 0 à 5)	Ce code réfère au niveau auquel les enfants travaillent ensemble sur la tâche demandée. Par exemple, les partenaires peuvent démontrer un ou plusieurs des signes suivants : désir de fonctionner en équipe, décider chacun leur tour, prendre des initiatives durant la tâche, écouter l'autre personne ou ramener son partenaire vers la tâche à effectuer.	NA / .91	NA

Note. ^a Ce code représente la proportion moyenne de durée durant laquelle l'enfant cible et son ami démontrent le comportement ciblé durant les deux tâches observationnelles. ^b Ce code représente le niveau de cette variable durant toute l'interaction dans son ensemble, et ce pour les deux tâches observationnelles. ^c Uniquement codé dans la tâche de partage. ^d L'entente inter-juge des variables catégorielles a été calculée en utilisant des Kappas ; celle des variables continues par des corrélations intra-classe de type Two-way random, average measure» (2, k). ^e Corrélations intra-classe entre l'enfant cible et son ami, de type «Two-way mixed, average measure» (3, k).

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

score composite à partir de la moyenne de la variable coopération inversée (antagonisme) et de la variable affect négatif.

Comportements sociaux sur les questionnaires (mesures secondaires). Les parents des enfants cibles complètent l'échelle de conflit du *Quality of Play Questionnaire* (QPQ; Frankel & Mintz, 2011), contenant sept items (par ex., ils se sont chicanés/ont eu des désaccords). Cette échelle permet de noter les comportements contrôlants, agressifs et de conflits de l'enfant avec un ami lors d'une rencontre de jeux. Les parents répondent aux questions en fonction de la dernière rencontre de jeux ayant eu lieu et sur une échelle de Likert à quatre points (0 à 3). Le QPQ a été validé et utilisé pour différencier les comportements entre les enfants ayant un trouble des enfants à développement typique (Frankel & Mintz, 2011) et semble avoir une corrélation importante avec les comportements observés. Une version précédente à deux échelles (qui a été améliorée à une seule échelle) démontre des effets positifs de PFC dans l'étude pilote (Mikami, Lerner, et al., 2010). La cohérence interne de cette échelle dans notre échantillon est de $\alpha = .85$.

La deuxième mesure de comportements sociaux est l'échelle d'habiletés sociales du *Social Skills Improvement System* (SSIS; Gresham & Elliott, 2008) complétée par les parents et les enseignants des enfants cibles indépendamment. L'échelle sociale du SSIS est une mesure de 46 items (par ex., interagit bien avec les autres enfants) qui permet de documenter les comportements sociaux positifs de l'enfant sur une échelle à quatre points allant de « jamais » à « toujours ». Cette mesure comprend sept sous-échelles d'habiletés sociales : communication, coopération, affirmation, responsabilité, empathie, engagement et contrôle de soi. Bien que le SSIS évalue des habiletés sociales qui s'étendent à l'extérieur des rencontres de jeux, une mesure ciblant les comportements positifs était nécessaire puisque le QPQ cible uniquement les comportements négatifs. De plus, les données rapportées par les parents dans l'étude pilote (Mikami, Lerner, et al., 2010) suggèrent une amélioration des comportements sociaux sur le SSIS. Dans la présente étude, les enseignants ont également complété le SSIS pour évaluer les

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

comportements sociaux positifs des enfants cibles à l'école. Selon Crosby (2011), la cohérence interne des différentes échelles du questionnaire est adéquate ($\alpha > .70$; Crosby, 2011). De plus, selon ce même auteur, la validité de contenu est satisfaisante et la fidélité test-retest de l'échelle d'habiletés sociales est adéquate ($r = .81$). La fidélité inter-juge entre la version enseignant et la version parent est presque adéquate ($ICC > .50$; Crosby, 2011). Les auteurs suggèrent qu'une entente $> .50$ est cliniquement logique entre les observations d'un enseignant et d'un parent en raison de la différence de contexte dans lequel ils évaluent l'enfant. Dans la présente étude, les scores standard de l'échelle d'habiletés sociales du SSIS ont été utilisés.

Questionnaire démographique

Les parents des enfants cibles remplissent un questionnaire sur les données démographiques incluant le genre de l'enfant, l'âge de l'enfant, l'ethnicité de l'enfant, le revenu familial, la médication de l'enfant et les interventions psychosociales précédentes.

CHAPITRE III

Résultats

Plan d'analyse des données

Puissance statistique

Pour l'essai randomisé contrôlé multisite, une analyse *a priori* a révélé qu'un échantillon de départ de 196 enfants, afin d'atteindre un échantillon de 157 après les taux d'attrition, fournirait une puissance statistique de .88 pour détecter une taille d'effet moyenne. Le présent essai doctoral a été basé sur un sous-échantillon de cet essai plus large et n'utilise seulement les données du site d'Ottawa-Gatineau ($n = 92$).

Données manquantes

Quoique la majorité des participants aient des données complètes (voir Figure 1), certains n'ont pas amené d'ami en laboratoire et donc n'ont pas de données qui dépendaient d'avoir un ami lors des visites en laboratoire. Il n'y avait pas de différence significative entre les enfants avec ($n = 84$) ou sans ami réciproque ($n = 8$) à l'évaluation prétraitement en ce qui concerne le genre de l'enfant, l'âge de l'enfant, l'ethnicité de l'enfant, le revenu familial, les symptômes d'hyperactivité, les troubles extériorisés, les troubles intériorisés, les traitements psychosociaux précédents, les problèmes avec les pairs et les comportements sociaux de l'enfant (selon le QPQ et le SSIS; voir Tableau 7). Cependant, lors de l'évaluation prétraitement, les enfants sans ami avaient davantage tendance à prendre une médication pour le TDAH [$\chi^2(1,92) = 4.03, p = .045$], démontraient moins de symptômes d'inattention [$F(1,90) = 6.22, p = .014$] et avaient un QI légèrement plus faible [$F(1,90) = 4.17, p = .044$] que les enfants avec TDAH qui sont venus au laboratoire avec un ami réciproque (quoique dans la moyenne en comparaison aux enfants du même âge; voir Tableau 7). Pour les données manquantes, la méthode suppression par liste a été utilisée.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Tableau 7

Variables démographiques et cliniques des enfants cibles avec ou sans ami réciproque à l'évaluation prétraitement

	Enfants cibles avec ami réciproque (n=84)	Enfants cibles sans ami réciproque (n=8)	Total (n=92)	
	%	%	%	<i>p</i>
Genre (garçons)	65.5	87.5	67.4	.20
Caucasien/Blanc	80.7	75.0	80.2	.70
Médication pour le TDAH	65.5	100	63	.05
Comorbidité extériorisée	25.0	12.5	23.9	.43
Comorbidité intériorisée	26.2	37.5	27.2	.49
Intervention psychosociale précédente	61.9	50.0	60.9	.51
	<i>M (É.T.)</i>	<i>M (É.T.)</i>	<i>M (É.T.)</i>	<i>p</i>
Âge (années)	8.51 (1.46)	7.88 (2.03)	8.46 (1.51)	.26
Échelle globale de QI	104.36 (14.59)	92.63 (24.00)	103.34 (15.79)	.04
Revenu familial (CAD annuel)	121,398 (62,962)	107,386 (41,869)	121,397 (62,962)	.54
Symptômes inattentifs – Total ^a	7.23 (1.57)	5.75 (1.91)	7.10 (1.64)	.01
Symptômes hyperactif/Impulsif– Total ^a	5.44 (2.47)	5.88 (3.2 3)	5.48 (2.52)	.64
SDQ: Problème avec les pairs – Parent	5.55 (1.95)	5.88 (2.17)	5.55 (1.95)	.63
SDQ: Problème avec les pairs – Enseignant	4.60 (1.83)	4.60 (1.83)	4.63 (1.82)	.55
QPQ Conflit - Parent	4.55 (3.70)	4.86 (3.80)	4.58 (3.69)	.84
SSIS - Parent	75.10(11.17)	78.50 (11.87)	75.40 (11.20)	.42
SSIS - Enseignant	83.65 (11.52)	86.14 (12.93)	83.85 (11.58)	.59

Note. Toutes les variables continues ont été comparées entre les groupes en utilisant une ANOVA unidirectionnelle; toutes les variables catégorielles ont été comparées entre les groupes par un test Chi-carré. Les valeurs *p* représentent les différences entre les enfants avec et sans ami réciproque à l'évaluation prétraitement. CAD = dollars canadiens; CARE = Coping with ADHD through Relationships and Education; Quality of Play Questionnaire; PFC = Parental Friendship Coaching; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; SSIS = Social Skills Improvement System. ^aTotal représente le nombre de symptômes endossés par soit le parent sur une entrevue diagnostique et/ou par l'enseignant sur le CSI.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Différences selon la condition de traitement

À l'évaluation prétraitement, tel qu'indiqué aux Tableaux 1 à 4, aucune différence significative n'est respectivement observée entre les enfants cibles ou les amis du groupe PFC et ceux du groupe CARE sur l'ensemble des variables démographiques, comportementales et sociales de l'étude. Similairement, tel qu'indiqué au Tableau 8, aucune différence significative entre les groupes n'est observée à l'évaluation prétraitement sur les mesures de qualité d'amitié et de comportements sociaux.

Analyses primaires

Des analyses de covariance (ANCOVA) ont été réalisées afin d'évaluer l'impact du traitement sur les quatre variables évaluant la qualité d'amitié des enfants cibles : a) qualité d'amitié positive sur le FQQ, b) qualité d'amitié négative sur le FQQ, c) qualité d'amitié positive selon les observations, d) qualité d'amitié négative selon les observations. Afin d'évaluer le niveau de changement pré-post de l'enfant sur ces mesures, le niveau de base prétraitement de chaque mesure a été utilisée comme covariable dans les ANCOVA. Puisqu'aucune différence significative n'a été trouvée sur les variables démographiques entre les participants dans la condition PFC versus ceux dans la condition CARE, aucune autre covariable n'a été utilisée. La variable indépendante est la condition du traitement (PFC versus CARE).

Analyses secondaires

Une autre série d'ANCOVAs a été réalisée afin d'évaluer l'impact du traitement sur les trois variables évaluant les comportements sociaux: a) les comportements de conflit lors des rencontres de jeux (QPQ), b) les habiletés sociales selon le parent (SSIS parent), c) les habiletés sociales selon l'enseignant (SSIS enseignant). Afin d'évaluer le niveau de changement pré-post de l'enfant sur ces mesures, le niveau de base prétraitement de chaque mesure a été utilisé comme covariable dans les analyses. Puisqu'aucune différence significative n'a été trouvée sur les variables démographiques entre les participants dans la condition PFC versus

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

ceux dans CARE, aucune autre covariable n'a été utilisée. La variable indépendante est la condition du traitement (PFC versus CARE).

Taille de l'effet

Les tailles d'effets ont été calculées en utilisant l'êta carré partiel (η_p^2) et interprétées en utilisant les conventions suivantes: petite = .01 - .06; moyenne = .06 - .14; large = .14 et plus (Cohen, 1988). Les tailles d'effets varient de .005 à .096, soit de petite à moyenne (voir Tableau 8).

Statistiques descriptives

Valeurs extrêmes

Dans les résultats, les données aberrantes (*outliers*; 0.7 à 1.7% des cas de chaque variable) étaient : qualité négative de l'amitié sur les questionnaires et les observations ainsi que les comportements de conflits sur le QPQ. Les analyses ont été refaites avec les valeurs extrêmes réduites à 3 écarts-types de la moyenne, et tous les résultats restent inchangés.

Corrélations entre les variables étudiées

Les mêmes mesures ont des corrélations bivariées de moyennes à fortes entre les deux temps de mesure (qualité d'amitié: $r_s = .52$ à $.70$; $p_s < .001$; comportements sociaux: $r_s = .32$ à $.69$; $p_s < .01$). La qualité positive de l'amitié sur les questionnaires n'est pas corrélée avec la qualité positive de l'amitié sur les observations ($r_s = .07$ à $.08$; $p_s > .05$), mais est légèrement corrélée avec la qualité d'amitié négative sur les observations ($r_s = -.24$ à $-.34$; $p_s < .05$). La qualité d'amitié négative sur les questionnaires n'est pas corrélée avec la qualité d'amitié positive sur les observations ($r_s = -.06$ à $-.10$; $p_s > .05$). Similairement, les corrélations entre la qualité d'amitié négative sur les questionnaires et la qualité d'amitié négative sur les observations varient de non-significatives à légères ($r_s = .14$ à $.26$; $p_s = .20$ à $.02$). Puis, les corrélations entre les comportements sociaux rapportés par différentes sources entre les deux temps de mesures varient de non-significatives à légères ($r_s = -.01$ to $.40$; $p_s = .93$ à $.00$).

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Tableau 8

Statistiques descriptives et résultats de l'analyse de covariance selon le groupe (moyenne et écart-type entre parenthèses)

	PFC		CARE		Total		Condition de traitement Différences BL		Condition de traitement Différences PT		η_p^2
	BL	PT	BL	PT	BL	PT	F	p	F	p	
Qualité positive - Questionnaires ^a	2.47 (.39)	2.56 (.46)	2.59 (.50)	2.72 (.53)	2.54 (.46)	2.64 (.50)	1.64	.204	.64	.427	.009
Qualité négative - Questionnaires ^a	0.70 (.39)	0.67 (.39)	0.58 (.47)	0.52 (.40)	0.63 (.43)	0.59 (.40)	1.56	.216	.34	.561	.005
Qualité positive - Observations	0.43 (.15)	0.44 (.16)	0.45 (.16)	0.48 (.15)	0.44 (.15)	0.46 (.15)	.55	.461	.58	.449	.008
Qualité négative - Observations	0.20 (.15)	0.19 (.12)	0.21 (.15)	0.23 (.14)	0.20 (.15)	0.21 (.13)	.18	.675	.93	.338	.013
QPQ Parent	4.93 (3.74)	2.00 (1.95)	4.27 (3.65)	2.83 (3.03)	4.58 (3.69)	2.43 (2.58)	.71	.402	3.96	.050	.049
SSIS Parent	75.91 (10.06)	85.82 (9.19)	74.94 (12.22)	80.33 (11.43)	75.40 (11.20)	82.94 (10.72)	.17	.683	8.21	.005	.096
SSIS Enseignant	85.14 (11.70)	86.79 (12.16)	82.62 (11.46)	86.53 (13.35)	83.85 (11.58)	86.66 (12.69)	1.04	.311	1.14	.289	.015

Note. Tous des M (É.T.). BL = Évaluation prétraitement; CARE = Coping with ADHD through Relationships and Education; η_p^2 = éta carré partiel; PFC = Parental Friendship Coaching; QPQ = Quality of Play Questionnaire; PT = Évaluation post-traitement; SSIS = Social Skills Improvement System.

^a Représente un score composite représentant la moyenne des scores de l'enfant cible, du parent, de l'ami et du parent de l'ami sur le Friendship Quality Questionnaire. Aucun effet de la condition de traitement n'a été noté selon les réponses individuelles sur le Friendship Quality Questionnaire.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Évolution de la qualité d'amitié et des comportements sociaux au fil du temps

Le Tableau 8 montre que peu importe la condition de traitement, les enfants se sont améliorés significativement sur le plan de la qualité d'amitié positive entre les deux temps de mesure sur les questionnaires ($t(75) = 2.50; p = .015; d = .379, IC\ 95\% = .057, .516$), mais pas sur les observations ($t(74) = 1.11; p = .272$). Aucun changement significatif n'est observé sur le plan de la qualité d'amitié négative sur les questionnaires ($t(75) = -0.71; p = .483$) entre l'évaluation prétraitement et post-traitement, ni sur les observations ($t(74) = 0.77; p = .442$).

En lien avec les comportements sociaux (voir Tableau 8), les enfants, peu importe la condition, présentent une diminution significative des comportements négatifs entre l'évaluation prétraitement et l'évaluation post-traitement selon les données rapportées par les parents sur le QPQ ($t(78) = -4.60; p < .001$) et une augmentation de leurs habiletés sociales sur le SSIS selon les parents ($t(79) = 6.27; p < .001$) et les enseignants ($t(78) = 3.17; p = .002$).

Processus de la thérapie

Fidélité de contenu

La fidélité de contenu était élevée (PFC $M = 1.98, \acute{E}.T. = 0.052$; CARE $M = 1.93, \acute{E}.T. = 0.12$), et n'était pas significativement différente d'une condition à l'autre, $F(1,12) = 1.05, p = .326$.

Fidélité de processus

Tel qu'attendu en raison de la nature des deux conditions, les cliniciens initiaient significativement plus d'enseignements d'habiletés (PFC $M = 2.48, \acute{E}.T. = 2.64$; CARE $M = 0.16, \acute{E}.T. = 0.84; F(1,133) = 47.39; p < .001$), faisaient plus de résolution de problème (PFC $M = 0.22, \acute{E}.T. = 0.45$; CARE $M = 0.06, \acute{E}.T. = 0.22; F(1,133) = 7.45; p = .007$) et donnaient plus de rétroactions évaluatives à propos des difficultés sociales (PFC $M = 0.43, \acute{E}.T. = 0.74$; CARE $M = 0.09, \acute{E}.T. = 0.30; F(1,133) = 12.57; p < .001$) dans PFC que dans CARE (Jiwon Na, Mikami, Normand, 2019). Ces résultats suggèrent peu de contamination de PFC à CARE. Également, le soutien social entre les parents était équivalent dans les deux groupes (PFC $M = 2.30, \acute{E}.T. =$

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

0.64; CARE $M = 2.40$, $\acute{E}.T. = 0.61$; $F(1,133) = 0.97$; $p = .328$; Jiwon Na, Mikami, Normand, 2019).

Présence au groupe

La présence des parents aux groupes était élevée avec 98% des familles de PFC et 94% des familles de CARE présentes à toutes les séances du programme. Aucune différence significative entre PFC et CARE, $F(1,90) = .86$, $p > .05$.

Lien thérapeutique clinicien-parents

L'alliance entre les cliniciens et les parents étaient similairement élevée dans les deux conditions de traitement et n'était pas significativement différente (échelle de 0 à 28; PFC $M = 24.16$, $\acute{E}.T. = 3.02$; CARE $M = 22.71$, $\acute{E}.T. = 4.27$; $F(1,75) = 2.92$, $p > .05$).

Satisfaction envers le traitement

Les parents étaient satisfaits du programme dans les deux conditions de traitement (échelle de 1 à 7; PFC $M = 6.42$, $\acute{E}.T. = 0.46$; CARE $M = 6.20$, $\acute{E}.T. = 0.61$).

Crédibilité envers le traitement

La crédibilité envers le traitement a été jugée significativement plus élevée dans PFC que dans CARE (échelle de 0 à 54; PFC $M = 45.51$, $\acute{E}.T. = 5.14$; CARE $M = 40.80$, $\acute{E}.T. = 7.83$; $F(1, 75) = 9.58$; $p = .003$). Par contre, malgré cette différence significative, dans les deux conditions, les parents ont perçu le traitement comme étant crédible.

Efficacité de la thérapie

Qualité d'amitié

Le Tableau 8 présente les résultats des ANCOVAs démontrant que la condition de traitement n'est pas associée avec un changement de la qualité positive [$F(1,73) = 0.64$, $p = 0.427$; $\eta_p^2 = .009$] ni négative [$F(1,73) = 0.34$, $p = .561$; $\eta_p^2 = .005$] de l'amitié entre l'évaluation pré et post-traitement sur les questionnaires. Dans la même direction, la condition de traitement n'est pas associée avec la qualité positive [$F(1,72) = 0.58$, $p = .449$; $\eta_p^2 = .008$] ou négative

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

[$F(1,72) = 0.93, p = .338; \eta_p^2 = .013$] d'amitié entre la rencontre d'évaluation pré et post-traitement sur les observations (Tableau 8).

Comportements sociaux

Le Tableau 8 présente également les résultats des ANCOVAS visant à évaluer l'effet du traitement sur les comportements sociaux des enfants. D'abord, en comparaison aux parents ayant reçu l'intervention CARE, les parents ayant reçu le programme PFC rapportent que leur enfant démontre potentiellement moins de comportements agressifs et d'argumentation lors des rencontres de jeux entre amis sur le QPQ lors de l'évaluation post-traitement, $F(1,76) = 3.96, p = .050; \eta_p^2 = .049$. Les parents d'enfants dans la condition PFC observent également plus d'habiletés sociales positives sur le SSIS, $F(1,77) = 8.20, p = .005; \eta_p^2 = .096$ que les parents dans la condition CARE. Par contre, les enseignants qui ont complété le SSIS ne corroborent pas cette amélioration à l'école, $F(1,76) = 1.14, p = .289; \eta_p^2 = .015$.

Dans cette étude, il n'y a aucun groupe d'enfants à développement typique auxquels il serait possible de comparer les enfants avec TDAH. Ainsi, des analyses ont été réalisées en utilisant la seule mesure avec des normes standardisées dans notre échantillon (le SSIS) afin de voir si PFC, comparativement à CARE, permet de normaliser les difficultés sociales des enfants avec TDAH. À l'évaluation prétraitement, les parents rapportaient que 83.7% des enfants dans PFC et 81.3% des enfants de CARE obtenaient un score standard ≤ 85 sur le SSIS, correspondant à un écart-type sous la moyenne des habiletés sociales de l'échantillon normatif, [$\chi^2(1, N = 91) = 0.96, p = .757$]. À l'évaluation post-traitement, la proportion d'enfants ayant un score ≤ 85 était de 48.7% dans PFC et 64.3% dans CARE [$\chi^2(1, N = 81) = 2.00, p = .158$]. En d'autres mots, bien que les deux conditions permettent de normaliser jusqu'à un certain point les comportements sociaux de certains enfants avec TDAH, le programme PFC a permis de le faire pour près du double des enfants comparativement au programme CARE (PFC = 35%; CARE = 17%) bien que la différence ne soit pas statistiquement significative.

CHAPITRE IV

Discussion

Cette étude présente les résultats d'une étude randomisée contrôlée testant une intervention innovante qui a pour but d'enseigner aux parents comment devenir des entraîneurs de l'amitié pour leur enfant (PFC) relativement à une intervention active de comparaison (CARE), incluant de l'éducation psychologique et du soutien social en lien avec les difficultés sociales des enfants. Globalement, les enfants participant à l'étude se sont améliorés d'un point de vue de la qualité positive de l'amitié (telle que mesurée sur les questionnaires) et ont manifesté plus de comportements sociaux positifs et moins de comportements sociaux négatifs, et ce, peu importe l'intervention reçue. Aucun effet n'a été trouvé entre les conditions de traitement pour les hypothèses primaires visant la qualité d'amitié des enfants immédiatement après le traitement. À propos des hypothèses secondaires ciblant les comportements sociaux des enfants après le traitement, les enfants dont les parents ont suivi le programme PFC manifestent de meilleures habiletés sociales et manifestent potentiellement moins de comportements de conflits durant les rencontres de jeux avec leur ami selon les parents que les parents ayant suivi le programme CARE.

La résistance aux interventions des problèmes d'amitié

Une conclusion importante à retenir des résultats de la présente étude est que les difficultés d'amitié des enfants avec TDAH sont probablement plus résistantes aux interventions qu'il était anticipé, et ce, même lorsque l'intervention a été développée spécifiquement pour adresser celles-ci. Plus précisément, il est possible que la qualité des relations d'amitié des enfants avec TDAH soit particulièrement difficile à modifier, par opposition aux comportements que les enfants manifestent en contexte social. Le programme PFC a été développé dans le but de mettre l'accent sur l'unique capacité des parents à venir en aide à leur enfant au point de performance, soit durant les rencontres de jeux entre amis. Les résultats de cette étude

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

suggèrent que cet objectif a été partiellement atteint. En effet, les parents qui ont suivi le PFC rapportent que leur enfant démontre davantage de comportements sociaux positifs (habiletés sociales) et potentiellement moins de comportements sociaux négatifs (conflits), comparativement aux parents ayant suivi le programme CARE. Par contre, il faut noter qu'aucune différence significative entre les deux groupes n'a été documentée par les enseignants sur le plan des habiletés sociales à l'école.

Déficit de performance

Contrairement aux programmes d'entraînement d'habiletés sociales traditionnels (Evans et al., 2018), PFC a démontré certains changements de comportements des enfants avec leurs amis au point de performance dans le « vrai monde ». Il est possible que le programme PFC ait aidé à changer certains comportements sociaux des enfants en contexte d'amitié parce que les parents sont habituellement présents lors des rencontres de jeux et peuvent donc offrir des rappels in vivo à l'enfant pour pallier ses difficultés de performance. Le fait que l'amitié soit un contexte défini a possiblement permis aux cliniciens de PFC et aux parents d'identifier clairement des comportements cibles à travailler. Certains auteurs suggèrent que les interventions impliquant les parents permettraient de changer les comportements sociaux des enfants avec TDAH en contexte d'amitié (Frankel et al., 1997; Gardner et al., 2019; Hoza et al., 2003; Wilkes-Gillan et al., 2016), mais aucune étude n'a, à ce jour, évalué cette prémisse aussi rigoureusement que la présente étude (incluant des évaluations multi-méthodes et multi-sources, une randomisation contrôlée, un groupe contrôle actif ainsi qu'un échantillon de cette taille). Les résultats de la présente étude supportent le modèle théorique stipulant que les enfants avec TDAH ont un déficit de performance, c'est-à-dire qu'ils savent possiblement ce qu'ils devraient faire comme action en contexte d'amitié, mais qu'ils ont besoin d'aide pour faire l'action au point de performance. Cette aide est amenée par les parents dans le programme PFC par des contingences (ex., rappels, systèmes de renforcement in vivo) pour modeler les

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

comportements sociaux souhaités chez l'enfant (Evans et al., 2018), ce qui n'est pas le cas dans le programme CARE.

Le rôle sous-estimé du biais réputationnel dans la qualité d'amitié

Il est bien connu que les enfants avec TDAH, en très peu de temps, laissent une impression négative aux yeux de leurs pairs (Mikami & Normand, 2015). Ceci explique sans doute le fait que malgré une amélioration des comportements sociaux des enfants dont les parents ont suivi le programme PFC, la réputation de l'enfant auprès d'un ami réciproque (en d'autres mots la qualité d'amitié) n'a pas changée. En effet, bien que la présente étude s'appuyait sur la prémisse qu'il est possiblement plus facile de changer la réputation de l'enfant auprès d'un ami à la fois, contrairement à un groupe de pairs (Mrug et al., 2001), les résultats de la présente étude ne corroborent pas ce modèle théorique. Alors que les comportements sociaux des enfants représentent les actions qu'ils posent, la qualité d'amitié représente plutôt une expérience émotionnelle partagée au sein de la dyade d'enfants et donc est affectée par l'interprétation que l'ami fait des comportements de l'enfant cible. Il est possible que le biais réputationnel soit plus grand qu'anticipé chez les enfants avec TDAH et ce, même en contexte d'amitié dyadique. Quoiqu'une intervention puisse permettre d'améliorer les comportements sociaux des enfants avec TDAH en contexte d'amitié, les amis ne remarquent possiblement pas ces comportements ou ne changent pas leur perception des enfants avec TDAH (Mikami & Normand, 2015). Davantage d'efforts pourraient être mis dans le programme PFC pour aider les parents à modifier les comportements d'amitié des enfants. Ceci permettrait possiblement de créer une plus grande amélioration des comportements sociaux potentiellement plus faciles à remarquer par l'ami et possiblement ainsi se traduire plus facilement dans la qualité de la relation d'amitié. De plus, ceci souligne l'importance pour les études futures et les interventions cliniques de redoubler d'efforts pour pallier le biais réputationnel au sein des relations dyadiques d'amitié au lieu d'assumer que la réputation négative de l'enfant est moins présente en contexte d'amitié dyadique.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Une intervention dyadique avec l'enfant et l'ami est-elle nécessaire ?

Une intervention dyadique impliquant l'enfant et son ami ensemble est possiblement nécessaire afin d'améliorer la qualité d'amitié de leur relation, à la place d'essayer de faciliter la qualité d'amitié par l'entremise de l'enfant avec TDAH (ou le parent de cet enfant). En lien avec le modèle de PFC, possiblement que le parent de l'enfant avec TDAH (peut-être même avec le parent de l'ami) pourrait entraîner l'enfant et l'ami ensemble pour faciliter leur relation spécifique. Ceci permettrait de se concentrer sur une relation spécifique d'amitié à la place d'inviter les parents à travailler sur la qualité des relations d'amitié de leur enfant de façon générale. Les quelques interventions réalisées avec les enfants et leur ami restent encore à être évaluées relativement à un groupe de comparaison (Hoza et al., 2003), ou n'ont pas évalué la qualité d'amitié (Wilkes-Gillan et al., 2016). Par contre, une étude randomisée (qui n'incluait pas d'enfant avec TDAH) a offert une intervention à 34 dyades d'enfants agressifs et leurs amis (Salvas et al., 2016). Les résultats de cette étude suggèrent un effet indirect de l'intervention sur la diminution de l'agression par l'amélioration d'une caractéristique de la qualité d'amitié, soit la résolution de conflit.

Est-ce que PFC et CARE pourraient tous deux être efficaces ?

Une autre possibilité importante à envisager est que PFC et CARE soient tous les deux efficaces, puisqu'en moyenne, les enfants des deux programmes se sont améliorés sur le plan des caractéristiques positives de la qualité d'amitié selon les questionnaires, en plus d'augmenter leurs comportements sociaux positifs et de diminuer les négatifs. La méthodologie de la présente étude ne permet pas de savoir ce qui serait arrivé aux variables étudiées sans intervention, puisqu'aucun groupe contrôle inactif n'était inclus dans l'étude. Par contre, dans l'étude pilote du programme PFC, des effets ont été trouvés comparativement à un groupe contrôle inactif. Ainsi, en connaissant ces informations, il n'était pas éthique d'assigner les parents à un groupe contrôle inactif dans la présente étude. De plus, une autre étude utilisant des mesures auto-rapportées et observationnelles a permis de conclure que la qualité positive

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

de l'amitié des enfants avec TDAH est stable au cours d'un suivi de 6 mois, alors qu'elle augmente au fil du temps pour les enfants à développement typique (Normand et al., 2013). De la même façon, les caractéristiques négatives de la qualité d'amitié des enfants avec TDAH s'aggravent avec le temps contrairement à celles des enfants à développement typique qui se réduisent six mois plus tard (Normand et al., 2013). Ainsi, les programmes PFC et CARE mènent possiblement à une amélioration de la qualité d'amitié, ou du moins préviennent la tendance habituelle de détérioration de la qualité d'amitié des enfants avec TDAH, ce qui est possiblement une bonne nouvelle en soi.

Si le programme CARE est effectivement efficace pour aider les difficultés d'amitié des enfants avec TDAH, ceci est possible par l'un des trois mécanismes suivants. D'abord, bien que les thérapeutes dans le programme CARE n'aient pas introduit, enseigné ou endossé d'habiletés spécifiques pour aider les enfants à améliorer leurs relations d'amitié, ils ont facilité un environnement où les parents pouvaient s'aider les uns et les autres en s'offrant mutuellement des recommandations pour les difficultés d'amitié. Les parents sont possiblement aussi bons (ou même meilleurs) que les cliniciens dans les stratégies générées à partir de leurs expériences avec leur enfant. De plus, les parents sont possiblement plus réceptifs aux idées des autres parents comparativement à celles proposées par les cliniciens. Un deuxième mécanisme possible de changement dans le programme CARE est que le soutien social reçu des autres parents (qui était équivalent dans PFC et dans CARE) est possiblement un ingrédient actif. Le fait de se sentir soutenu par le groupe amène possiblement un sentiment d'«empowerment» (c.-à-d., perception de capacité parentale à collaborer avec les différentes agences qui offrent des services à leur enfant; Koren, De Chillo & Friesen, 1992) et de vivre moins de stigmatisation par affiliation (c.-à-d., lorsqu'un parent éprouve de la honte et évite le contact social en raison du trouble de santé mentale de son enfant; Ali, Hassiotis, Strydom, & King; Mak & Cheung, 2008). Ceci est crucial pour que les parents puissent organiser des rencontres de jeux avec d'autres enfants par l'entremise de réseautage et donc aider

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

directement leur enfant à développer des relations d'amitié. Un troisième mécanisme possible est à quel point les parents étaient prêts à recevoir un traitement (readiness to treatment; Andrade, Browne, & Naber, 2015). En effet, les parents d'enfant avec TDAH arrivent tous avec un bagage différent d'expériences liées aux défis engendrés par le TDAH de leur enfant. Il est possible que, pour certaines familles, le programme CARE permette aux parents d'améliorer leur acceptation du diagnostic de leur enfant, d'augmenter leur sentiment d'empowerment face à la prise en charge du TDAH de leur enfant et de diminuer le stigma par affiliation (Nissley-Tsiopinis et al., 2012). À l'opposé, il est possible que les parents ayant déjà reçu de l'information ou des traitements pour le TDAH aient déjà progressé sur ces variables et qu'ils se sentent davantage prêts à s'engager dans un traitement nécessitant plusieurs efforts et changements de leur part. Ainsi, ces parents bénéficieraient potentiellement davantage de PFC, alors que les parents moins prêts ou avec un diagnostic plus récent bénéficieraient alors possiblement plus de CARE. Les ingrédients actifs du programme CARE seront examinés dans des analyses futures.

Le rôle des comportements des parents en tant que médiateur du traitement

Dans un autre ordre d'idées, il est crucial pour les études futures réalisées auprès de l'échantillon multisite d'explorer à quel point les parents ont appliqué les stratégies apprises dans le programme PFC et à quel point leur changement de comportements sur le plan de la facilitation des interactions positives entre amis a un effet sur les bénéfices que leur enfant reçoit du programme. Dans l'étude pilote de PFC, des analyses de médiation suggèrent que les comportements observés de facilitation parentale des relations d'amitié et la réduction des critiques de l'enfant agissent comme médiateur des effets sur les relations de pairs tel que mesurées par les parents et les enseignants (Mikami et al., 2010). Ainsi, Mikami et ses collègues (2010) suggèrent que les comportements des parents ne seraient pas uniquement un résultat du programme PFC, mais également un mécanisme spécifique par lequel le changement se produit dans le fonctionnement social des enfants. Ces résultats illustrent

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

l'importance d'évaluer dans l'étude plus large l'implantation du programme afin d'évaluer si les changements que font concrètement les parents à l'extérieur du programme ont un impact sur les relations sociales des enfants. Ceci fait l'objet d'une thèse de doctorat d'une autre étudiante.

Un aperçu des modérateurs de traitement

Dans le présent essai doctoral, il n'était pas possible d'explorer le rôle des différents modérateurs (c.-à-d., sous-groupes d'enfants pour qui PFC ou CARE pourraient être spécialement utile) en raison de l'envergure du projet et de la taille de l'échantillon. Par contre, comme dans l'étude pilote comparant PFC à un groupe sans traitement (Mikami, Lerner, et al., 2010), les résultats de l'étude multisite démontrent qu'il n'y a pas de modulation selon l'âge, le genre, les comorbidités intériorisées ou le statut de médication sur les résultats primaires (Mikami et al., en révision).

Traitements psychosociaux antérieurs

D'un autre côté, d'autres résultats de l'essai plus large suggèrent que PFC est plus utile si les familles ont suivi un traitement psychosocial antérieurement. Cet effet de modulation a été observé sur les questionnaires et les mesures d'observations de la qualité d'amitié pour les dimensions positives et négatives de l'amitié (Mikami et al., en révision). Possiblement que PFC est utile pour les familles qui ont eu accès à des interventions psychosociales précédemment (60% de l'échantillon; Tableau 1) parce que ces parents étaient motivés et mieux préparés à prendre en charge les habiletés enseignées dans PFC. À l'opposé, les parents qui n'ont pas eu d'interventions psychosociales précédemment ont probablement besoin de se sentir moins stigmatisés à propos des symptômes de leurs enfants et de sentir plus d'empowerment par rapport aux traitements disponibles (ce qui est offert dans CARE). Il est aussi possible que cet effet de modulation puisse être expliqué par le fait que PFC est probablement recommandé pour les enfants dont les difficultés d'amitié ont résisté aux traitements psychosociaux précédents. Ces enfants nécessitent sans doute une approche plus intensive, laquelle est offerte dans PFC. De façon spéculative, il est possible que PFC soit cliniquement utile dans le

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

cadre d'un plan de traitement à plusieurs composantes (contrairement à une intervention unique), où les familles nouvellement diagnostiquées avec le TDAH reçoivent d'abord un programme incluant l'éducation psychologique sur le TDAH et le soutien d'autres parents d'enfants nouvellement diagnostiqués avec le TDAH. Les parents des enfants dont les difficultés d'amitié persistent pourraient ensuite recevoir le PFC en tant que programme spécialisé. Les études futures pourraient tester ceci empiriquement en utilisant un devis «Sequential Multiple Assessment Randomized Trial (SMART)» pour créer des séquences de traitement individualisé (Chronis-Tuscano et al., 2016).

Comorbidités extériorisées

Des résultats de l'essai plus large suggèrent que les enfants avec des difficultés extériorisées ont possiblement besoin d'une approche plus structurée et plus intensive comme celle offerte dans PFC. En effet, les résultats de cette étude plus large indiquent que les enfants présentant un TOP ou un TC, en plus du TDAH, bénéficient particulièrement du programme PFC. Ces résultats positifs sont possiblement explicables par le choix d'inclure dans le programme PFC des modules de traitements comportementaux pour les parents visant à augmenter la réceptivité de leur enfant au coaching du parent (par ex., modèle ABC, moment spécial, félicitations, écoute active ; Evans et al., 2018). De plus, les enfants avec des comorbidités extériorisées sont possiblement les cas les plus sévères et les plus complexes (et donc ceux qui ont le plus besoin d'aide). Ces enfants ont également plus de difficultés avec leurs pairs, particulièrement sur le plan des comportements sociaux négatifs (Becker & Luebke, 2012) et de la qualité négative de l'amitié (Normand, Mikami, Salvalei, & Guiet, en révision) et un pronostic à long terme pire que celui des enfants avec seulement un TDAH (Evans et al., 2018). Le fait que PFC aide potentiellement davantage ce sous-groupe à risque est cliniquement important.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Caractéristiques des parents

Les caractéristiques des parents sont possiblement des modérateurs du traitement importants à considérer dans les études futures. En effet, dans l'étude pilote de PFC, Griggs et Mikami (2011) ont trouvé que les symptômes de TDAH chez le parent ont influencé certaines variables étudiées (par ex., rejet par les pairs, comportements de facilitation des relations d'amitié des parents). Plus spécifiquement, les mères avec davantage de symptômes d'inattention autorapportés prédisent une réponse moindre au traitement (Griggs & Mikami, 2011). Les analyses de suivi ont également révélé que les parents qui ont le moins répondu au traitement sont ceux avec des symptômes cliniquement élevés de TDAH. Dans les études futures, les symptômes de TDAH chez le parent devront être pris en compte comme modérateurs potentiels en plus d'autres difficultés psychologiques qui peuvent être un obstacle à l'implémentation des habiletés enseignées dans PFC. Effectivement, les symptômes dépressifs du parent pourraient être un modérateur possible de traitements pour les enfants avec TDAH (Chi & Hinshaw, 2002; Chronis et al., 2007; Owens et al., 2003). En effet, il est important de considérer qu'un parent avec des symptômes dépressifs pourrait avoir de la difficulté à appliquer toutes les stratégies enseignées dans le programme PFC. Une autre variable parentale qui serait pertinente à analyser est le stigma par affiliation associé aux symptômes du TDAH (c.-à-d., lorsqu'un parent éprouve de la honte et évite le contact social en raison du trouble de santé mentale de son enfant; Ali, Hassiotis, Strydom, & King; Mka & Cheung, 2008). Un parent étant stigmatisé aura probablement moins tendance à créer des liens avec d'autres parents et à organiser des rencontres de jeux pour son enfant. Ainsi, le stigma par affiliation peut influencer négativement la relation parent-enfant ainsi que le fonctionnement social de l'enfant (Mikami et al., 2015). Bref, ces résultats soulignent que les parents vivant eux-mêmes avec un TDAH (Levy et al., 1997), une dépression (Chi & Hinshaw, 2002; Chronis et al., 2007), ou de la stigmatisation à propos des comportements de leur enfant (Hinshaw, 2005) peuvent éprouver de la difficulté à entrer en relation sociale avec d'autres parents et ceci peut

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

potentiellement être un obstacle à l'apprentissage et à l'implémentation des stratégies enseignées dans PFC (par ex., planifier des rencontres de jeux optimales pour leur enfant).

Caractéristiques des amis

Certains auteurs documentent que les jeunes avec TDAH tendent à développer des liens d'amitié avec des amis qui démontrent des niveaux symptomatologiques de TDAH et de comportements oppositionnels significativement plus élevés que les amis d'enfants typiques (Blachman & Hinshaw, 2002; Normand et al., 2011). Il est également documenté que les garçons avec TDAH sont plus à risque d'avoir des amis avec des troubles d'apprentissage et de comportement (43 %) que les garçons à développement typique (16 %; Marton et al., 2012). Il est possible que les enfants développent mutuellement une tolérance aux symptômes ce qui leur permettent de rester amis et de bénéficier des bienfaits qu'apporte une telle relation (Soucisse et al., 2014). D'ailleurs, dans l'intervention utilisant un «*Buddy System*» dans le cadre d'un programme de camp d'été, les caractéristiques comportementales de l'ami étaient associées aux effets de traitement obtenus (Hoza et al., 2003). Considérant l'importance potentielle des caractéristiques de l'ami (par ex., problèmes extériorisés, comportement prosocial) comme modérateur du traitement, il serait intéressant de réaliser des analyses supplémentaires dans les études futures. Si les caractéristiques de l'ami s'avèrent un modérateur important du traitement, alors il serait pertinent de mettre plus d'accent, dans PFC, sur les modules visant à aider les parents à encourager l'enfant à développer une relation d'amitié avec un ami qui va répondre davantage aux comportements sociaux positifs de l'enfant.

Forces et limites

Les forces de cette étude incluent l'adaptation de PFC et de CARE pour des familles canadiennes francophones. Également, les familles ont été assignées aléatoirement à deux interventions actives, qui ont été administrées avec fidélité. Une autre force unique de la présente étude est qu'elle inclut une évaluation pré et post-traitement incluant de multiples méthodes et de multiples sources dont des données observationnelles. Également, puisque les

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

jeunes avec TDAH ont tendance à surestimer leurs habiletés sociales comparativement à des mesures objectives (Owens et al., 2007), Gardner et ses collègues (2019) proposent d'inclure des mesures multi-sources de la qualité d'amitié dans les études futures, ce que la présente étude a fait en incluant une évaluation de la qualité d'amitié par quatre sources (enfant cible, ami, parent de l'enfant cible, parent de l'ami). De plus, l'évaluation prétraitement des variables à l'étude a été utilisée pour contrôler le niveau de base de celles-ci avant le traitement.

Contrairement aux études précédentes visant à améliorer les amitiés des enfants avec TDAH, la présente étude a confirmé la réciprocité de l'amitié de l'enfant cible et de son ami et a évalué la qualité de la relation d'amitié par quatre sources.

Une limite de l'étude est que les mesures utilisées pour les hypothèses primaires étaient spécifiques à la relation d'amitié entre l'enfant et l'ami présent aux visites pré et post-traitement. Il est possible que l'ami présent à ces rencontres d'évaluation ne soit pas le même que le ou les enfants avec qui le parent appliquait les stratégies apprises dans PFC pour des raisons logistiques. En effet, il était sans doute plus facile et moins stigmatisant pour les parents de ramener un ami qui était déjà au courant et impliqué dans l'étude que d'approcher, pour une étude, un ami nouvellement rencontré. De plus, nous n'avons pas évalué des variables plus distales de l'amélioration de la qualité d'amitié des enfants, telles que l'acceptation des pairs en classe, les difficultés intériorisées ainsi que la solitude. Ces questions nécessiteront des analyses supplémentaires dans le cadre de l'essai randomisé contrôlé multisite et longitudinal (Mikami & Normand, 2013-2018, CIHR #MOP-125897) dans lequel s'inscrit la présente étude. De plus, une mesure de la quantité d'amis est manquante dans la présente étude, mais la qualité d'amitié a été ciblée puisque c'est la qualité des relations d'amitié qui compte le plus pour l'ajustement des enfants et non pas seulement la quantité d'amis, tel que mentionné dans l'introduction. Également, aucune donnée observationnelle n'a été utilisée dans la présente étude pour évaluer les comportements sociaux des enfants. Dans l'étude randomisée contrôlée dans les deux sites, Mikami et al., (en révision) ont trouvé que PFC favorise davantage de

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

comportements prosociaux observés entre amis, contrairement à CARE. Finalement, la présente étude n'inclut pas l'évaluation de suivi réalisée huit mois après l'intervention. En se basant sur le rationnel proposé par Gardner et ses collègues (2019) que la qualité d'amitié peut prendre du temps à se développer après le traitement, cette évaluation sera importante à considérer. En effet, des résultats récents de l'étude multisite suggèrent un maintien de l'amélioration des habiletés sociales 8 mois après le traitement ainsi qu'une diminution des comportements agressifs observés entre ami des enfants dans la condition PFC, comparativement à ceux dans la condition CARE (Mikami et al., en révision).

CHAPITRE V

Conclusion

Les difficultés sociales représentent un grand défi pour le développement des enfants avec TDAH. Les traitements présentement validés par la science ne permettent pas de normaliser les difficultés sociales des enfants avec TDAH, ce qui souligne l'importance de développer des interventions qui ciblent spécifiquement les difficultés sociales des enfants avec TDAH. Ainsi, le présent projet visait à évaluer de façon plus rigoureuse le programme PFC, une intervention innovante et prometteuse en contexte francophone ciblant l'amélioration de la qualité des relations d'amitié des enfants avec TDAH, et ce, comparativement à un groupe contrôle actif. Les résultats de la présente étude suggèrent que le programme PFC est associé à davantage de comportements sociaux positifs et potentiellement moins de comportements sociaux négatifs lors de l'évaluation post-traitement comparativement au programme CARE, mais aucune différence significative sur le plan de la qualité d'amitié n'a été trouvée entre les deux conditions. De récentes analyses complémentaires à cet essai doctoral suggèrent que le programme PFC est possiblement utile pour améliorer la qualité d'amitié de certains sous-groupes particuliers (par ex., parents mieux préparés au traitement, enfants avec un trouble extériorisé comorbide). D'autres études incluant des analyses de médiation et de modération permettront de clarifier les mécanismes de changement du programme PFC et les sous-groupes d'enfants qui risquent d'en bénéficier le plus. L'ensemble de ces résultats illustrent l'importance pour les études futures d'inclure des mesures multi-sources et longitudinales afin d'évaluer adéquatement tous les effets possibles du traitement. Bref, plusieurs variables intéressantes seront explorées dans l'étude multisite plus large.

Contribution de l'étudiante

Le présent projet d'essai doctoral s'inscrit dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé multisite et longitudinal (Mikami & Normand, 2013-2018, CIHR #MOP-125897) qui vise à évaluer l'efficacité relative de PFC, et ce, comparativement à un groupe contrôle actif (CARE).

L'étudiante s'implique activement dans l'essai clinique depuis avril 2014 (voir Annexe F pour plus de détails sur les contributions uniques de l'étudiante).

**ANNEXE A - CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DU DÉFICIT DE
L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ SELON LE DSM-5**

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Annexe A

Critères diagnostiques du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité selon le dsm-5

(American Psychiatric Association, 2015)

A. Un mode persistant d'inattention et/ ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) et/ ou (2) :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/ professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).

b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).

c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).

d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches, mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).

e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).

f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).

g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).

h. Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).

i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/ professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.

b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).

c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (N.B. : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)

d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.

e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).

f. Parle souvent trop.

g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).

h. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).

i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

B. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité étaient présents avant l'âge de 12 ans.

C. Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p. ex. à la maison, à l'école, ou au travail ; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).

D. On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex., trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication par, ou sevrage d'une substance).

Spécifier le type :

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

314.01 (F90.2) Présentation combinée : Si à la fois le critère A1 (inattention) et le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) sont remplis pour les 6 derniers mois.

314.00 (F90.0) Présentation inattentive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A1 (inattention) est rempli, mais pas le critère A2 (hyperactivité-impulsivité).

314.01 (F90.1) Présentation hyperactive/ impulsive prédominante : Si, pour les 6 derniers mois, le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) est rempli, mais pas le critère A1 (inattention).

Spécifier si :

En rémission partielle : Lorsqu'au cours des 6 derniers mois l'ensemble des critères pour poser le diagnostic ne sont plus réunis alors qu'ils l'étaient auparavant, et que les symptômes continuent à entraîner une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Peu de symptômes, ou aucun, sont présents au-delà de ceux requis au minimum pour poser le diagnostic, et les symptômes n'entraînent que des altérations mineures du fonctionnement social ou professionnel.

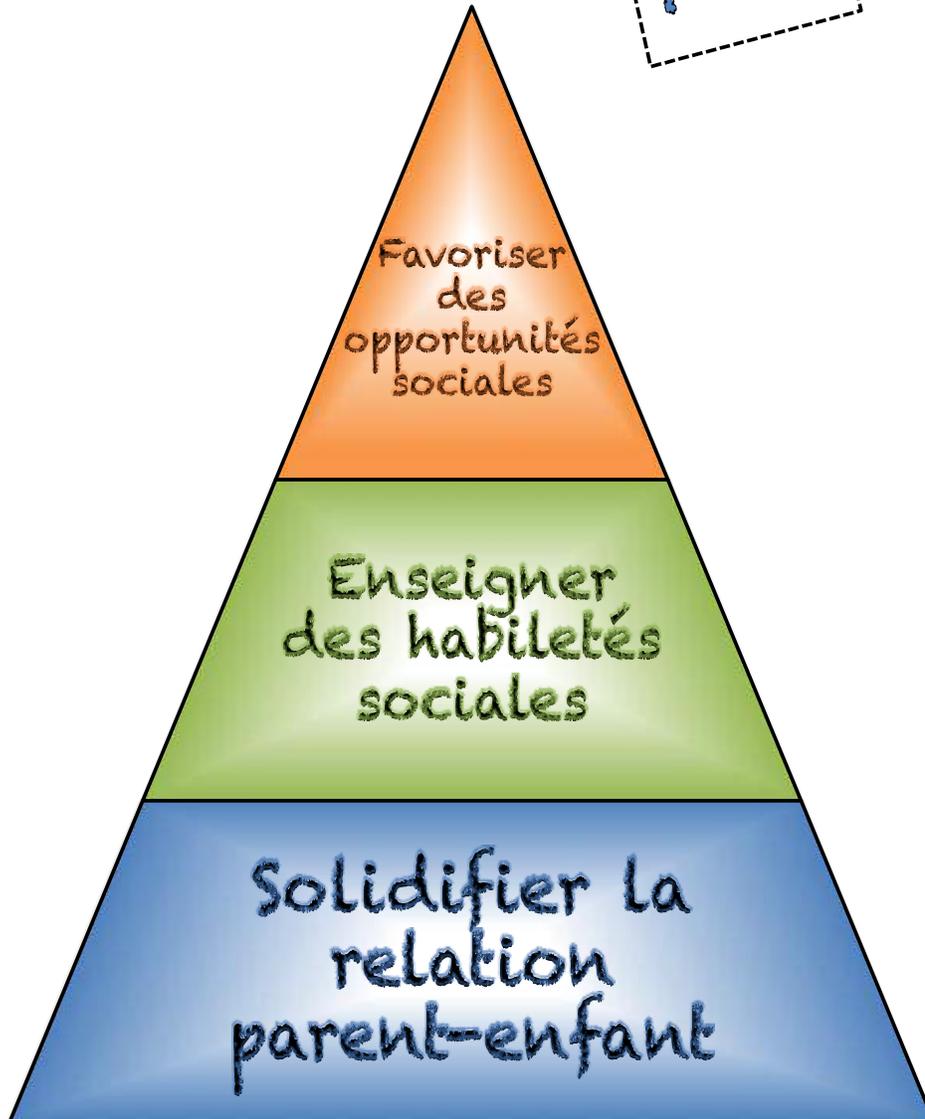
Moyen : Les symptômes ou l'altération fonctionnelle sont présents sous une forme intermédiaire entre « léger » et « grave ».

Grave : Plusieurs symptômes sont présents au-delà de ceux requis pour poser le diagnostic, ou plusieurs symptômes particulièrement graves sont présents, ou les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.

ANNEXE B – MODÈLE DU PROGRAMME PFC

Annexe B
Modèle du programme PFC

LA PYRAMIDE



ANNEXE C - FRIENDSHIP QUALITY QUESTIONNAIRE

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Annexe C

Friendship Quality Questionnaire, version abrégée

INSTRUCTIONS

Nous avons quelques questions sur la façon dont tu t'entends avec ton ami _____ (inscrire le nom) qui est ici avec toi aujourd'hui. Je vais lire une phrase et te demander de me dire si cette phrase n'est aucunement vraie, un peu de vraie, moyennement vraie, assez vraie ou tout à fait vraie par rapport à toi et ton ami _____ (inscrire le nom).

Examineur: Afficher le graphique du verre d'eau pour s'assurer que l'enfant comprend l'échelle. Lisez chaque item et remplacez par le nom de l'ami en question. Pointer sur le graphique et rappeler à l'enfant ses choix de réponses.

1. Cet ami se chicane fréquemment avec moi.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

2. Cet ami me fait sentir bien au sujet de mes idées.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

3. Cet ami cherche toujours à faire des choses avec moi ou à passer du temps avec moi.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

4. Cet ami se bagarre avec moi.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

5. Il est facile de se réconcilier avec cet ami après une dispute.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

6. Je peux parler avec cet ami des choses qui me rendent triste.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

7. Cet ami m'aide souvent avec des choses.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

8. Cet ami me fait fâcher.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

9. Cet ami me dit que je suis bon dans certaines choses.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

10. Faire des choses avec cet ami est amusant.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

11. Cet ami ne m'écoute pas.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

12. Cet ami résout toujours nos conflits très rapidement.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

13. Quand je suis fâché au sujet de quelque chose qui s'est passé, je peux toujours en parler à cet ami.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

14. Quand je comprends mal quelque chose, je demande habituellement à cet ami pour de l'aide et des conseils.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

15. Cet ami me dérange.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

16. Cet ami me fait me sentir important et spécial.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

17. Je me réunis avec cet ami après l'école et les fins de semaine.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

18. Je peux penser à des moments où cet ami a dit des choses méchantes sur moi aux autres enfants.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

19. Si cet ami et moi nous mettons en colère un contre l'autre, cet ami vient toujours me parler pour que l'on se réconcilie.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

20. Je peux penser à beaucoup de secrets que j'ai partagés avec cet ami.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

21. Je peux compter sur cet ami pour avoir des idées sur la façon de faire avancer les choses.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

22. Je peux toujours compter sur cet ami pour tenir une promesse.

0	1	2	3	4
Aucunement vrai	Un peu vrai	Moyennement vrai	Assez vrai	Tout à fait vrai

ANNEXE D - TÂCHE DE COURSE DE VOITURES

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Annexe D

Tâche de course de voitures

Les enfants n'ont pas le droit de toucher les blocs avant de commencer la tâche.

Ouvrez la table de course (Peut nécessiter deux personnes. Déplier la table lorsqu'elle est sur le côté, les pattes de table projetées devant vous. Lever la poignée rouge afin de la verrouiller. Ouvrir les pattes et verrouillez-les. Retourner la table). Placer un enfant prêt de la ligne de départ à chacune des extrémités de la table. S'assurer que les caméras sont prêtes (bons angles).

C'est maintenant le temps de jouer à un jeu de course impliquant deux autos, des blocs en bois et une piste. Vous aurez à faire trois courses. Le but de ce jeu est de déplacer plus rapidement que ton ami tes cinq blocs de ce côté de la table vers l'autre côté de cette table.

- Placer cinq blocs rouges dans la zone de départ (partie de la table comprenant un triangle) près d'un des enfants et expliquez-lui que ce sont ses blocs et placez cinq blocs bleus dans la zone de départ (zone en triangle sur la table) près de l'autre afin et expliquez-lui que ce sont ses blocs.

Il y a trois importantes règles à suivre:

1. Première règle: tu peux mettre seulement un bloc à la fois dans ton camion (*démonstration*).
2. Deuxième règle : Tu dois garder les quatre roues sur la table en tout temps entre la ligne de départ et la ligne d'arrivée et seulement un camion à la fois peut passer sur la piste (*démonstration*).
3. Dernière règle : tu dois dépasser complètement cette ligne avec tes 4 roues avant de pouvoir mettre ou enlever un bloc (*démonstration*). OK?

PRATIQUE

Nous allons jouer pour nous pratiquer afin que vous puissiez voir comment ça fonctionne. Avez-vous des questions? C'est juste une pratique, juste pour s'assurer que vous comprenez, afin que vous vous réchauffiez. Si je vois toute forme de mouvement illégal (voir règles ci-haut) je vais dire « mouvement illégal » et je vais prendre un des blocs que vous avez déjà bougés et je vais les remettre à l'arrière. C'est important que tous les deux vous continuiez à jouer jusqu'à ce que le jeu soit terminé. OK? Êtes-vous prêts? Souvenez-vous : le but de ce jeu est d'être plus rapide que votre ami en transportant vos 5 blocs de ce côté de la table vers l'autre côté de cette table. Donc, je vais prendre le temps le plus rapide des trois courses.

Prêts? 1,2,3

- L'assistant doit rester dans la salle afin de minuter le temps et de s'assurer que les règles sont bien suivies.
- Si l'assistant voit toute forme de mouvement illégal durant la pratique (voir règles ci-haut), l'assistant devra dire « mouvement illégal », prendre un des blocs que l'enfant a déjà déplacés, le remettre à l'arrière et dire « continuez ».
- Dire « mouvement illégal » **ASSEZ FORT** pour que 1) les enfants peuvent vous entendre et 2) pour qu'on puisse vous entendre sur l'enregistrement.

TROIS COURSES

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Bon maintenant, nous allons faire 3 courses. Je vais minuter vos courses et si je vois toute forme de mouvement illégal (voir règles ci-haut) je vais dire « mouvement illégal » et je vais prendre un des blocs que vous avez déjà bougés et je vais les remettre à l'arrière. C'est important que tous les deux vous continuiez à jouer jusqu'à ce que le jeu soit terminé. OK? Souvenez-vous : le but est d'être plus rapide que votre ami. Donc, je vais prendre le temps le plus rapide des trois courses.

Répéter les trois règles à suivre:

1. Première règle: tu peux mettre seulement un bloc à la fois dans ton camion.
 2. Deuxième règle : Tu dois garder les quatre roues sur la table en tout temps entre la ligne de départ et la ligne d'arrivée et seulement un camion à la fois peut passer sur la piste.
 3. Dernière règle : tu dois dépasser complètement cette ligne avec tes 4 roues avant de pouvoir mettre ou enlever un bloc. OK?
- Encore une fois, l'assistant doit rester dans la salle afin de minuter le temps et de s'assurer que les règles sont bien suivies.
 - Si l'assistant voit toute forme de mouvement illégal (voir règles ci-haut), l'assistant devra dire « mouvement illégal », prendre un des blocs que l'enfant a déjà déplacés, le remettre à l'arrière et dire « continuez ».
 - De plus, l'assistant ne doit pas interférer dans la tâche en donnant des conseils (même si demandé) ou essayer de régler les conflits entre les amis, ou toute autre forme d'implication.
 - Dire « mouvement illégal » **ASSEZ FORT** pour que 1) les enfants peuvent vous entendre et 2) pour qu'on puisse vous entendre sur l'enregistrement.

_____ (Nom de l'enfant) a terminé donc le/la gagnant (e) est _____ (Nom de l'enfant). Son temps est de _____. C'est le meilleur temps jusqu'à maintenant. Nous verrons si un de vous deux peut aller plus vite que _____ (Time) dans les deux prochains jeux. Êtes-vous prêt? 1, 2, 3 ... Go!

_____ (Nom de l'enfant) a terminé donc le/la gagnant (e) est _____ (Nom de l'enfant). Son temps est de _____. Maintenant, le temps à battre, les filles/gars, est _____ (temps). Allons voir si vous pouvez faire mieux que ça dans le dernier jeu? Êtes-vous prêt? 1, 2, 3 ... Go!

Fin du troisième jeu, le/la dernier (e) gagnant (e) est _____ (Nom de l'enfant).
Le temps _____.

Le meilleur temps aujourd'hui était celui de _____ (Nom de l'enfant). Bien jouer les filles/les garçons.

ANNEXE E - TÂCHE DE PARTAGE DE JOUETS

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Annexe E

Tâche de partage de jouets

Je vais mettre plusieurs objets sur la table devant vous (*vider la boîte sur la table et mélanger les objets au centre de la table*). Ce que je veux que vous fassiez c'est de choisir 5 objets que vous aimez. Vous allez devoir partager ces 5 objets entre vous deux et vous pouvez les partager de la façon que vous voulez.

Ensuite, vous allez pouvoir garder les 5 objets lorsque vous allez rapporter avec vous à la maison aujourd'hui. Souvenez-vous que vous pouvez partager les objets comme vous voulez, mais vous ne pouvez pas garder plus que 5 objets au total à la fin. Donc, pas 5 objets chaque, mais 5 objets au total sur la table. Est-ce que c'est correct?

Comme je disais, vous aurez à trouver 5 objets que vous aimez parmi les objets sur la table et après vous allez faire de votre mieux pour les partager. Vous devez être d'accord avec la solution que vous choisissez. Dites-le-moi quand vous aurez fini.

- L'assistant B devrait répéter et clarifier les instructions aussi souvent que nécessaire afin de s'assurer que les enfants comprennent qu'ils doivent rapporter à la maison 5 objets au total et qu'ils doivent décider comment ils vont partager ces objets entre eux.
- L'assistant B doit rester dans la salle et minuter l'interaction avec le chronomètre.
- Ne pas interférer pas avec le processus de prise de décision des enfants durant la tâche. Si les enfants vous demandent de l'aide ou des conseils, dites « Désolé, je ne peux pas vous aider, c'est à vous deux de décider quoi faire. »
- ARRÊTER cette interaction quand les enfants disent avoir terminé (vérifier si les deux enfants sont d'accord) ou après 5 minutes, peu importe ce qui survient en premier. (Basé sur les données du pilote sur 133 dyades, 95% des dyades terminent cette tâche avant la limite de temps de 300 secondes.)
- Si on arrive près de la marque des 5 minutes (par exemple après 4:30), l'assistant devrait dire aux enfants « vous n'avez presque plus de temps, vous devriez essayer de prendre une décision. »
- Prendre les objets que les enfants ont choisis et les mettre de côté; les redonner aux enfants lorsque la visite est terminée.

* S'assurer de dire ce qu'on veut et non ce qu'on ne veut pas *

ANNEXE F - CONTRIBUTION DE L'ÉTUDIANTE

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Annexe F

Contribution de l'étudiante

Étapes	Contributions de l'étudiante
Demande de subvention des IRSC	Aucune
Gestion budgétaire de la subvention des IRSC	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Gestion des ressources financières de l'essai clinique (c.-à-d., prévisions budgétaires, préparation des factures des psychologues, préparation des chèques d'indemnités des participants); ⇒ Commande / Achat de matériel nécessaire au fonctionnement de l'étude
Équipe de recherche	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Gestion des ressources humaines de l'essai clinique (par ex., planification, dotation, horaire, organisation, supervision et évaluation des activités et du rendement de l'équipe de dix assistants de recherche et de 25 bénévoles de recherche simultanément). ⇒ Recrutement d'assistants de recherche. ⇒ Formation des assistants de recherche et des cliniciens de l'étude. ⇒ Rédaction de lettre de référence et d'attestation pour les assistants de recherche
Demande d'approbation éthique	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Préparation et coordination des demandes d'approbations déontologiques des deux comités d'éthique académiques et des 10 conseils scolaires de la région d'Ottawa-Gatineau pendant les 5 années actives de l'étude. ⇒ Rédaction de rapport final de l'étude pour les différents comités éthiques
Révision et traduction des manuels de traitements	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mise à jour des manuels de traitements utilisés pour l'essai clinique en français et en anglais ⇒ Création de documents ajoutés aux manuels des parents ⇒ Préparation des mesures et des documents pour les participants (manuel, ressources, documents d'information).
Recrutement	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Création d'affiche pour le recrutement des participants ⇒ Coordination du recrutement des participants; ⇒ Entrevues de dépistage clinique avec les parents et les enseignants. ⇒ Évaluation des besoins des familles
Évaluation prétraitement	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Création de matériel et de procédure pour les évaluations prétraitement. ⇒ Coordination de la collecte de données et des suivis des participants de recherche (par ex., planification des évaluations et des traitements, réception des questionnaires préparation et administration des mesures aux parents, enseignants, enfants et amis, administration de tâches observationnelles); ⇒ Gestions des évaluateurs de l'étude (formation, horaire, compte rendu, évaluation, etc). ⇒ Gestion des achats du laboratoire (par ex., mesures

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

	<p>psychologiques, tâches observationnelles, matériel informatique, caméras);</p> <p>⇒ Réalisation des évaluations psychodiagnostiques prétraitements;</p> <p>⇒ Rédaction des rapports psychologiques intégratifs;</p>
Sept cohortes de traitements de groupe	<p>⇒ Aide à la randomisation des participants avec l'aide d'un site web sécurisé</p> <p>⇒ Co-clinicienne junior du groupe CARE à la cohorte 4 et 5</p> <p>⇒ Co-clinicienne du groupe de CARE à la cohorte 7</p> <p>⇒ Organisation et prestation des séances individualisées lorsque nécessaire;</p> <p>⇒ Mise à jour du chercheur principal quant au déroulement des traitements de groupe chaque semaine afin de bien planifier le traitement et d'améliorer l'efficacité des interventions et du programme.</p>
Évaluation post-traitement et évaluation de suivie	<p>⇒ Formation des assistantes de recherche</p> <p>⇒ Coordination et réalisation des évaluations post-traitements</p>
Cotation des mesures et entrée de données	<p>⇒ Formation et gestions des assistantes de recherche</p> <p>⇒ Nettoyages des bases de données</p>
Système de codification des données observationnelles	<p>⇒ Développement de deux manuels de codification</p> <p>Guiet, J., Soucisse, M. M., & Normand, S. (2015). <i>Child-Friend Car-Race Task Coding Manual</i>.</p> <p>Guiet, J., Soucisse, M. M., & Normand, S. (2015). <i>Child-Friend Sharing Task Coding Manual</i>.</p> <p>⇒ Analyses des ententes-interjuges hebdomadairement</p> <p>⇒ Gestion de l'équipe de codification (formation, rencontre d'entente inter-juge)</p> <p>⇒ Exportation des données</p> <p>⇒ Transformation des données observationnelles en données analysables.</p> <p>⇒ Préparation des bases de données observationnelles</p>
Analyse des données	<p>⇒ Vérification et préparation des bases de données incluant tous les sources et tous les types de données</p> <p>⇒ Analyses des données de résultats</p>
Dissémination	<p>⇒ Participation à des articles utilisant les données de l'étude</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Normand, S., Mikami, A. Y., Savalei, V., & Guiet, J. (accepted). A multiple indicators multiple causes (MIMIC) model of friendship quality and comorbidities in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. <i>Psychological Assessment</i>. ○ Mikami, A. Y., Normand, S., Hudec, K. L., Guiet, J., Jia, M., Na, J. J., Smit, S., Khalis, A., & Maisonneuve, M.-F. (under review). Treatment of friendship problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Initial results from a randomized clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>. <p>⇒ Présentation de résultats préliminaires de l'étude</p>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

	<ul style="list-style-type: none">○ <i>2019 Biennial International Society for Research on Child and Adolescent Psychopathology Scientific Meeting, Los Angeles, California, USA.</i>○ <i>5th Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA) Research Day. Calgary, Canada (novembre 2018)</i>○ <i>Scientific Day, Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant (GRIP ; mai 2018).</i>○ <i>First Scientific Day, Université du Québec en Outaouais (avril 2018)</i>○ <i>Société québécoise de recherche en psychologie Annual Convention (mars 2018).</i>○ <i>51st Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT). San Diego, USA (novembre 2017)</i>○ <i>18th Biennial International Society for Research on Child and Adolescent Psychopathology Scientific Meeting. Amsterdam, North Holland, Netherlands (juin 2017)</i>
--	---

Références

- Abikoff, H. (2009). ADHD psychosocial treatments : Generalization reconsidered. *Journal of Attention Disorders*, 13(3), 207-210. <https://doi.org/10.1177/1087054709333385>
- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Gallagher, R., Fleiss, K., Etcovitch, J., Cousins, L., Greenfield, B., Martin, D., & Pollack, S. (2004). Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 820-829. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000128797.91601.1a>
- Abikoff, H., Jensen, P. S., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., Martin, D., Alvir, J., March, J. S., & Hinshaw, S. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 349-359. DOI: 10.1023/a:1015713807297
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles: An Integrated System of Multi-informant Assessment*. ASEBA.
- Ali, A., Hassiotis, A., Strydom, A., & King, M. (2012). Self stigma in people with intellectual disabilities and courtesy stigma in family carers: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 2122–2140. doi: 10.1016/j.ridd.2012.06.013
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (5e édition.). Elsevier Masson.
- 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>
- Antshel, K. M., & Remer, R. (2003). Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder : A randomized-controlled clinical trial. *Journal of Clinical Child and*

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Adolescent Psychology*, 32(1), 153-165.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3201_14
- Asher, S. R., & Renshaw, P. D. (1981). Children Without Friends : Social Knowledge and Social Skills Training. In S.R. Asher & J.M. Gottman (Eds.), *The Development of Children's Friendships* (pp. 273-296). Cambridge University Press.
- Axelson, D., Birmaher, B., Zelazny, J., Kaufman, J., & Gill, M. K. (2009). *K-SADS-PL 2009 Working Draft*. Western Psychiatric Institute and Clinic.
- Bagwell, C. L., & Coie, J. D. (2004). The best friendships of aggressive boys : Relationship quality, conflict management, and rule-breaking behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88(1), 5-24. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2003.11.004>
- Bagwell, C. L., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations : Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285-1292. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00008>
- Bagwell, C. L., Newcomb, A. F., & Bukowski, W. M. (1998). Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. *Child Development*, 69(1), 140-153. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06139.x>
- Bagwell, C. L., & Schmidt, M. E. (2011). *Friendships in Childhood & Adolescence*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions : Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94. doi: 10.1037/0033-2909.121.1.65.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C., & Smallish, L. (1991). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria—III. Mother–child interactions, family

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- conflicts and maternal psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(2), 233-255. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00304.x>
- 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>
- Becker, S. P., Fite, P. J., Luebbe, A. M., Stoppelbein, L., & Greening, L. (2013). Friendship intimacy exchange buffers the relation between ADHD symptoms and later social problems among children attending an after-school care program. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 142-152. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9334-1>
- Becker, S. P., Luebbe, A. M., & Langberg, J. M. (2012). Co-occurring mental health problems and peer functioning among youth with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(4), 279-302. [10.1007/s10567-012-0122-y](https://doi.org/10.1007/s10567-012-0122-y).
- Berndt, T. J. (2002). Friendship quality and social development. *Current Directions in Psychological Science*, 11(1), 7-10. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00157>
- Berndt, T. J., Hawkins, J. A., & Jiao, Z. (1999). Influences of Friends and Friendships on Adjustment to Junior High School. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45(1), 13-41.
- Berndt, T. J., & McCandless, M. A. (2009). Methods for investigating children's relationships with friends. In K. H. Rubin, W. M. Bukowski & B. Laursen (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (pp. 63-81). Guilford Press.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *American Journal of psychiatry*, 159(1), 36-42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Blachman, D., & Hinshaw, S. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 625-640. <https://doi.org/10.1023/A:1020815814973>
- Boivin, M., Hymel, S., & Bukowski, W. M. (1995). The roles of social withdrawal, peer rejection, and victimization by peers in predicting loneliness and depressed mood in childhood. *Development and Psychopathology*, 7(4), 765-785. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006830>
- Bollmer, J. M., Milich, R., Harris, M. J., & Maras, M. A. (2005). A friend in need : The role of friendship quality as a protective factor in peer victimization and bullying. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(6), 701-712. <https://doi.org/10.1177/0886260504272897>
- Brendgen, M., Vitaro, F., Bukowski, W. M., Dionne, G., Tremblay, R. E., & Boivin, M. (2013). Can friends protect genetically vulnerable children from depression? *Development and Psychopathology*, 25(2), 277-289. <https://doi.org/10.1017/S0954579412001058>
- Brossard-Racine, M., Shevell, M., Snider, L., Bélanger, S. A., & Majnemer, A. (2012). Motor skills of children newly diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder prior to and following treatment with stimulant medication. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2080-2087. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.003>
- Brown, M., Normand, S., Cantin, S., Vitaro, F., & Boivin, M. (2017, Apr. 7). Prospective associations between ADHD symptoms and peer victimization : The moderating role of reciprocated friends' ADHD symptoms [Poster session]. *2017 Biennial Meeting* conducted at the meeting of *Society for Research in Child Development*, Austin, Texas, United States.
- Bukowski, W. M., Hoza, B., & Boivin, M. (1993). Popularity, friendship, and emotional adjustment during early adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1993(60), 23-37. <https://doi.org/10.1002/cd.23219936004>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Bukowski, W. M., Laursen, B., & Hoza, B. (2010). The snowball effect : Friendship moderates escalations in depressed affect among avoidant and excluded children. *Development and Psychopathology*, 22(4), 749-757. <https://doi.org/10.1017/S095457941000043X>
- Bukowski, W. M., Motzoi, C., & Meyer, F. (2009). Friendship as process, function, and outcome. In K. H. Rubin, W. M. Bukowski, & B. Laursen (Eds.), *Social, emotional, and personality development in context. Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (p. 217–231). Guilford Press.
- Cadesky, E. B., Mota, V. L., & Schachar, R. J. (2000). Beyond words : How do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1160-1167. <https://doi.org/doi.org/10.1097/00004583-200009000-00016>
- Canu, W. H., Newman, M. L., Morrow, T. L., & Pope, D. L. (2008). Social appraisal of adult ADHD: stigma and influences of the beholder's Big Five personality traits. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 700-710. <https://doi.org/10.1177/1087054707305090>
- Cardoos, S. L., & Hinshaw, S. P. (2011). Friendship as protection from peer victimization for girls with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(7), 1035-1045. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9517-3>
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother–child relationships of children with ADHD: The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 387-400. <https://doi.org/10.1023/A:1015770025043>
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham Jr, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., Jones, H. A., & Rathouz, P. J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology*, 43(1), 70. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.43.1.70>
- Chronis-Tuscano, A., Clarke, T. L., O'Brien, K. A., Raggi, V. L., Diaz, Y., Mintz, A. D., Rooney, M. E., Knight, L. A., Seymour, K. E., & Thomas, S. R. (2013). Development and preliminary

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- evaluation of an integrated treatment targeting parenting and depressive symptoms in mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 918. <https://doi.org/10.1037/a0032112>
- 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>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Connor, D. F. (2015). Stimulant and nonstimulant medications for childhood ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (p. 569-595). Guilford Press.
- Crosby, J. W. (2011). Test Review : Social skills improvement system rating scales. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(3), 292-296. <https://doi.org/0.1177/0734282910385806>
- Da Fonseca, D., Segulier, V., Santos, A., Poinso, F., & Deruelle, C. (2009). Emotion understanding in children with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*, 40(1), 111-121. <https://doi.org/10.1007/s10578-008-0114-9>.
- De Boo, G. M., & Prins, P. J. M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: Possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*, 27(1), 78-97. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.03.006>
- Demir, M., Jaafar, J., Bilyk, N., & Mohd Ariff, M. R. (2012). Social skills, friendship and happiness : A cross-cultural investigation. *The Journal of Social Psychology*, 152(3), 379-385. <https://doi.org/10.1080/00224545.2011.591451>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Devilley, G. J., & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(00)00012-4)
- Diener, M. B., & Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder : A test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(3), 256-265.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2603_4
- Dishion, T. J. (1990). The peer context of troublesome child and adolescent behavior. In P. E. Leone (Ed.), *Understanding Troubled and Troubling Youth* (pp.128-153). Sage Publications.
- DuPaul, G. J., & Eckert, T. L. (1994). The effects of social skills curricula : Now you see them, now you don't. *School Psychology Quarterly*, 9(2), 113. <https://doi.org/10.1037/h0088847>
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43-51. <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>
- DuPaul, G. J., & Langberg, J. M. (2015). Educational impairments in children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis & Treatment* (pp. 169-190). Guilford Press.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2014). *ADHD in the Schools : Assessment and Intervention Strategies*. Guilford Press.
- Elkins, I. J., Malone, S., Keyes, M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2011). The impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on preadolescent adjustment may be greater for girls than for boys. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 532-545.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581621>
- Engle, J. M., McElwain, N. L., & Lasky, N. (2011). Presence and quality of kindergarten children's friendships : Concurrent and longitudinal associations with child adjustment in

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- the early school years. *Infant and Child Development*, 20(4), 365-386.
<https://doi.org/10.1002/icd.706>
- Epstein, J. L. (1983). The influence of friends on achievement and affective outcomes. In J.L. Epstein & N. Karweit (Eds.), *Friends in School* (p. 177-200). Elsevier.
- Erhardt, D., & Hinshaw, S. P. (1994). Initial sociometric impressions of attention-deficit hyperactivity disorder and comparison boys : Predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 833.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.4.833>
- Evans, S. W., Owens, J. S., & Bunford, N. (2014). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(4), 527-551.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.850700>
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 47(2), 157-198.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390757>
- Faraone, S. V. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder and premature death. *The Lancet*, 385(9983), 2132-2133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61822-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61822-5)
- Fonzi, A., Schneider, B. H., Tani, F., & Tomada, G. (1997). Predicting children's friendship status from their dyadic interaction in structured situations of potential conflict. *Child Development*, 68(3), 496-506. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb01954.x>
- Fox, C. L., & Boulton, M. J. (2006). Friendship as a moderator of the relationship between social skills problems and peer victimisation. *Aggressive behavior*, 32(2), 110-121.
<https://doi.org/10.1002/ab.20114>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Frankel, F., & Mintz, J. (2011). Maternal reports of play dates of clinic referred and community children. *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 623-630.
<https://doi.org/10.1007/s10826-010-9437-9>
- Frankel, F., & Myatt, R. (2003). *Children's Friendship Training*. Psychology Press.
- Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D. P., & Feinberg, D. T. (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training : Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1056-1064. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00013>
- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. N. (2002). *Child Symptom Inventory 4 : Screening and Norms Manual*. Checkmate Plus.
- Gardner, D. M., Gerdes, A. C., & Weinberger, K. (2019). Examination of a parent-assisted, friendship-building program for adolescents with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 363-373. <https://doi.org/10.1177/1087054715588188>
- Glick, G. C., & Rose, A. J. (2011). Prospective associations between friendship adjustment and social strategies : Friendship as a context for building social skills. *Developmental Psychology*, 47(4), 1117-1132. <https://doi.org/10.1037/a0023277>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Sienna, M., & Garcia-Jetton, J. (1997). Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability : Results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 758-767. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.758>
- Gresham, F., Cook, C. R., Crews, S. D., & Kern, L. (2004). Social skills training for children and youth with emotional and behavioral disorders : Validity considerations and future

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- directions. *Behavioral Disorders*, 30(1), 32-46.
<https://doi.org/10.1177/019874290403000101>
- Gresham, F. M., MacMillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L., & Forness, S. R. (1998). Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: Risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(5), 393-406. <https://doi.org/10.1023/A:1021908024028>
- Gresham, F., & Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Improvement System (SSIS) Rating Scales*. Pearson Assessments.
- Griggs, M. S., & Mikami, A. Y. (2011). Parental attention-deficit/hyperactivity disorder predicts child and parent outcomes of parental friendship coaching treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(12), 1236-1246.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.08.004>
- Guét, J., Brown, M., & Normand, S. (2017, Nov. 17). Preliminary validation of an observational coding system for the dyadic friendships of children with ADHD [Poster session]. 51st Annual Convention conducted at the meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT), San Diego, USA.
- Guét, J., Soucisse, M. M., & Normand, S. (2015). *Child-friend car-race task coding manual* [Unpublished manuscript]. Département de psychologie, Université du Québec en Outaouais.
- Guét, J., Soucisse, M. M., & Normand, S. (2015). *Child-friend sharing task coding manual*. [Unpublished manuscript]. Département de psychologie, Université du Québec en Outaouais.
- Harris, M. J., Milich, R., Corbitt, E. M., Hoover, D. W., & Brady, M. (1992). Self-fulfilling effects of stigmatizing information on children's social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(1), 41. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.63.1.41>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Harris, M., Milich, R., & McAninch, C. (1998). When stigma becomes self-fulfilling prophecy :

Expectancy effects and the causes, consequences, and treatment of peer rejection.

Advances in Research on Teaching, 7, 243-272.

Hasson, R., & Fine, J. G. (2012). Gender differences among children with ADHD on continuous

performance tests : A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 16(3),

190-198. <https://doi.org/10.1177/1087054711427398>

Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of

the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12-25.

<https://doi.org/10.1080/10503300500352500>

Heiman, T. (2005). An examination of peer relationships of children with and without attention

deficit hyperactivity disorder. *School Psychology International*, 26(3), 330-339.

<https://doi.org/10.1177/0143034305055977>

Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder : I.

Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1086.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1086>

Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents :

Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, 46(7), 714-734. [https://doi.org/10.1111/j.1469-](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x)

[7610.2005.01456.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x)

Hinshaw, S. P., Henker, B., Whalen, C. K., Erhardt, D., & Dunnington Jr, R. E. (1989).

Aggressive, prosocial, and nonsocial behavior in hyperactive boys : Dose effects of methylphenidate in naturalistic settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

57(5), 636. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.5.636>

Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Sami, N., & Fargeon, S. (2006). Prospective follow-up of girls with

attention-deficit/hyperactivity disorder into adolescence: Evidence for continuing cross-

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- domain impairment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 489–499. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.489.
- Hodges, E. V., Boivin, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. M. (1999). The power of friendship : Protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 35(1), 94. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.35.1.94>
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *Bmj*, 319(7211), 670-674. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7211.670>
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 655-663. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm024>
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Jensen, P. S., Kraemer, H. C., March, J. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B., Swanson, J. M., Vitiello, B., ... Wigal, T. (2005). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 74-86. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_7
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., Kraemer, H. C., Pelham, W. E., Wigal, T., & Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.411>
- Hoza, B., Mrug, S., Pelham, W. E., Greiner, A. R., & Gnagy, E. M. (2003). A friendship intervention for children with attention-deficit/hyperactivity disorder : Preliminary findings. *Journal of Attention Disorders*, 6(3), 87-98. <https://doi.org/10.1177/108705470300600301>
- Huang-Pollock, C. L., & Karalunas, S. L. (2010). Working memory demands impair skill acquisition in children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 174. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017862>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Hymel, S., Wagner, E., & Butler, L. J. (1990). Reputational bias: View from the peer group. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer Rejection in Childhood* (pp. 156–186). Cambridge University Press.
- Jensen, P. S. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, *56*(12), 1073-1086.
doi :10.1001/archpsyc.56.12.1073
- Jiwon Na, J., Mikami, A. & Normand, D., (2019, Nov. 22). Assessment of treatment integrity in a dual-site randomized clinical trial of parental friendship coaching intervention. *Does How We Implement an EBT Matter? Measuring the Process of Therapy*. Symposium conducted at the ABCT 53rd Annual Convention. Atlanta.
- Johnston, C., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Families and ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e edition, pp. 191-209). 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>
- Juvonen, J. (1991). Deviance, perceived responsibility, and negative peer reactions. *Developmental Psychology*, *27*(4), 672. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.4.672>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL) : Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 980-988.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Keefe, K., & Berndt, T. J. (1996). Relations of friendship quality to self-esteem in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, *16*(1), 110-129.
<https://doi.org/10.1177/0272431696016001007>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Kingery, J. N., Erdley, C. A., & Marshall, K. C. (2011). Peer acceptance and friendship as predictors of early adolescents' adjustment across the middle school transition. *Merrill-Palmer Quarterly*, 57(3), 2. <https://doi.org/10.1353/mpq.2011.0012>
- Koren P, De Chillo N, Friesen B (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional difficulties: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37 (4), 305–321. <https://doi.org/10.1037/h0079106>
- Kovacs, M. (2010). *CDI-2: Children's Depression Inventory—2nd edition manual*. Multi-Health Systems Inc.
- Kovacs, Maria, Parker, J. G., & Hoffman, L. W. (1996). Behavioral, affective, and social correlates of involvement in cross-sex friendship in elementary school. *Child Development*, 67(5), 2269-2286. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01856.x>
- Ladd, G. W. (1990). Having friends, keeping friends, making friends, and being liked by peers in the classroom : Predictors of children's early school adjustment? *Child Development*, 61(4), 1081-1100. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02843.x>
- Ladd, G. W., Herald-Brown, S. L., & Reiser, M. (2008). Does chronic classroom peer rejection predict the development of children's classroom participation during the grade school years? *Child Development*, 79(4), 1001-1015. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01172.x>
- Ladd, G. W., Kochenderfer, B. J., & Coleman, C. C. (1996). Friendship quality as a predictor of young children's early school adjustment. *Child Development*, 67(3), 1103-1118. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01785.x>
- Lahey, B. B., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Newcorn, J., Jensen, P., & Richters, J. (1994). DMS-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 151(11), 1673-1685. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.11.1673>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S.S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of adhd from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 896–902. doi :10.1001/archpsyc.62.8.896
- Lahey, B. B., & Willcutt, E. G. (2010). Predictive validity of a continuous alternative to nominal subtypes of attention-deficit hyperactivity disorder in DSM–IV. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39 (6), 761–775.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2010.517173>
- Landau, S., Milich, R., & Diener, M. B. (1998). Peer relations of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Reading & Writing Quarterly Overcoming Learning Difficulties*, 14(1), 83-105. <https://doi.org/10.1080/1057356980140105>
- Landau, S., & Moore, L. A. (1991). Social skills deficits in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 20(2), 235-251.
doi: 10.1080/02796015.1991.12085548
- 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>.
- Lee, S. S., & Hinshaw, S. P. (2004). Severity of adolescent delinquency among boys with and without attention deficit hyperactivity disorder : Predictions from early antisocial behavior and peer status. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(4), 705-716.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_6
- Levy, F., Hay, D. A., McStephen, M., Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder : A category or a continuum ? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 737-744. <https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00009>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Lorah, J. (2018). Effect size measures for multilevel models : Definition, interpretation, and TIMSS example. *Large-scale Assessments in Education*, 6(1), 8.
<https://doi.org/10.1186/s40536-018-0061-2>
- Maedgen, J., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(1), 30-42. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_4
- 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. doi:10.1111=j.1468-3148.2008.00426.x
- March, John S, Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) : Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00019>
- March, John S, Sullivan, K., & Parker, J. (1999). Test-retest reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(4), 349-358.
[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00009-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00009-2)
- March, J.S. (2012). *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (Second Edition). Multi-Health Systems Inc.
- Markiewicz, D., Brendgen, M., Markiewicz, D., Doyle, A. B., & Bukowski, W. M. (2001). The relations between friendship quality, ranked-friendship preference, and adolescents' behavior with their friends. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47(3), 395-415.
<https://doi.org/10.1353/mpq.2001.0013>
- Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., & Moore, C. (2012). Friendship characteristics of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 872-881.
<https://doi.org/10.1177/1087054712458971>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C., & Tannock, R. (2009). Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(1), 107-118. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9262-4>.
- Mattison, R. E., Gadow, K. D., Sprafkin, J., Nolan, E. E., & Schneider, J. (2003). A DSM-IV—referenced teacher rating scale for use in clinical management. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 442-449. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046813.95464.B3>
- McQuade, J. D., & Hoza, B. (2015). Peer relationships of children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e edition, pp. 210-222). Guilford Press.
- Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (1996). What they want and what they get : The social goals of boys with ADHD and comparison boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 169-185. <https://doi.org/10.1007/BF01441483>
- Mikami, A., Normand, S., Hudec, K., Guet, J., Jia, M., Na, J. J., Smit, S., Khalis, A., & Maisonneuve, M.-F. (en révision). Treatment of friendship problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder : Initial results from a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Mikami, A. Y. (2010). The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(2), 181-198. <https://doi.org/10.1007/s10567-010-0067-y>
- Mikami, A. Y. (2015). Social skills training for youth with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (pp. 569-595). Guilford Press.
- Mikami, A. Y., Chong, G. K., Saporito, J. M., & Na, J. J. (2015). Implications of parental affiliate stigma in families of children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(4), 595-603. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.888665>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Mikami, A. Y., Griggs, M. S., Lerner, M. D., Emeh, C. C., Reuland, M. M., Jack, A., & Anthony, M. R. (2013). A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(1), 100. <https://doi.org/10.1037/a0029654>
- Mikami, A. Y., & Hinshaw, S. P. (2006). Resilient adolescent adjustment among girls : Buffers of childhood peer rejection and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(6), 823-837. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9062-7>
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Patterson, K. A., & Lee, J. C. (2008). Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(1), 225-235. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.1.225>
- Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C. L., Pfiffner, L. J., McBurnett, K., & Hangai, D. (2007). Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(4), 509-521. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9108-5>
- Mikami, A. Y., Jack, A., Emeh, C. C., & Stephens, H. F. (2010). Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder : I. Relationships between parent behaviors and child peer status. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(6), 721-736. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9393-2>
- Mikami, A. Y., Lerner, M., Griggs, M., McGrath, A., & Calhoun, C. (2010). Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder : II. Results of a pilot intervention training parents as friendship coaches for children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*(6), 737-749. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9403-4>
- Mikami, A. Y., & Lorenzi, J. (2011). Gender and conduct problems predict peer functioning among children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(5), 777-786. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597089>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Mikami, A. Y., & Normand, S. (2015). The importance of social contextual factors in peer relationships of children with ADHD. *Current Developmental Disorders Reports*, 2(1), 30-37. <https://doi.org/10.1007/s40474-014-0036-0>

Milch-Reich, S., Campbell, S. B., Pelham Jr, W. E., Connelly, L. M., & Geva, D. (1999). Developmental and individual differences in children's on-line representations of dynamic social events. *Child Development*, 70(2), 413-431. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00030>

Mrug, S., Hoza, B., & Gerdes, A. C. (2001). Children with attention-defecit/hyperactivity disorder : Peer relationships and peer-oriented interventions. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2001(91), 51-78. <https://doi.org/10.1002/cd.5>

Mrug, S., Hoza, B., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., & Greiner, A. R. (2007). Behavior and peer status in children with ADHD: continuity and change. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 359-371. <https://doi.org/10.1177/1087054706288117>

Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder : Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(6), 1013-1026. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9610-2>

MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.12.1073>

Newcomb, A. F., & Bagwell, C. L. (1995). Children's friendship relations : A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 117(2), 306. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.117.2.306>

Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Epstein, J. N., & Greenhill, L. L. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American*

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 137-146.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00008>
- Nigg J. T. et Barkley R. A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder. In E. J. Mash et R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (p.75-144). Guilford Press.
- Nissley-Tsiopinis, J., Mautone, J., & Power, T. (2012, Nov. 15-18). Preparing Families for successful treatment : The ADHD bootcamp program [Poster session]. Poster session conducted at the annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Maryland, USA.
- Normand, S., Ambrosoli, J., Guet, J., Soucisse, M. M., Schneider, B. H., Maisonneuve, M.-F., Lee, M. D., & Tassi, F. (2017). Behaviors associated with negative affect in the friendships of children with ADHD: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 247, 222-224. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.041>
- Normand, S., Mikami, A. Y., Salvalei, V., & Guet, J. (2020, April 9). A multiple indicators multiple causes (MIMIC) model of friendship quality and comorbidities in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological Assessment*. Advance online publication. doi.org/10.1037/pas0000824
- Normand, S., Schneider, B. H., Lee, M. D., Maisonneuve, M.-F., Kuehn, S. M., & Robaey, P. (2011). How do children with ADHD (mis)manage their real-life dyadic friendships ? A multi-method investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2), 293-305. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9450-x>
- Normand, S., Schneider, B. H., Lee, M., Maisonneuve, M.-F., Chupetlovska-Anastasova, A., Kuehn, S., & Robaey, P. (2013). Continuities and changes in the friendships of children with and without ADHD: A longitudinal, observational Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(7), 1161-1175. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9753-9>
- Normand, S., Soucisse, M. M., Melançon, M. P. V., Schneider, B. H., Lee, M. D., & Maisonneuve, M.-F. (2019). Observed free-play patterns of children with ADHD and their real-life

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- friends. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(2), 259-271. doi: 10.1007/s10802-018-0437-3.
- Owens, E. B., Cardoos, S. L., & Hinshaw, S. (2015). Developmental Progression and Gender Differences among Individuals with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis & Treatment*. Guilford Press.
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 335-351. doi: 10.1007/s10567-007-0027-3.
- Owens, E. B., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P., Conners, C.K., Elliott, G., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J.S., Newcorn, J.H., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J.M., Vitiello, B., Wells, K.C., & Wigal, T. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 540. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.540>
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1993). Friendship and friendship quality in middle childhood : Links with peer group acceptance and feelings of loneliness and social dissatisfaction. *Developmental Psychology*, 29(4), 611. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.4.611>
- Parker, J. G., & Seal, J. (1996). Forming, losing, renewing, and replacing friendships : Applying temporal parameters to the assessment of children's friendship experiences. *Child Development*, 67(5), 2248-2268. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01855.x>
- Peets, K., Hodges, E. V., Kikas, E., & Salmivalli, C. (2007). Hostile attributions and behavioral strategies in children : Does relationship type matter? *Developmental Psychology*, 43(4), 889. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.889>
- Peets, K., Hodges, E. V., & Salmivalli, C. (2008). Affect-congruent social-cognitive evaluations and behaviors. *Child Development*, 79(1), 170-185. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01118.x>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Pelham Jr, W. E., & Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 184-214. <https://doi.org/10.1080/15374410701818681>
- Pelham, W. E., & Bender, M. E. (1982). Peer relationships in hyperactive children : Description and treatment. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities*.1, 365-436.
- Perry, D. G., Kusel, S. J., & Perry, L. C. (1988). Victims of peer aggression. *Developmental psychology*, 24(6), 807-814. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.6.807>
- Pfiffner, L. J., Calzada, E., & McBurnett, K. (2000). Interventions to enhance social competence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9(3), 689-709. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30113-5](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30113-5)
- Pfiffner, L. J., & McBurnett, K. (1997). Social skills training with parent generalization : Treatment effects for children with attention deficit disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5), 749-757. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.5.749>
- Pfiffner, L. J., Mikami, A. Y., Huang-Pollock, C., Easterlin, B., Zalecki, C., & McBurnett, K. (2007). A randomized, controlled trial of integrated home-school behavioral treatment for ADHD, predominantly inattentive type. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1041-1050. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318064675f>
- Pliszka, S. R. (2015). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4^e edition, pp. 140-168). Guilford Press.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Power, T. J., Mautone, J. A., Soffer, S. L., Clarke, A. T., Marshall, S. A., Sharman, J., Blum, N. J., Glanzman, M., Elia, J., & Jawad, A. F. (2012). A family–school intervention for children

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- with ADHD: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 611- 623. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028188>
- Power, T. J., Soffer, S. L., Mautone, J. A., Costigan, T. E., Jones, H. A., Clarke, A. T., & Marshall, S. A. (2009). An analysis of teacher investment in the context of a family–school intervention for children with ADHD. *School Mental Health*, 1(3), 107-117.
<https://doi.org/10.1007/s12310-009-9005-x>
- Prinstein, M. J. & Giletta (2016). Peer relations and developmental psychopathology. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology (3rd edition, pp. 527-579)*, John Wiley & Sons.
- Quinn, M. M., Kavale, K. A., Mathur, S. R., Rutherford Jr, R. B., & Forness, S. R. (1999). A meta-analysis of social skill interventions for students with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 7(1), 54-64.
<https://doi.org/10.1177/106342669900700106>
- Reuland, M. M., & Mikami, A. Y. (2014). Classroom victimization : Consequences for social and academic adjustment in elementary school. *Psychology in the Schools*, 51(6), 591-607.
<https://doi.org/10.1002/pits.21770>
- Ronk, M. J., Hund, A. M., & Landau, S. (2011). Assessment of social competence of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder : Problematic peer entry, host responses, and evaluations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(6), 829-840.
<https://doi.org/10.1007/s10802-011-9497-3>
- Rucklidge, J. J., & Tannock, R. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 530-540. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00012>
- Ryan, J. J., Glass, L. A., & Bartels, J. M. (2009). Internal consistency reliability of the WISC–IV among primary school students. *Psychological Reports*, 104(3), 874-878.
<https://doi.org/10.2466/PR0.104.3.874-878>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Salvas, M.-C., Vitaro, F., Brendgen, M., & Cantin, S. (2016). Prospective links between friendship and early physical aggression : Preliminary evidence supporting the role of friendship quality through a dyadic intervention. *Merrill-Palmer Quarterly*, 62(3), 285-305.
<https://doi.org/10.13110/merrpalmquar1982.62.3.0285>
- Sattler, Jerome (2008). *Assessment of Children: Cognitive Foundations and Applications*. Jerome M. Sattler Publisher, Inc.
- Schneider, B. H. (2016). *Childhood Friendships and Peer Relations : Friends and Enemies*. Routledge.
- Schulz, K. F., Altman, D. G., & Moher, D. (2010). CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC Medicine*, 8(1), 18.
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-18>
- Seidman, L. J., Biederman, J., Monuteaux, M. C., Valera, E., Doyle, A. E., & Faraone, S. V. (2005). Impact of gender and age on executive functioning : Do girls and boys with and without attention deficit hyperactivity disorder differ neuropsychologically in preteen and teenage years? *Developmental Neuropsychology*, 27(1), 79-105.
https://doi.org/10.1207/s15326942dn2701_4
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>
- Soffer, S., & Power, T. (2005). *Treatment manual for family–school success : A family–school intervention program for children with ADHD in Grades 2 to 6*. [Unpublished manuscript]. Department of Child and Adolescent Psychiatry and Behavioral Sciences, The Children's Hospital of Philadelphia.
- Soucisse, M. M., Maisonneuve, M.-F., & Normand, S. (2014). L'incidence du TDA/H sur les relations d'amitié des enfants et adolescents : Mieux comprendre pour mieux intervenir.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

La Nouvelle Revue de l'Adaptation et de la Scolarisation, 4 (68), 111-131.

<https://doi.org/10.3917/nras.068.0111>

Sprafkin, J., Gadow, K. D., Salisbury, H., Schneider, J., & Loney, J. (2002). Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4 : Parent checklist in clinically referred boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 513-524.

<https://doi.org/10.1207/153744202320802188>

Storebø, O., Elmoose Andersen, M., Skoog, M., Joost Hansen, S., Simonsen, E., Pedersen, N., Tendal, B., Callesen, H., Faltinsen, E., & Gluud, C. (2019). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev*.6(6), doi:10.1002/14651858.CD008223.pub3

Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario Child Health Study : Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry & Allied Disciplines*, 30(2), 219-230. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00236.x>

Thorell, L., & Rydell, A. (2008). Behaviour problems and social competence deficits associated with symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder : Effects of age and gender. *Child: Care, Health and Development*, 34(5), 584-595. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00869.x>.

Tung I, Li JJ, Meza JI, et al. (2016). Patterns of Comorbidity Among Girls With ADHD: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 138(4). 10.1542/peds.2016-0430

Vitaro, F., Tremblay, R. E., Kerr, M., Pagani, L., & Bukowski, W. M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence : A test of two competing models of development. *Child Development*, 68(4), 676-689.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1997.tb04229.x>

Wechsler, D. (2003). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children- Fourth Edition (WISC-IV)*. Psychological Corporation/Harcourt Brace.

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

- Whalen, C. K., Henker, B., Buhrmester, D., Hinshaw, S. P., Huber, A., & Laski, K. (1989). Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(4), 545. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.57.4.545>
- Whalen, C. K., Henker, B., Collins, B. E., McAuliffe, S., & Vaux, A. (1979). Peer interaction in a structured communication task : Comparisons of normal and hyperactive boys and of methylphenidate (Ritalin) and placebo effects. *Child Development, 50*(2), 388-401. <https://doi.org/10.2307/1129414>
- Whalen, C. K., Henker, B., Dotemoto, S., & Hinshaw, S. P. (1983). Child and adolescent perceptions of normal and atypical peers. *Child Development, 54*(6), 1588-1598. <https://doi.org/10.2307/1129822>
- 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>
- Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., Cordier, R., Lincoln, M., & Chen, Y.-W. (2016). A randomised controlled trial of a play-based intervention to improve the social play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Plos One, 11*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160558>
- Wright, J. C., Giammarino, M., & Parad, H. W. (1986). Social status in small groups : Individual-group similarity and the social" misfit." . *Journal of Personality and social Psychology, 50*(3), 523. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.523>

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME PFC

Wymbs, B. T., Pelham, W. E., Jr., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Wilson, T. K., & Greenhouse, J. B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(5), 735–744. <https://doi.org/10.1037/a0012719>