

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2016

2016 TOU3 1587

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Perrine SERMAGE

le 05 octobre 2016

ETUDE DE LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME
D'ENTRAÎNEMENT AUX HABILÉTÉS PARENTALES DANS LE
CADRE DU TROUBLE DEFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS
HYPERACTIVITÉ.
LIMITES A L'IMPLANTATION ET ADAPTATIONS PROPOSÉES
PAR LES PROFESSIONNELS FORMÉS.

Directeur de thèse : Pr Jean-Philippe RAYNAUD

Co-directrice : Dr Marie TARDY

JURY

Monsieur le Professeur ARBUS Christophe
Monsieur le Professeur SCHMITT Laurent
Monsieur le Professeur RAYNAUD Jean-Philippe
Monsieur le Professeur CHAIX Yves
Madame le Docteur TARDY Marie
Madame le Docteur DOUNET-FABRE Cécile

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Suppléant
Membre Invité



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

P.U. - P.H.
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement		
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire		

M.C.U.

M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

A NOTRE JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur Arbus,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons grandement estimé la qualité de votre enseignement au cours de notre internat. Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Schmitt,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Nous avons pu bénéficier de votre attention et bienveillance face aux événements de la vie pendant ces années d'Internat. Nous vous exprimons ce jour notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Raynaud,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, nous vous en remercions. Nous avons aussi pu apprendre beaucoup, au cours de notre formation, grâce la pertinence clinique de votre enseignement, ainsi que votre facilité à transmettre aux internes votre expérience avec les patients et leurs familles. Recevez l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Chaix,

Nous sommes très honorés de vous compter parmi nos juges. Nous avons pu constater votre grande implication dans la formation des professionnels en pédiatrie lors de notre stage en PMI. Nous vous exprimons notre profonde considération.

A Madame le Docteur Tardy,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être co-directrice de ce travail. Nous avons pu apprécier votre disponibilité, votre soutien, et votre enthousiasme sans faille dans ce projet. Recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Dounet-Fabre,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à ce jury en tant que membre invité. Vous nous avez ouvert le chemin vers la psychiatrie infanto-juvénile dès notre premier semestre d'internat. Votre dynamisme, vos qualités humaines et votre implication pour vos patients restent aujourd'hui encore un exemple. Nous vous exprimons notre profonde gratitude.

A CEUX SANS QUI CETTE THESE N'AURAIT ETE POSSIBLE

Je tiens à remercier les Pr Clément, Dr Finck, et Dr Hauth-Charlier. Vous avez accepté que l'enquête porte sur la cohorte des personnes que vous avez formées au fil des années. C'est un honneur d'avoir pu partager une partie du travail d'une équipe aussi compétente sur ce programme d'habiletés parentales pour le TDAH. Je remercie particulièrement le Dr Finck, pour son implication et sa prévenance.

Je remercie aussi le Dr Willig, neuropédiatre, coordinateur du réseau P'titMip-Troubles des apprentissages. Vous êtes à l'origine de cette formation aux groupes d'entraînement aux habiletés parentales dans le cadre du TDA/H à Toulouse. Je vous remercie pour votre accueil à la réunion-bilan du 22 Mars 2016 au cours de laquelle j'ai pu discuter avec les professionnels formés et avoir de premiers éléments de réponses pour les questions soulevées par mon questionnaire.

Je remercie Matthieu Wargny, interne de Santé Publique. Tu as accepté de m'apporter tes connaissances en analyse statistique, le tout avec grande disponibilité et sympathie.

Je remercie enfin tous les professionnels qui ont accepté de prendre de leur temps pour répondre au questionnaire.

A MA FAMILLE ET MES AMIS

A ma mère. Ta disparition brutale il y a 3 ans a bouleversé ma vie et dans le même temps, marqué mon parcours d'internat. C'est dans ton absence que j'ai réalisé tout ce que tu m'avais transmis, et comme tu m'avais bien portée. Pour ta présence chaleureuse, ton soutien inconditionnel, ta générosité, je te remercie. A l'heure où ce parcours d'études s'achève, tu ne peux voir la femme que je suis devenue. C'est forte de toutes ces expériences et valeurs transmises que j'entame ma vie professionnelle et que je construis avec bonheur ma vie personnelle. Tu aurais été heureuse des deux. Tu peux être fière, c'est en partie grâce à toi.

A mon père. Merci pour les valeurs humaines et sociales que tu m'as transmises. Merci de croire en moi (souvent plus que moi), de m'avoir poussée à voir grand, et d'avoir compris que je créais mon propre chemin. Merci pour ton soutien, et pour ce qui n'est pas formulé.

A mes sœurs. A Géraldine, merci pour ton côté protecteur et ta maison toujours grande ouverte. A Chloé, merci pour ton côté déterminé et audacieux, ta façon d'aller de l'avant et écarter le négatif.

A Boris, Lisa, Marin, et Mila, pour votre dynamisme et joie de vivre. A Edouard, pour ta gentillesse, c'est un plaisir de t'accueillir dans la famille.

A mes amis, vous qui êtes là, simplement... Parler de tout et surtout de rien. Dans les hauts et les bas. Les grands projets, les petits riens. Tous ces moments heureux, partagés avec vous, sont pour moi le ciment d'amitiés inébranlables. Merci.

Chloe B., Leo. Mes petits expat'. Culture, ouverture, et discussions jusqu'au bout de la nuit.

Damien, Clément, Joris. Merci pour votre présence malgré la distance.

Julie, Pauline, Manon, Mathilde. Femmes, médecins, épanouies, énergiques, positives. Ne changez rien.

Camille, Gillou. Que de moments intenses : des révisions de l'internat à nos voyages en Argentine, ou en Espagne... On repart où et quand vous voulez.

Elisa, Vincent et Laetitia, Sarah. Je vous ai tellement cassé les pieds. Cette thèse est un peu la votre... Merci pour vos précieux conseils, mais surtout pour le reste, les moments hors médecine. Soirée jeux !

Alice P. Souvenirs des confidences sur les routes de Tarn et Garonne. Une amitié est née dans cette Clio à boîte automatique.

A Bastien. Ton soutien m'a été précieux tout au long de ces mois et tu le sais. Bien au delà de cette thèse je te remercie pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Notre avenir m'enchanté. Continuons de construire.

Aux médecins et équipes qui ont formé mon parcours d'internat. De la psychiatrie certes, mais pas uniquement : beaucoup d'humanité et des partages faciles. Vous m'inspirez, merci : L'équipe de pédopsychiatrie de Rodez, Dr Ragonnet, Dr Letamendia, Dr Rouch, l'équipe de l'APJA, Dr Berheim et Dr Pasquier, les équipes de PMI d'Empalot et Aucamville, Dr Olivier et l'équipe de l'HAD, l'équipe du CATTP Ado de Montauban, Dr Loidreau, Dr Dupouy.

Merci aussi à tous ceux, nombreux, croisés au cours de mon internat, et qui m'ont beaucoup appris. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée et pour m'avoir accompagnée et guidée dans mon apprentissage.

A mes co-internes, pour tous les bons moments échangés pendant le travail, Amandine C. , Jeanne, Chloé.

Aux internes de Psychiatrie toulousains.

Aux patients et leurs familles.

ABREVIATIONS

TDAH : Dans ce travail le terme englobe les différentes définitions diagnostiques utilisées dans les études citées, c'est à dire le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité selon le DSM-IV-TR, le DSM-V et parfois le trouble hyperkinétique selon la CIM-10.

DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

CIM : Classification Internationale des Maladies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

RIMP : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

TED : Troubles Envahissants du Développement

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

PATS : Preschoolers ADHD Treatment Study. Etude présentée page 52.

TSA : Trouble du Spectre Autistique

AMM : Autorisation de mise sur le marché

PEHP : Programme d'Entraînement aux Habiletés Parentales

PT : *Parent Training* : Formation parentale

BPT : *Behavioral Parent Training* : Formation parentale comportementale, PEHP

MTA : Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Etude présentée page 47.

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

RCT : *Randomized Controlled Trial* : Essai randomisé contrôlé

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocations

TC : Trouble des conduites

NFPP : New Forest Parenting Package. Programme parental, présenté page 79.

ECG : Recommandations européennes. Voir page 32.

AACAP : Recommandations des Etats-unis. Voir page 32

NICE : Recommandations anglaises. Voir page 32

SIGN : Recommandations écossaises. Voir page 32

AAP : Recommandations des Etats-unis. Voir page 32

NHMRC : Recommandations australiennes. Voir page 32

CADDRA : Lignes directrices canadiennes. Voir page 32

SINGAPOUR : Recommandations de Singapour. Voir page 32

HAS : Recommandations françaises. Voir page 32

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	6
ABREVIATIONS.....	10
TABLE DES ANNEXES	16
INTRODUCTION GENERALE	17
PARTIE THEORIQUE	18
I - TDAH – PRESENTATION	18
I.1) Diagnostic	18
I.1.1) Classifications DSM , CIM10	18
I.1.2) En France	20
I.2) Hypothèses étiopathogéniques	21
I.2.1) Etiologies.....	21
a- Génétique.....	22
b- Influence environnementale.....	22
I.2.2) Physiopathologie	22
a- Structures cérébrales et fonctionnement.....	22
b- Neuropsychologie	23
I.3) Epidémiologie	25
I.3.1) Prévalence	25
a- Dans le monde.....	25
b- En France	26
I.3.2) Evolution	26
I.3.3) En fonction du sexe	26
I.4) Comorbidités - Diagnostics différentiels.....	27
I.5) Traitements	28
I.5.1) Traitement médicamenteux.....	28
a- En France.....	28
b- Au niveau international	29
I.5.2) Interventions non médicamenteuses	29
a- Interventions psychosociales	29
b- Interventions au niveau alimentaire	30
I.5.3) Prise en charge des comorbidités.....	31
II - RECOMMANDATIONS AU NIVEAU INTERNATIONAL	31
II.1) Importance de la place accordée aux parents dans les recommandations	33
II.1.1) Information des parents.....	33

a- Psychoéducation.....	33
b- Autres ressources	35
c- Quand informer ?	35
II.1.2) Implication des parents dans la prise en charge de l'enfant.	35
a- Diagnostic.....	35
b- Prise en charge, plan de traitement.....	36
c- Titration médicamenteuse	36
d- Partenaires	36
e- Se saisir des ressources proposées	36
f- Particularité de la prise en charge des adolescents.....	36
II.1.3) Formations proposées aux parents / conseils donnés.....	37
a- Comment ?.....	37
b- Objectif ?.....	38
c- Pour qui ?	38
d- Quand ?.....	39
e- Qu'existe t'il en alternative aux formations comportementales ?	39
II.2) Positionnement par rapport aux interventions psychosociales.....	42
II.2.1) Intérêt et efficacité des interventions psychosociales, et des interventions comportementales.....	42
a- Intérêt des thérapies psychosociales.....	42
b- Efficacité des interventions psychosociales.....	43
II.2.2) Intérêt discuté des interventions psychosociales dans un traitement combiné (traitement médicamenteux et intervention comportementale).....	47
a- Etude MTA	47
b- Présentation des meta-analyses de la NICE.....	50
c- Autres études	52
d- Critères d'efficacité.....	53
e- TDA/H et trouble hyperkinétique.....	55
f- Discussion des résultats évoqués précédemment.....	56
g- Conclusion.....	58
II.2.3) Conclusion sur les conditions dans lesquelles le traitement psychosocial est recommandé dans les recommandations.....	59
a- ECG	62
b- AACAP	62
c- NICE.....	63
d- SIGN	64
e- AAP	65
f- NHMRC.....	66
g- CADDRA	66
h- SINGAPORE	67

i- HAS	67
III : LES PROGRAMMES PARENTAUX	68
III.1) Données récentes sur l'efficacité et les limites des programmes d'entraînement parental.....	68
III.1.1) Efficacité et Limites.....	68
a- Présentation des données récentes de la littérature.....	68
b- Quelques biais retrouvés dans les études sur le TDAH...	70
c- Conclusion.....	71
III.1.2) Modérateurs.....	72
a- Cohérence parentale.....	72
b- Participation aux programme.....	73
c- Facteurs socio-économiques.....	73
d- Implication au changement.....	73
III.1.3) De la recherche à la pratique clinique.....	73
III.2) Présentation des programmes d'entrainement aux habiletés parentales	75
III.2.1) Présentation générale.....	75
a- La théorie de l'apprentissage opérant.....	75
b- L'apprentissage social	77
c- La restructuration cognitive.....	77
III.2.2) Exemples de programmes d'entraînement aux habiletés parentales.....	78
a- Programme Incredible Years.....	78
b- Programme "New Forest Parenting Package"	79
c- Programme "Helping the Noncompliant Child"	80
d- Programme de type "Barkley"	81
III.3) Critères d'efficacités d'un programme	83
III.3.1) Sur le fond	83
III.3.2) Sur la forme	83
PARTIE ETUDE DESCRIPTIVE	85
INTRODUCTION.....	85
METHODE	86
I - Questions et hypothèses de recherche, objectif	86
II - Schéma d'étude.....	87
III- Population d'étude	87

IV - Données recueillies et mode de recueil	88
V - Stratégie d'analyse des données	89
RESULTATS.....	91
I - DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE.....	91
I.1) Au niveau de leurs caractéristiques professionnelles.....	91
I.2) Au niveau de leurs approches théoriques et pratique clinique.....	92
I.3) Au niveau de la formation reçue.....	93
II - FACTEURS ASSOCIES A LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME.....	93
II.1) Les caractéristiques professionnelles	94
II.2) La conviction dans l'efficacité du programme	95
II.2.1) Bénéfice pour l'enfant.....	96
II.2.2) Bénéfice pour le parent.....	98
II.2.3) Motivation initiale et utilisation personnelle du programme.....	101
II.3) La formation délivrée aux professionnels.....	102
II.4) Les limites rencontrées à la mise en place du programme.....	102
II.4.1) Non mise en place du programme.....	102
II.4.2) Suspension du programme.....	103
II.4.3) Proposition du programme pour l'année en cours.....	104
III - DESCRIPTION DES PROGRAMMES MIS EN PLACE.....	105
III.1) Caractéristiques des programmes mis en place, Cadre et format	107
III.2) Caractéristiques des programmes mis en place, population cible : les enfants	109
III.3) Caractéristiques des programmes mis en place, population cible : les parents.....	110
DISCUSSION	111
I - INTERPRETATION DES RESULTATS - COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE...	111
I.1) Discussion des résultats en population totale.....	111
I.2) Discussion des résultats pour notre premier objectif	111
I.2.1) Caractéristiques des professionnels	112
I.2.2) Conviction dans l'efficacité du programme	112
I.2.3) Formation délivrée aux professionnels	114
I.2.4) Limites rencontrées à la mise en place du programme	115
I.3) Discussion des résultats pour notre deuxième objectif.....	116
I.3.1) Données générales.....	116
I.3.2) Cadre et format des programmes proposés.....	117
I.3.3) population cible : les enfants.....	120

1.3.4) population cible : les parents.....	122
II- LIMITES DE L'ETUDE.....	124
III - CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	125
III.1) Conclusions et Perspectives pour le premier objectif.....	126
III.2) Conclusions et Perspectives pour le deuxième objectif.....	127
III.3) Données à intégrer pour le futur des implantations de programmes d'entraînements aux habiletés parentales.....	128
IV- QUELQUES PISTES DE RECHERCHE.....	130
CONCLUSION GENERALE	131
BIBLIOGRAPHIE	132
TABLE DES TABLEAUX.....	153
ANNEXES.....	155

TABLE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Questionnaire	p.155
- Annexe 2 : Tableau I.1.a)	p.169
- Annexe 3 : Tableau I.1.b)	p.170
- Annexe 4 : Tableau I.2.a)	p.171
- Annexe 5 : Tableau I.2.b)	p.172
- Annexe 6 : Tableau I.3)	p.173
- Annexe 7 : Tableau II.2.b)	p.174
- Annexe 8 : Tableau III)	p.175
- Annexe 9 : Tableau III.1.a)	p.176
- Annexe 10 : Tableau III.1.b)	p.177
- Annexe 11 : Tableau III.2)	p.178
- Annexe 12 : Tableau III.3)	p.179

INTRODUCTION GENERALE

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité est un sujet très présent dans la recherche actuelle en médecine. En tant que trouble neuro-développemental, avec ses manifestations comportementales, il se trouve au carrefour entre la pédopsychiatrie et la neuropédiatrie.

Actuellement la prise en charge recommandée est multimodale. Les interventions psychosociales sont un très bon complément ou une alternative au traitement médicamenteux pour les enfants qui ne peuvent en bénéficier. Les entraînements aux habiletés parentales sont intéressants car ils présentent un double avantage. D'un côté l'environnement familial (et scolaire) entend et comprend les difficultés propres à l'enfant, son fonctionnement, mais aussi ses besoins ; l'environnement s'adapte au moins partiellement à l'enfant. D'un autre côté, la souffrance parentale provoquée par le trouble (incompréhension de la situation, culpabilité, rapport de force, honte vis à vis de l'entourage, épuisement) est entendue, et, au moins pour partie, désamorcée. Les relations parent-enfant peuvent alors être pensées et vécues différemment.

Nous verrons en première partie de ce travail quelques éléments descriptif du trouble TDAH, et quelques points qui font débat. Nous verrons aussi comment différentes recommandations au niveau international se positionnent par rapport à la place parentale dans la prise en charge, quels arguments sont avancés en faveur et défaveur des prises en charges psychosociales, et quelles recommandations sont en vigueur.

Le réseau P'titMip a proposé une formation aux groupes d'entraînements aux habiletés parentales en Septembre 2015 à Toulouse. Le programme enseigné, de type "programme de Barkley", correspondait à celui le plus communément utilisé en France d'après l'HAS. Il existait peu d'offres d'entraînement aux habiletés parentales pour le TDAH, en pédopsychiatrie en Midi-Pyrénées jusqu'à cette formation.

Nous nous sommes alors interrogés sur les raisons, et avons cherché à savoir si la mise en place de tels programmes était compliquée en pratique courante, si le contexte (formation reçue, condition de travail, caractéristiques du professionnel) l'influçait.

Par ailleurs, les programmes *evidence-based* recommandés sont créés par des équipes de recherche, en conditions très éloignées de la pratique courante française.

Nous nous sommes aussi demandés de quelle façon les praticiens pouvaient s'approprier la méthode et si les caractéristiques des programmes différaient d'une équipe à l'autre.

PARTIE THEORIQUE

I : TDAH – PRESENTATION

I.1) Diagnostic

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) recouvre des dysfonctionnements comportementaux, cognitifs et émotionnels. Il est reconnu comme trouble neuro-développemental(1). Son diagnostic est clinique et doit s'appuyer sur divers points : ancienneté du trouble, présentation clinique actuelle dans divers contextes, recherche de comorbidités, et recueil d'information sur l'environnement familial. Ceci peut être étayé par des auto ou hétéro-questionnaires pour la famille ou les professeurs. Des examens complémentaires peuvent être nécessaires pour éliminer des diagnostics différentiels. Des tests neuropsychologiques peuvent apporter des éléments de précision sur les fonctions exécutives et pour la prise en charge (2,3).

I.1.1) Classifications DSM , CIM10

Il existe deux nomenclatures de critères diagnostiques, utilisées au niveau international pour définir le TDAH, toutes deux s'articulant autour de la triade symptomatique : déficit d'attention, hyperactivité, impulsivité. Le DSM-IV-TR et maintenant le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l' American Psychiatric Association définissent le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (4) , alors que les critères de la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) de l' OMS déterminent le diagnostic de trouble hyperkinétique (5).

Les deux classifications présentent des descriptions cliniques assez proches. Toutes deux insistent sur le retentissement des troubles qui doit être important, avec une altération marquée du fonctionnement, cliniquement significative. Les symptômes doivent persister depuis au moins 6 mois, avoir un caractère envahissant : à savoir la présence d'une gêne fonctionnelle dans au moins deux types d'environnement (familial et scolaire par exemple). La clinique ne doit pas être mieux expliquée par un autre trouble que le diagnostic évoqué.

L'apparition précoce des troubles est nécessaire au diagnostic : pour la CIM-10 la limite d'âge est fixée à 7 ans, tout comme l'avait fixé le DSM-IV-TR ; le DSM-V a relevé cet âge à 12 ans. Ceci peu s'expliquer par le fait que les symptômes d'inattention peuvent longtemps passer inaperçus jusqu'à ce que l'environnement scolaire devienne plus exigeant.

Pour être considéré comme symptomatique, la clinique doit atteindre un degré inadapté, qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant. La définition des trois symptômes est cliniquement très proche entre les deux classifications. La version de leur description selon le DSM-V est présentée dans le tableau ci-dessous (Tableau 1).

Inattention
<p>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> <p>b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.</p> <p>c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.</p> <p>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> <p>e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.</p> <p>f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contre cœur les tâches qui nécessitent un effort mental.</p> <p>g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuille, clés, papiers, lunettes, téléphone mobile).</p> <p>h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes (pour les adolescents et les adultes, cela peut inclure passer du « coq à l'âne »).</p> <p>i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.</p>
Hyperactivité - Impulsivité
<p>a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.</p> <p>b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.</p> <p>c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié.</p> <p>d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.</p> <p>e) Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts ».</p> <p>f) Souvent, parle trop.</p> <p>g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée</p> <p>h) A souvent du mal à attendre son tour.</p> <p>i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.</p>

Tableau 1 : Description des symptômes du TDAH selon le DSM-V.

En fonction de la prédominance d'un de ces symptômes, le DSM-V a défini des spécificateurs : Présentation Combinée , Présentation à prédominance Inattentive , Présentation à prédominance hyperactive/impulsive (4). Mais contrairement au DSM-IV-TR qui en avait fait des sous-types cliniques, ces distinctions, non pérennes au cours de l'évolution, n'ont plus autant d'importance (1).

Pour le diagnostic de TDAH l'enfant doit présenter au moins 6 critères des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité ou impulsivité (4).

En revanche pour la CIM-10 , le diagnostic impose la présence combinée des troubles de l'attention, de l'hyperactivité et de l'impulsivité (5).

Le trouble hyperkinétique correspond à une symptomatologie plus marquée que pour le diagnostic de TDAH. La CIM-10 présente une définition plus limitée du trouble : un grand nombre de comorbidités validés par le DSM-V sont des critères d'exclusion pour la CIM-10. C'est le cas pour les troubles thymiques, les troubles du spectre autistique et les troubles anxieux. Le trouble hyperkinétique est distingué dans la CIM-10 suivant la présence d'un trouble des conduites associé (F90.1) ou non (F90.0) (5). Il existe aussi les cotations F90.8 Autres troubles hyperkinétiques et F90.9 Trouble hyperkinétique , sans précision.

Pour la CIM-10 les troubles attentionnels isolés recourent d'autres étiologies et ne font pas partie de cette entité diagnostique.

I.1.2) En France - CFTMEA

Même si les cotations diagnostiques obligatoires pour le RIMP (Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie) doivent utiliser la classification CIM-10, il existe une autre classification diagnostique très utilisée en pratique clinique en France : la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).

La dernière édition date de 2012, sous la direction du Pr R.Misès. L'évaluation se fait suivant deux axes, l'axe I étant celui des "catégories cliniques de base" alors que l'axe II recense les "facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques". C'est dans cette partie que les conditions environnementales peuvent être exprimées (6).

L'axe des catégories cliniques est divisé en sous-catégories. Il est recommandé de coter en priorité parmi les catégories suivantes : Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence ; Troubles névrotiques ; Pathologies limites ; Troubles réactionnels ; ou encore Variations de la normale (6).

Les autres catégories ne doivent alors être utilisées qu'en supplément (catégorie complémentaire) . Si le diagnostic ne peut entrer dans les catégories citées ci-dessus, alors seulement les autres catégories (5-Déficiences mentales (arriérations, déficits mentales, démences) ; 6-Troubles du développement et des fonctions instrumentales ; 7-Troubles des conduites et du comportement ; 8- Troubles à expression somatique ; 9- Manifestations et symptômes à type d'anxiété, de phobie, de compulsions, de conversion) peuvent être utilisées en premier lieu (6).

L'équivalent du TDAH du DSM-V pour les tableaux cliniques à composante mixte hyperactive, impulsive et avec troubles attentionnels se retrouve dans la catégorie des Troubles des conduites et du comportement : coté en 7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention, trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) , ou encore 7.08 Autres troubles hyperkinétiques , ou 7.09 Troubles hyperkinétiques non spécifiés. (6)

L'Hyperkinésie avec troubles de l'attention est définie de manière similaire aux critères DSM-V et CIM-10, "difficultés à fixer l'attention, manque de constance dans les activités qui exigent une participation cognitive, et une tendance à avoir une activité désorganisée, incoordonnée et excessive, et un certain degré d'impulsivité ainsi qu'une hyperactivité ou une agitation motrice incessante"(7). Ces enfants présentent fréquemment une absence de réserve, d'inhibition sociale face aux adultes. Des comorbidités fréquemment retrouvées sont : un retard spécifique du développement de la motricité et du langage, ou une altération des fonctions cognitives.(7)

Le diagnostic d'hyperkinésie avec troubles de l'attention, ou trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) de la CFTMEA ne tolère que peu de comorbidités. La cotation principale dans la catégorie 7 implique implicitement qu'il n'y a pas de diagnostic associé parmi les Troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence ; Troubles névrotiques ; Pathologies limites ; Troubles réactionnels ; ou encore Variations de la normale.

Cette cotation peut en revanche être utilisée en complément d'un des diagnostics ci-dessus. Mais dans ce cas, ce sont l'hyperactivité et le déficit attentionnel qui deviennent des comorbidités d'une autre pathologie principale, avec comme conséquence une conduite à tenir et une évaluation des risques à long terme pensées différemment.

I.1.3) Délai de diagnostic

Deux études ont étudié le délai avant que le diagnostic ne soit posé sur un échantillon de population en France. La première étude, évalue le délai moyen à partir de la première consultation avec un professionnel de santé à 33 mois (8,9) . La deuxième étude a constaté une moyenne de 4 ans entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic de TDAH (9).

Dans la suite de ce travail le terme TDAH englobe les différentes définitions diagnostiques utilisées dans les études citées, c'est à dire le TDAH selon le DSM-IV-TR, le DSM-V et parfois le trouble hyperkinétique selon la CIM-10.

I.2) Hypothèses étiopathogéniques dans la littérature actuelle

I.2.1) Etiologies

L'étiologie du TDAH n'est à ce jour pas complètement éclaircie. L'hypothèse actuelle communément admise est une origine multifactorielle.

L'héritabilité du TDAH est très élevée, de l'ordre de 76% (10) . Mais forte héritabilité ne veut pas systématiquement dire cause génétique ; en effet elle peut aussi résulter d'une interaction gène-environnement (11). C'est une hypothèse vers laquelle se tournent beaucoup d'études actuellement (12) .

a) Génétique :

Pour la partie génétique de l'étiologie multifactorielle, plusieurs hypothèses sont en cours d'examen.

- La génétique moléculaire a longtemps travaillé à chercher des gènes candidats, dirigée vers la dopamine, noradrénaline et sérotonine. Les éléments retrouvés portent sur les récepteurs dopaminergiques D4 et D5, le transporteur DAT-1, le transporteur de sérotonine 5-HTT, le récepteur de sérotonine HTR1B, ainsi que le gène SNAP-25 (13–16).

Mais les études sur génome entier ne vont pas dans le sens d'une étiologie de gène candidat unique.

- Quelques mutations chromosomiques, rares, sont associées au risque de TDAH. Les duplications qui sont en lien avec le TDAH recourent celles retrouvées pour la schizophrénie, l'autisme, ou le déficit cognitif (1,17,18).

b) Influence environnementale :

Plusieurs éléments environnementaux ont été associés au TDAH.

Au niveau pré et/ou périnatal sont retrouvés : l'exposition au tabac (19) et à l'alcool (20) pendant la grossesse, la toxémie gravidique (14) et le stress maternel (13,14), la prématurité et un petit poids de naissance (13,14) ainsi que l'exposition à des toxiques (plomb, pesticides organophosphates) (11).

On retrouve des liens entre la présence du TDAH et , dans l'enfance, les traumatismes crâniens (13), la malnutrition précoce sévère (déficience en Zinc, Magnésium, acides-gras polyinsaturés et excès en sucres et colorants) (13) , les troubles du sommeil, et les facteurs de risques psychosociaux (adversité, éducation sévère, faible revenu, etc.).

Néanmoins parmi ces facteurs associés au TDAH, seule l'exposition aux toxiques est retrouvée comme facteur de risque avec une causalité démontrée. Les autres sont des corrélations, sans lien de causalité établi (1,21,22).

I.2.2) Physiopathologie

a) Structures cérébrales et fonctionnement

- Structures cérébrales

L'exploration par IRM structurale de patients TDAH montre des modifications au niveau des aires limbiques et des ganglions de la base.

Mais il ne s'agit pas de *lésion cérébrale*, et aucun déficit neuroanatomique identifié à ce jour n'est déterminant d'un développement du trouble TDAH. Ces éléments ne peuvent être reliés de manière causale au TDAH et ne peuvent pas être utilisés à des fins

diagnostiques (23) . Par ailleurs, le TDAH est un ensemble complexe de comportements, et la recherche d'une cause neurologique unique semble ainsi trop limitée(16,24) .

- Maturation cérébrale

Les patients TDAH présentent un retard de maturation du développement cortical (mesure de l'épaisseur corticale) (25). Ce retard est plus marqué dans les zones liées à l'attention (cortex préfrontal latéral) (23,26) .

- Réseau, activation

Les troubles exécutifs sont étudiés selon deux types différents.

Les troubles exécutifs classiques, dits "froids"(c'est à dire le raisonnement abstrait émotionnellement neutre), impliquent les circuits frontaux striataux (16,27) .

Les troubles exécutifs impliquant la motivation, avec une régulation des réponses émotionnelles, sont dits "chauds" ; ils passent par des connexions entre le cortex orbito-frontal et le striatum ventral (16,27) .

Ces réseaux apparaissent dysfonctionnels en imagerie fonctionnelle chez les patients TDAH (16,28,29) .

b) Neuropsychologie

Il n'existe pas de profil cognitif type définissant le TDAH. Mais divers déficits dans des domaines neuropsychologiques différents ont été notés.

Des déficiences de fonctions exécutives chez des personnes TDAH concernent l'inhibition de réponse, la vigilance, la mémoire de travail et la planification (30,1) .

Ces déficiences n'expliquent néanmoins pas la clinique de la totalité des patients ; pour certains, ces déficiences de fonctions exécutives peuvent ne pas être présentes (13,16,30) .

Par exemple, les autres dysfonctionnements non liés aux fonctions exécutives existant chez les patients ayant un TDAH sont : le stockage de l'information , la prise de décision, le timing , la variabilité du temps de réaction.

- Modèle du trouble des fonctions exécutives du Pr Barkley

Le modèle décrit par Barkley en 1997 établit qu' un déficit d'inhibition comportementale est à l'origine d'une baisse d'efficacité de quatre fonctions exécutives (32):

- autorégulation de la vigilance, de la motivation, des affects
- mémoire de travail
- langage intérieur
- reconstitution (21,23,24,26,27,29–32)

Les fonctions exécutives permettent à l'individu d'adapter ses comportements selon les feedbacks sensorimoteurs, les consignes et les objectifs qu'il a mémorisés.

Un trouble des fonctions exécutives entraîne des conséquences comportementales telles qu'une diminution du contrôle moteur, une diminution de la syntaxe, une diminution de la fluence. Ceci se manifeste par des réponses désinhibées sans lien avec la demande, une diminution de la constance vers un objectif, une insensibilité aux feedbacks, etc.

Ce modèle de défaut d'inhibition comportementale ne serait retrouvé que chez la moitié des patients ayant un TDAH. (33)

- **Modèle à deux voies du Pr Sonuga-Barke**

Après avoir développé un modèle à explicatif du TDAH par aversion pour le délai, Sonuga-Barke a proposé un autre modèle "à deux voies" en 2003, qui intègre le défaut d'inhibition comportementale décrit par Barkley et l'aversion au délai. Ce schéma implique le circuit neuronal de récompense (34).

Il peut se résumer ainsi :

- Si une personne TDAH a le choix entre une récompense faible et immédiate ou une récompense forte mais lointaine, alors elle va tendre vers la réponse immédiate, et éviter l'expérience de l'attente. Ceci explique l'impulsivité du TDAH.

- Mais si cette personne n'a pas le choix et doit subir une attente jugée contraignante, alors son action va être dirigée vers une recherche de diminution de perception du temps, l'attention va être focalisée sur des éléments de l'environnement : soit en cherchant des stimulations préexistantes (regarder dehors par exemple), soit en créant les stimulations (bouger, etc). Ceci correspond à l'inattention et à l'hyperactivité du TDAH (35).

Cette attitude de "protection du temps" s'explique par un dysfonctionnement de deux fonctions exécutives : la mémoire de travail (à court terme) et la planification (à court et à long terme) (16).

Les personnes ayant un TDAH ont besoin de renforcements plus rapides et répétés pour finir une action. Les personnes TDAH ont plus tendance à se précipiter pour trouver la bonne réponse ou obtenir rapidement une récompense. Elles deviennent de plus en plus sensibles aux situations d'attente (36).

I.3) Epidémiologie

I.3.1) Prévalence

a) Dans le monde

Les résultats des études de prévalence sont différents selon la classification diagnostique utilisée (23).

Dans un rapport de l'Inserm de 2002, une revue de vingt-trois études épidémiologiques sur le TDAH, de nationalités différentes, majoritairement pour des enfants d'âge scolaire, montrait ainsi que " les études utilisant le DSM produisaient des taux variant de 0,4 % à 16,6 % et le plus souvent compris entre 5 % et 10 %. A l'inverse, les études reposant sur les définitions du syndrome hyperkinétique de la CIM donnaient des résultats beaucoup plus bas, les taux variant de 0,4 % à 4,2 % avec une moyenne de 2 % environ".

Deux études ont ainsi comparé dans les années 1990 (37,38), dans une même enquête, les taux de diagnostics retenus pour une même population, en fonction des définitions diagnostiques, et il a été mis en évidence une différence dans un rapport proche de dix (31).

Récemment une méta-analyse de 2015 a rapporté une prévalence au niveau mondial de TDAH chez les enfants et adolescents de 3,4% (95% CI 2,6–4,5) (39). En 2007, cette même équipe avait montré que la prévalence au niveau international (alors évaluée à 5,29%, 6% pour les enfants d'âge scolaire et 3% pour les adolescents, sur une méta-analyse de 102 études et 171 756 individus de moins de 18 ans, pour un diagnostic DSM ou CIM) n'était pas impactée par la localisation géographique (du moins entre l'Amérique du Nord et l'Europe) mais par les méthodes d'évaluation (notamment selon la personne qui rapporte les symptômes), ainsi que les classifications diagnostiques utilisées (40).

Au niveau mondial, les pays en voie de développement et émergents présentent une bien moindre quantité d'études sur le TDAH (1).

L'étude de l'évolution dans le temps des tendances en santé mentale de l'enfant et l'adolescent ne retrouve pas d'augmentation de la prévalence du TDAH au cours des 3 dernières dizaines d'années (en condition d'évaluation diagnostique identique) (41). Mais il y a eu en revanche une augmentation importante des prescriptions liées au TDAH dans les pays à hauts revenus (1,42–44).

Dans une autre méta-analyse récente de 2015, il existe une faible preuve d'une augmentation des taux de diagnostic clinique (et de traitement) de TDAH en études épidémiologiques, alors que les études basées sur l'évaluation parentale des symptômes ne retrouvaient pas d'augmentation de prévalence (45).

b) En France

L'épidémiologie française est similaire aux données retrouvées au niveau mondial (46).

Une étude assez récente, de 2011, menée en France par Lecendreux par enquête téléphonique sur 1012 familles, rapporte une prévalence de TDAH (selon le DSM IV) chez les

enfants de 6 à 12 ans entre 3,5 et 5,6 %. Le chiffre de 3,5 % est la prévalence retrouvée en évaluant les symptômes décrit par les parents. Et le chiffre de 5,6% représente cette population ajoutée aux enfants dont les symptômes ne permettaient plus de poser le diagnostic, mais qui étaient sous traitement pour le TDAH (expliquant une possible diminution des manifestations cliniques)(16). La prévalence de personnes traitées était de 3,5% (46,47).

Sur le suivi à 4 ans de cette même population, la prévalence d'un TDAH (qu'il soit "complet" ou "infraclinique" était de 65,8% chez les patients diagnostiqués TDAH quatre ans plus tôt, et de 9,8% chez les patients non diagnostiqués TDAH initialement. Pour cette dernière population, la prévalence de diagnostic de TDAH "complet" était de 3,4% (48).

1.3.2) Evolution

L'agitation peut être repérée parfois très tôt, sans pour autant pouvoir affirmer le diagnostic (3) . Barkley estime que 50 % des enfants hyperactifs présentent à trois ans des problèmes comportementaux importants (31). Pour l'étude PATS (Preschool ADHD Treatment Study) , le diagnostic chez les enfants de moins de six ans est possible en tenant compte du développement de l'enfant, de mesures faisant référence à des normes, et des retours des personnels encadrant (49,50)

Par la suite, le taux de patients diagnostiqués TDAH semble fléchir à l'adolescence. (31)

Certains adultes atteignent une rémission complète, mais 65% restent symptomatiques, au moins partiellement (1,51).

1.3.3) En fonction du sexe

L'étude de Lecendreux de 2011, retrouvait que parmi les jeunes ayant un TDAH il y avait plus d'hommes que de femmes. Dans une méta-analyse publiée en 2012 (52), le sex-ratio pour le TDAH variait de 2 à 4 garçons pour 1 fille, en population générale, avec une probable sous-estimation pour les filles (3). Pour l'Inserm ce rapport est plutôt de 3 à 4 pour 1(31). Et ce rapport est même augmenté à 7-8 pour 1 en population clinique, d'après Biederman et al. (53) .

1.4) Comorbidités - Diagnostics différentiels

Le TDAH est fréquemment associé à des comorbidités : 44% en aurait au moins une d'après le DSM-IV (3) .

Les plus fréquentes sont les troubles émotionnels et les troubles du comportement (23,54).

Les troubles émotionnels recouvrent les troubles anxieux et la dépression, ils peuvent précéder ou être la conséquence du TDAH, de la baisse de l'estime de soi et du rejet par les pairs.

Les troubles du comportement incluent les Troubles Oppositionnels avec Provocation et les Troubles des Conduites (1,55,56) . Ils sont fréquents, influencés par l'environnement et leur présence signent un moins bon pronostic.

Les autres comorbidités sont la déficience intellectuelle, les tics ou syndrome de Gilles de la Tourette, les troubles de la communication, les troubles spécifiques des apprentissages (langage oral et écrit, coordination, etc.), les troubles du sommeil et les troubles moteurs (1,57–59) .

Depuis la parution du DSM-V, les troubles du spectre autistique (TSA) peuvent aussi être une comorbidité et n'écartent plus le diagnostic de TDAH (3). Trente à quatre-vingt pourcents des TSA aurait les critères du TDAH et 20 à 50% des TDAH aurait les critères des TSA ; ainsi reste la question de deux syndromes distincts ou de deux variantes phénotypiques (3).

Enfin peuvent être retrouvés aussi en comorbidité : des troubles de l'usage de substances, et addictions, des comportements à risque, une précocité intellectuelle , des troubles bipolaires, un syndrome de stress post-traumatique, neurofibromatose de type NF1, épilepsie ou encore de la maltraitance vis-à-vis de l'enfant (47) .

Tous ces diagnostics qui peuvent être des comorbidités peuvent aussi être des diagnostics différentiels du TDAH. D'autres diagnostics différentiels sont à envisager et éliminer : un déficit visuel ou auditif, des troubles respiratoires nocturnes, des pathologies endocriniennes (hyperthyroïdie ou hyperplasie congénitale des surrénales), ou une intoxication (au mercure ou au plomb) (47).

Au final, la distinction entre un TDAH avec comorbidité, et un diagnostic différentiel avec trouble attentionnel, peut s'avérer très difficile.

I.5) Traitements possibles

I.5.1) Traitement médicamenteux

a) En France

En France il n'existe qu'une possibilité pharmaceutique : le méthylphénidate ; il a l'AMM depuis 1995. Selon son AMM, il est indiqué "dans le cadre d'une prise en charge globale du Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) chez l'enfant de 6 ans et plus, lorsque des mesures correctives seules s'avèrent insuffisantes.» (16,60).

Ce traitement est un stimulant apparenté à la famille des amphétamines, sans en faire partie. Il augmente la concentration dans la fente synaptique de la dopamine et de la noradrénaline, par inhibition de leur recapture par le neurone présynaptique.

Le diagnostic doit être basé sur le DSM-V ou la CIM-10. Quand elle est nécessaire, la prescription de méthylphénidate doit être argumentée par la sévérité, la chronicité des symptômes et l'impact sur le fonctionnement global (16,61)(16)(17)(16).

En tant que psychostimulant, il requiert une prescription sur ordonnance sécurisée, de 28 jours maximum. La prescription doit être initiée (et renouvelée tous les ans) par un médecin hospitalier : pédiatre, neurologue ou pédopsychiatre.

Il existe différentes galéniques : des formes à libération immédiate (Ritaline 10mg) ou à libération prolongée (Concerta LP, Quasym LP, ou Ritaline LP) dans différents dosages.

La posologie doit se titrer progressivement, en évaluant l'efficacité et la tolérance des effets secondaires éventuels. L'efficacité peut apparaître dès 0.3 mg/kg/jour, mais généralement la posologie efficace se situe vers 1 mg/kg/jour. La dose maximale est de 60 mg par jour.

Les formes à libération immédiate sont réparties en 2 à 3 prises dans la journée, en évitant les prises en fin d'après-midi et soirée, en raison des troubles du sommeil que le traitement peut induire (16).

Les effets secondaires décrits sont : la perte d'appétit, les douleurs abdominales , nausées, vomissements et diarrhée , les troubles du sommeil, la toux l'irritabilité et la labilité émotionnelle, le retard de croissance, l'augmentation de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque, les céphalées et les tics.

Une recherche des antécédents cardiovasculaires personnels et familiaux doit précéder toute prescription. Taille, poids, tension artérielle et fréquence cardiaque doivent être surveillés régulièrement (23)

La prescription peut être continue ou discontinue, avec des interruptions pendant les week-end et vacances, quand les symptômes du TDAH ont moins d'impact sur la vie

quotidienne. Une interruption annuelle au moins est nécessaire pour réévaluer la pertinence du traitement (61).

b) Au niveau international

A l'étranger, les possibilités médicamenteuses sont plus larges qu'en France.

Il existe une disponibilité de stimulants plus vastes : méthylphénidate, mais aussi dexmethylphenidate, dextroamphétamine, sels d'amphétamines (75% dextroamphétamine et 25% lévoamphétamine), voire dans certains pays méthamphétamines.

Le lisdexamphétamine, disponible aux USA, est un composant inactif qui se dégrade en dextroamphétamine (actif) une fois dans l'organisme (23).

Les traitements non-stimulants sont considérés comme indication de deuxième voire troisième intention. Il existe l'atomoxetine (inhibiteur sélectif de recapture de la noradrénaline), la guanfacine LP (agoniste sélectif des récepteurs adrénergiques alpha-2), le modafinil (utilisé dans la prise en charge de la narcolepsie). Les traitements de troisième ligne sont la clonidine LP (agoniste sélectif des récepteurs adrénergiques alpha-2) , et le bupropion (inhibiteur sélectif de la recapture de noradrénaline)(23).

Les antidépresseurs tricycliques ont été un temps envisagés car efficaces pour diminuer les symptômes du TDAH. Mais cette efficacité est limitée et ils présentent des effets secondaires potentiels graves. Il est maintenant démontré qu'ils ne sont pas indiqués dans le traitement du TDAH (3,62).

1.5.2) Interventions non médicamenteuses

a) Interventions psychosociales

Il existe diverses approches non médicamenteuses psychosociales, elles peuvent être :

- d'approche cognitivo-comportementale :

Basées sur les principes d'apprentissage , les thérapies d'inspirations comportementales visent à modifier un comportement par principe du conditionnement opérant. Les conséquences (positives ou négatives) appliquées par l'entourage suite à un comportement donné , peuvent soit le renforcer soit provoquer son extinction (16,63) . Possibles à tout âge, les interventions peuvent cibler les enfants ou son entourage qui appliquera avec l'enfant les techniques comportementales apprises. Elles sont possibles dans différents contextes :au domicile ou à l'école notamment (64) .

Les thérapies cognitives : elles sont envisageables pour des enfants plus âgés (car nécessitent une certaine maîtrise du langage). Leur objectif est de travailler sur les cognitions du patient, avec un but de changer les réactions automatiques de celui-ci, et d'acquérir des stratégies d'apprentissages efficaces. Elles utilisent l'auto-apprentissage, la

technique de résolution de problème, et l'auto-renforcement. (16,63,65). La remédiation cognitive permet une action sur la mémoire de travail, l'inhibition des réponses automatiques, et l'organisation dans le temps (2).

Les formations destinées aux parents : les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (Parent Training dans la littérature anglophone) seront plus détaillées dans la suite de ce travail. Il s'agit de guidance parentale d'inspiration cognitivo-comportementale.

L'affirmation de soi : travail avec l'enfant, en groupe. Travail via les habiletés sociales pour une meilleure compréhension et gestion des interactions sociales, pour un meilleur contrôle de l'impulsivité, et pour améliorer l'estime de soi (47).

La gestion de l'impulsivité : travail avec l'enfant, en groupe ou en individuel. L'objectif est le développement d'une autorégulation comportementale et cognitive (47).

- d'approche psychodynamique :

Il existe des consultations thérapeutiques (réflexion et travail familiaux autour de l'enfant, dans une approche globale de l'enfant et de la famille, et non centrée sur les symptômes) ou des psychothérapies : individuelle ou familiale, ou encore des groupes thérapeutiques (16).

- d'approche systémique :

Les thérapies familiales systémiques adoptent un point de vue dynamique, familial, ou l'enfant ayant un TDAH est un des éléments de cet ensemble. Le travail implique et se pense avec l'ensemble de la famille (16).

b) Interventions au niveau alimentaire

- Régimes d'élimination restrictifs

Ils sont basés sur l'idée que certains aliments, considérés comme des antigènes alimentaires ou des allergènes, peuvent déclencher chez certaines personnes une réaction immunologique à l'origine de symptômes du TDAH, comme certains réagissent par des réactions physiques (eczéma, asthme, troubles gastro-intestinaux, etc.). Ceci passerait par une élévation des IgG et non des IgE comme les allergies typiques connues. Donc les aliments provoquant une élévation du taux plasmatiques d'IgG seraient liés à une symptomatologie accrue des problèmes comportementaux dans le TDAH (66).

- Elimination des colorants alimentaires artificiels

Basé sur une élimination des salicylates le programme de Feingold fait éliminer de l'alimentation des colorants, parfums et goûts, conservateurs, et édulcorants artificiels, et toute nourriture et produits pouvant contenir des salicylates (66).

- Supplémentation en acides gras Omega 3

Les acides gras polyinsaturés jouent un rôle important au niveau de la structure et du fonctionnement cérébral. Deux acides gras essentiels, les oméga-3 et oméga-6, sont apportés à l'organisme uniquement par l'alimentation. Les patients ayant un TDAH auraient des concentrations plasmatiques en oméga-3, plus basses que les témoins (ainsi que dans leurs membranes érythrocytaires) (66,67).

- Supplémentation en micro-nutriments.

Une approche des pathologies psychiatriques (et du TDAH) consiste en l'idée qu'ils seraient associés à une activité métabolique ralentie (par diminution de la disponibilité de coenzymes). Les micronutriments (vitamines et minéraux) font partie des coenzymes nécessaires au fonctionnement des enzymes, impliquées dans le métabolisme des neurotransmetteurs. Il existe des produits proposant une supplémentation large en vitamines et micronutriments dans le commerce (66).

Une méta-analyse de 2013 de Sonuga-Barke et al. (68) sur les interventions non pharmacologiques ne retrouvait un effet significatif que pour les suppléments en oméga-3 et les éliminations de colorants alimentaires. Les autres approches nutritionnelles comme les régimes restrictifs n'étaient pas significativement efficaces. Deux études plus récentes (66,69,70) ont montré une efficacité sur les symptômes du TDAH suite à une large supplémentation en micronutriments, chez des adultes et des enfants.

1.5.3) Prise en charge des comorbidités

Les comorbidités doivent être traitées, elles ont un impact fonctionnel important.

En cas de troubles du langage ou des apprentissages, il est intéressant de proposer une rééducation orthophonique (2). Un suivi psychiatrique est à envisager en cas de trouble de l'humeur.

II - RECOMMANDATIONS AU NIVEAU INTERNATIONAL

Dans cette partie nous étudierons neuf recommandations existant au niveau international. Ceci nous donnera un aperçu de ce qui est actuellement recommandé dans le monde concernant le rôle des parents dans la prise en charge de leur enfant ayant TDAH, ainsi que la place à donner aux interventions psychosociales et plus précisément aux programmes d'entraînements aux habiletés parentales pour le TDAH. Elles datent de 2004 pour la plus ancienne à 2015 pour la plus récente. Elles sont brièvement présentées dans le tableau 2 (page 32). La colonne "Nom utilisé" permet d'identifier chaque recommandation pour la lecture de la suite de ce travail.

ORIGINE DE LA RECOMMANDATION	TITRE	NOM UTILISE	ANNEE	PAYS	AGE DES ENFANTS
European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP)	European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade	ECG	2004	Europe	Enfants d'âge préscolaire jusqu'aux adolescents
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)	Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder	AACAP	2007	Etats-Unis	De 3 ans à 17 ans
National Institut for Health and Care Excellence (NICE)	Attention Deficit Hyperactivity Disorder The NICE Guideline on Diagnosis And Management of ADHD in Children, Young People and Adults	NICE	2008	Angleterre	Enfants à partir de 3 ans, jusqu'aux adultes
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Management of Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children And Young People A National Clinical Guideline	SIGN	2009	Ecosse	Enfants à partir de 3 ans, jusqu'aux "jeunes gens".
American Academy of Pediatrics (AAP)	ADHD : Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescent	AAP	2011	Etats-Unis	De 4 à 18 ans
National Health and Medical Research Council (NHMRC)	Clinical Practice Points on the Diagnosis, Assessment and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents	NHMRC	2012	Australie	De 3 à 18 ans
Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA)	Lignes Directrices Canadiennes sur le TDAH	CADDRA	2014	Canada	Des enfants jusqu'aux adultes
Ministry of Health, Singapore	Attention Deficit Hyperactivity Disorder AMS-MOH Clinical Practice Guidelines 1/2014	SINGAPOUR	2014	Singapour	jusqu'à 18 ans.
Haute Autorité de Santé	Recommandation De Bonne Pratique : Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité,	HAS	2015	France	Enfants et adolescents. Précisions pour les moins de 6 ans : fonctions exécutives difficiles à évaluer car leur développement est plus tardif.
	<i>(Révision) NICE Guideline on Diagnosis And Management of ADHD in Children, Young People and Adults</i>		Prévue pour février 2018	Angleterre	

Tableau 2 : Présentation des recommandations au niveau international.

Pour l'OMS l'adolescence couvre la période de 10 à 19 ans, et les "jeunes gens" ont de 15 à 24 ans (71,72).

II.1) Importance de la place accordée aux parents dans les recommandations

II.1.1) Information des parents

L'information à délivrer aux parents est abordée dans toutes les recommandations analysées ici. Elle est présentée comme ayant une place très importante dans la prise en charge d'un enfant ayant un TDAH. Pour les ECG, il s'agit de la base du traitement, quelque soit l'approche thérapeutique (73). A titre, d'exemple, dans la SIGN, un chapitre entier est consacré à l'information à fournir aux familles, il a été rédigé en collaboration avec le réseau de patient SIGN et est à disposition pour être distribué aux familles (74).

Suivant les recommandations, l'information que doit fournir le médecin doit s'adresser aux parents dans tous les cas, ou "aidants" (*carer* en anglais) (75,76), régulièrement à l'enfant aussi, et parfois aussi directement aux enseignants de l'enfant.

Dans l'argumentaire des recommandations HAS (16), citant une thèse (77) il est explicité : *" l'information apportée aux parents et à l'enfant comprend différents niveaux qui seront à adapter en fonction des questions de la famille, de leur connaissance préalable du trouble et des difficultés auxquelles ils sont confrontés ... "*

a) Psychoéducation

L'information à délivrer varie d'une recommandation à l'autre.

Le terme de psychoéducation est retrouvé dans 4 recommandations : ECG, AACAP, CADDRA, et SINGAPOUR.

Il est évidemment question de donner des explications sur le trouble (TDAH ou trouble hyperkinétique suivant les approches), qui incluent la symptomatologie, les comorbidités ou troubles associés éventuels, les hypothèses étiologiques, ainsi que les possibilités thérapeutiques détaillées, incluant les possibilités d'entraînement aux habiletés parentales.

La CADDRA propose de commencer en questionnant ce que la famille connaît du TDAH et s'ils ont déjà discuté avec des personnes ayant un TDAH (64).

Plusieurs recommandations (NICE, SIGN, CADDRA, HAS) insistent sur la nécessité de déculpabiliser la famille(75)(76) (47,64,74,75) : l'idée est de relativiser la part des responsabilités qui incombe aux parents mais aussi à l'enfant vis-à-vis de ses difficultés (47).

Les entraînements parentaux sont présentés comme une façon d'optimiser les compétences parentales, pour des enfants qui nécessitent des besoins d'éducation plus

importants que la moyenne (75) . L'idée d'une mauvaise éducation parentale qui serait à l'origine de la symptomatologie de leur enfant doit être écartée. Il est important d'expliciter les hypothèses étiopathogéniques, l'origine neurobiologique (64) .

Les parents ne sont pas responsables de la situation mais acteurs nécessaires pour une bonne évolution.

Dans les informations à fournir, beaucoup proposent aussi des conseils, et soutien à la famille. La limite avec le contenu des formations parentales peut sembler floue. L'AACAP entend distinguer explicitement les deux. La psychoéducation, habituellement délivrée par le médecin qui gère le traitement médicamenteux, inclut l'information sur le TDAH, l'aide aux parents pour anticiper les défis qui s'annoncent difficiles pour l'enfant au cours de son développement, ainsi que des conseils généraux pour aider à améliorer le fonctionnement parental (13). Les entraînements parentaux comportementaux sont plus détaillés, apportent des connaissances mais aussi une nouvelle capacité d'analyse des situations, avec un objectif de changement des attitudes éducatives inefficaces. Cela passe par une mise en pratique progressive avec des retours de professionnels, sur une dizaine de séances.

Les ECG proposent un contenu ambitieux pour l'information à fournir, avec de véritables techniques comportementales retrouvées dans des programmes parentaux, comme identifier précisément les situations problématiques, se focaliser sur l'attention positive, donner des ordres efficacement, et user de conséquences négatives appropriées (73) .

La CADDRA développe particulièrement l'information à fournir sur les possibilités thérapeutiques : aussi bien sur la pharmacothérapie que l'intervention psychosociale, ainsi que l'importance d'utiliser une combinaison des deux (64,78).

Les interventions psychosociales sont présentées via une approche générale dans ces lignes directrices (64). Cette présentation rapide apporte explications et conseils pour l'environnement de l'enfant et l'amélioration de l'estime de soi de celui-ci. Par exemple, pour agir sur l'environnement de l'enfant sont notées : l'importance d'une éducation calme, structurée, positive, et cohérente entre les parents, avec un encadrement constant, organisé, routinier, ainsi que la valeur d'une relation positive parent-enfant.

Ces explications et conseils sont destinés à être délivrés par le médecin de premier recours.

Ensuite des interventions plus spécifiques sont évoquées, elles sont alors proposées par d'autres professionnels, sur qui il est intéressant de s'appuyer. Elles sont comportementales -c'est ici qu'est évoquée la formation parentale- , éducative , psychologiques, ou liée au style de vie. Celles-ci ciblent surtout les problèmes associés au TDAH. Bien qu'elles soient délivrées usuellement par d'autres professionnels, le médecin de premier recours peut être amené, en l'absence de professionnels à disposition dans sa zone géographique, à fournir lui-même ces interventions.

Un chapitre entier est consacré à la stratégie de la prise en charge médicamenteuse dans les lignes directrices canadiennes. Mais dans les informations à fournir aux parents pour qu'ils puissent faire un choix thérapeutique éclairé, l'explication sur le traitement médicamenteux précise sa place dans la prise en charge : il est ainsi présenté en tant que traitement symptomatique, très efficace et aidant mais insuffisant pour une prise en charge globale (64).

b) Autres ressources

La psychoéducation idéale , telle que présentée dans les différentes recommandations, recouvre un vaste champ, nécessitant un temps disponible important. La CADDRA propose aux médecins de premiers recours d'organiser des séances collectives de psychoéducation.

Mais il existe aussi quantité d'autres sources d'informations à disposition, et il est important d'en faire part aux familles de patient. Ainsi il existe des groupes de soutien, des sites Web (www.tdah-france.fr (79)) , des livres ("Mon enfant est hyperactif" de S.Vigo et Dr N. Franc (80), "On se calme ! Enfants agités, parents débordés" du Dr O. Revol (81), "Mon cerveau a besoin de lunettes" Dr Vincent (82), etc.) , des vidéos. Il peut aussi être intéressant de donner les contacts d'associations pertinentes.

c) Quand informer ?

L'HAS incite clairement à commencer de fournir une information précise dès l'évocation du diagnostic, avant même confirmation de celui-ci, annonçant les diagnostics évoqués, la poursuite de l'évaluation ainsi que les possibilités thérapeutiques si le diagnostic se confirmait.

Par ailleurs, vu l'importance de la place parentale dans la prise en charge, il est important de veiller à les tenir régulièrement avisés de l'avancée du travail multidisciplinaire(16). Ils seront impliqués au niveau thérapeutique et amenés à prendre des décisions pour leur enfant et nécessitent donc naturellement d'être tenus informés .

II.1.2) Implication des parents dans la prise en charge de l'enfant

L'implication des parents est évidemment nécessaire à la réussite de la prise en charge d'un enfant ayant un TDAH. L'HAS rappelle que "selon des enquêtes de pratiques réalisées en France en 2007, l'enfant et ses parents sont des acteurs à part entière de la prise en charge du TDAH".

L'implication des parents passe par plusieurs points.

a) Diagnostic

L'évaluation diagnostique bien que n'étant pas exclusivement basée sur l'évaluation parentale, s'appuie en partie sur les éléments apportés par ceux-ci (83) (parfois à travers des questionnaires).

Rappelons que l'observation directe d'un enfant au cours d'une consultation médicale ne permet pas d'avoir les éléments permettant d'affirmer ou réfuter le diagnostic de TDAH.

Les autres personnes permettant d'obtenir ces informations peuvent être les professeurs, les autres intervenants de santé impliqués, les aidants...

b) Prise en charge, plan de traitement

Les parents participent à l'élaboration du plan thérapeutique (47). Leurs préférences sont entendues (13)), discutées (76) , et dans tous les cas leur consentement est bien sûr nécessaire. L'information dont ont bénéficié les parents permet la participation active au traitement, ainsi que l'adhésion aux recommandations médicales formulées (84,85).

c) Titration médicamenteuse

Pour réussir la titration du traitement médicamenteux (bénéfice maximum avec le minimum d'effets secondaires) : il est nécessaire d'obtenir la coopération des parents, et de les former à cela (83,86,87).

d) Partenaires

Le travail doit être multipartenarial (sanitaire, scolaire, entourage parental...) et favoriser la participation active des partenaires (76).

En évoquant l'aspect chronique du trouble TDAH , les recommandations AAP , recommandent pour le système américain, de suivre les principes du modèle des soins chroniques, et dans ce contexte, encourager un partenariat solide école-famille (83,88).

e) Se saisir des ressources proposées

Afin de pouvoir soutenir l'enfant et l'aider à faire face, la bonne connaissance du trouble est nécessaire pour les parents. Ils sont donc invités à être impliqués et se saisir des ressources disponibles, vers lesquels le médecin doit pouvoir les orienter. Il peut s'agir de livres, vidéo, sites web (64) ou encore d'associations de patients, utiles pour partager leur vécu et obtenir des renseignements pratiques. Il existe aussi dans certains départements des réseaux de soins dédiés aux troubles des apprentissages (16).

Pour bien se saisir des connaissances, le parent est invité à être acteur dans cette quête d'informations sur le trouble.

f) Particularité de la prise en charge des adolescents

Abordé spécifiquement dans la CADDRA, la place que les parents prennent dans la prise en charge des adolescents est assez différente de celle pour les enfants. Bien qu'étant

les décisionnaires finaux, ils occupent une place moins centrale, ne faisant idéalement que valider le choix thérapeutique décidé conjointement entre le médecin et l'adolescent. L'accent est en effet davantage mis sur une alliance patient-médecin. Les parents, évidemment présents et eux aussi acteurs de la réussite du soin, sont plus invités à être soutenant, à souligner les forces et points positifs du jeune. Pour la prise médicamenteuse, l'autonomisation du jeune est recherchée, avec les parents qui supervisent (64).

II.1.3) Formations proposées aux parents / conseils donnés

Les interventions proposées aux parents, sont, dans la quasi totalité des recommandations étudiées dans cette partie, des programmes parentaux, pour les former aux principes de gestion comportementale (47,74,76,83,84,89).

Pour l' AACAP, les données sont moins précises : la psychoéducation est au premier plan, à délivrer de manière systématique, alors que les interventions comportementales ne seraient indiquées qu'après évaluation de leur pertinence pour chaque situation, et ne devraient être maintenues qu'en cas d'efficacité confirmée par une évaluation régulière.

a) Comment ?

La CADDRA encourage la formation parentale : (64,90–92). En effet il est noté un possible retentissement négatif du trouble sur les parents (stress (93,64), irritation sur la question de l'autorité..), avec des réponses parentales souvent centrées sur des interventions négatives. L'intérêt d'une approche positive, et d'un encadrement est alors souligné (64).

Pour les formations proposées aux parents, les différentes recommandations proposent des programmes parentaux comportementaux. Nous les détaillons dans la partie III.

Dans les recommandations HAS, différentes approches thérapeutiques sont présentées, les recommandations, qui s'adressent aux médecins de premier recours ne se prononcent pas plus en faveur de l'une ou l'autre des approches présentées.

Parmi les propositions de prises en charge, il y a évidemment l'approche cognitivo-comportementale, telle que décrite dans les autres recommandations.

L'approche peut-être ciblée sur les parents, il s'agit des "Programme d'entraînement aux habiletés parentales" (PEHP). Les recommandations HAS évoquent le programme de renforcement des compétences familiales de Barkley, car le plus répandu en France. En effet, parmi les prises en charge non médicamenteuses, la guidance des parents a un rôle déterminant dans l'évolution du trouble. (16). Ces sessions parentales sont des entraînements en compétences éducatives et principes de gestion comportementale (89).

L'approche peut aussi être ciblée sur l'enfant. Le parent a alors un rôle de co-thérapeute, il doit ainsi pouvoir soutenir les apprentissages de son enfant et les appliquer à la maison.

Le médecin peut les proposer lui même ou bien adresser les parents vers d'autres professionnels compétents (84).

La formation parentale peut aussi se faire à l'aide de manuels d'auto-apprentissage (89) : pour acquérir des techniques comportementales et une éducation parentale positive. Pour la CADDRA, utiliser de tels manuels à la maison peut résulter en des améliorations positives dans le comportement de l'enfant. Bien que ce ne soit pas un substitut d'un programme d'entraînement parental, c'est une intervention qui peut être délivrée immédiatement, facilement (64).

La formation parentale peut enfin s'appuyer sur des sites web d'aides pour les parents (64)

b) Objectif ?

L'objectif de ces formations parentales est d'aider les parents à faire face au trouble, mais bien aussi de renforcer et soutenir l'enfant dans la pathologie et dans les apprentissages qui lui sont proposés dans sa prise en charge (thérapie comportementales, habiletés sociales, etc.).

Ces formations ne se limitent pas au problèmes de l'enfant mais peuvent aborder d'autres problèmes (sociaux, culturels, parentaux) dont certains peuvent altérer l'efficacité de l'éducation parentale (16,74).

Les programmes d'entraînements parentaux doivent aider les parents à avoir des attentes concernant le développement de leur enfant qui soient adaptées à son âge (83).

c) Pour qui ?

Ces sessions parentales sont destinées aux parents (ou personnes prenant en charge l'enfant) d'enfant d'âge préscolaire.

C'est la prise en charge de première intention pour cette tranche d'âge, pour la plupart des recommandations étudiées.

Le traitement médicamenteux n'est pas recommandé pour les enfants de cet âge d'après la NICE.

Les programmes sont globalement les mêmes que ceux destinés aux parents d'enfants ayant des comportements perturbateurs. Pour les enfants ayant un trouble du comportement, les sessions parentales proposées sont délivrées en groupe, ce qui est aussi le cas pour les programmes pour enfant ayant un TDAH. Dans de rares cas, ils peuvent être

délivrés de manière individuelle (16,74) : nombre insuffisant de participants pour créer un groupe, particularités propres à la famille à l'origine d'une difficulté pour suivre des sessions de groupe (langue, maladie parentale, moyen de transport, handicap, etc.), besoins familiaux trop complexes... (89).

Enfin, il y a, pour les adolescents, beaucoup moins de données supportant l'intérêt d'interventions psychologiques ciblées sur les parents (76,94,95).

d) Quand ?

Les programmes d'entraînements parentaux ou les programmes d'éducatifs pour jeunes enfants sont à mettre en place dès que le diagnostic est envisagé, dès lors qu'il existe un retentissement au niveau familial ou sur le développement de l'enfant (89).

Pour l'AAP, pour les enfants d'âge préscolaire, ces programmes peuvent être proposés en amont du diagnostic, notamment quand il y a un doute sur celui-ci. Le programme d'entraînement parental s'accompagne alors d'une inscription dans un programme éducatif qualifié, de type Head Start par exemple (Head Start est un programme du Ministère américain de la santé, complet autour de l'enfant : éducation - nutrition- santé- implication parentale) (83).

e) Qu'existe-t'il en alternative aux formations comportementales ?

En plus des formations parentales que nous venons de présenter succinctement et sur lesquelles nous allons revenir dans le reste de ce travail, il existe d'autres prises en charges thérapeutiques qui se basent sur un travail avec les parents.

- Les approches psycho-éducatives

La CADDRA, en plus de proposer d'orienter vers des formations parentales structurées, délivre de nombreux conseils à fournir aux parents par le médecin de première ligne : on retrouve notamment des explications et conseils pour l'environnement de l'enfant et l'amélioration de l'estime de soi de celui-ci. Par exemple pour l'environnement sont notées : l'importance d'une éducation calme, structurée, positive, cohérente entre les parents, avec un encadrement constant, organisé, routinier, et la valeur d'une relation positive parent-enfant.

Les lignes directrices de la CADDRA proposent aussi des techniques plus spécifiques de gestion de comportement, (dont certaines sont, nous le verrons, les bases des programmes parentaux comportementaux). Elles sont applicables quel que soit l'âge du patient :

- identifier les objectifs et cibler les comportements à modifier
- encadrer l'environnement, structurer les journées

- favoriser les incitations positives adaptées (en fonction de chaque famille, de l'environnement culturel) : renforcement par des activités ou articles à gagner par le patient (96,97,64), et des récompenses (immédiates et tangibles pour les plus jeunes, et plus élaborées pour les plus âgés..).

-aide à la planification, au repérage et à l'organisation dans le temps.

-faire appel à du coaching, avec quelques réserves sur l'encadrement de cette récente profession.

- et évaluer régulièrement l'efficacité de la prise en charge (les réponses aux différentes interventions).

Quelques outils sont listés : on peut trouver le Tableau des rappels (planification, rappels des tâches et des rendez-vous, il favorise une meilleure organisation familiale) , le Bulletin positif quotidien (rempli par le professeur, uniquement avec des éléments positifs que les parents peuvent ainsi féliciter et renforcer) , faire les devoirs avec une minuterie (fractionner les tâches, à l'origine de satisfactions plus rapides et répétées) , faire appel à un tiers pour la gestion des devoirs à la maison si ce temps reste compliqué, etc.

Dans les recommandations HAS, en annexe, nous retrouvons des conseils similaires à ceux de la CADDRA : " Donner une consigne à la fois, Etablir des règles claires dans des temps limités, Mettre en place des moments de pause en cours d'activité, Utiliser des routines, des repères temporels et des rappels, Favoriser la cohérence dans l'éducation, ainsi qu'un environnement calme et contrôlé, Féliciter l'enfant, donner des encouragements et des récompenses, Donner des responsabilités, des tâches qui peuvent être réussies" (16).

- La thérapie familiale

La NHMRC ne propose pas de conseils comme la CADDRA ou l' HAS. Pour les parents elle propose en plus des formations parentales comportementales (Parent training) , la possibilité d'utiliser des thérapies familiales (76,94,98–100).

La thérapie familiale est définie dans l'argumentaire des recommandations HAS, en s'appuyant sur une thèse : *" Cette thérapie enseigne aux parents des stratégies éducatives adaptées pour faire face aux situations difficiles rencontrées avec leur enfant. Ces apprentissages améliorent les interactions familiales et l'enfant se trouve plus valorisé. Un des piliers de la thérapie du TDAH est d'apprendre aux parents à gérer les difficultés chroniques de l'enfant, sans les aggraver tout en maintenant un cadre bien délimité "*. (16,77).

- Autres approches

Enfin, les parents peuvent aussi être inclus dans le projet thérapeutique via d'autres approches que les interventions d'entraînement parental comportementales. La HAS a listé les différentes possibilités thérapeutiques offertes en France, elles ne sont pas spécifique à la prise en charge du TDAH. Pour celles incluant un travail avec les parents nous relevons l'approche systémique et l'approche psychodynamique.

✓ Les approches systémiques (16)

L'approche systémique ne cible pas son projet thérapeutique sur l'enfant mais s'intéresse à son environnement relationnel, à la dynamique des interactions existant avec et autour de lui. Les parents, mais aussi la fratrie, sont donc pleinement intégrés à la prise en charge de l'enfant.

Les thérapies familiales systémiques soutiennent, informent (psychoéducation déculpabilisante), invitent les parents à réfléchir et évaluer les stratégies développées jusqu'alors face aux difficultés de l'enfant. L'étape suivante consiste à sélectionner et soutenir les approches efficaces. Les thérapies familiales systémiques renforcent les parents dans leur confiance en eux, en leurs compétences parentales, et offrent à la famille un espace de communication serein pour laisser la possibilité d'expression de l'avis et des attentes de chacun.

✓ Les approches psychodynamiques (16)

La famille peut être abordée comme un tout, une unité, dans un cadre psychothérapique psychanalytique. On parle alors de psychothérapie psycho-dynamique familiale. L'objectif est de pouvoir réaménager les dispositions relationnelles après avoir effectué un travail en commun de réflexion et d'élaboration autour des relations intrafamiliales, tant au niveau conscient qu'inconscient.

Une autre approche psychodynamique consiste en des consultations thérapeutiques : l'abord de la problématique de l'enfant n'est pas ciblé uniquement sur la symptomatologie mais est pensé à travers le fonctionnement global de l'enfant. La dynamique familiale autour de l'enfant est questionnée et travaillée. Ces rencontres peuvent s'inscrire en complément d'un travail de psychothérapie psycho-dynamique individuelle pour l'enfant.

Des similitudes existent au sein de ces différentes approches : elles cherchent toutes à analyser dans un premier temps la situation (souvent à l'origine de souffrances multiples), en impliquant les parents (voir le reste de la famille) dans cette réflexion, puis secondairement à travailler à un changement des points problématiques mis en évidence. Ces modifications visent pour toutes les approches à agir sur les relations intrafamiliales, à reconsidérer celles-ci pour au final les redéfinir différemment.

La prise en charge de l'enfant ayant un TDAH se fait alors dans une approche globale, familiale.

Elle n'est absolument pas limitée à une approche quantitative des symptômes.

II.2) Positionnement par rapport aux interventions psychosociales

II.2.1) Intérêt et efficacité des interventions psychosociales, et des formations parentales .

Dans ces recommandations , l'efficacité des interventions psychosociales est mise en évidence.

Un préalable intéressant est de regarder les raisons qui amènent à s'intéresser aux thérapies psychosociales, aux thérapies comportementales.

a) Intérêt des thérapies psychosociales

- Intérêt général des thérapies psychosociales

La raison la plus fréquemment retrouvée est l'aversion pour le traitement médicamenteux . Comme le soulignent les recommandations SINGAPORE , de nombreux parents préfèrent les interventions comportementales aux traitement médicamenteux (84,101).

Les recommandations australiennes apportent deux autres explications fréquentes de l'intérêt porté aux formations parentales. Les relations parents-enfants peuvent être affectées par les manifestations liées au TDAH, et il peut exister des réactions éducatives non adaptées voire contreproductives. Elles peuvent augmenter les difficultés de l'enfant ayant un TDAH (102) . Le soutien de la famille (éducation à la parentalité, guidance, conseils...) peut-être aidant voire même parfois suffisant, et éviter un besoin de traitement spécifique de l'enfant et de gestion psychologique centrée sur l'enfant (76).

Une autre source de questionnement est apportée dans les ECG par les travaux de Moll et al., qui montrent des effets chroniques sur les neurotransmetteurs chez des rats pré-pubères exposés précocement au méthylphénidate (73,103).

- Intérêt des thérapies psychosociales chez les enfants d'âge préscolaire

Pour les enfants d'âge préscolaire les ECG soulèvent plusieurs difficultés . La première est de poser avec certitude un diagnostic de TDAH à cet âge : premièrement , estimer les symptômes et le retentissement de ceux-ci est basé sur l'évaluation parentale de la situation, et deuxièmement, il est important de faire la différence entre un problème de développement transitoire et une apparition précoce d'un problème chronique (73).

En Ecosse, les cliniciens confirment rarement un tel diagnostic dans cette tranche d'âge (74) .

Outre la difficulté diagnostique, les ECG soulèvent des éléments à prendre en compte autour de la thérapeutique médicamenteuse. L'efficacité à court terme des stimulants serait

comparable pour les enfants d'âge préscolaire et ceux d'âge scolaire, en revanche ils présenteraient plus d'effets secondaires à courts terme (104,105).

De la même manière, pour l'AACAP, le méthylphénidate est, d'après les travaux de Greenhill et al., efficace pour les préscolaires, avec une dose optimale plus basse que pour les enfants d'âge scolaire (106), mais avec d'importants effets secondaires (13,107).

Enfin dans les recommandations écossaises SIGN (74), malgré la force de la littérature confirmant l'efficacité à court terme des psychostimulants, la prescription médicamenteuse en première intention pour les préscolaires reste sujette à précaution, en raison du manque de données sur les effets à long terme sur le développement cérébral ainsi que de l'augmentation apparente du taux d'effets secondaires pour cette population (108).

Dans l' AAP la prescription est possible chez les enfants de 4-5 ans, mais la position est nuancée. La possibilité de prescription s'appuie sur l'étude PATS (Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study, étude sur le méthylphénidate chez les enfants préscolaires) qui ne concernait que des enfants avec un trouble modéré à sévère (106). Il reste aussi des questions sur l'impact du méthylphénidate sur la croissance. Et l'AAP précise que de nombreux enfants de cet âge connaissent une amélioration avec une thérapie comportementale uniquement (83).

Par ailleurs, il existe peu d'autres alternatives non médicamenteuses que les formations parentales : les thérapies cognitivo-comportementales n'ont pas fait preuve d'efficacité pour les enfants de moins de 7 ans. Ils manquent de compétences cognitives pour s'en saisir pleinement (76,109).

b) Efficacité des interventions psychosociales

- Efficacité générale des interventions psychosociales

Pour la NICE, les interventions psychologiques ont des effets bénéfiques modérés sur l'évaluation par les parents des symptômes du TDAH et des problèmes de conduite, aussi bien pour les enfants sans traitement médicamenteux, que comme une adjonction à une médication habituelle du TDAH. Mais des approches légèrement différentes sont nécessaires entre les enfants d'âge préscolaire et les enfants plus âgés (89).

Dans les lignes directrices canadiennes, l'approche multimodale combinée (traitement médicamenteux et interventions psychosociales associés) est la plus efficace. Elle cible les symptômes du TDAH mais aussi leur retentissement fonctionnel (64,94,110–118).

Les différentes interventions psychosociales présentées dans les lignes directrices entrent dans cinq catégories :

- approches psycho-éducatives (pour les plus de 8 ans)
- interventions comportementales (à tout âge) dans lesquelles est incluse la formation parentale
- interventions sociales (à tout âge)

- psychothérapie (pour les adolescents et adultes)
- accompagnement scolaire et professionnel.

- Efficacité de la formation parentale

La formation parentale aux interventions comportementales est plus précisément argumentée dans différentes recommandations.

Les ECG et l'AACAP citent la même source pour montrer l'intérêt de la thérapie comportementale seule (ou des entraînement parentaux) : la revue de 1998 de Pelham, Wheeler, Chronis (119) montre une amélioration des symptômes du TDAH par rapport à une ligne de base ou un groupe contrôle en liste d'attente (13,73,119).

Dans l'AACAP, trois études contrôlées argumentent l'efficacité à court terme des formations parentales comportementales : deux de Sonuga-Barke et al. (2001,2002) et une de Chronis et al. (2004) (13,120–122). L'étude de Chronis et al. précisent les critères d'efficacité des programmes parentaux. Une étude de Sonuga-Barke étudie l'impact de la psychopathologie maternelle (TDAH) sur le résultat d'un programme de PT. L'autre étude montre l'efficacité d'un programme de PT comparé à une liste d'attente ou un groupe de soutien.

L'AAP, en se basant sur un travail de revue sur 22 études (1997-> 2006) de Pelham et Fabiano de 2008, rapportent les résultats généralement obtenus avec les formations parentales comportementales : une meilleure compréhension par les parents des principes comportementaux, une grande satisfaction parentale par rapport au traitement, une meilleure compliance aux demandes (83,116).

Pour l'AAP les preuves de l'efficacité de la thérapie comportementale chez les enfants ayant un TDAH est issue de plusieurs études et d'une revue (83,116,119,121,123).

La NHRMC reconnaît, pour les enfants d'âge préscolaire (moins de 7 ans) et ceux d'âge scolaire avec un TDAH, un possible bénéfice des interventions psychologiques *evidence-based* (qui ont montrées leur efficacité pour des problèmes de santé mentale, que l'on retrouve associés au TDAH). Elles peuvent améliorer les symptômes internalisés (émotionnels et affectifs) et les symptômes externalisés (comportements). Il est notamment retrouvé des modifications comportementales, grâce aux formations comportementales délivrées aux parents (74,95,124–126).

- Population des préscolaires :

Les ECG la formation parentale est intéressante pour les préscolaires, pour réduire à la fois les symptômes cardinaux du TDAH et les comportements oppositionnels associés (127)(128)(73,123–127).

L'AAP recommande de commencer la prise en charge d'un TDAH chez un enfant préscolaire (4-5ans) par une thérapie comportementale uniquement (106). En se référant à une étude de Greenhill et al., beaucoup d'enfants préscolaires avaient vus une amélioration de leurs symptômes avec uniquement de la thérapie comportementale (106)(107)(83,102–106).

Dans la revue de la NICE, deux études : de Bor et al. en 2002, et de Sonuga-Barke en 2001, ont montré l'efficacité des entraînements parentaux pour des enfants de 3 ans (89,121,127).

Des preuves supplémentaires en faveur de l'utilisation de programmes d'habiletés parentales pour le TDAH venaient de l'étude NICE TA 102¹ (Technology Appraisal). Cette étude portait sur l'efficacité des entraînements parentaux généralistes, conçus pour les enfants de moins de 12 ans ayant des troubles du comportements. Cette étude a été considérée comme largement généralisable aux enfants TDAH compte tenu du recoupement entre la population incluse dans l'étude NICE TA 102 et la population de patients TDAH.

Ainsi, proposer aux parents d'enfants TDAH des programmes d'entraînement parental généralistes validés, est susceptible de produire des résultats bénéfiques pour l'enfant ayant un TDAH. Néanmoins, il peut être important d'incorporer dans un programme générique des informations spécifiques sur le TDAH et ses conséquences comportementales et émotionnelles (89).

L'étude NICE TA 102 concerne aussi bien les enfants d'âge préscolaire que scolaire.

Cités dans les recommandations écossaises SIGN , 3 essais contrôlés randomisés montraient que les entraînements parentaux comportementaux, délivrés par des professionnels spécialisés, amélioreraient les symptômes cardinaux du TDAH chez des enfants de 3 à 4 ans (121,127,129), qui se maintenaient à 12 mois (130). A noter cependant qu'il existe un biais lié à l'évaluation parentale des symptômes (74).

- Population des scolaires

La NICE est la seule recommandation étudiée à avoir mené des méta-analyses. Pour étudier l'efficacité des interventions psychosociales, les auteurs ont recherché des essais contrôlés randomisés étudiant une intervention non pharmacologique pour traiter les symptômes du TDAH et/ou les problèmes comportementaux associés. Cette revue n'est donc pas centrée spécifiquement sur les entraînements parentaux mais sur toutes les interventions psychologiques possibles. Dix études sont incluses. Le groupe contrôle pouvait être : un groupe sans traitement, un groupe sur liste d'attente, un groupe avec un

¹ L'ancienne version : "Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders" (NICE technology appraisal guidance 102) a été remplacée par la "NICE clinical guideline 158 : Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management" (128).

traitement habituel , ou bien un groupe bénéficiant d'interventions de même durée mais sans composante thérapeutique (89).

Ces études portent sur :

- des entraînements aux habiletés sociales (ANTSHEL2003 : formation de l'enfant sur 8 séances, avec participation des parents à 3 d'entre elles (131) ; PFIFFNER1997: formation de l'enfant et les parents recevaient des informations en habiletés sociales pour soutenir la généralisation des compétences acquises (132)),
- une prise en charge combinée (BLOOMQUIST1991: entraînement aux habiletés parentales et formation des professeurs et intervention ciblée sur les enfants (résolution de problèmes et principes comportementaux (133)),
- des thérapies familiales comportementales (travail avec l'enfant et les parents) (BOR2002 (127)) ,
- de la thérapie cognitivo-comportementale délivrée à l'enfant et à ses parents dans des groupes parallèles (FEHLINGS1991 (134)) ,
- un programme de gestion du stress de l'enfant (GONZALEZ2002 (135)) ,
- un programme d' entraînement aux habiletés parentales (HOATH2002 (136) ; HOOFDACKER2007 (137) ; SONUGA-BARKE2001 (121,138)) ,
- un entraînement aux habiletés sociales et techniques comportementales destinés à la fois à l'enfant et à ses parents (TUTTY2003 (139)).

Parmi ces 10 études , 2 concernaient les enfants d'âge préscolaire : BOR2002 ; SONUGA-BARKE2001. Les autres concernaient des enfants d'âge scolaire (moins de 13 ans).

Les deux études qui n'utilisaient qu'une intervention de type entraînement parental pour les enfants d'âge scolaire (Hoath et al. et Hoofdakker et al.) ne montrent pas de résultats significatifs.

Si l'on sélectionne parmi les études de cette méta-analyse qui ont montré une efficacité, celles concernant des enfants d'âge scolaire, nous pouvons retenir 3 études qui avaient des entraînements parentaux associés au travail mené avec l'enfant (en habiletés sociales et TCC ou TCC uniquement) : TUTTY2003 (139), PFIFFNER1997 (132) et FEHLINGS1991(134) . Dans les 3 cas, les entraînements parentaux avaient pour objectif un soutien des nouvelles compétences acquises par le jeune.

Les recommandations NICE concluent donc, que pour les enfants d'âge scolaire, les interventions offrant parallèlement des sessions de groupes d'entraînement en thérapie cognitivo-comportementale ou habiletés sociales pour les enfants et des sessions de groupes pour parents, sont bénéfiques (89).

Par ailleurs des données d'efficacité sur les entraînements parentaux pour les enfants d'âge scolaire sont extrapolées à partir de la recommandation NICE 102 TA (explicitée plus haut) et de l'étude LONG1993 (140), qui concluait à l'intérêt de fournir un manuel sur les

techniques comportementales aux parents d'enfants d'âge scolaire avec un TDAH sous traitement stimulant (89).

Les recommandations SIGN retrouvent que pour les enfants de moins de 12 ans, les formations parentales comportementales réduisent les troubles associés au TDAH : troubles du comportement ou troubles internalisés. En revanche elles n'apportent pas de bénéfice supplémentaire pour les symptômes cardinaux du TDAH par rapport au traitement médicamenteux ou à un traitement de routine (incluant souvent aussi une médication) (74,136,137,139,141–143).

- Population des adolescents :

Pour la population des adolescents il n'y a pas de données retrouvées en faveur des formations parentales.

Les ECG conseillent d'éviter les formations parentales classiques avec récompenses en jetons, etc. et recommandent l'utilisation de techniques favorisant l'autonomie du jeune : auto-gestion du stress, résolution de problème, entraînement à la communication, ou restructuration cognitive (73).

Pour la NICE les essais retenus dans leur méta-analyse n'incluaient très majoritairement que des enfants de moins de 13 ans et aucun essai contrôlé randomisé n'était disponible pour évaluer les interventions psychologiques chez les adolescents, ou les formations parentales comportementales pour parents d'adolescent TDAH (89).

Pour la NHMRC les preuves pour les interventions psychologiques parentales pour les adolescents sont plus faibles que pour des enfants plus jeunes (76).

II.2.2) Intérêt discuté des interventions psychosociales dans un traitement combiné (traitement médicamenteux et intervention comportementale)

a) Etude MTA

- Présentation

Toutes les recommandations étudiées font référence à l'étude MTA (Multimodal Treatment Study of Children with ADHD).

Il s'agit d'une étude randomisée de 1999 menée par le NIMH, qui a comparé sur 14 mois, quatre traitements différents pour des enfants âgés de 7 à 9.9 ans (144). L'étude n'avait pas de contrôle placebo. Elle portait sur un échantillon de 145 enfants environ par bras d'étude. Cette étude comparait différentes thérapies : un traitement médicamenteux strictement protocolisé, une intervention comportementale intensive basée sur un manuel pour les parents, l'enfant et à l'école, une combinaison des thérapies (médicamenteuse protocolisée et comportementale), et enfin les prestations habituelles "de routine" (qui incluaient souvent un traitement médicamenteux mais de manière non protocolisée). Le programme de traitement médicamenteux était développé de manière

détaillée : chaque mois un entretien permettait de titrer la posologie en fonction des résultats de l'évaluation par les parents et les professeurs) (16)(17)(16)(16,74).

Avant l'étude MTA, les études portaient majoritairement sur des interventions comportementales brèves. Le travail de revue de Jadad et al de 1999 (145) avait montré la supériorité des traitements stimulants sur les traitements non médicamenteux, et aucune preuve de l'intérêt d'une intervention combinée n'avait été démontré sur du court terme. La MTA a permis une évaluation d'interventions globales plus longue (13).

- Résultats de l'étude MTA

- L'étude MTA a présenté à la fin des 14 mois, des améliorations significatives pour les symptômes cardinaux du TDAH dans les quatre bras de traitement. Il existe néanmoins des différences entre les quatre groupes.

En fin d'étude, la MTA permet de conclure, pour les symptômes cardinaux du TDAH, à la supériorité du traitement médicamenteux protocolisé sur les interventions comportementales ou sur le traitement de routine (13,73,74). Elle conclut aussi à l'intérêt de l'ajout d'un traitement médicamenteux protocolisé aux interventions comportementales, et à l'inverse à l'absence d'intérêt d'un ajout d'interventions comportementales au traitement médicamenteux protocolisé (73,83,144,146).

- Ces résultats diffèrent d'une seconde analyse qui établit, pour les évaluations des symptômes du TDAH par les parents et les professeurs, un avantage significatif de l'intervention combinée par rapport à l'intervention médicamenteuse seule, avec un petit taille-effet (83).

- L'étude MTA n'a pas étudié uniquement les symptômes cardinaux.

D'autres points sont améliorés par le traitement combiné : le contrôle des comportements agressifs au domicile, le niveau de satisfaction moyen des parents , et la possibilité d'atteindre une "normalisation" (présenté comme une absence de qualification au delà du niveau de "mineur" des problèmes) (73) Ce dernier point est issu de l'étude de Swanson et al. de 2001 : dans cette étude qui reprend les données de l'étude MTA, les symptômes cœur du TDAH ne sont pas mesurés de manière quantitative mais à l'aide d'un résultat sur l'échelle SNAP (Swanson, Nolan, and Pelham) pour laquelle un traitement est défini comme efficace si le score moyen n'est pas supérieur à "seulement un peu" sur l'évaluation des symptômes du TDAH. Avec cette définition : il y a 68% de traitements optimaux pour le groupe "traitement combiné" contre seulement 56% pour le groupe "traitement médicamenteux seul" . En revanche l'intervention comportementale seule reste moins efficace que l'utilisation d'un traitement médicamenteux protocolisé, avec seulement 34% de patient présentant un traitement efficace avec cette échelle (13,147).

- Pour l'AAP un autre point bénéfique concernant l'intervention combinée dans la MTA concernait la satisfaction des parents et professeurs de la prise en charge thérapeutique (83).

- Les recommandations écossaises SIGN, listent d'autres bénéfices retrouvés dans la MTA pour l'intervention combinée, chez les enfants d'âge scolaire, en plus des symptômes oppositionnels/agressifs déjà mentionnés. Il s'agit d'une amélioration des symptômes internalisés, des compétences sociales (évaluées par le professeur), des relations parent-enfant et de l'acquisition de la lecture (74).
- Les ECG soulignent aussi des éléments à prendre en compte pour une balance bénéfice/risque entre les interventions : le traitement médicamenteux réduit les symptômes de manière plus importante que les interventions psychosociales, mais si on regarde les risques d'effets secondaires, les entraînements parentaux n'en présentent aucun, contrairement au traitement médicamenteux.
- L'AAP et SIGN soulignent un autre résultat de l'étude MTA : l'intervention combinée de thérapie comportementale et d'un traitement médicamenteux permet de diminuer la posologie efficace des stimulants, ce qui pourrait réduire le risque d'effets secondaires (74,83,144).

Pour conclure , les résultats à court terme de l'étude MTA peuvent être résumés ainsi "le traitement médicamenteux est le traitement le plus efficace pour les symptômes cardinaux du TDAH, et une amélioration des symptômes cardinaux et des autres symptômes peut être atteinte avec des doses de traitement plus faible si une thérapie comportementale intensive est aussi délivrée" (74).

- Résultats du suivi de l'étude MTA

Dans l'étude MTA les résultats ont été mesurés en fin d'intervention (soit 14 mois après le début de l'intervention) ,suite à quoi les participants sont retournés à des soins de routine, les résultats du suivi comportent des mesures à 10 puis 22 mois après la fin de l'intervention (89).

- A 10 mois après la fin de l'intervention, les enfants des 4 groupes présentaient toujours une amélioration pour les symptômes cardinaux du TDAH, avec un maintien d'un effet supérieur pour les deux groupes avec traitement médicamenteux protocolisé. Mais la différence tendait à s'atténuer: moins de la moitié de bénéfice supplémentaire en comparaison avec les résultats de la fin de l'intervention.

Par ailleurs, en comparaison avec les autres enfants de leur classe, tous les enfants de l'étude étaient encore impactés par leur trouble (74,148).

- L'étude de Jensen et al 2007(149) sur le suivi à long terme montre que 22 mois après la fin du traitement il n'est plus possible de distinguer les différents groupes entre eux. Les groupes "intervention de routine" et "intervention comportementale" ont gardé les gains

obtenus par rapport à l'évaluation de base pré-traitement. Les deux autres bras "intervention combinée intensive" et "traitement médicamenteux protocolisé" ont eux aussi gardé un gain par rapport aux données de base pré-traitement, mais celui-ci n'est plus supérieur au gain retrouvé pour les 2 autres bras" (89).

Il est possible d'expliquer cette uniformisation sur le long terme par plusieurs facteurs : la diminution des symptômes en raison du vieillissement des enfants, le changement dans le rapport au traitement médicamenteux (ceux qui n'en avaient pas ont pu en entamer un, et ceux qui en avaient un de manière protocolisée ont pu l'arrêter, ou sa gestion a pu être moins rigoureuse). En effet, il y a eu une rationalisation progressive de la prise du traitement : le groupe "intervention comportementale" a vu une augmentation de la part des enfants traités, alors que les deux groupes qui avaient un traitement protocolisé l'ont diminuée, et enfin le groupe en soin communautaire est resté stable (89,150).

- Cette uniformisation des résultats est maintenue pour les résultats rapportés à 8 ans de suivi (74,151).
- Les enfants du groupe "traitement protocolisé" ont reçu des doses plus fortes que les enfants recevant le traitement combiné ou le traitement de routine. La perte de supériorité du traitement combiné et du traitement médicamenteux par rapport à la prise en charge comportementale n'était pas expliquée par des changements de doses ni de posologies. Elle a pu être affectée par une diminution sur le long terme de la surveillance et des contacts avec l'équipe médicale (16,74,151).

Après avoir rapportés des résultats très en faveur du traitement médicamenteux à court terme, les éléments de suivi de l'étude MTA amènent qu'il n'est pas possible de conclure à une supériorité d'un bras de traitement par rapport aux autres à long terme, pour ce qui concerne les symptômes cardinaux du TDAH (89).

b) Présentation des méta-analyses de la NICE

La NICE est la seule recommandation étudiée dans ce travail à avoir fait des méta-analyses. Nous en présenterons trois.

- Comparaison d' interventions psychologiques à un traitement médicamenteux

Pour cette méta-analyse, six études en comparaison appariée incluent un total de 462 patients. Mais cinq d'entre elles ont de petits effectifs (moins de 30 participants) et la dernière, la MTA, inclut un grand nombre de patients. Les résultats portent sur les symptômes cardinaux et les problèmes de conduite, les compétences sociales, et le statut émotionnel. Nous retrouvons les résultats rapportés pour la MTA : les résultats à court terme montre globalement une supériorité du traitement médicamenteux par rapport aux

interventions psychologiques mais bien que significatifs statistiquement, l'effet est peu important. Les effets mesurés à long terme ne sont en revanche plus significatifs. Il n'y a pas de preuve forte d'une supériorité de l'une des approches sur l'autre (89).

- Comparaison d'un traitement combiné à un traitement médicamenteux protocolisé

L'intérêt imaginé d'une combinaison des deux traitements était d'avoir deux cibles thérapeutiques différentes. Le traitement médicamenteux est très efficace à court terme sur les symptômes cardinaux du TDAH, et les interventions psychologiques ciblent préférentiellement les comorbidités et problèmes associés au trouble, et potentialisent le traitement médicamenteux (diminution de posologie, acquisition de compétences à long terme permises par l'effet à court terme du traitement médicamenteux) (89).

Les études incluses dans la revue comparent l'utilisation d'un traitement médicamenteux protocolisé à l'utilisation d'un traitement combiné (une intervention psychologique et un traitement médicamenteux protocolisé).

Au total sept études ont été incluses (ABIKOFF2004 (142,143,152,153) ; BROWN1985 (154), FIRESTONE1981 (155), FIRESTONE1986 (156), GITTELMAN-KLEIN1976 (157), KLEIN1997 (158), et la MTA1999 (144)), regroupant ainsi une population de 544 participants. Vingt études ont été exclues, principalement pour motif de données ou interventions non appropriées.

Parmi ces 7 études incluses : 6 d'entre elles utilisaient comme intervention psychologique des approches de thérapie comportementale : deux études ne s'adressaient qu'aux parents (155,156), une s'adressait aux parents et aux enfants (152), une aux parents et professeurs (157), et enfin deux s'adressaient aux parents, enfants et professeurs (144,158).

Les résultats de cette méta-analyse portent sur les symptômes cardinaux du TDAH, mais aussi sur les problèmes associés et les comorbidités : comportement, compétence sociale, résultats émotionnels, auto-efficacité.

Pratiquement aucun bénéfice n'est retrouvé sur ces éléments à court et long terme.

Seul un bénéfice significatif est retrouvé en faveur de l'intervention combinée, pour les résultats sur les troubles du comportement, à court terme, et seulement en cas d'évaluation par les parents.

En revanche il n'y a pas de données disponibles pour l'évaluation à long terme des troubles du comportement par les parents, ce qui est proposé est un score composite des évaluations des parents et de celles des professeurs et ce résultat n'est plus significatif (89).

La conclusion de la NICE concorde avec les résultats de la MTA. Il n'y a pas d'intérêt à ajouter une intervention psychologique à un traitement médicamenteux protocolisé. Ceci n'apporterait pas d'intérêt en terme de symptômes cardinaux du TDAH, d'état émotionnel

ou d'estime de soi, seul apparaît un bénéfice sur l'évaluation parentale des troubles du comportement à court terme (avec le biais des évaluations parentales) (89).

- Comparaison des soins de routine à un traitement intensif combiné

Le traitement de routine est celui qui se rapproche le plus des conditions de pratiques réelles. Dans les études avec un algorithme pour la prescription thérapeutique, l'adhésion au traitement est augmentée.

La NICE a isolé dans l'étude MTA le bras bénéficiant d'un traitement intensif combiné et celui bénéficiant d'une prise en charge de routine. Les résultats portaient sur 291 participants. Pour presque tous les résultats étudiés (c'est à dire : symptômes cardinaux, problème de comportement, compétences sociales) le bénéfice est en faveur de l'approche combinée intensive par rapport aux soins ordinaires, que ce soit à court terme ou dans le suivi, mais avec un effet faible à modéré. Il n'y a que les résultats sur le statut émotionnel qui sont significativement améliorés dans le groupe avec des soins ordinaires (89).

Mais le traitement combiné intensif est tellement complet dans cette étude MTA qu'il est impossible de faire la part des choses pour distinguer les éléments efficaces dans cet ensemble. Il est possible que l'ensemble de l'effet bénéfique vienne du fait que la gestion du traitement médicamenteux soit protocolisée (89).

c) Autres études

D'autres études que la MTA sont citées dans les différentes recommandations, sur le thème des interventions parentales (ou combinées). Nous en présentons quatre.

- Dans l'AACAP, l'étude PATS : "Preschoolers ADHD Treatment Study", portait sur la prescription de méthylphénidate chez les enfants d'âge préscolaire. Elle a été financée par la NIMH et a inclut 183 enfants de 3 à 5 ans. Dans cette étude, les parents avaient du suivre un programme d'entraînement parental de 10 semaines avant que l'enfant ne soit traité : seulement 37 parents sur les 279 y avaient trouvé un résultat satisfaisant (13,106).
- Toujours dans l'AACAP, il était aussi présenté l'étude de NewYork/Montréal (152), "Multimodal Psychosocial Treatment Study". Elle concernait 103 enfants de 7 à 9 ans ayant un TDAH, répartis en 3 groupes : méthylphénydate (MPH) seul / MPH et intervention psychosociale globale (entraînement parental, conseils, aide scolaire, psychothérapie, et entraînement aux habiletés sociales) / MPH et intervention non spécifique pour le contrôle de l'attention. Après 2 ans d'intervention psychosociale complète soutenue, il n'y avait pas de résultats supérieurs pour le traitement combiné par rapport au traitement médicament seul pour les symptômes du TDAH (142), pour les compétences scolaires (153), et pour les compétences sociales (143), pour des enfants avec TDAH sans comorbidité (13). Ainsi l'AACAP conclut que pour les patients

(d'âge scolaire) ayant un TDAH sans comorbidité qui présentent une réponse au traitement médicamenteux, il n'y a pas de bénéfice à ajouter un traitement psychosocial.

- Pour la NICE, nous avons déjà présenté la méta-analyse qui a évalué l'intérêt des interventions psychologiques chez les enfants (page 45). Dix études ont été incluses. Leur objet d'étude était pour chacune d'entre elles une intervention psychologique, mais les 10 études étaient très différentes les unes des autres (89).

Pour les enfants d'âge scolaire, la conclusion était que "les interventions combinées offrant des sessions pour les enfants (groupes en thérapie cognitivo-comportementale et entraînement aux habiletés sociales) associées avec des sessions de groupes pour les parents en parallèle sont bénéfiques " (89). Mais ces résultats positifs trouvés pour ces 3 études (TUTTY2003 (139), PFIFFNER1997 (132) et FEHLINGS1991(134)) qui combinent à la fois une intervention auprès des jeunes et une intervention auprès des parents, doivent être mis en rapport avec 2 autres études pour la même tranche d'âge, qui n'ont utilisé que des entraînements parentaux : HOOFDAKKER2007 (137) et HOATH2002 (136). L'absence de résultats significatifs pour ces deux dernières études alimente l'hypothèse que l'efficacité des 3 études précédentes soit liée à la présence de la combinaison de l'intervention parentale et de l'intervention sur le jeune plus qu'à l'intervention parentale elle-même (89).

- Pour les recommandations de Singapour, l'étude de 2012, de Hantson et al., est mentionnée. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé ouvert, sur un programme de 2 semaines en été : avec entraînement aux habiletés sociales, éducation et entraînement parentaux. Il rapportait des améliorations sur les symptômes du TDAH, les relations avec les pairs, et le fonctionnement global de l'enfant (159). Cependant l'efficacité réelle individuelle des composantes du programme n'est pas claire. Et la quantité des ressources nécessaires pour ce programme complet le rend compliqué à mettre en place (84).

d) Critères d'efficacité

Certains facteurs peuvent impacter l'efficacité de l'intervention thérapeutique auprès des enfants TDAH.

- Facteurs pronostiques

Les éléments ayant eu le plus d'impact sur les résultats à 22 mois de suivi de l'étude MTA (alors que les 4 bras de prise en charge tendaient vers une égalité d'efficacité) sont les facteurs pronostics et non le type d'intervention thérapeutique (89).

Les enfants ayant le mieux répondu à la prise en charge (le groupe qui a vu une amélioration excellente sur 14 mois et qui s'est maintenue; 52% des enfants) étaient ceux

ayant initialement le moins de symptômes du TDAH et moins de gêne lié au trouble, sans comorbidité, avec un QI élevé, et dont les parents présentaient un niveau social aisé. Ces enfants avaient pour la plupart (plus de 60% d'entre eux) reçu le traitement médicamenteux protocolisé pendant les 14 mois de prise en charge dans l'étude MTA.

Les enfants qui ont eux aussi eu une excellente réponse initiale mais qui a régressé par la suite, étaient ceux qui avaient des manifestations les plus sévères du TDAH, avec de nombreuses comorbidités et vivant le plus souvent dans des familles dépendante d'une aide sociale (74,160).

D'après les résultats à 8 ans de suivi de l'étude MTA, le meilleur facteur de prédiction pour les résultats à l'adolescence est la réponse au traitement dans les tous premiers temps de la prise en charge, indépendamment du type d'intervention délivrée (74,160,161).

- Comorbidités

L'étude MTA montre que les enfants avec comorbidité comportementale (trouble oppositionnel avec provocation) ont de meilleurs résultats à 14, 24 et 36 mois avec l'intervention combinée ou avec l'intervention comportementale (144,160). Ils développent moins de nouvelles manifestations d'opposition que ceux des 3 autres groupes de prise en charge(74).

De même, les patients avec comorbidité anxieuse répondent mieux au traitement comportemental (162). Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'ils ont une double comorbidité : anxiété et troubles du comportement (TOP ou TC). Ceux ayant bénéficié de l'intervention combinée présentent alors, de façon modeste, de meilleurs résultats au suivi à 14, 24 et 36 mois (74,83,113,144,148,160).

Les enfants ayant un TDAH qui vivent dans des conditions socio-économiques défavorables tendent à être plus impactés et à avoir plus de comorbidités. Ils profitent ainsi plus d'une intervention combinée qui travaille à la fois sur les symptômes du TDAH et les problèmes de comportement (74,83,113,143,160,161). Il y a une possibilité d'agir en prévention secondaire, pour limiter l'apparition de problèmes comportementaux sévères (74,163).

- Age des enfants

Un autre facteur d'efficacité est l'âge des enfants.

Tous les résultats précédents qui sont tirés de l'étude MTA concernent des enfants d'âge scolaire (7 à 9.9 ans).

Pour les préscolaires, nous avons vu que l'efficacité des entraînements parentaux était bien démontrée pour les symptômes du TDAH (121,127,129) et se maintenaient à un an (130).

Pour les adolescents, les preuves de l'efficacité des interventions psychologiques centrées sur les parents, sont plus faibles que chez les enfants plus jeunes (94,95). Les adolescents sont à un stade de développement complexe, avec moins de supervisions parentales, une augmentation des demandes au niveau scolaire, une augmentation de la pression par les pairs, et ainsi une augmentation des opportunités d'avoir des comportements à risque (76,105–110).

- Conditions de délivrance du traitement

Pour l'étude MTA, dans le suivi à long terme, les différences d'efficacité entre les 4 groupes d'enfants n'étaient plus perceptibles et ce changement n'est pas expliqué par des modifications de posologies du traitement. En revanche l'évolution des groupes a pu être affectée par une surveillance réduite et des contacts moins fréquents avec l'équipe médicale sur le long terme (16).

Les conditions de délivrance des formations parentales ont aussi un impact sur leur efficacité. Un essai contrôlé randomisé a montré que la délivrance de tels programmes par des professionnels de santé non spécialistes n'était pas efficace (en comparaison avec un groupe en liste d'attente) (74,138) . Ces formations doivent être menées par des spécialistes formés.

- Accès aux formations

Dans la NHMRC, pour hiérarchiser les interventions psychologiques, la priorité n'est pas leur efficacité mais de voir la possibilité pour les jeunes et les familles de suivre et appliquer les stratégies (disponibilité géographique, coût, temps de présence nécessaire..). Ces interventions destinées à la famille peuvent rester inaccessibles (76). De manière identique, dans les lignes directrices CADDRA, la réalité de terrain du Canada fait que l'accès aux interventions plus spécifiques pour le TDAH est dépendant de l'offre locale, et des ressources financières de la famille. Une des particularités de ces lignes directrices, est la volonté de tenir compte des conditions réelles de pratique, avec des ressources limitées. L'idéal de prise en charge résulte ainsi d'une approche individualisée pour chaque patient, avec une optimisation des soins (64). L'HAS présente la même approche.

En cas d'impossibilité d'accès à ces interventions, il peut être utile de penser aussi à l'augmentation de l'offre sur internet de programmes en ligne d'entraînement aux habiletés parentales (76).

e) TDA/H et Trouble Hyperkinétique

L'étude MTA inclut des enfants avec un TDAH. Nous avons vu que les enfants entrant dans le diagnostic de troubles hyperkinétiques de la CIM-10 présentent une symptomatologie plus sévère que ceux pouvant entrer dans le diagnostic de TDAH selon le DSM-IV-TR ou le DSM-V.

Santosh et al. (164) ont identifié qu'un quart des patients avec TDAH inclus dans l'étude MTA présentaient les critères d'un diagnostic de trouble hyperkinétique, et ont confirmé les conclusions de l'étude MTA pour ces enfants là. C'est à dire que l'effet à court terme du traitement médicamenteux est supérieur aux thérapies comportementales pour les troubles hyperkinétiques, et ce de manière encore plus marquée que pour les autres formes de TDAH (73,74).

Ainsi pour les jeunes avec troubles hyperkinétiques, les ECG mettent en avant la fréquente nécessité de traitement médicamenteux. Tout en respectant le choix des parents, les recommandations engagent à envisager rapidement un traitement médicamenteux chez un jeune qui bénéficierait d'une intervention comportementale et pour lequel l'amélioration ne serait pas satisfaisante.

Pour les jeunes avec TDAH mais n'entrant pas dans le diagnostic de troubles hyperkinétiques, la position est plus nuancée, le choix pouvant se baser principalement sur la volonté familiale et les caractéristiques de l'environnement du jeune (73).

f) Discussion des résultats évoqués précédemment

Nous avons vu plusieurs résultats repris au fil des différentes recommandations étudiées, et mais certaines limites existent à ces affirmations.

- *Une prise en charge combinée (traitement médicamenteux protocolisé et intervention psychologique) n'est pas supérieure à un traitement médicamenteux protocolisé seul*

Nous avons vu dans la SIGN que l'ajout d' une intervention psychosociale à un traitement médicamenteux protocolisé, pour les enfants de moins de 12 ans, n'apportait pas de bénéfice supplémentaire pour ce qui concerne les symptômes cardinaux du TDAH (74,136,137,139,141–143). De même dans la NICE il est montré qu'il n'y a pas d'intérêt à ajouter une intervention psychologique à un traitement médicamenteux protocolisé. Ceci n'apporterait pas d'intérêt en terme de symptômes cardinaux du TDAH, d'état émotionnel ou d'estime de soi (89).

Mais il est quand même à noter que :

- il existe un faible bénéfice sur l'évaluation parentale des troubles du comportement à court terme, même s'il faut tenir compte du biais des évaluations parentales (89).

- l'âge des enfants dans les études retenues pour la méta-analyse NICE sur les interventions combinées , est plus élevé que pour les données étudiant les interventions psychologiques seules. Le fait que les enfants soient plus âgés permet de moins s'interroger sur la question de la mise en place d'un traitement médicamenteux mais la question reste entière pour les plus jeunes enfants.

- de même ce résultat ne tient pas compte des enfants non répondeurs ou opposés au traitement médicamenteux. (A noter par exemple que les enfants non répondeurs au traitement sont exclu de l'étude ABIKOFF qui est incluse dans la méta-analyse de la NICE, pour comparer le traitement combiné au traitement médicamenteux protocolisé).

- *L'intervention comportementale donne des résultats intéressants pour les symptômes autres que les symptômes cardinaux du TDAH.*

Pour les symptômes autres que les symptômes cardinaux l'intérêt d'une intervention parentale comportementale est démontrée (74,136,137,139,141–143).

Néanmoins il existe peu de preuves disponibles qui permettraient de penser à une généralisation des effets positifs de la formation parentale : notamment que l'efficacité des formations parentales à domicile s'étende au contexte scolaire, ou que les effets se maintiennent dans le temps (73).

- *Une prise en charge combinée (traitement médicamenteux protocolisé et intervention psychologique) est supérieure à une prise en charge de routine.*

Nous avons vu dans les résultats de la MTA précédemment rapportés que l'approche combinée (intensive) était globalement plus bénéfique que l'approche par traitement de routine. En effet, pour presque tous les résultats étudiés le bénéfice était en faveur de l'approche combinée intensive par rapport aux soins ordinaires, que ce soit à court terme ou dans le suivi, mais avec un effet faible à modéré. Il n'y a que les résultats sur le statut émotionnel qui étaient significativement plus améliorés dans le groupe avec des soins ordinaires.

En revanche :

- le traitement combiné intensif est tellement complet dans cette étude MTA qu'il est impossible de faire la part des choses pour distinguer les éléments efficaces dans cet ensemble. Il est possible que l'ensemble de l'effet bénéfique vienne du fait que la gestion du traitement médicamenteux est protocolisée. L'idée qu'un traitement médicamenteux optimisé permettrait une meilleure sensibilité aux interventions psychologiques et donc une meilleure efficacité de celles-ci est écartée. La conclusion de la NICE est plutôt que la différence est telle entre un traitement médicamenteux optimisé et un traitement médicamenteux de routine qu'il n'y a plus de marge de bénéfice possible pour le traitement protocolisé même en cas d'ajout d'intervention psychologique. Ceci peut être lié au fait que le traitement médicamenteux est moins efficace dans le contexte clinique ordinaire que dans un contexte d'essai clinique (89).

- l'étude MTA suggère aussi que les combinaisons d'interventions peuvent être aidantes en ciblant des problèmes autres que les symptômes cardinaux. Offrir une combinaison d'intervention pourrait alors permettre aux enfants et aux parents de mieux participer aux décisions thérapeutiques(73)(73,89).

- *il existe un intérêt d'une approche sur une autre.*

Dans l'étude MTA des différences d'efficacité se dessinaient initialement entre les 4 bras.

Mais les résultats du suivi à long terme de l'étude MTA, aussi bien que ceux d'une petite étude européenne, concluaient que le bénéfice à court terme du traitement médicamenteux par rapport à l'absence de traitement disparaissait dans le suivi à long terme (161).

g) Conclusion

Nous venons de voir qu'une solution thérapeutique idéale ne ressort pas de ces recommandations.

Dans la NICE la conclusion de l'argumentaire sur la comparaison des interventions combinées et du traitement médicamenteux seul est formulée ainsi (89):

" Des preuves claires qui favoriseraient fortement une approche donneraient une recommandation non équivoque.

Mais : - il n'y a pas de preuves que l'intervention psychologique est favorisée
- le traitement médicamenteux n'est pas clairement fortement favorisé par rapport à l'intervention psychologique.

- il n'est pas clair que les effets bénéfiques du traitement médicamenteux par rapport aux interventions psychologiques sont maintenus après la fin du traitement.

Ainsi la décision thérapeutique entre traitement médicamenteux et intervention psychologique est plus balancée.

L'intervention de première ligne est influencée par d'autres facteurs que l'efficacité (possible effets indésirables du traitement médicamenteux, préférence de l'enfant et des parents...)

Le traitement médicamenteux n'est pas indiqué en première ligne pour tous les âges, il est réservé aux patients ayant une symptomatologie sévère avec gêne importante, ou à ceux avec gêne modérée qui refusent les interventions non médicamenteuses, ou à ceux dont les symptômes ne répondent pas suffisamment aux interventions de type entraînement aux habiletés parentales ou traitement psychologique de groupe."

Ainsi à la fin des recommandations de la NICE, d'autres pistes de recherche étaient invitées à être développées. L'évaluation de l'efficacité des groupes d'habiletés parentales comportementaux par rapport au traitement médicamenteux étaient souhaitée pour les enfants plus âgés que les préscolaires. L'évaluation devait porter sur les symptômes, la qualité de vie et le rapport coût-efficacité. Le questionnement principal soulevé était le rapport coût-efficacité (89).

Une revue Cochrane de 2011 sur les formations parentales pour le TDAH , pour les enfants de 5 à 18 ans conclut qu'il n'y a pas assez de preuve pour recommander les entrainements parentaux pour améliorer les résultats comportements et scolaires spécifiques au TDAH. La plupart des essais contrôlés randomisés étaient de faible qualité méthodologique (84,125).

Une révision de la NICE est en cours et la parution est prévue pour février 2018. Elle devrait apporter un éclairage intéressant et complet, notamment sur l'évolution des données concernant les entrainements parentaux.

II.2.3) Conclusion sur les conditions dans lesquelles les formations parentales comportementales sont recommandées dans les recommandations

La plupart des recommandations sont formulées en fonction de l'âge de l'enfant, de la présence ou non de comorbidités. La place faites aux formations parentales (Parent Training : PT) dans les recommandations est résumée dans le Tableau 3. Une présentation plus détaillée fait suite.

	Préscolaires	Enfants	Adolescents	Comorbidité
E C G	Première intention: intervention psychosociale avec entraînements parentaux (Parent training : PT) et en deuxième intention traitement médicamenteux	Si le trouble est peu envahissant : PT (Parent training) , et mesures scolaires. Si cela est insuffisant : envisager un traitement médicamenteux . Si le trouble est très envahissant: traitement stimulant en première intention.	---	Pour les troubles des conduites , traiter en premier lieu le TDAH, et associer pour les problèmes de comportement une thérapie cognitivo-comportementale et un entraînement parental
A A C A P	Le traitement médicamenteux est le traitement de première intention. Dans le cas où aucun des traitements médicamenteux validés par la Food and Drug Administration pour le traitement du TDAH ne donne un résultat satisfaisant:			- Première intention : traitement médicamenteux -Le traitement psychosocial est bénéfique en association d'un traitement médicamenteux.
N I C E	- PT en première intention. - Si cela reste insuffisant, l'enfant est adressé à des spécialistes. - Le traitement médicamenteux n'est pas recommandé pour les enfants d'âge préscolaire.	- En cas de trouble modéré PT en groupes en première intention. La prise en charge peut aussi inclure : une intervention psychologique en groupe pour les plus jeunes . Pour les plus âgés, l'intervention psychologique en individuel peut être plus efficace. Le traitement médicamenteux peut être essayé après cela, si la réponse reste insuffisante aux interventions non médicamenteuses, ou qu'elles sont refusées par la famille. - En cas de trouble sévère Traitement médicamenteux en première intention. Les parents doivent être aussi adressés vers un PT. Si l'enfant (ou pré-adolescent) ou ses parents refusent cette prise en charge, essayer une intervention psychologique.		TDAH et troubles des apprentissages : - PT (en individuel ou en groupe, suivant la préférence du parent) . - S'il existe une persistance d'une gêne significative : traitement médicamenteux.
S I G N	Les PT comportementaux sont recommandés	- TDAH léger : envisager les approches comportementales en première intention. - TDAH modéré à sévère sans comorbidité : traitement médicamenteux	---	- TOP ou anxiété généralisée : prise en charge combinée : traitement médicamenteux et intervention comportementale.

Tableau 3 : Place des formations parentales dans les recommandations

	Préscolaires	Enfants	Adolescents	Comorbidité
A A P	En première intention : intervention comportementale <i>evidence-based</i> , pour les parents ou le professeur. Si absence de résultat notable et persistance d'une gêne importante : prescription de méthylphenidate	En première intention : traitement médicamenteux validé par la FDA, et/ou une intervention comportementale basée sur les preuves, pour les parents et/ou le professeur. Utiliser préférentiellement les deux approches. En deuxième intention traitement non validé par FDA.	-Traitements médicamenteux validé par la FDA, (avec l'aval de l'adolescent) et/ou -Thérapie comportementale. Utiliser de préférence les deux	---
N H R M C	Les interventions psychologiques, environnementale, et familiale en première intention. Si toutes ces interventions n'ont pas été efficaces, alors les stimulants peuvent être envisagés	Si le traitement médicamenteux n'est pas accepté par l'enfant/adolescent ou ses parents, alors les alternatives doivent être discutées.		---
C A D D R A	Il n'y a pas de recommandations précises, en fonction des âges, ou des comorbidités. La décision du projet de soin s'élabore avec le patient et sa famille. Il est multimodal.			
S I N G A P O U R	Des entrainements parentaux devraient être proposés aux parents des préscolaires avec TDAH	Les médecins devraient envisager d'adresser les parents d'enfants et adolescents avec TDAH vers des programmes d'entraînement aux habiletés parentales proposés dans la communauté, particulièrement quand des pratiques parentales négatives sont identifiées.		---
H A S	Il n'y a pas de recommandations sur la conduite thérapeutique à tenir. La prise en charge du TDAH est globale et doit être adaptée aux types de symptômes de l'enfant, à la sévérité de leurs retentissements et au choix du patient et de ses parents. La prise en charge est destinée à agir à la fois sur les symptômes, sur le retentissement fonctionnel du TDAH (les fonctions sociales, l'estime de soi, les compétences scolaires...) et sur les comorbidités qui y sont associées. Cette prise en charge comprend une prise en charge non médicamenteuse qui peut être associée selon les cas à une prise en charge médicamenteuse.			

Tableau 3 : Place des formations parentales dans les recommandations (suite)

a) ECG : European clinical guidelines for hyperkinetic disorder –

first upgrade

Les ECG (73) concluent leurs recommandations dans une approche nuancée : le traitement médicamenteux ne doit pas être systématiquement le traitement de première intention, les interventions comportementales sont moins efficaces mais aidantes et les prises en charge comportementales multimodales ont fait leurs preuves (147,161).

Dans les ECG, dans l'organigramme décisionnel de prise en charge, la première chose est l'information aux patients et aux familles (psychoéducation, conseil; soutien).

Ensuite pour les préscolaires, en première intention : intervention psychosociale avec entraînements parentaux (Parent training) et en deuxième intention le traitement médicamenteux devrait être envisagé, avec un spécialiste.

Et pour les enfants plus âgés, le choix thérapeutique doit dépendre de l'aspect envahissant de l'invalidité liée au trouble. Si le trouble est peu envahissant alors il faudrait choisir les Parent training, et mesures scolaires en premier, et dans un second temps envisager un traitement médicamenteux si les premières mesures sont insuffisantes. Mais si le trouble est très envahissant : il sera envisagé en premier lieu le traitement stimulant, en 2ème intention un 2ème stimulant, et en 3ème intention : il pourrait être envisagé l'ajout d'une thérapie comportementale avec la prise en charge des comorbidités, et l'utilisation d'un autre traitement médicamenteux (de seconde ligne).

Pour les troubles des conduites, les ECG recommandent de traiter en premier lieu le TDAH, et d'associer pour les problèmes de comportement une thérapie cognitivo-comportementale et un entraînement parental (164)(163)(162)(161)(160)(159)(158) (73,165).

b) AACAP : Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Pour l'AACAP (13), le traitement de première intention du TDAH est le traitement médicamenteux. La thérapie comportementale n'a de place qu'en complément de celui-ci ou en position de seconde intention.

Dans ces recommandations, des données de faible niveau de preuve (basée sur des case series/report, essais non contrôlés) concluent que si un patient avec TDAH présente une réponse robuste au traitement et montre en conséquence un fonctionnement scolaire, familial, social qui se normalise, alors le traitement médicamenteux seul est suffisant. Dans le cas où aucun des traitements médicamenteux validés par la Food and Drug Administration pour le traitement du TDAH ne donne un résultat satisfaisant, le clinicien doit réexaminer le diagnostic et considérer un autre traitement que ceux validés par la FDA et/ou une thérapie comportementale. Dans ce cas, il est préférable d'essayer en premier la thérapie

comportementale avant un traitement médicamenteux de seconde ligne car pour ces traitements l'ampleur de l'effet est équivalente à celui des thérapies comportementales (119).

Dans une recommandation de plus haut niveau de preuve, l'AACAP précise que si un patient avec TDAH a une réponse non optimale au traitement médicamenteux, qu'il a une comorbidité ou qu'il vit des facteurs de stress dans sa vie familiale, alors le traitement psychosocial est souvent bénéfique en association d'un traitement médicamenteux.

Le praticien doit individualiser les interventions psychosociales et les appliquer aux patients qui peuvent le plus en bénéficier de part l'existence pour eux de comorbidités ou la présence d'un stress psychosocial.

c) NICE : The NICE Guideline on Diagnosis And Management of ADHD in Children, Young People and Adults (75)

- Pour les préscolaires, les programmes d'entraînement parentaux sont la prise en charge de première intention. Ces programmes sont les mêmes que ceux recommandés pour les parents ou aidants (*carer*) ayant un trouble des conduites. Si cela reste insuffisant, l'enfant peut être adressé à des spécialistes. De manière explicite, le traitement médicamenteux n'est pas recommandé dans ces recommandations pour les enfants d'âge préscolaire.
- Pour les enfants d'âge scolaire et jeunes (*young people*):
 - o pour ceux ayant un trouble modéré

Le traitement de première intention est les programmes d'entraînement / éducation parentaux en groupes.

La prise en charge peut aussi inclure : une intervention psychologique (TCC , entraînement habiletés sociales) en groupe pour les plus jeunes . Pour les jeunes plus âgés, le groupe (de pairs ou de parents) peut être compliqué (pas efficace ou refusé), l'intervention psychologique (type TCC ou Habiletés sociales) en individuelle avec le jeune peut être plus efficace.

Le traitement médicamenteux peut être essayé après cela, si la réponse reste insuffisante aux interventions non médicamenteuses, ou qu'elles sont refusées par la famille.

Enfants et jeunes avec TDAH et troubles des apprentissages, un programme de groupe d'entraînement / d'éducation parentaux doit être proposé soit sur une base individuelle soit en groupe, suivant la préférence du parent (*carer*).

Si la prise en charge par programmes d'entraînement / éducation parentaux est efficace : il faut alors revoir l'enfant avec ses parents ou aidants (*carers*) et fratrie, à la

recherche de problème résiduel : anxiété, agression, trouble des apprentissages, et organiser si besoin un plan de traitement pour ces problèmes coexistants.

Si , après une prise en charge par programmes d'entraînement / éducation parentaux, il existe une persistance d'une gêne significative : il faut alors proposer aux enfants ayant un TDAH un traitement médicamenteux.

- o pour ceux ayant un trouble sévère

Le traitement de première intention est le traitement médicamenteux. Les parents doivent être aussi adressés à programme de groupe d'entraînement / d'éducation parental.

Si l'enfant (ou pré-adolescent) ou ses parents refusent cette prise en charge, il est possible d'essayer une intervention psychologique. Mais le médecin doit informer que le traitement médicamenteux est plus efficace et supérieur que les autres prise en charge pour ce groupe de patient. Si la famille persiste dans son refus du traitement médicamenteux , alors proposer un programme de groupe d'entraînement / d'éducation parental.

Si un programme de groupe d'entraînement / d'éducation parental est efficace pour un enfant avec trouble sévère qui a refusé le traitement médicamenteux , le médecin doit le revoir, évaluer la présence de comorbidité coexistante, et si besoin prévoir un plan de prise en charge à long terme.

Si le programme de groupe d'entraînement / d'éducation parentaux n'est pas efficace et que le traitement médicamenteux a été refusé, il faut alors rediscuter la possibilité d'un traitement médicamenteux ou d'une autre intervention psychologique (TCC ou habiletés sociales), en soulignant le bénéfice et la supériorité du traitement médicamenteux dans ce cas.

d) SIGN : Management of Attention Deficit and Hyperkinetic Disorders in Children And Young People A National Clinical Guideline (74)

Sélection du traitement selon l'âge des enfants:

-> Enfant d'âge pré-scolaire :

Les entraînements parentaux comportementaux sont recommandés pour les parents d'enfants préscolaire avec des symptômes du TDAH. Ils devraient être délivrés par des professionnels formés. (grade B) (74)

-> Enfant d'âge scolaire et jeune (*young people*) :

- TDAH léger : Quand les symptômes du TDAH sont légers, les praticiens devraient envisager les approches comportementales en première intention.

- TDAH modéré à sévère :
 - Absence de comorbidité : pour les enfants d'âge scolaire et les jeunes avec TDAH d'intensité sévère : recommandation de prise en charge par traitement médicamenteux (grade A)
 - TOP / comportement agressif : pour les enfants d'âge scolaire et les jeunes avec TDAH et cette comorbidité : recommandation de prise en charge combinée : traitement médicamenteux et intervention comportementale (grade A).
 - Anxiété généralisée : pour les enfants d'âge scolaire et les jeunes avec TDAH et cette comorbidité : recommandation de prise en charge combinée : traitement médicamenteux et intervention comportementale (grade B).

-> Adolescent :

Pas d'étude de qualité identifiée pour les adolescents : de ce fait, la SIGN n'a pas créé de recommandation pour cette tranche d'âge pour les interventions psychosociales.

e) AAP : Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescent

Les recommandations pour l'AAP pour le traitement du TDAH sont dépendantes de l'âge du patient.

Pour les enfants d'âge préscolaires (4-5 ans) , le médecin de premier recours devrait prescrire en première intention une intervention comportementale basée sur les preuves, pour les parents ou le professeur et devrait prescrire du méthylphénidate si les interventions comportementales ne fournissent pas de résultat notable et qu'il y a une persistance d'une gêne modérée à sévère du fonctionnement de l'enfant. Dans les zones dans lesquelles des traitements comportementaux basés sur les preuves ne seraient pas disponibles, le praticien devrait peser le rapport entre les risques de commencer un traitement à un jeune âge, et le risque de tarder à poser un diagnostic et offrir un traitement.

Pour les enfants d'âge scolaire (6-11 ans) , le médecin de premier recours devrait prescrire en première intention un traitement médicamenteux validé par la FDA, et/ou une intervention comportementale basée sur les preuves, pour les parents et/ou le professeur, et préférentiellement les deux ... La force des preuves est particulièrement importante pour les ttt stimulants et suffisante mais moins importante pour l'atomoxétine, la guanfacine LP, et la clonidine LP . Des aménagements scolaires font partie de n'importe quel plan de traitement.

Pour les adolescents (12-18 ans), les médecins de premiers recours devraient prescrire les traitements médicamenteux validé par la FDA pour le TDAH , avec l'aval de

l'adolescent et pourraient prescrire de la thérapie comportementale comme traitement du TDAH, et préférentiellement les deux.

f) NHMRC : Clinical Practice Points on the Diagnosis, Assessment and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents

Les interventions parentales, ou formations aux habiletés parentales ne sont pas précisément recommandées par la NHMRC.

- "Pour les jeunes enfants (moins de 7 ans) les interventions psychologiques, environnementale, et familiale devraient si possible être essayées avant d'initier un traitement pharmacologique. Si toutes ces interventions n'ont pas été efficaces, alors les stimulants peuvent être envisagés pour ce groupe d'âge, en concertation avec les parents et l'environnement si nécessaire."

- "Si le traitement médicamenteux n'est pas accepté par l'enfant/adolescent ou ses parents, alors les alternatives doivent être discutées."

- "Quand ceci est indiqué, les jeunes enfants (moins de 7 ans) et enfants d'âge scolaire diagnostiqués avec un TDAH, et leurs familles devraient bénéficier des interventions psychologiques qui ont démontré leur efficacité pour les problèmes de santé mentale associés."

g) CADDRA : Lignes Directrices Canadiennes sur le TDAH

Il n'y a pas de recommandations précises, en fonction des âges, ou des comorbidités de précisées dans les lignes directrices canadiennes.

Dans la présentation globale de la prise en charge du TDAH selon leur lignes directrices, ils favorisent une approche multimodale, aucun traitement ne pouvant "assurer à lui seul de bons résultats à long terme". Ils précisent aussi que " la stratégie de base consiste à développer de meilleures habitudes qui, ultimement, peuvent permettre de développer des stratégies d'adaptation qui vont aider à réduire l'impact fonctionnel lié au TDAH", mais ils ne donnent pas plus de précision sur comment faire.

La formation parentale est présentée dans le développement d'un chapitre sur les interventions non médicamenteuses. "Des approches parentales positives et un encadrement sont essentiels. Des documents audio-visuels pour les parents sont disponibles en ligne". "Les parents doivent également être dirigés vers les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui ont, selon les régions, parfois des programmes d'éducation parentale."

Il n'est pas plus décrit quand préférer l'une ou l'autre des approches thérapeutique. La décision du projet de soin s'élabore avec le patient et sa famille s'il est enfant.

h) SINGAPORE : Attention Deficit Hyperactivity Disorder AMS-MOH Clinical Practice Guidelines 1/2014

Là non plus il n'y a pas de recommandation très précise, hormis pour les enfants d'âge préscolaire :

- " Les médecins devraient envisager d'enseigner aux parents d'enfants avec un TDAH, les stratégies de gestion comportementale, ou les adresser à des professionnels qui peuvent le faire. (Grade A)"

- "Des entrainements parentaux devraient être proposés aux parents des préscolaires avec TDAH. (Grade B) "

- "Les médecins devraient envisager d'adresser les parents d'enfants et adolescents avec TDAH vers des programmes d'entraînement aux habiletés parentales proposés dans la communauté, particulièrement quand des pratiques parentales négatives sont identifiées. (Grade B)"

- "Durant l'entraînement aux habiletés parentales les professionnels devraient envisager l'utilisation de stratégies de gestion comportementale qui sont plus à même d'être acceptables pour les parents, basées sur une compréhension de leur base culturelle. (Grade D)"

i) HAS : Recommandation De Bonne Pratique : Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

Dans les recommandations HAS, il n'y a pas de recommandations sur la conduite thérapeutique à tenir, dans la mesure où ces recommandations s'adressent aux médecins de premiers recours. En revanche une information sur les différentes possibilités de prise en charge est donnée, le médecin de premier recours se devant de pouvoir fournir des informations aux patients et d'assurer le suivi après que le spécialiste ait posé le diagnostic et proposé une prise en charge.

Dans l'argumentaire pour les recommandation HAS, en revanche les efficacités concernant les différentes thérapeutiques sont plus étudiées, et, en citant une revue Cochrane de 2005 (166), il était avancé qu' "une thérapie comportementale, avec plusieurs composantes, et orientée vers la famille, semblait adaptée dans le cas où un traitement médicamenteux était refusé ou inadapté. Cette conclusion se basait cependant uniquement sur deux études, et il n'y avait pas d'information concernant l'efficacité d'autres thérapeutiques (e.g. structurale, fonctionnelle, stratégie familiale)".

III - LES PROGRAMMES PARENTAUX

Nous avons pu voir à travers la reprise des recommandations qu'il existe une ambiguïté sur l'efficacité des entraînements parentaux, notamment sur le type d'améliorations qu'ils offrent, mais aussi certaines réserves quant à l'utilisation généralisée de traitements psychostimulants.

Le fait que ces recommandations datent de plusieurs années pour la plupart est à prendre en compte dans cette première partie. Nous proposons de compléter les informations sur les entraînements parentaux par des données plus actualisées.

III.1) Données récentes sur l'efficacité et les limites des programmes d'entraînement parental

III.1.1) Efficacité et Limite

a) Présentation des données récentes de la littérature

Une revue Cochrane de Zwi et al., de 2011, conclut à un possible effet des Parent Training sur le comportement des enfants de 5 à 18 ans ayant un TDAH, ainsi qu'à un éventuel impact positif sur le stress et la confiance parentaux, alors qu'il ne se prononce pas quant à un impact sur les symptômes du TDAH. Toutefois ils précisent que ces données sont pondérées par la faible qualité méthodologique des articles. Ainsi ils ne peuvent conclure assez formellement pour argumenter des recommandations cliniques.

En 2012, une autre revue Cochrane, dans une méta-analyse sur 48 études, acte l'amélioration du fonctionnement psychosocial parental grâce aux Entraînements aux Habiletés parentales (pas uniquement ceux liés au TDAH) , avec un probable bénéfice aussi bien sur le père que sur la mère. Or une amélioration des relations conjugales conflictuelles, ou du stress parental , présente un impact positif sur le développement ultérieur de l'enfant. Cette revue Cochrane suggère de proposer les PT aux pères (167).

En 2013, Charach et al., ont publié une revue portant sur les interventions possibles chez les enfants d'âge préscolaire à haut risque de TDAH, sur cinquante-cinq études. La force de l'évidence était considéré comme faible pour le méthylphénidate avec une seule étude de bonne qualité. Les huit études sur les programmes d'entraînement aux habiletés parentales de type comportementaux (Behavioral Parent Training : BPT) apporte un fort niveau de preuve sur les améliorations comportementales chez les enfants (168) .

En 2013, Evans et al. actualisent une revue de littérature de Pelham et Fabiano de 2008 (116) pour établir la validité des interventions psychosociales pour les enfants ayant un TDAH. Les BPT ressortent ainsi comme de validité "bien-établie" pour une population de 4 à 12 ans. Les auteurs insistent néanmoins sur la vigilance à avoir concernant les critères

utilisés pour l'évaluation, au moment de considérer les conclusions d'une revue. Elle relève aussi quelques biais discutables dans les études, à prendre en compte pour interpréter les résultats des revues : biais de recrutement (différents effets d'un traitement selon la population à laquelle il est administré) ou influence d'une évaluation non en aveugle (notamment lorsque les personnes qui évaluent sont impliquées dans la mise en place du traitement et sa réussite, exemple, les parents) (169).

Une méta-analyse de 2013 (68) effectuée sur les prises en charge non médicamenteuses du TDAH rapporte des résultats très mitigés concernant l'efficacité des interventions comportementales. Les résultats initiaux sont très en faveur des BPT. Mais dès lors que l'effet est mesuré par des observateurs en aveugle, et sur les symptômes cardinaux du TDAH, le bénéfice devient quasi-nul (68). Mais cette étude souligne bien que ces interventions comportementales peuvent néanmoins avoir une efficacité sur d'autres critères que les symptômes du TDAH, non évalués ici.

Par ailleurs, la population pour laquelle il y avait le plus d'effet restait, là encore, la population d'âge préscolaire.

Un article de 2015 de Hinshaw et al. reprend en détails les résultats de l'étude MTA (présentée plus haut, p.47) , et du suivi à long terme. De nouvelles analyses des données ont montrées une supériorité du traitement combiné pour la réussite scolaire, les compétences sociales, et les pratiques éducatives parentales. Les comorbidités et les modifications de l'approche éducative des parents sont des modérateurs de l'effet des traitements. Les enfants ayant eu un traitement médicamenteux à long terme montrent un retard de croissance. Enfin la supériorité du traitement médicamenteux disparaît une fois que tous les patients sont retournés à des soins de routine.

Coats et al. en 2014, présentent quant à eux, au terme d'une méta-analyse de onze études sur des enfants d'âge préscolaire et scolaire (moins de treize ans), une efficacité des BPT, avec une diminution des symptômes du TDAH, des problèmes de comportement ainsi qu'une augmentation de l'estime de soi des parents. Cette étude cible des enfants diagnostiqués TDAH ou bien avec des symptômes TDAH-like élevés. La question soulevée par cette étude est la possibilité d'implanter de tels programmes dans les contextes communautaires (170).

Une autre méta-analyse de 2014 portant sur les interventions comportementales dans trente-deux études pointait une efficacité large (là encore symptômes du TDAH, problèmes de comportement mais aussi qualité d'éducation parentale, compétence sociale et scolaire), à court terme. Mais à l'analyse des résultats en aveugle, cette efficacité est nettement moins marquée et n'est plus du tout constatée pour les symptômes du TDAH. Elle persiste uniquement pour les problèmes de comportement et l'amélioration de l'éducation parentale (171).

Une autre méta-analyse de 2015 sur huit études note aussi un bénéfice des entraînements parentaux chez les préscolaires, sur les symptômes du TDAH. Néanmoins, reste la question de comparer cette efficacité à un traitement médicamenteux et d'évaluer l'intérêt éventuel d'une combinaison de ces prises en charge dans cette population (172).

b) Quelques biais et limites retrouvés dans les études sur le TDAH

- Comme nous venons de le voir, un biais important, et fréquemment retrouvé dans les essais cliniques autour des programmes parentaux concernent les évaluateurs. Ceux-ci sont souvent non aveugles, mais aussi très impliqués dans la mise en place du traitement et sa réussite (par exemple : évaluation parentale d'une amélioration comportementale d'un enfant) (68).

- Une discussion autour de la méthodologie des revues et méta-analyses des interventions psychosociales pour le TDAH a été spécifiquement abordée par Watson et al. en 2015. Reprenant vingt-et-une études de 1998 à 2010, ils ont mis en évidence des défauts méthodologiques fréquents ; comme de l'imprécision dans les méthodes d'extraction de données et un manque d'évaluation de la qualité des essais inclus dans ces études (173).

- La revue Cochrane de 2015 (174) s'est intéressée à l'efficacité des traitements psychostimulants, et a évalué la fiabilité méthodologique de 185 essais randomisés, majoritairement contrôlés versus placebo. Ils ont tous été qualifiés de à *Haut risque de biais*. Les deux biais les plus problématiques étaient : l'absence d'aveugle pour l'évaluation des résultats (aveugle notamment levé par l'apparition d'effets secondaires sous psychostimulants), et les conflits d'intérêts des chercheurs ou liés aux investissements pour les études.

L'évaluation des biais était sévère, et comme le précise les auteurs, une approche plus nuancée, qualitative, pourrait être intéressante.

Néanmoins les résultats sont tels que les effets bénéfiques des psychostimulants sur les symptômes du TDAH et la qualité de vie, sans être fondamentalement remis en cause, sont toutefois présentés comme très complexes à évaluer et quantifier au vu des biais retrouvés dans les études analysées. Et cette méta-analyse ne permet pas de soutenir la prescription de méthylphénidate pour les recommandations de prise en charge du TDAH (174,175).

Les auteurs concluent qu'il est urgent de développer plus de recherche sur les traitements non-pharmacologiques.

La problématique des conflits d'intérêts est complexe.

Des congrès nationaux ou internationaux sont en effet partiellement supportés par des laboratoires pharmaceutiques, et les spécialistes du TDAH, orateurs, ont rapidement des conflits d'intérêts à déclarer.

La NHMRC a interrompu en 2009, le développement de recommandations sur le TDAH pour ce motif : trois personnes ayant participé à la rédaction avaient des conflits d'intérêts non déclarés, et la NHMRC n'a pu évaluer leur impact sur l'élaboration des recommandations.

Les limites sur l'efficacité, et les biais d'évaluations soulevés ci-dessus se retrouvent encore régulièrement dans des essais contrôlés randomisés (RCT) ou des méta-analyses récents.

Nous pouvons, par exemple, rencontrer ces restrictions dans l'étude de 2015 de Leijten et al. sur l'efficacité du programme Incredible Years chez des enfants de 3 à 8 ans avec des comportements perturbateurs (dont certains avec un diagnostic de TDAH) (176). Cette étude s'intéresse à la proposition du programme à une population spécifique (minorité ethnique ou familles avec difficultés financières).

Pour ces enfants, le BPT n'apporte qu'une efficacité partielle. En effet, la diminution des symptômes d'hyperactivité et inattention initialement observée par les parents, n'existe plus dans l'évaluation par les professeurs. Nous retrouvons le phénomène inverse pour les comportements perturbateurs (176).

En 2016, Rimestad et al. retrouvent chez les préscolaires ayant un TDAH, dans leur méta-analyse de seize études, une amélioration des symptômes du TDAH, des problèmes de comportement ainsi que de l'éducation négative, à court terme et dans le suivi à un an. Cette amélioration est retrouvée dans l'évaluation par les parents alors que les professeurs ne notent, eux, aucun effet sur les symptômes du TDAH. La question qui se dessine alors, et que nous avons déjà abordée, est l'impact du choix de l'évaluateur pour coter les progrès éventuels (177).

D'autres limites ont été relevées pour les méta-analyses : celle de la question de la possibilité d'implantation dans la communauté du programme étudié, et celle du biais de recrutement. Ces deux limites font discuter l'application du programme en condition réelle, en pratique clinique. Nous y reviendrons dans la suite de ce travail.

c) Conclusion

Il existe toujours une ambiguïté sur l'efficacité des PT : entre les arguments évoqués en faveur de l'efficacité et les limites méthodologiques des études. Les nouvelles données tendent à limiter l'étendue de l'efficacité démontrée des BPT, notamment sur les symptômes cardinaux du TDAH.

Le biais de l'évaluation parentale est régulièrement évoqué. Il influence effectivement l'évaluation qui se veut objective, des symptômes de l'enfant, à court terme. Mais l'impact familial, reconnu, des BPT, n'a-t-il pas de conséquences sur l'enfant, à long terme ? Cette question n'est que peu abordée dans les études. Une étude de Kurman de 2015 sur l'impact du style éducatif (perçu par l'enfant) sur l'estime de soi des enfants TDAH

note que ceux percevant une éducation autoritaire (assertive) étaient ceux ayant une plus faible estime d'eux mêmes (178). Ceci peut être une piste supplémentaire quant à l'efficacité des BPT.

Nous avons jusque là présenté la balance très discutée comparant l'efficacité du traitement médicamenteux à celui des interventions non médicamenteuses, et présenté la discussion autour de l'intérêt d'une combinaison de ces deux approches.

La revue de Cochrane de 2015, révélant des biais dans les études d'efficacité du méthylphénidate argumente en faveur d'une position de précaution, option que la France a choisi d'adopter (via l'HAS et l'ANSM). L'efficacité du méthylphénidate reste reconnue (au moins à court terme), et avec des effets secondaires peu graves. La prescription est autorisée mais tout en encadrant et limitant la place que les psychostimulants doivent prendre dans la prise en charge d'un enfant TDAH.

En conclusion, les questionnements autour des BPT ne semblent plus chercher à déterminer s'ils sont efficaces, mais plutôt à définir sur quels éléments (précisant ainsi les indications) et avec quelles limites, ainsi que décrire leur intérêts et inconvénients en dehors de l'efficacité (coût, disponibilité, effets secondaires, etc.). Ceci permettrait de préciser leur place par rapport à l'utilisation d'autres thérapeutiques.

La littérature sur les entraînements aux habiletés parentales est très riche et encore florissante. Elle ne concerne pas forcément la population spécifique des enfants TDAH et la question de la validité méthodologique reste un point de vigilance à avoir. Mais le sujet semble encore très prometteur et continue d'intéresser chercheurs et cliniciens. Pour exemple cette étude de juin 2016 randomisée mais non contrôlée, concluant à une efficacité importante et identique de 4 programmes d'entraînements parentaux (comportementaux ou non) sur l'amélioration à long terme des symptômes externalisés d'enfants de 3 à 12 ans, bien qu'elle soit basée sur l'évaluation par les parents des comportements de l'enfant (179).

Comme nous le précisions plus haut, les recommandations de la NICE vont être actualisées en 2018 et des données intéressantes préciseront certainement encore plus précisément les intérêts et limites des entraînements parentaux dans le cadre du TDAH.

III.1.2) Modérateurs de l'efficacité des entraînements aux habiletés parentales.

Plusieurs modérateurs sont retrouvés comme limites à l'efficacité des BPT.

a) Cohérence parentale

Dès 2003, une étude qualitative de Mockford pointait des difficultés à appliquer à la maison les méthodes apprises au cours d'un programme. Deux problèmes majeurs

rencontrés étaient de changer les habitudes établies pour soi et pour son partenaire, ainsi que d'obtenir l'implication du partenaire.

Ainsi, apparaissait un risque d'augmentation d'un désaccord entre les deux parents quand l'un des deux n'avait pas assisté au programme (180).

b) Participation aux programme

Ceci peut paraître évident, mais la participation et l'assiduité des parents à un programme est un facteur de base indispensable à l'efficacité de celui-ci(49). Ainsi l'évaluation en 2000 (181)) de l'efficacité du programme de 1987 du Pr Barkley n'avait rien pu démontrer, les parents ayant massivement interrompu le programme avant la fin (35% n'ayant pas du tout participé, et seulement 13% ayant assisté à au moins 9 des 14 séances) (181).

c) Facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques ne sont pas clairement établis comme étant des modérateurs de l'efficacité des programmes parentaux , en tout cas pour les problèmes de comportement d'apparition précoce. Il existe des données de littérature argumentant qu'un bas niveau socio-économique diminue l'impact positif du programme (182–184) et d'autres qui ne retrouvent pas d'incidence des facteurs socio-économiques dans leurs résultats (182,185).

d) Implication au changement

Nous avons vu plus haut que certains parents rencontraient des obstacles au moment d'appliquer à la maison les méthodes apprises au cours d'un programme, notamment par une gêne à changer leurs habitudes (180). Le changement des pratiques parentales passe par une implication vraiment active, avec de la persévérance pour réussir à mettre en place les stratégies apprises (186). La capacité de changement (ou non) des parents, au niveau des compétences éducatives, impacte fortement les effets d'un programme sur les comportements d'un enfant (182,185,187).

III.1.3) De la recherche à la pratique clinique

Entre le milieu de la recherche et le milieu de la pratique clinique ordinaire, il existe un écart d'efficacité qui n'est pas un phénomène nouveau, notamment dans les soins psychothérapeutiques chez les jeunes (188–190).

"Cette différence peut s'expliquer par les conditions dans lesquelles sont réalisées les études pour les traitements basés sur les preuves, en évitant le plus possible les facteurs

compliquant l'interprétation des résultats et la détermination de l'effet d'un traitement (188).

Ces facteurs peuvent être :

- les caractéristiques cliniques du jeune (comorbidités, problèmes externalisés importants et fréquents, etc.),
- les caractéristiques de la famille et des aidants (*caregiver*) (stress, psychopathologie, famille monoparentale, diversité ethnoculturelle, etc.),
- les caractéristiques du thérapeute (orientation théorique, charge de travail, frais, exigence de productivité, absence de temps de supervision, etc.),
- le contexte (manque de personnel, turn-over du personnel, travail avec les partenaires, politique de santé, etc.) (191) . Or ces facteurs sont omniprésents dans la pratique clinique." (188).

De nombreux programmes *evidence-based* existent aux Etats-Unis, prêts à être implantés (192). en revanche, il n'y a que peu d'entraînements parentaux (PT) de ce type dans les soins de routine (193–195). Il semble donc qu'étudier l'efficacité et la disponibilité des programmes *evidence-based* ne suffit pas. Il existe d'autres contraintes propres à la pratique des soins de première ligne à prendre en considération : les caractéristiques propres aux patients et à sa famille, celles du praticien, de son équipe, de l'organisation de la structure de soins et enfin la question financière (194,196,197).

En pratique clinique, les jeunes ne présentent que rarement une pathologie isolée. La problématique est souvent complexe et mêlée, et les priorités changeantes. Les traitements *evidence-based* se heurtent à cette difficulté : ils ne portent que sur une pathologie unique, sur une population incluse souvent "lisse", sans problématique associée. La flexibilité indispensable à un praticien n'est pas reflétée dans ces études (188).

Ces éléments font naturellement discuter la question des adaptations des programmes d'entraînements parentaux. Entre une rigueur d'implantation des programmes *evidence-based* garante de la qualité du programme mais qui ne coïncide pas forcément avec la réalité de la pratique clinique, et une implantation d'un programme modifié qui correspond mieux aux pratiques cliniques mais qui s'écarte du programme *evidence-based* tel qu'il a été conçu, que faut-il choisir ? Un début de réponse se trouve dans les études sur les adaptations de programmes.

III.2) Présentation des programmes d'entraînement aux habiletés parentales

III.2.1) Présentation générale

Les programmes d'entraînement parentaux sont répandus, populaires, et comme nous l'avons vu, bien évalués maintenant. Le site de California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare en recense plusieurs dizaines (192). Ces programmes sont initialement conçus pour cibler les problèmes de comportement : ils visent à augmenter la compréhension, les connaissances et les compétences des parents par rapport à ces comportements perturbateurs.

Ils sont proposés aux parents ou aidants (*caregiver*).

Les programmes Parent Training visent à augmenter les capacités parentales, à modifier leurs attitudes, d'une manière soutenante, et non jugeante ou culpabilisante (167).

Les programmes généralistes, sont souvent basés sur un apprentissage interactif et collaboratif des principes comportementaux et de compétences éducatives positives (jeu, discipline, récompense, etc.). Ils utilisent globalement tous les mêmes éléments principaux, mais dans des proportions différentes, et se différencient par ailleurs par leur cadre.

Ainsi, il est commun de retrouver les notions d'observation (pour savoir dans quelles conditions utiliser les compétences apprises en éducation positive), de modeling, d'entraînement (par jeu de rôle par exemple), de discussion, de soutien (grâce au groupe de pairs), de tâches assignées ainsi que de restructuration cognitive et de travail sur la présence auprès de l'enfant (182,198–200).

Ces programmes d'origine cognitivo-comportementale fonctionnent sur une base théorique alliant les principes d'apprentissage opérant, d'apprentissage social, et de restructuration cognitive.

Il existe une très grande variété de programmes parentaux (Parent Training : PT). Dans les recommandations étrangères, sont par exemple cités *The Incredible Years* du Pr Webster-Stratton , Le programme *Triple-P* du Pr Sanders , le *New Foster Parenting Package* du Pr Sonuga-Barke , le programme *Helping the Noncompliant Child* des Prs McMahon et Forehand, ou encore le programme *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training* du Pr Barkley.

Nous présentons ces différents programmes en détail plus loin.

a) La théorie de l'apprentissage opérant

Le conditionnement opérant a été mis en évidence par Skinner (1971). L'organisme opère sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son

comportement. Il répètera ou éliminera certaines réponses. Les actions sont donc renforcées par leurs conséquences. "Le conditionnement opérant est l'apprentissage d'un comportement en fonction des conséquences qui résultent de l'action de l'organisme sur l'environnement.". Ces conséquences peuvent être plaisantes ou déplaisantes (201).

Ce principe est basé sur deux éléments : le renforcement (qui augmente la probabilité d'apparition du comportement) et l'aversion ou punition (qui diminue la probabilité d'apparition du comportement). Le renforcement et la punition fonctionnent par action sur un stimulus qui suit le comportement à modifier. On qualifie de positif l'ajout d'un stimulus et de négatif le retrait de celui-ci (201).

Ainsi un renforcement positif augmente la probabilité d'apparition du comportement suite à un ajout de stimulus agréable (ou appétitif) ; exemple, ajout d'une récompense.

Un renforcement négatif augmente la probabilité d'apparition du comportement suite à un retrait de stimulus désagréable (ou aversif) ; exemple, retrait d'une douleur.

Une punition positive diminue la probabilité d'apparition du comportement suite à un ajout de stimulus aversif ; exemple, ajout d'une douleur, d'une contrainte.

Une punition négative diminue la probabilité d'apparition du comportement suite à un retrait de stimulus agréable ; exemple, retrait d'un privilège (202,203).

Par exemple, le Time-out est une punition négative. On cherche à obtenir une diminution d'un comportement (crise, agitation) par un retrait d'un stimulus appétitif (l'attention, renforçateur social) en isolant sur un temps limité l'individu de l'attention de l'environnement (201).

Le renforçateur (les stimuli agréables évoqués ci-dessus) est une récompense tangible. Il existe des renforçateurs primaires (nécessaires biologiquement - nourriture, évitement de la douleur, etc.) ou secondaires (sociaux : attention, approbation ; symboliques : médaille ; conditionnels : à échanger contre un renforçateur matériel) (201).

Dans les programmes d'entraînement parentaux, le travail avec les parents est donc de leur apprendre à identifier les renforçateurs des comportements de l'enfant, et à agir en modifiant les conséquences de ces comportements que l'on souhaite changer.

Cottreaux soulève le problème éthique lié à ce type de prise en charge, à savoir, la finalité d'un programme de modification comportementale.

Celle-ci doit impérativement être discutée avec le patient et c'est sur la base d'un accord commun que peut s'initier un travail. Pour les enfants en bas âge, il est compliqué d'explicitement clairement un tel contrat. En revanche, il est évidemment nécessaire d'obtenir un consentement parental avant qu'ils débutent le programme.

Cette méthode peut être critiquée par certains quand elle est proposée à visée thérapeutique. Mais il est intéressant de noter que ces principes de renforcement et de

punition sont utilisés de manière spontanée, au quotidien, dans l'éducation des parents en dehors de tout contexte thérapeutique.

b) L'apprentissage social (201)

Il est aussi possible d'apprendre par imitation, on parle alors d'apprentissage social par imitation de modèle ou apprentissage vicariant. Ce principe a été décrit par Bandura, mais ébauché avant lui par Piaget.

Le modèle (réel ou symbolique) permet au patient, après observation, de désinhiber un comportement, d'apprendre un comportement jamais acquis, de modifier un comportement, ou encore de diminuer l'appréhension face à un comportement nouveau à acquérir.

Cet apprentissage peut bénéficier des moyens de renforcement décrits précédemment.

Dans le cadre de la prise en charge du TDAH, il peut être appliqué directement aux enfants (groupes d'enfants) ou, dans le cas des programmes d'entraînement parentaux, aux parents. Le moyen privilégié est alors le jeu de rôle.

c) La restructuration cognitive

Le dernier composant utilisé dans ces programmes parentaux est la restructuration cognitive. Il s'agit de modifier les pensées dysfonctionnelles des parents associées aux problèmes de comportement de leur enfant. En effet, des changements cognitifs (affects, pensées) induisent des changements dans le comportement externe et réciproquement.

Les biais cognitifs (erreurs de logique qui altèrent la perception des événements) peuvent être à l'origine de ces pensées dysfonctionnelles. Les plus communs sont la surgénéralisation, la maximalisation du négatif et la minimalisation de positif, le raisonnement dichotomique, l'étiquetage, etc. (202).

Le travail de restructuration cognitive passe d'abord par une identification de ces pensées, avant de pouvoir remettre en question leur fondement et peu à peu les modifier. Cela peut aller jusqu'à la modification fondamentale du système de croyance (modification des schémas cognitifs profonds décrits par Beck). Les techniques les plus utilisées sont le questionnement socratique, la résolution de problèmes et la mise en pratique avec confrontation des pensées (anciennes et nouvelles) à la réalité par le biais de tâches assignées à domicile.

Dans le cas des entraînements parentaux, cette approche est utilisée avec les parents. Un des objectifs recherché est notamment d'augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle.

III.2.2) Exemples de programmes d'entraînement aux habiletés parentales

a) Programme Incredible Years: (204)

Ce programme regroupe 3 types d'interventions qui peuvent être utilisées seules ou ensemble : un programme pour les parents, un pour les enfants, et un pour les professeurs. Il cible des enfants de 4 à 8 ans.

Son efficacité est établie pour les enfants ayant un TOP ou TC, et un TDAH (205,206).

Les problèmes émotionnels et comportementaux des jeunes enfants sont des facteurs de risques reconnus pour être en lien avec des problèmes de santé mentale chez les adolescents. L'objectif du programme est de renforcer les compétences sociales et émotionnelles chez les jeunes enfants, afin de prévenir, réduire et traiter d'éventuels difficultés émotionnelles et comportementales. Il existe des versions thérapeutiques mais aussi préventives (204).

Certains éléments familiaux sont des facteurs de risque modifiables et peuvent aussi être visés par le programme, ils concernent tout ce qui peut entraver la disponibilité et présence efficace d'un parent pour son enfant (dépression maternelle, faible implication parentale dans le lien avec l'école, techniques éducatives inefficaces,etc) (206).

Le programme parental est généraliste : il est conçu initialement pour cibler les comportements d'opposition et "non-compliants" . Il peut être envisagé pour des difficultés de type : agression, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, problèmes de conduite, problèmes internalisés (peurs, phobies, somatisations), difficultés dans les habiletés sociales, et problématiques en lien avec des situations de divorce, abandon ou abus (204).

Le programme Basique s'adresse aux parents d'enfants avec troubles du comportement ou à haut risque d'en présenter. Il permet d'apprendre à :

- développer la relation avec l'enfant par le jeu,
- devenir coach émotionnel et social pour son enfant,
- soutenir et donner confiance pour qu'il développe des compétences sociales et scolaires,
- établir des règles et limites, gérer les comportements inadaptés.

Le programme thérapeutique dure de 18 à 20 semaines. Un programme additionnel "avancé" est recommandé en supplément du programme basique , et prend de 8 à 10 semaines supplémentaires.

Il peut être délivré dans des lieux variés y compris hors d'un cadre sanitaire.

Il comprend des tâches à domicile.

Il existe un manuel explicitant la mise en place de ce programme.

b)Programme "New Forest Parenting Package"

Le programme "New Forest Parenting Package" est un programme développé par le Pr Sonuga-Barke, pour traiter spécifiquement le TDAH chez les enfants d'âge préscolaire.

Son efficacité a été mise en évidence pour la diminution des symptômes TDAH mais aussi des TOP (121,138).

Le modèle théorique du Pr Sonuga-Barke pour le TDAH repose sur la combinaison de la théorie de l'aversion au délai (basée sur une altération des mécanismes de récompense) et de celle du défaut d'inhibition comportementale (induisant un trouble des fonctions exécutives) (35).

Le programme vise les processus déficitaires dans le TDAH et qui semblent être à l'origine des symptômes : l'auto-contrôle, l'attention, le contrôle de l'impulsivité et la mémoire de travail. (207)

Le parent est considéré dans le programme comme l'élément principal permettant un changement chez l'enfant, et dans les relations qu'ils entretiennent (207).

Ce programme est basé sur plusieurs points clés (207,208):

- la psychoéducation : perception par le parent des problèmes spécifiques de l'enfant préscolaire avec TDAH, et meilleure compréhension de son fonctionnement, ce qui devrait induire moins de punitions "injustifiées" ainsi qu'une meilleure relation parent-enfant (positive et réciproque).

- la promotion d'une éducation ferme et fiable (non assertive)

- la réduction de la réactivité négative parentale

- la distribution de tâches à domicile,

- l'observation attentive du niveau de compétence de l'enfant : auto-contrôle, attention et mémoire. Le but étant de pouvoir avoir des attentes réalistes

- le travail sur les déficits neuropsychologiques de l'enfant: mémoire auditive et visuelle, aider à faire face à l'attente, au délai, et auto-organisation.

- l'augmentation progressive des objectifs, parallèlement aux progrès réalisés,

- l'étaillage (*scaffolding*) ou le développement ludique des compétences de l'enfant, pour l'aider à atteindre ses buts,

- la consolidation, ou favoriser l'utilisation dans des contextes variés, des compétences nouvellement acquises par l'enfant, de façon à favoriser la généralisation.

Le programme NFPP est un programme standardisé, basé sur un manuel.

Il est délivré en individuel, au domicile familial. Il doit être délivré par des praticiens expérimentés.

Il comprend 8 séances hebdomadaires, d'une heure à une heure et demi.

Il existe une version adaptée (Adapted-NFPP) qui vise les familles "difficiles à atteindre". Elle comprend 12 séances au lieu de 8. Son contenu est plus large, incluant des informations sur une éventuelle psychopathologie parentale (TDAH, pathologie psychiatrique, trouble des apprentissages, etc), ou des problèmes associés pour l'enfant : troubles du sommeil , trouble des apprentissages, etc). Elle comprend en plus des techniques du programme de base, l'utilisation de mindfulness ou de techniques motivationnelles (208).

c) Programme "Helping the Noncompliant Child" (207,209)

Le programme Helping the Noncompliant Child est un programme comportemental d'entraînement parental générique, développé par McMahon et Forehand en 1981.

Il cible les jeunes enfants, de 3 à 8 ans, ayant des problèmes d'opposition et de "non-compliance" .

L'intervention cherche à réduire la "non compliance" en utilisant un éventail de méthodes pour apprendre aux parents à changer leurs modèles, mal adaptés, d'interactions avec leur enfant.

Les particularités de ce programme sont :

- le "modeling" (observation d'un pair pour acquérir un comportement souhaité) et jeu de rôle pour que les parents acquièrent les compétences ;

- évolution progressive , chaque séance se basant sur les connaissances antérieures,

- le "attending" : le fait d'être concentré, présent dans la relation ;

- le fait de donner des instructions claires ;

- le "time out" : retirer l'enfant de toute activité et attention sur un temps défini bref, en conséquence d'un comportement inacceptable.

- les tâches assignées à domicile.

Il est développé en deux temps :

- l'attention différentielle (attention soutenue et récompense en cas de comportement adapté et détournement d'attention pour les comportements inappropriés mineurs) qui a pour but d'établir une relation positive entre le parent et l'enfant.

- la formation à la compliance (importance de la clarté et simplicité des instructions, approche séquentielle pour faciliter le maintien de l'attention, et apport de conséquences adaptées à un comportement : récompense pour l'obéissance et conséquences négatives pour la "non compliance", et généralisation des compétences acquises à des lieux extérieurs au domicile).

Le programme est de préférence délivré en individuel, basé sur la clinique. Il est délivré par des thérapeutes formés, aux deux parents autant que possible (ou aidants), et en présence de l'enfant.

Il comprend de 8 à 10 séances.

d) Programme de type "Barkley" (210)

Ce programme est élaboré par le professeur Barkley depuis 1949. Il a publié sa dernière version dans "Defiant Children. A Clinician's Manual For Parent Training" en 1997. Son niveau de preuve est qualifié de "résultats de recherche prometteurs" (niveau 3 sur 5) par le *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare*.

C'est un programme d'entraînement aux habiletés parentales généraliste (pour les enfants avec un comportement d'opposition), mais dont l'efficacité a été démontrée pour les enfants ayant un TDAH (137). Il s'adresse aux parents d'enfant de 4 à 14 ans.

Il repose sur les principes de l'apprentissage social, et du conditionnement opérant.

Les éléments importants sont :

- l'information du parent sur le trouble, le mode de fonctionnement de l'enfant, les conséquences sur son évolution et sur son environnement, ainsi que les différents traitements possibles,

- l'implication des parents par la psychothérapie TCC. Ce sont eux qui vont être à l'origine des modifications des relations au domicile (par changement dans leur comportement, en lien avec un changement de leurs pensées et émotions). Les parents ne sont pas responsables du trouble, mais sont des acteurs nécessaires à une modification profonde du fonctionnement familial qui s'est construit autour du trouble,

- l'analyse fonctionnelle : observation et compréhension des liens entre certaines situations et leurs conséquences (facteur déclenchant ou renforçateur),

- l'importance de l'impact des parents sur le comportement de leur enfant : par leur cohérence, fiabilité, le regard qu'ils portent sur lui, etc.

- l'action sur le fonctionnement à domicile dans un premier temps, pour se généraliser ensuite dans un travail avec l'école,

- l'aspect progressif avec appui des nouvelles connaissances sur les séances précédentes,

- la remise d'un manuscrit récapitulatif,
- la notion de "non-compliance", définie par "la difficulté à adhérer aux règles de la vie scolaire, sociale et familiale" . Elle est "liée à un déficit d'attention soutenue, d'auto-contrôle du comportement et des émotions, de planification et de résolution de problème" (210),
- l'altération de l'image de soi de l'enfant présente en cas de TDAH,
- l'accent mis sur des interactions plus agréables (moment spécial),
- le changement de regard, en soulignant (de manière peu habituelle au début) les aspects positifs et comportements adaptés,
- la valorisation et le soutien des changements chez l'enfant,
- la formulation de demandes de manière claire, succincte et fractionnée, par le parent,
- l'anticipation : informer l'enfant des conséquences de ces actions en amont,
- la réaction parentale rapide et systématique suite à une attitude de l'enfant, qu'elle soit positive ou négative,
- le renforcement positif : à l'aide du système de jetons. Il s'agit du même principe de renforcement positif que lors d'une récompense sociale, ces enfants y étant seulement moins sensibles,
- le Time-out pour gérer les comportements inacceptables,
- la maîtrise des émotions chez l'adulte (ne pas crier, agir tant qu'on est calme),
- l'acquisition progressive de l'auto-contrôle par l'enfant (par exemple, évaluation du temps nécessaire à une tâche puis du temps réel utilisé, etc.),
- l'action sur l'environnement (diminution des distracteurs, organisation d'un espace de travail, bulletin scolaire quotidien avec le professeur, etc.),
- le développement du sentiment d'efficacité parentale, pour faire face aux situations nouvelles qui apparaîtront à la suite du programme.

Le programme comprend dix séances.

Il existe un manuel explicitant les différentes étapes.

Ce programme a été traduit en français et commencé à être implanté à Paris en 1993 par le Dr Saiag, à l'hôpital Robert Debré (210). Il a été adapté et enrichi au cours de son utilisation au fil des années.

III.3) Critères d'efficacité d'un programme

III.3.1) Sur le fond

En 2008, dans une méta-analyse de 77 articles, Wyatt Kaminski & al. évaluaient les caractéristiques de programmes d'entraînement parental efficaces pour améliorer le comportement chez des enfants de 0 à 7 ans. Les caractéristiques associées à la réussite des programmes étaient :

- augmenter les relations positives parent-enfant
- améliorer les capacités de communication des émotions
- l'utilisation du time-out
- la cohérence de l'éducation
- et l'incitation à la pratique à domicile des nouvelles compétences acquises (211).

Par ailleurs, d'un point de vue plus comportemental, les notions clé sont :

- le renforcement positif (social ou matériel),
- le détournement d'attention,
- les conséquences adaptées (renforcement ou punition), rapides
- l'attention positive et sélective

Ces caractéristiques essentielles, sont à la base des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (212). Elles sont retrouvées entre autres dans le programme d'entraînement parental du Pr Barkley. C'est un programme de ce type que nous étudierons pour la suite de notre travail.

III.3.2) Sur la forme

Dans un article reprenant 11 programmes d'entraînement aux habiletés parentales les plus fréquemment mis en place avec les enfants ayant un TDAH, Hauth-Charlier et Clément ont isolé quatre critères portant sur la forme des interventions, qui participent le plus au succès des programmes :

- Les programmes comptent en moyenne 15 sessions, quelques fois plus. Hauth-Charlier et Clément discutent la balance avantage/inconvénient à propos de l'hypothèse d'augmenter le nombre de séances : elle oppose d'un côté une plus grande adaptation aux caractéristiques propres à la population recevant la formation, et d'un autre côté une augmentation des contraintes temporelles et financières pour les participants (212).

- La proposition du programme en individuel ou en groupe n'est pas amenée comme un critère d'efficacité systématique dans cet article, mais laissée à évaluer pour chaque situation. En l'absence de particularité notable (de leur enfant ou d'eux même), les parents devraient trouver un bénéfice supplémentaire dans le fait d'être en groupe, y puisant alors soutien, discussion et partage. Par ailleurs le coût, en durée et financier, d'un programme délivré en groupe est bien plus intéressant que pour un programme individuel (212).

- Hauth-Charlier et Clément relèvent aussi qu'une participation active des parents est souhaitable. Pour ce faire , interroger leurs idées et attentes permettrait de déterminer avec eux les objectifs à se fixer. La transmission des informations dans ces programmes peut-être soutenue par des vidéo ou des jeux de rôle pendant les sessions et, pour le domicile, par la remise d'un livret récapitulatif, ce qui peut être utile au moment de réaliser les tâches assignées à domicile (212).

- Enfin le dernier facteur relevé dans cet article, concerne la participation au programme. Celle-ci sera facilitée par une accessibilité importante (lieu, horaires...), par exemple en réalisant le programme en dehors de lieux sanitaires (212).

PARTIE ETUDE DESCRIPTIVE

INTRODUCTION

Nous avons vu dans la première partie les arguments sur l'intérêt des programmes d'entraînement aux habiletés parentales, et la discussion actuelle au niveau international autour de leur efficacité comparée à l'utilisation de traitement médicamenteux.

En France , la position est à la précaution et la réponse médicamenteuse n'est en aucun cas la seule réponse à fournir. En accord avec de nombreuses recommandations étrangères, la prise en charge doit être multimodale. C'est la ligne présentée par l'HAS dans les recommandations aux médecins de premier recours, bien que celles-ci concernent le dépistage, l'orientation et l'accompagnement et non la mise en place d'un plan thérapeutique. Un autre élément de réponse se trouve dans les AMM des traitements psychostimulants en France : la prescription ne peut être effectuée qu'uniquement à partir de 6 ans, et lorsque que "les seules mesures psychologiques, éducatives et familiales s'avèrent insuffisantes. Le traitement doit être intégré dans une stratégie globale de prise en charge psychothérapeutique et éducative du patient."

Ainsi les thérapies non médicamenteuses, et plus particulièrement psychosociales ont toute leur place dans la prise en charge des enfants ayant un TDAH en France.

D'après les recommandations HAS, le programme le plus utilisé en France est le programme de type "programme de Barkley", décrit précédemment. Le réseau P'titMip a proposé une formation aux groupes d'entraînements aux habiletés parentales en Septembre 2015 à Toulouse, pour un programme de type "programme de Barkley". En pédopsychiatrie, il existait peu d'offres d'entraînement aux habiletés parentales pour le TDAH, en Midi-Pyrénées, jusqu'à cette formation.

Les programmes d'entraînement parental *evidence-based* ont montré leur efficacité, ce n'est donc pas l'objet de notre travail. En revanche, l'écart entre le domaine de la recherche et celui de la pratique clinique sur le terrain est un fait connu (187,189,190,193,196). D'autant que la plupart de ces programmes ont initialement été pensé dans le contexte sanitaire Nord américain.

Une étude s'est intéressée à la question de la mise en place d'un programme d'entraînement parental au Danemark (213). A notre connaissance, aucune étude n'a cherché à évaluer ceci en France.

Nous nous sommes donc posé la question de la possibilité de la mise en place d'un groupe de parents par des professionnels, en France, suite à une formation. Nous avons cherché à savoir si la mise en place de tels programmes était compliquée en pratique

courante, si le contexte (formation reçue, condition de travail, caractéristiques du professionnel) l'influçait.

METHODE

I - QUESTIONS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE, OBJECTIFS

Une étude (206) sur la mise en place d'un autre programme psychosocial (efficace pour les enfants ayant un TDAH, et contenant entre autre un partie sur l'entrainement parental) recommandait de travailler avec du personnel motivé pour implanter efficacement le programme. D'autres études développaient les différences entre le milieu de la recherche et celui de la pratique clinique. Ceci apparaissaient comme des limites possibles à l'implantation d'un programme.

Nous avons donc précisé notre questionnement par une interrogation sur les facteurs qui pouvaient impacter (favoriser ou limiter) la mise en place effective de tels groupes.

Notre question principale est donc :

Quels facteurs peuvent impacter la mise en place effective, de groupes d'entraînement aux habiletés parentales pour parents d'enfant ayant un TDA/H dans une population de professionnels formés ?

Hypothèse :

Nous émettons l'hypothèse que la mise en place de groupe d'entraînement aux habiletés parentales pour parents d'enfant ayant un TDA/H, par des équipes formées pour cela, est influencée par leur parcours professionnel (orientation théorique, expérience antérieure), par l'intérêt porté pour le programme, ainsi que par des contraintes professionnelles liées à la réalité de la pratique actuelle en France.

Objectifs :

Identifier les facteurs associés à la mise en place de groupe d'entraînement aux habilités parentales pour parents d'enfant ayant un TDA/H par des professionnels formés à cela.

Par ailleurs, nous avons vu que les programmes d'entrainement parental, bien qu'ayant une base commune, présentent chacun des particularités. Certaines caractéristiques ont été évaluées efficaces dans plusieurs programmes et devraient être retrouvées dans la formation proposée effectivement aux parents (211,212). Mais alors que certains prônent une grande fidélité à la mise en oeuvre du programme, telle qu'enseigné

aux professionnels par les formateurs (214), d'autres recommandent une certaine flexibilité, notamment pour répondre plus finement aux besoins précis d'une population (212). Comme nous l'avons déjà évoqué, la théorie et la pratique peuvent être assez éloignées, nous nous sommes donc interrogés sur la pratique des professionnels quant à la mise en place du programme.

Notre question secondaire est donc :

Pour les professionnels ayant mis en place effectivement le programme, y a-t-il des différences qui se dégagent dans les caractéristiques du programme tel qu'il est proposé par les différentes équipes ?

Hypothèse :

Il existe des différences dans la façon de mener le programme par les différentes équipes, notamment sur le format, et le cadre de la formation parentale, mais éventuellement aussi sur les indications (âge des enfants, comorbidités, caractéristiques parentales, etc.), et dans le rapport aux parents (adaptations éventuelles).

Objectifs :

Décrire les caractéristiques des programmes mis en place par les différentes équipes.

II - SCHEMA D'ETUDE

Notre étude est une étude transversale , descriptive. La première partie de l'étude est une comparaison en analyse bi-variée.

III - POPULATION D'ETUDE

La population de cette étude est constituée de professionnels de santé ayant suivi le programme de formation aux habiletés parentales dans le cadre du TDAH, proposée par l'équipe menée par le Pr Clément. Le programme proposé retrouve dans ces éléments principaux de nombreuses similitudes avec le programme de Barkley, précédemment décrit. Son efficacité en population française a été démontrée par les Pr Clément² et Dr Hauth-Charlier³ (215).

Cette formation est habituellement délivrée à l'Université de Strasbourg, mais peut aussi se dérouler, ponctuellement, dans différentes villes de France.

Nous avons pu obtenir la liste des participants aux différentes sessions de formation organisées par le Pr Clément, le Dr Hauth-Charlier et le Dr Finck⁴ grâce à leur collaboration.

² Le Pr Clément Céline est Professeur en psychologie et sciences de l'éducation, à l'Université de Strasbourg et Professeure associée au département de psychologie, à l'Université du Québec à Montréal.

³ Le Dr Hauth-Charlier Stéphane est chercheure post-doctorante, à l'École de psychoéducation, Université de Montréal, Québec, Canada

⁴ Le Dr Finck Sonja est neuropédiatre à Strasbourg. Elle exerce à l'hôpital de Hautepierre, CHU de Strasbourg, ainsi qu' en libéral.

Pour certains, l'adresse mail était précisée, pour les autres, nous avons recherché grâce à leur nom, ville d'exercice et profession, un numéro de téléphone où les joindre pour ensuite récupérer leur adresse mail.

Pour les professionnels formés à Toulouse en Septembre 2015, j'avais assisté à la journée-bilan du 22 Mars 2016 avec eux, organisée par le Dr Willig⁵ (soit 6 mois après la formation) via le réseau P'titMip⁶, et avais donc déjà leurs adresses mail. Nous leur avons par ailleurs présenté brièvement notre travail de thèse lors de cette journée, et avons sollicité leur participation au questionnaire.

Tous les participants ont été contactés par courriel, avec un exposé bref de notre sujet d'étude et un lien vers le questionnaire en ligne. Pour les personnes le désirant une version papier du questionnaire a pu être envoyée, avec une enveloppe réponse libellée et timbrée pour le retour des données. La première question de celui-ci recueillait explicitement leur consentement pour répondre au questionnaire.

Ainsi le critère d'inclusion était d'avoir participé à une formation sur les PEHP organisée par l'équipe du Pr Clément.

IV - DONNEES RECUEILLIES ET MODE DE RECUEIL

Le recueil de données s'est effectué par questionnaire en ligne créé avec *Google Forms*, dont le lien était transmis dans un courriel présentant notre travail de thèse.

Le questionnaire était constitué de plusieurs parties. (Questionnaire dans les Annexes).

Dans une première partie du questionnaire, de 10 items, les données socio-professionnelles étaient recueillies (7 questions) : profession (QCM), mode d'exercice (libéral, sanitaire, médico-social...), durée d'exercice (par tranches de plusieurs années), pourcentage d'enfants avec un TDA/H dans la patientèle (question ouverte), approche théorique (QCM) , connaissance estimée sur le TDA/H avant la formation (échelle de Likert), utilisation avant la formation de principes comportementaux.

Dans cette première partie, il était aussi demandé des données sur la formation : date de la participation à celle-ci (question ouverte), raison de la participation à la formation (initiative personnelle ou incitation), ainsi que savoir si le jeu de rôle avait été utilisé au cours de celle-ci ou non.

⁵ Le Dr Willig est le médecin coordinateur pour le réseau P'titMip-Troubles spécifiques des apprentissages, il est pédiatre au sein de la clinique Ambroise Paré à Toulouse.

⁶ Le réseau P'titMip est un réseau d'aval des professionnels de santé de la petite enfance en Midi-Pyrénées. Il a deux objectifs : organiser le suivi des nouveau-nés vulnérables qui peuvent présenter des problèmes de développement, et accompagner la création des structures de diagnostic des troubles spécifiques des apprentissages dans chaque département de la région.

Ensuite la douzième question portait sur la mise en place effective des groupes ou non depuis la formation. Cette question était obligatoire pour la validation du questionnaire. La réponse à choix unique, oui ou non, orientait ensuite la suite du questionnaire :

- Une réponse négative renvoyait à 2 questions : les raisons de l'absence de mise en place (QCM) et les autres modalités de prise en charge pour ces enfants (QCM) , avant de poursuivre avec la fin du questionnaire.

- Une réponse positive ouvrait une série de 24 questions sur les groupes de parents mis en place , notamment sur l'organisation et les caractéristiques du programme.

A la fin de cette partie, la question numéro 36 interrogeait sur une éventuelle mise en suspend temporaire du programme et orientait le cas échéant sur 2 questions pour évaluer la raison.

La dernière partie du questionnaire, à laquelle tous les participants répondaient, était composée de 8 questions, et interrogeait l'intérêt estimé de ce programme.

Enfin la dernière question de cette partie interrogeait la volonté de continuer à proposer ce programme, une réponse positive clôturait le questionnaire, une réponse négative en interrogeait les raisons en 2 questions.

Ainsi le questionnaire pouvait comporter de 21 questions (groupes non mis en place) à 46 questions (groupes mis en place, interrompus un moment, et qui ne seront pas proposés l'année prochaine).

Seules 9 questions étaient obligatoires, afin de limiter les pertes de données.

Les réponses étaient entrées automatiquement dans un tableur *Excel* via *Google Form*.

Pour les questions de type QCM les données ont été recodées manuellement pour chaque proposition.

V - STRATEGIE D'ANALYSE DES DONNEES

Pour notre question principale *Quels facteurs peuvent impacter la mise en place effective, de groupes d'entraînement aux habiletés parentales pour parents d'enfant ayant un TDA/H dans une population de professionnels formés ?* , nous avons cherché à identifier les facteurs associés à la mise en place de groupe d'entraînement aux habiletés parentales pour parents d'enfant ayant un TDA/H par des professionnels formés à cela.

L' analyse statistique a permis :

- a) une description de la population formée : parcours professionnel, rapport au TDAH dans la pratique clinique, intérêt personnel pour ce programme.

-b) une description de la population qui a mis en place les groupes de manière effective : parcours professionnel, rapport au TDAH dans la pratique clinique, intérêt personnel pour ce programme , limites rencontrées (expliquant la suspension temporaire ou définitive du programme)

-c)une description de la population qui n'a pas mis en place les groupes au décours de la formation : (parcours professionnel, rapport au TDAH dans la pratique clinique, intérêt personnel pour ce programme, limites rencontrées (expliquant l'absence de mise en place).

- d) une comparaison par analyse bi-variée des deux populations décrites ci-dessus, sur ces critères.

Pour notre question secondaire *Pour les professionnels ayant mis en place effectivement le programme, y a-t-il des différences qui se dégagent dans les caractéristiques du programme tel qu'il est proposé par les différentes équipes ?* , nous avons cherché à décrire les caractéristiques des programmes mis en place par les différentes équipes.

L'analyse statistique a permis :

- une description des conditions de mise en place des groupes :

- cadre de la formation (lieu, moment, etc.),
- format (nombre de séances, durée, fréquence, etc.),
- rapport aux parents (attention particulière à la souffrance psychique, exigence sur la participation des 2 parents, critères d'exclusion pour le programme, etc.),
- rapports aux jeunes (critères d'inclusion pour le programme) ,

-une description des raisons évoquées pour justifier les aménagements .

Aspects méthodologiques :

L'analyse statistique a été réalisée grâce à l'aide de Matthieu Wargny, interne de Santé Publique et Médecine Sociale au CHU de Toulouse.

Les variables qualitatives sont décrites en termes d'effectifs et pourcentages, pour chacune des modalités. La seule variable quantitative, le pourcentage de patients présentant un TDAH dans chaque patientèle, ne présentait pas une distribution normale (i.e gaussienne). Elle est donc décrite par sa médiane et l'intervalle interquartile (IIQ) associé.

Tous les calculs ont été réalisés grâce au logiciel libre R (R version 3.0.1 (2013-05-16), interface Rstudio (Version 0.99.486 – © 2009-2015 RStudio, Inc.)

Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées par thématique commune.

Les résultats obtenus sont significatifs, mais avec deux limites dont il faut tenir compte : il s'agit ici d'une étude exploratoire, et un grand nombre de variables ont été

analysées : le risque alpha a connu une inflation proportionnelle au nombre de tests statistiques indépendants effectués.

RESULTATS

I - DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE

Le questionnaire a été envoyé à un ensemble varié de 80 professionnels. Cinquante et une réponses ont été obtenues avant la date limite du 18 juillet 2016, dont une qui a dû être exclue des données car elle n'avait pas participé à la formation au programme, mais uniquement à la réunion bilan organisée six mois plus tard.

Les caractéristiques de la population qui a participé à cette étude sont détaillées selon l'aspect professionnel, selon l'approche théorique et la pratique clinique, et selon l'ancienneté de leur formation au programme d'entraînement aux habiletés parentales. D'autres éléments décrivant cette population seront détaillés dans la partie suivante, comparant les deux populations de l'étude.

I.1) Caractéristiques professionnelles : (Tableaux I.1.a) et I.1.b) en Annexe)

De nombreuses formations professionnelles sont représentées dans l'échantillon des réponses, avec une majorité de personnes habituées à délivrer des psychothérapies : psychologues (20% des professionnels interrogés), neuropsychologues (22%), et pédopsychiatres (20%). Le seul médecin généraliste de la population a précisé être psychothérapeute.

L'échantillon des professionnels était majoritairement expérimenté, avec peu d'extrêmes : seuls 8% sont de très jeunes professionnels avec moins de cinq ans d'expérience et seulement 2% bénéficient de plus de trente ans d'expérience.

Leur mode d'exercice était évalué par QCM avec plusieurs réponses possibles ce qui rend l'analyse isolée de cette information peu pertinente. En revanche, en croisant cette question avec la profession, nous obtenons des renseignements intéressants.

Sur 15 médecins, 13 exercent en hospitalier :

- Les 3 neuropédiatres, les 9 pédopsychiatres, et 1 pédiatre ont une activité exclusivement hospitalière
- 1 pédopsychiatre a une activité "mixte"
- 1 pédiatre exerce en libéral et établissement médico-social.

Sur 20 psychologues/neuropsychologues, 19 ont une activité libérale :

- pure pour 4 psychologues et 8 neuro-psychologues,
- couplée à une activité de la fonction publique hospitalière pour 2 neuropsychologues et 2 psychologues,
- couplée à un travail en établissement médicosocial pour 1 neuropsychologue et 2 psychologues.

La psychologue sans activité libérale est salariée d'entreprise privée.

Tous les orthophonistes ont une activité libérale pure ainsi que la moitié des psychomotriciens, l'autre moitié étant dans la fonction publique hospitalière.

Dans cette population, la part de leur patientèle ayant un TDAH est évaluée à 30% (valeur médiane) avec interquartile à 20 et 58%, la répartition est représentée dans le graphique ci-dessous. (Figure 1)

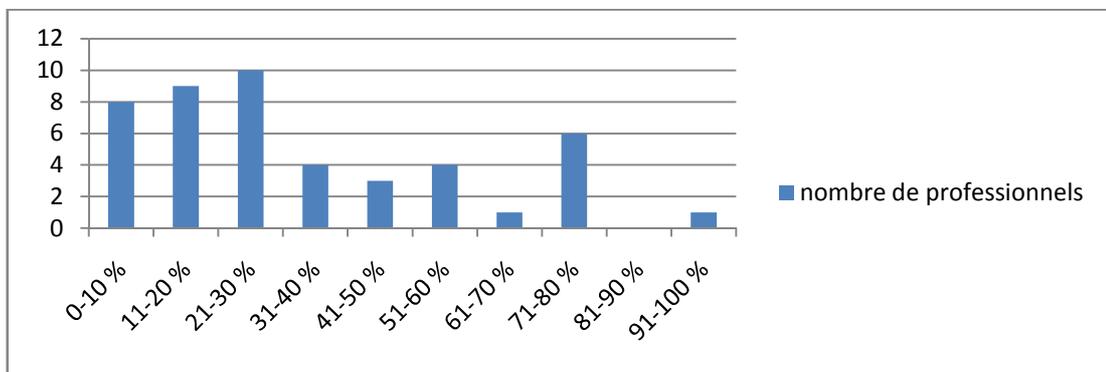


Figure 1: Part de personnes ayant un TDAH dans la patientèle des professionnels interrogés

I.2) Approches théoriques et pratique clinique : (Tableaux I.2.a) et I.2.b) en Annexe)

La question sur leur orientation théorique était là aussi à choix multiple. La part des personnes pratiquant la thérapie cognitivo-comportementale est très importante (75% de la population totale). Les autres approches sont aussi représentées, avec 52% pour les approches psychodynamiques et psychanalytiques confondues, et une plus faible part pour les thérapies systémiques et familiales (15%) ou centrées sur la personne (17%).

La connaissance du TDAH avant la formation était évaluée par une question de type Likert de 0 à 4. Le TDAH était globalement bien connu de la population avant la formation : 39% de la population ayant répondu "sujet très bien maîtrisé" (note 4/4), et 37% ayant mis la note de 3/4. Seulement respectivement 4% et 2% de la population ont coché la note 1/4 et 0/4 ("pas du tout").

Similairement, le principe de conditionnement opérant était déjà connu et utilisé avant la formation par 66% de la population interrogée.

I.3) Formation reçue : (Tableau I.3) en Annexe)

La plupart des professionnels ayant pris part à notre étude ont bénéficié d'une formation récente, 8% de la population interrogée ayant été formée en 2016, 44% en 2015.

II - FACTEURS ASSOCIES A LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME

La question clé du questionnaire, qui nous permet de définir deux populations pour une analyse bi-variée, est la question n°12 : "*Depuis la formation avez-vous mis en place ce programme de formation aux habiletés parentales ?*". Cette question induit deux groupes que nous pourrions comparer : un premier groupe, majoritaire, de « oui », qui regroupe ceux qui ont mis en place un programme après leur formation (29 personnes, 58%) et un second, de « non », pour ceux qui n'ont pas mis de programme en place après leur formation (21 personnes, 42%).

Nous avons par la suite cherché les facteurs associés à la mise en place du programme, et les limites rencontrées à son installation.

Les facteurs associés à la mise en place ou non du programme ont été évalués en comparant les 2 populations déterminées par la question 12. Les facteurs observés ont été :

- les caractéristiques professionnelles
 - profession, condition d'exercice (lieu de travail), ancienneté d'exercice, approche théorique, confrontation au TDAH dans leur pratique, prise en charge du TDAH
 - connaissances antérieures à la formation sur des points piliers de ce programme : sur le TDAH et sur les principes comportementaux de conditionnement opérant.
- la conviction dans l'efficacité du programme :
 - évaluation de leur motivation initiale à la participation
 - évaluation subjective de l'efficacité du programme : pour les enfants ayant un TDAH, et pour leurs parents
 - utilisation à titre personnel de ce programme avec leurs propres enfants
- la formation délivrée aux professionnels
 - présence de jeu de rôle au cours de la formation
 - ancienneté de leur formation

Les limites rencontrées à la mise en place du programme comprennent :

- les raisons invoquées par les participants qui n'ont pas mis en place les groupes
- les raisons invoquées par les participants qui ont mis en place les groupes mais qui ont dû l'interrompre sur une période

- les raisons invoquées par l'ensemble des personnes qui ne souhaitent pas mettre en place de groupe cette année (que ce soit pour une première fois ou pour un renouvellement).

II.1) Caractéristiques professionnelles (Tableaux I.1.a) et I.1.b) et I.2) en Annexe)

La répartition est semblable à celle de l'échantillon de la population totale sur les 3 points de comparaison suivants : profession des personnes interrogées, condition d'exercice, et ancienneté d'exercice. Il n'y a pas de différence significative mise en évidence entre les deux groupes.

De même, les différentes approches théoriques que les professionnels utilisent (QCM), la connaissance antérieure sur le TDAH (échelle de Likert de 0 à 4), et l'utilisation antérieure des principes de conditionnement opérant sont répartis de manière similaire sur les deux groupes par rapport à l'échantillon total, sans différence significative entre les groupes.

La prise en charge dont bénéficient les enfants ayant un TDAH (en plus du programme d'habiletés parentales pour ceux qui le pratiquent) a été interrogée par QCM. Le questionnaire offrait un choix de 9 propositions, et 8 réponses ont précisé en plus d'autres types de prise en charge non listées dans le QCM, à savoir : approche métacognitive, remédiation cognitive éventuellement avec méditation pleine conscience ou neuro-feedback, entretien avec les parents, groupe éducatif, pleine conscience, PPS (projet personnalisé de scolarisation) et AVS (auxiliaire de vie scolaire). La distribution des prises en charge proposées est présentée dans la figure 2.

Les prises en charge qui étaient le plus proposées d'après la totalité de ceux interrogés sont les traitements psychostimulants (88%), la psychomotricité (82%) et l'orthophonie (78%). Les psychothérapies TCC centrées sur l'enfant sont plus proposées par ceux qui ne travaillent pas les habiletés parentales (43% vs 28%). Mais il n'y a aucune différence significative entre ceux ayant mis en place le programme et ceux ne l'ayant pas mis en place.

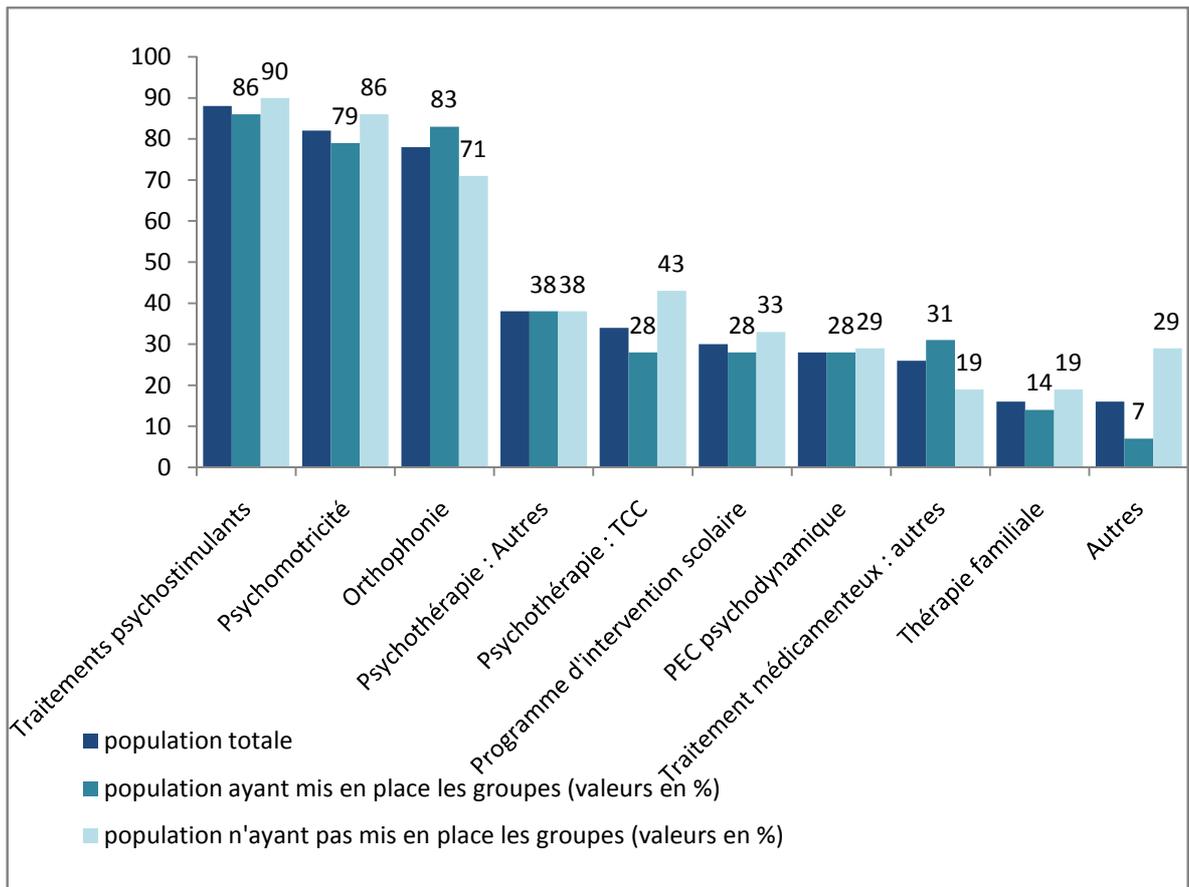


Figure 2 : modalités de prise en charge du TDAH proposées pour les enfants

Aucune caractéristique professionnelle n'est un facteur statistiquement significatif dans la mise en place du programme.

II.2) Conviction dans l'efficacité du programme

Les questions portant sur l'évaluation des bénéfices du programme, n'avaient pas pour objectif une évaluation *objective* de l'efficacité du programme : une tout autre méthode aurait été nécessaire, et d'autres études (dont certaines ont été présentées dans la partie théorique : Voir II et p.68-69) ont déjà abordé cette question. En revanche, nous nous sommes intéressés ici à la perception du professionnel, *subjective* donc, de l'efficacité du programme auprès des enfants et parents ; l'idée étant qu'une personne utilise plus facilement une technique dont elle est convaincue de l'utilité.

Le questionnaire interroge le bénéfice perçu pour les parents ainsi que pour les enfants, à court terme ainsi qu'à long terme, par quatre questions de type Likert, offrant cinq graduations allant de 0 ("pas du tout d'accord") à 4 ("tout à fait d'accord"). Pour répondre à la question sur l'efficacité auprès des enfants, les professionnels étaient invités à tenir compte des propos rapportés, le cas échéant, par les parents.

Sur ces 4 questions, une seule personne n'a pas souhaité répondre pour les évaluations à long terme, et toutes ont répondu pour les données à court terme.

Pour ces quatre questions, l'ensemble des réponses se situent entre 2 et 4, c'est à dire que pas une seule personne n'a estimé que ce programme n'était pas du tout bénéfique pour les parents ou les enfants. Les moins convaincus ont choisi la réponse neutre (note de 2, au centre des 5 propositions) pour coter le bénéfice du programme.

II.2.1) Bénéfice pour l'enfant. (Voir Tableau II.2.a))

La population n'ayant pas mis en place de groupe est bien plus réservée sur un bénéfice à court terme pour l'enfant que ceux qui ont mis en place le programme, information statistiquement significative avec un test de Fisher à 0.0002. Les personnes qui ont mis en place le programme estiment en effet pour 59% d'entre eux qu'ils sont tout à fait d'accord pour un bénéfice à court terme (graduation maximale, 4) et 41% sont d'accord (graduation 3). En revanche, parmi ceux qui n'ont pas mis en place le programme, seuls 24% sont tout à fait d'accord (graduation maximale, 4) avec le fait que le programme apporte un bénéfice à court terme à l'enfant, 33% sont d'accord (graduation 3), tandis que 43% ont coché la graduation 2, qui est la valeur neutre dans les graduations proposées.

La même tendance est à observer pour l'évaluation du bénéfice à long terme pour l'enfant, bien qu'elle ne soit pas statistiquement significative : les professionnels n'ayant pas mis de programme en place sont plus réservés quant à un bénéfice à long terme sur l'enfant que ceux ayant mis en place les groupes. Ainsi la répartition pour ceux n'ayant pas mis en place de groupe est majoritairement neutre (43% pour la graduation 2), d'accord pour 38% et seuls 19% sont tout à fait d'accord. Pour ceux ayant mis en place les groupes, la majorité est d'accord (46% pour la graduation 3), 32% tout à fait d'accord et 21% choisissent une réponse neutre (graduation 2).

Tableau II.2.a) Evaluation de l'efficacité par le professionnel, bénéfices pour l'enfant.						
	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non		Oui			
	N = 21	%	N = 29	%	N = 50	%
Bénéfice apporté par le programme à l'enfant (0						
A court terme						
2	9	43	0	0	9	18
3	7	33	12	41	19	38
<i>(tout à fait d'accord) 4</i>	5	24	17	59	22	44
A long terme						
2	9	43	6	21	15	31
3	8	38	13	46	21	43
<i>(tout à fait d'accord) 4</i>	4	19	9	32	13	27

Par ailleurs nous pouvons remarquer que la population ayant mis en place les groupes indique être plus convaincue par une efficacité à court terme plutôt qu'à long terme pour les enfants. De 17 (sur 29 réponses) "tout à fait d'accord" relevés pour le bénéfice à court terme, il n'y en avait plus que 9 (sur 28) pour le bénéfice à long terme, et alors que toutes les personnes de ce groupe avaient répondu par 3 ou 4 pour le court terme, 6 personnes ont choisi de rester neutre sur la question du bénéfice à long terme chez les enfants, cochant ainsi la valeur 2.

Le type d'aide apporté pour l'enfant était évalué par QCM, et l'ensemble de la population interrogée est convaincue qu'au moins un type d'aide a été amélioré par le programme, la proposition "aucune aide pour l'enfant" n'ayant pas été cochée une seule fois. En plus des dix propositions du QCM, 3 personnes (6%) ont précisé d'autres types d'aide : à savoir "prise de distance par rapport aux éléments perturbateurs", "confiance en l'adulte" et "augmentation de l'autonomie". En évaluant les bénéfices pour l'enfant, 94% de la population totale considèrent que le programme améliore la relation parent-enfant. Viennent ensuite l'estime de soi (82%), la qualité de vie (76%) et la gestion des comportements d'opposition ou perturbateurs (74%), la gestion de l'impulsivité (70%), le fonctionnement global (68%), la gestion de l'hyperactivité (56%), puis les habiletés sociales (50%), et enfin la gestion du déficit d'attention (42%). (Tableau II.2.b) en Annexe)

La répartition entre ceux ayant mis en place les groupes et ceux ne les ayant pas mis en place est similaire (figure 3), sauf sur deux propositions où la sélection est nettement plus importante pour les professionnels ayant mis en place les groupes : la différence d'appréciation sur la gestion de l'impulsivité (79% contre 57%) est significative (Khi2 à 0,17) mais pas celle sur le fonctionnement global est (76% vs 57%).

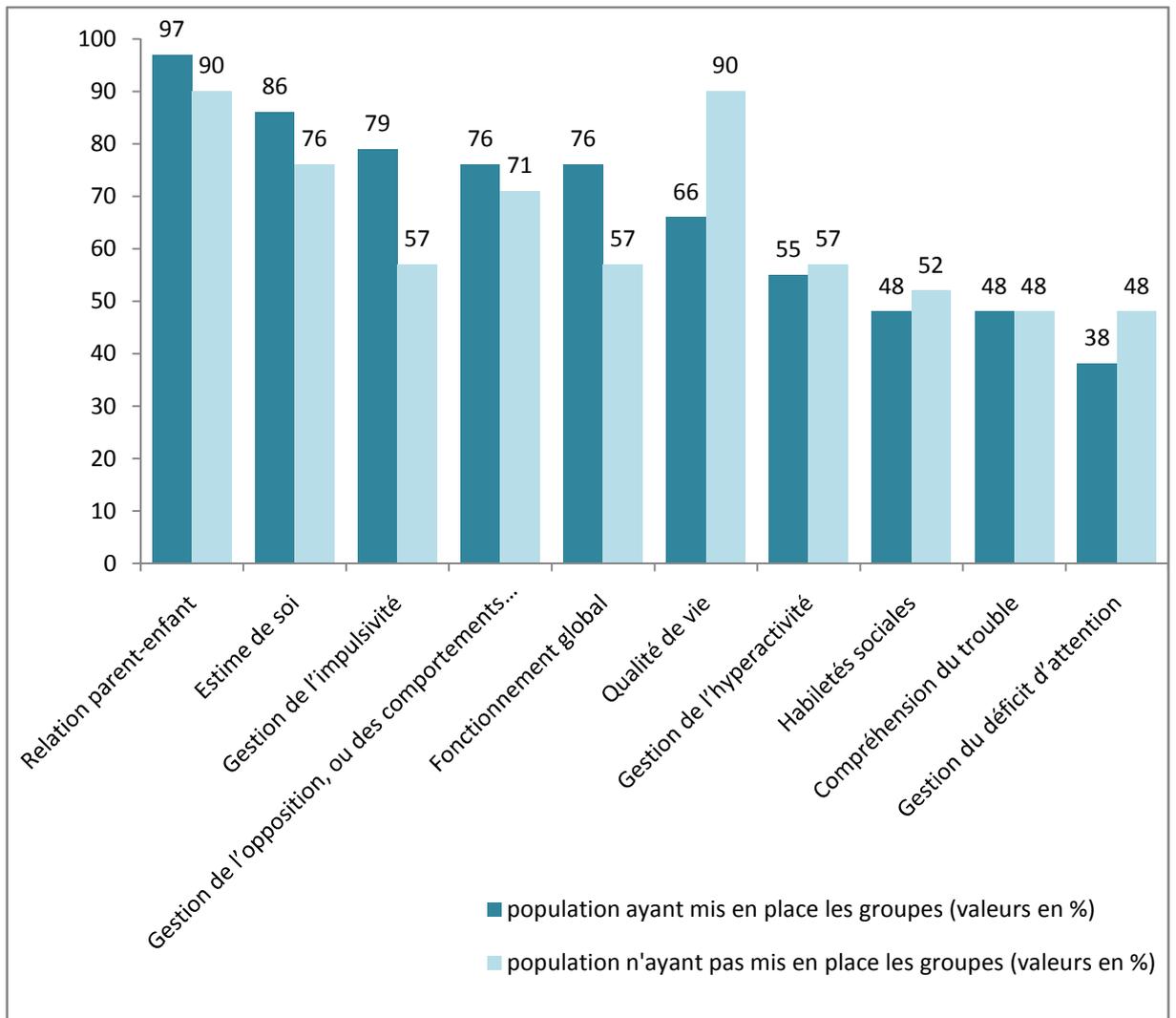


Figure 3: Type d'aide apportée à l'enfant

Deux propositions, à l'inverse, regroupent plus d'appréciation chez les professionnels n'ayant pas mis en place de groupe : c'est le cas de la qualité de vie (90% contre 66%), significatif avec un χ^2 à 0.09, tandis que la gestion du déficit d'attention pour l'enfant (48% contre 38% chez ceux ayant mis en place les groupes) n'offre pas de différence significative statistiquement.

II.2.2) Bénéfice pour le parent (Voir Tableau II.2.c)

La population totale est convaincue d'un bénéfice parental à court terme : 59% sont tout à fait d'accord, 39% sont d'accord.

La distribution des réponses concernant le bénéfice à court terme chez le parent est significativement différente entre les deux groupes, avec un test de Fischer à 0.05. Les personnes qui ont mis en place le programme estiment qu'il présente un bénéfice à court terme : 72% sont tout à fait d'accord et 28% sont d'accord, tandis que parmi ceux qui n'ont pas mis en place le programme, seuls 40% sont tout à fait d'accord, 55% sont d'accord et 5% ont un avis neutre.

Comme pour l'évaluation du bénéfice pour l'enfant, nous voyons que les professionnels sont moins convaincus d'un bénéfice à long terme, seuls 27% de la population totale sont tout à fait d'accord avec l'idée du bénéfice parental à long terme, 47% sont d'accord, et 27% sont d'avis neutre. Il n'existe plus de différence statistiquement significative entre les deux groupes .

Comme précédemment ceux ayant mis en place les groupes sont davantage convaincus d'un bénéfice à court terme qu'à long terme pour les parents.

T ableau II.2.c) Evaluation de l'efficacité par le professionnel, bénéfices pour le parent.

	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non		Oui		N = 50	
	N = 21	%	N = 29	%	N = 50	%
Bénéfice apporté par le programme au parent (0						
A court terme	N=20	%	N=29	%	N= 49	%
2	1	5	0	0	1	2
3	11	55	8	28	19	39
<i>(tout à fait d'accord) 4</i>	8	40	21	72	29	59
A long terme						
	N=21	%	N=28	%	N= 49	%
2	7	33	6	21	13	27
3	9	43	14	50	23	47
<i>(tout à fait d'accord) 4</i>	5	24	8	29	13	27

Le type d'aide apportée au parent a été évalué par QCM (figure 4).

Pour presque la totalité des propositions du QCM, plus de 3/4 des personnes trouvent qu'elles correspondent effectivement à de l'aide apportée au parent par ce programme, sauf pour la proposition "satisfaction conjugale", qui n'est approuvée que par 46% de la population totale.

Une personne a précisé d'autres types d'aide apportés par le programme : " Etayage par d'autres parents" et "Meilleures interactions entre la famille et l'école". (Tableau II.2.b) en Annexe).

Ceux ayant mis en place les groupes sont légèrement plus convaincus par les propositions proposées (figure 4) . Seule la proposition sur la diminution du stress parental a trouvé plus de réponses chez ceux n'ayant pas mis en place les groupes (90% vs 72%). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux populations, sauf pour le stress parental qui présente une différence significative avec un test de Fisher à 0.16.

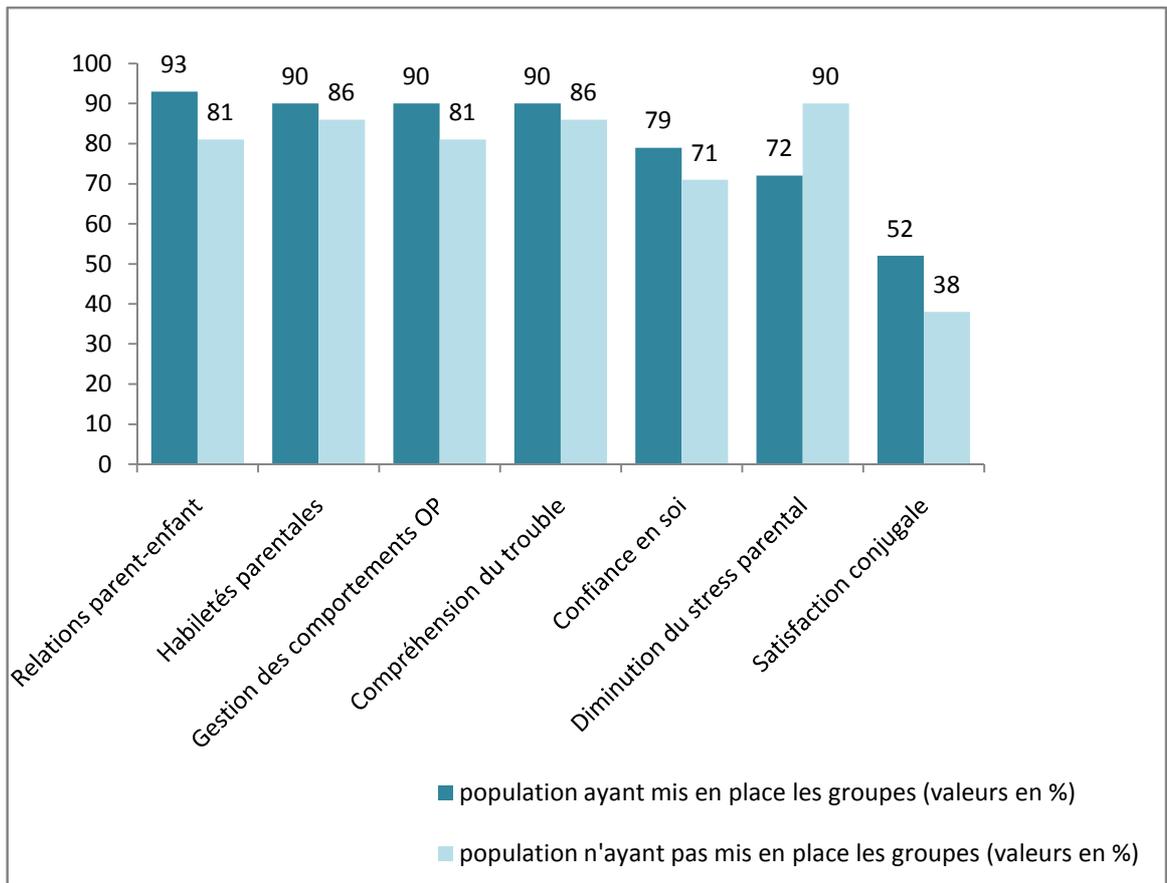


Figure 4 : type d'aide apportée au parent

II.2.3) Motivation initiale et utilisation personnelle du programme (Voir Tableau II.2.d))

Vingt-deux pourcents de la population interrogée s'est formé sur incitation, sans différence significative mise en évidence entre les deux groupes sur ce point: 24% de ceux n'ayant pas mis en place le programme ont été incités à se former, contre 21% pour ceux ayant mis en place les groupes.

	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non N = 21		Oui N = 29		N = 50	%
Inscription à la formation sur incitation ?	5	24	6	21	11	22
Utilisez-vous ce programme pour vos propres enfants ?						
non concerné	8	38	8	28	16	32
	N =13	%	N=21	%	N=34	%
non	2	15	2	10	4	12
oui	11	85	19	90	30	88

Nous avons aussi cherché à savoir si les professionnels se servaient de ce programme avec leurs propres enfants. Trente-quatre professionnels étaient concernées par cette question, et 88% d'entre eux pratiquent effectivement ce programme dans leur vie privée, sans différence significative entre ceux qui l'utilisent au niveau professionnel et ceux qui ne l'utilisent pas.

Des différences significatives apparaissent concernant la conviction dans l'efficacité du programme.

Le bénéfice à court terme pour le parent et pour l'enfant est significativement plus estimé chez ceux ayant mis en place le programme (MEP-Eff). Aucune différence n'apparaît pour le bénéfice à long terme.

Pour le type d'aide du programme : le stress parental et la qualité de vie de l'enfant sont plus cotés pour ceux n'ayant pas mis en place le programme (Non-MEP), alors que la gestion de l'impulsivité est plus cotée dans le groupe MEP-Eff. Aucune différence n'apparaît pour les autres types d'aide.

Aucune différence n'apparaît pour la motivation initiale et l'utilisation personnelle.

II.3) Formation délivrée aux professionnels (Voir Tableau II.3)

Comme dans la population totale, une part plus importante de personnes s'est formée en 2015 dans les deux groupes : 38% parmi ceux n'ayant pas mis en place de groupe, et 48% dans l'autre population.

La technique du jeu de rôle a été utilisée au cours de la formation pour 62% de la population interrogée. Soixante-sept pourcents des personnes n'ayant pas mis en place le groupe en avait bénéficié, contre 63% dans le groupe de ceux à la mise en place effective.

Tableau II.3) Caractéristiques de la formation délivrée

	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non		Oui		N = 50	%
	N = 21	%	N = 29	%		
Période de formation						
2010	1	5	0	0	1	2
2012	3	14	3	10	6	12
2013	2	10	6	21	8	16
2014	4	19	5	17	9	18
2015	8	38	14	48	22	44
2016	3	14	1	3	4	8
	N = 21	%	N = 27	%	N = 48	%
Utilisation de jeux de rôles	14	67	17	63	31	65

Aucun des deux critères propres à la formation reçue par les professionnels n'est un facteur statistiquement significatif dans la mise en place du programme.

II.4) Limites rencontrées à la mise en place du programme

II.4.1) Non mise en place du programme (Voir Tableau II.4.a.)

Les 21 personnes qui n'ont pas mis en place de groupe d'entraînement aux habiletés parentales suite à la formation, ont été interrogées sur leurs raisons par QCM.

La raison la plus évoquée est le manque de temps du professionnel concerné , retrouvée pour 13 personnes (62%).Viennent ensuite le nombre insuffisant de parents souhaitant assister à un tel programme (24%), la difficulté à implanter le programme ou modalités du cadre perçues comme difficiles à satisfaire (4 professionnels , 19%), et enfin des raisons budgétaires (3 professionnels, 14%).

Trois raisons "autre" ont été ajoutées aux propositions, ce sont "restriction de personnel", "logistique", et "interventions exclusivement à domicile et en individuel".

Tableau II.4.a) Limites rencontrées à la mise en place du programme.

	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non		Oui		N = 50	%
	N = 21	%	N = 29	%		
Le programme n'a pas été mis en place suite à la formation, raisons invoquées :						
<i>Faible nombre de participants</i>	5	24	-	-	-	-
<i>Manque de temps du</i>	13	62	-	-	-	-
<i>Absence ou perte d'intérêt du</i>	1	5	-	-	-	-
<i>Implantation compliquée</i>	4	19	-	-	-	-
<i>Autre approche privilégiée</i>	1	5	-	-	-	-
<i>Réticence de l'équipe</i>	1	5	-	-	-	-
<i>Budgétaire</i>	3	14	-	-	-	-
<i>Autres⁷</i>	3	14	-	-	-	-

II.4.2) Suspension du programme (Voir Tableau II.4.b)

Parmi les 29 personnes ayant mis en place les groupes, 3 ont du en suspendre la proposition à un moment. Les raisons invoquées au QCM sont le manque de temps du professionnel, le manque de participants volontaires et la réticence rencontrée avec l'équipe ou l'institution du professionnel .

Tableau II.4.b) Limites rencontrées à la poursuite du programme.

	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non		Oui		N = 50	%
	N = 21	%	N = 29	%		
Le programme a été proposé puis suspendu depuis la formation :	-	-	3	10	-	-
			N= 3	%		
Le programme a été suspendu depuis la formation, raisons invoquées :						
<i>Faible nombre de participants</i>	-	-	1	33	-	-
<i>Manque de temps du</i>	-	-	1	33	-	-
<i>Réticence de l'équipe</i>	-	-	1	33	-	-

⁷ Précision du participant : "restriction de personnel", "logistique", "interventions exclusivement à domicile et en individuel".

II.4.3) Proposition du programme pour l'année en cours (Voir Tableau II.4.c))

L'ensemble des 50 personnes a été interrogé sur leur volonté de proposer un programme pour l'année en cours.

Parmi les 29 personnes qui avaient mis en place des groupes, trois (10%) ne les proposeront plus.

Parmi les 21 personnes qui n'avaient pas mis en place de groupes, 13 (62%) ont le projet d'en mettre en place, et 8 ne pensent toujours pas proposer le programme (38%).

Les personnes ne souhaitant pas mettre en place de groupe sur l'année en cours, ont argumenté leur réponse par QCM. La première raison invoquée est nettement le manque de temps (70%). Viennent ensuite : l'implantation ressentie comme compliquée (30%), puis des réticences de la part de l'équipe ou de l'institution (20%), enfin une personne (10%) invoque la perte d'intérêt pour l'animation de ce programme et une autre le nombre insuffisant de parents volontaires.

A noter que pour les trois qui vont arrêter le programme cette année c'est le manque de disponibilité du professionnel qui est invoqué (100%). Une de ces personnes évoque aussi une implantation ressentie comme compliquée.

Une recherche de significativité n'a pas été effectuée pour ces données face à une si petite population.

	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non		Oui		N = 50	
	N = 21	%	N = 29	%	N = 50	%
Le programme ne sera pas proposé cette année:	8	38	3	10	11	22
	N = 7	%	N = 3	%	N = 10	%
Le programme ne sera pas proposé cette année, raisons						
<i>Faible nombre de participants</i>	1	14	0	0	1	10
<i>Manque de temps du</i>	4	57	3	100	7	70
<i>Absence ou perte d'intérêt du</i>	1	14	0	0	1	10
<i>Implantation compliquée</i>	2	29	1	33	3	30
<i>Autre approche privilégiée</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Réticence de l'équipe</i>	2	29	0	0	2	20
<i>Budgétaire</i>	0	0	0	0	0	0

Les réponses qui apparaissent le plus fréquemment comme frein à l'implantation, à la poursuite, ou au renouvellement du programme sont, en premier et nettement, le manque de disponibilité du professionnel, puis le nombre insuffisant de participants, et l'implantation ressentie comme compliquée.

L'absence d'intérêt du professionnel ou la préférence d'une autre approche thérapeutique sont très peu invoquées. La qualité ou l'intérêt du programme ne sont pas remises en question dans la population totale, même pour les personnes qui ne se sont pas formées spontanément à ce programme (11/50 pour rappel) .

III - DESCRIPTION DES PROGRAMMES MIS EN PLACE

En deuxième partie de notre travail nous nous sommes intéressés aux caractéristiques des programmes mis en place par les professionnels suite à la formation. Dans notre enquête, 29 personnes sur les 50 interrogées avaient pu implanter le programme de formation aux habiletés parentales pour parents d'enfant ayant un TDAH. Les données que nous présentons ensuite sont détaillées dans le Tableau III) en Annexe.

Quatre personnes ont une expérience très conséquente avec au moins dix programmes réalisés, 13 professionnels (46%) sont bien familiarisés avec cette formation parentale (de 2 à 9 sessions complètes accomplies). Enfin une part importante (11 personnes, 39%) avait juste terminé ou était en train de délivrer leur premier programme.

Une donnée n'a pas pu être retenue, la réponse "3ème année de pratique" ne permettant pas de déterminer dans quel groupe l'inclure.

Nous avons interrogé de manière concrète l'apport de modifications éventuelles au programme par une question de type QCM. Uniquement 4 personnes (14%) n'ont pas apporté de modification au programme.

Les modifications sont présentées dans le graphique ci-dessous (figure 5).

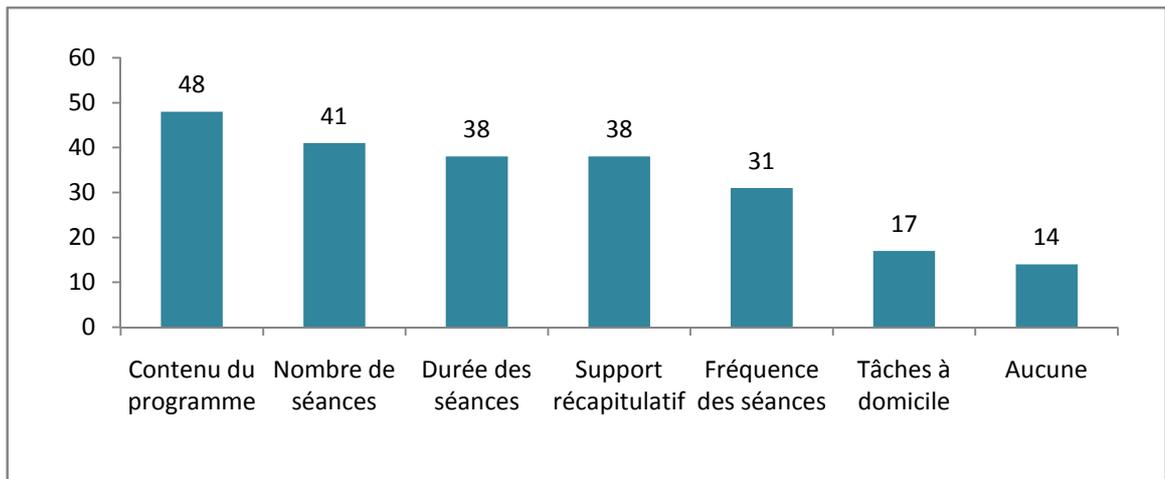


Figure 5 : Modifications du programme, parmi la population ayant mis en place les groupes (N=29, valeurs en %)

En plus , une question ouverte permettait de préciser la réponse de la question précédente. Seize personnes ont répondu, avec plusieurs éclaircissements parfois.

- 5 personnes ont diminué le nombre de séances (8 au lieu de 10 (1 professionnel) ; 6 séances (3) ; 4 séances(1).)

- 4 personnes ont modifié le contenu (à la carte pour 4 séances en individuel (1), contenu et durée augmentés pour répondre aux demandes en séance individuelle (1), adapté à l'âge des enfants (1), allégé face aux connaissances des parents(1))

- 2 personnes ont modifié la fréquence (fréquence irrégulière selon les contraintes des parents (1), fréquence de 1 séance/ 3 semaines (1)).

- 4 personnes ont modifié la durée des séances (diminution à une heure 30 (3) ; augmentation en fonction des besoins en individuel (1)).

- 1 personne a accepté qu'un seul des 2 parents viennent dans le couple

- 1 personnes propose des séances de rattrapage pour les parents qui n'ont pas pu assister à une séance

- 1 personne a modifié la forme du programme (présentation , formulation , séquençage des séances).

- enfin 1 personne a adapté le modèle pour des enfants avec des troubles anxieux.

Les raisons de ces changements ont été précisées par QCM.

Les modifications sont argumentées pour la majorité d'entre elles par des raisons liées aux participants : s'adapter à leurs contraintes pour 74% (17 personnes/29) , et à leur préférence (22% , 5 personnes). Les raisons liées aux professionnels sont moins présentes : 17% ont modifié le programme pour s'adapter à leurs propres contraintes, et 13% (3 personnes) l'ont modifié pour tenir compte de leur préférence. Deux personnes précisent d'autres raisons : pour l'une l'expérience, et pour l'autre la volonté de fusionner ce programme avec un autre qu'elle pratiquait auparavant.

Dans l'ensemble les participants assistent à la totalité des séances du programme (pour 65% des professionnels , 17 réponses/26). Pour 9 professionnels (35%) les participants manquent généralement une ou plusieurs séances.

III.1) Caractéristiques des programmes mis en place, Cadre et format Tableaux III.1.a) et III.1.b) en Annexe

Le programme est majoritairement délivré par plusieurs professionnels : à deux pour 34% d'entre eux, à trois pour 14%, et à quatre ou plus pour 7%. Beaucoup assurent les séances seul : 13 personnes (45%).

Parmi ceux qui travaillent à plusieurs, un co-animateur peut ne pas avoir assisté à la formation (5/16, 32%) , il y a alors un partage d'informations par celui qui est formé.

Beaucoup de professionnels proposent le programme en individuel à un seul couple de parent (62%, 18 personnes).

Aux questions sur le nombre de personnes nécessaires au minimum et au maximum pour réaliser un groupe, 22 personnes ont répondu. Les propositions sont très hétérogènes : en croisant ces deux données nous obtenons le tableau suivant : (Tableau III.1.c)).

Tableau III.1.c) Nombres de professionnels, en fonction de leurs réponses pour les minimum et maximum de participants pour un groupe (N=22) :

	<i>max = 1</i>	<i>max = 3</i>	<i>max = 4</i>	<i>max = 5</i>	<i>max = 6</i>	<i>max = 8</i>	<i>max = 11</i>	<i>max = 14</i>
<i>min = 1</i>	2	1	1	1				
<i>min = 3</i>		1	2	2	4	1		
<i>min = 4</i>					4	1		
<i>min = 8</i>							1	1

Le lieu et le moment des sessions ont été interrogés par deux questions de type QCM. (Tableau III.1.a) en Annexe)

Les séances se déroulent presque systématiquement dans le lieu d'exercice du professionnel. Les 3 réponses "Autre" correspondent à "domicile du parent" , "salle de réunion" , et "salle prêtée par une association" (figure 6).

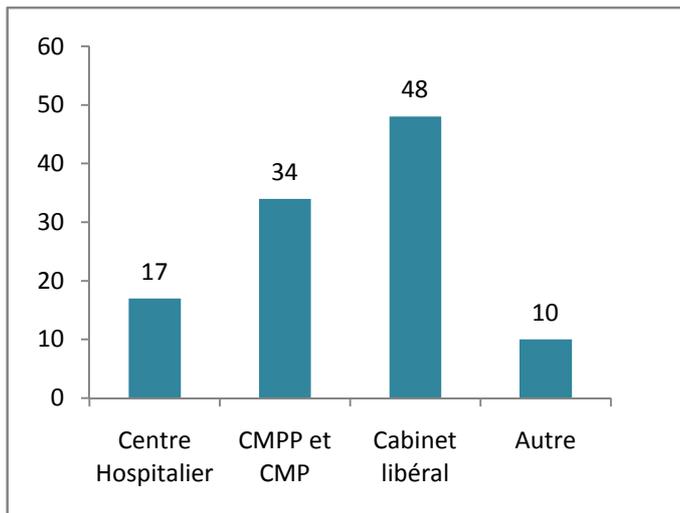


Figure 6: Caractéristiques du programme : Lieu des sessions (valeurs en %) .

En majorité, les professionnels se rendent disponibles pour proposer la formation sur des temps à plus forte probabilité de disponibilité pour les parents , notamment en soirée (66%) (figure 7).

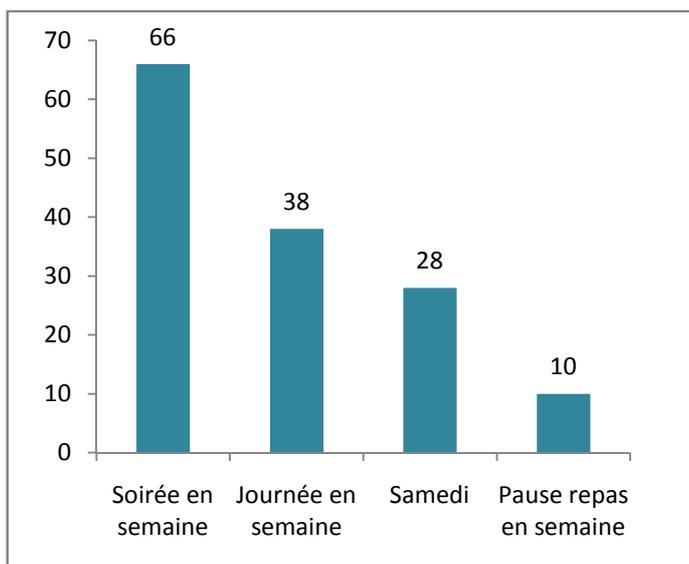


Figure 7: Caractéristiques du programme : Moment des sessions (valeurs en %) .

Les professionnels interrogés ont été 28 à répondre à la question sur la proposition des réunions "post-formation" aux participants des groupes antérieurs. Huit personnes n'étaient pas concernées car ils étaient en train de mener leur premier groupe ; celui-ci n'étant pas achevé ou depuis trop peu de temps pour pouvoir proposer un tel rappel. Parmi les autres professionnels (20), la moitié propose ces réunions et l'autre non. (Tableau III.1.b) en Annexe).

III.2) Caractéristiques des programmes mis en place, Population cible : les enfants

Nous avons cherché à préciser les caractéristiques des enfants pour lesquels ce programme est proposé à leurs parents. (Tableau III.2) en Annexe).

Il ressort de notre questionnaire que ce programme est présenté à des parents d'enfants de tout âge (figure 8). Néanmoins une forte majorité des professionnels interrogés (86%) s'adresse aux parents d'enfants de 6 à 11 ans, et d'enfants de 11 à 15 ans (62% des professionnels : 18/29).

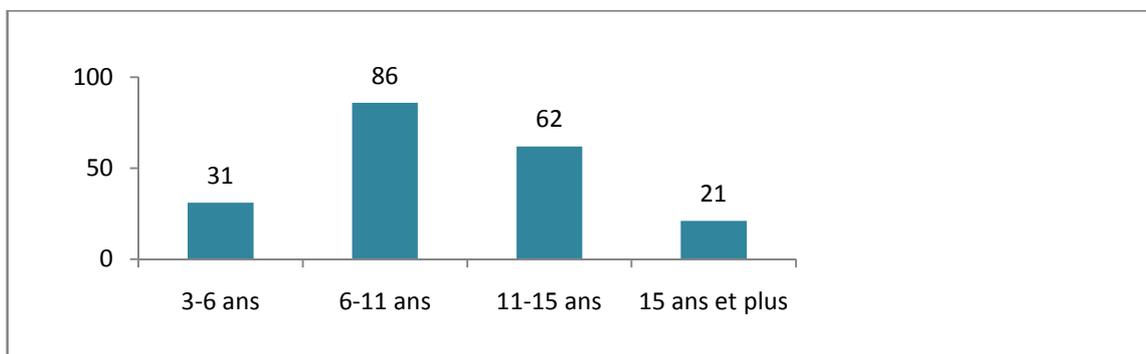


Figure 8 : âge des enfants pour lesquels les professionnels proposent le programme aux parents (N=29, valeurs en %)

Ensuite nous avons interrogé les professionnels sur les profils cliniques des enfants pour lesquels le programme pouvait être suggéré. Les résultats sont présentés dans la figure 9.

Vingt-huit personnes ont répondu à cette question de type QCM. La réponse "Autre" a été sélectionnée par 2 personnes ; ils ont précisé : "parents d'enfants à haut potentiel", et "opposition sans qu'un TDAH ne soit diagnostiqué".

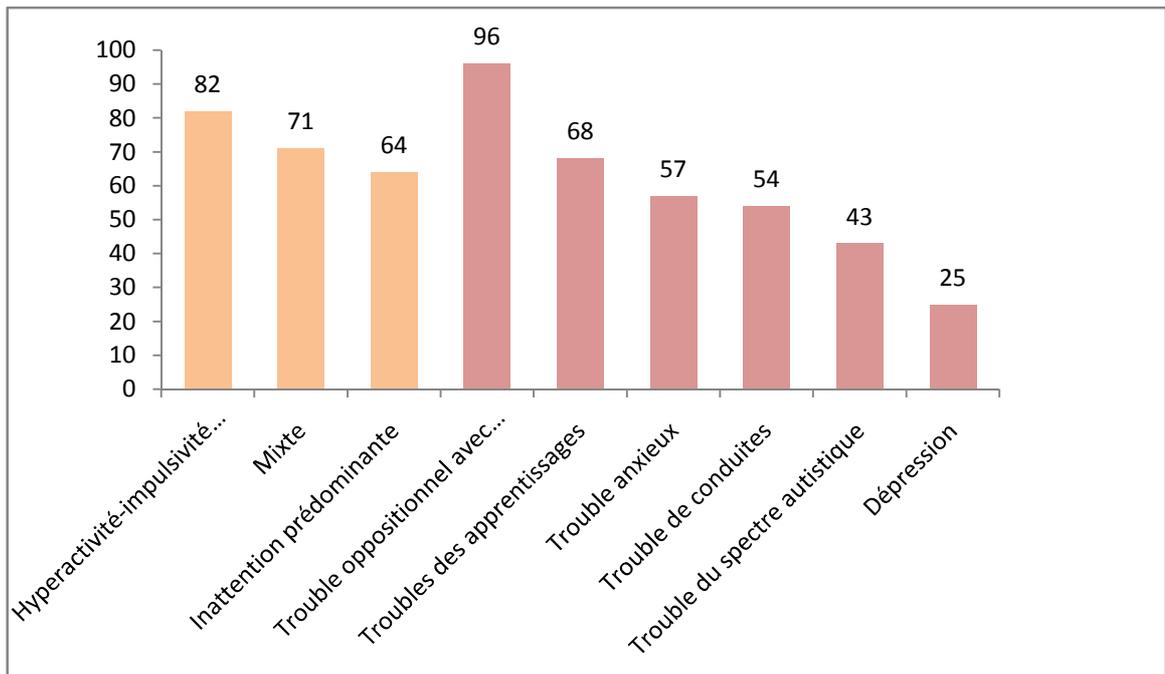


Figure 9 : Profil clinique des patients pour lesquels le programme est proposé : Type de TDAH (DSM IV-R), Présence de comorbidités. (N=28, Valeurs en %)

III.3) Caractéristiques des programmes mis en place, Population cible : les parents

Nous avons interrogé les professionnels sur les conditions dans lesquelles ils travaillaient avec les parents autour de ce programme . (Voir Tableau III.3) en Annexe).

Dix personnes (36%) exigent la présence des 2 parents au cours des séances (hors cas particuliers de type absence d'autorité parentale, décès, éloignement géographique), 6 personnes (21 %) le demandent sauf pour les couples séparés, et 12 professionnels (43%) ne sont pas regardant sur ce point.

Nous avons regardé si le programme était proposé à d'autres personnes dans l'entourage de l'enfant. Vingt-cinq personnes ont répondu à la question (QCM). Dix professionnels (40%) ne le proposent qu'aux parents. Treize professionnels le présentent aux conjoints pour les couples reformés, huit (32%) le proposent aux famille d'accueil d'enfants placés, et seulement 2 personnes l'offrent aux grands-parents. Une personne a déjà présenté le programme à une nourrice.

Nous avons par ailleurs cherché à savoir si les professionnels pouvaient avoir des restrictions dans les familles auxquelles ils proposent le programme (QCM).

La majorité (15 personnes , 54%) ne sélectionnent pas les familles : tous les volontaires peuvent être inclus. Cinq personnes parmi les 28 peuvent refuser des candidatures sur des caractéristiques liées au trouble de l'enfant (comorbidité, etc), et 11

personnes (39%) peuvent refuser des candidatures sur des caractéristiques familiales (dysfonctionnement conjugal, capacité supposée à répondre aux exigences du programme, etc).

Enfin , le dernier point sur les caractéristiques des parents inclus dans les programmes, porte sur leur santé psychique. Une question de Likert cotait par un score de 0 à 4 l'évaluation et l'orientation des parents par le professionnel menant le programme (zéro étant " je n'interroge pas l'état psychique des parents" et quatre étant "j'évalue systématiquement l'état psychique de chaque parent en début de programme").

La majorité (52%, 15 personnes) évalue régulièrement l'état psychique des parents (graduations 3 et 4), 9 professionnels (31%) ont choisi la réponse neutre (graduation 2) et 5 (17%) n'évaluent globalement pas ce point.

DISCUSSION

I - INTERPRETATION DES RESULTATS - COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

I.1) Discussion des résultats en population totale

Pour la description de notre population d'étude, peu d'éléments paraissent à discuter.

Les recommandations au niveau international font une place importante aux médecins de premier recours dans le dépistage et l'accompagnement des familles au moins (recommandations HAS), mais aussi dans la prise en charge pour certaines (CADDRA). Il n'est pas clairement indiqué qui peut proposer des programmes d'entraînements parentaux en France. Mais notre population ne comportait qu'un seul médecin généraliste, qui a précisé être également psychothérapeute.

I.2) Discussion des résultats pour le premier objectif

Peu de résultats significatifs sont ressortis pour l'étude de notre premier objectif. Nous avons malgré tout pu en tirer quelques grandes lignes que nous discuterons rapidement. Nous nommerons pour la suite le groupe de professionnels ayant mis en place les groupes de manière effective : groupe MEP-Eff, et le groupe n'ayant pas mis en place de groupe suite à la formation : groupe Non-MEP.

1.2.1) Caractéristiques des professionnels

Alors que nous pensions trouver une différence entre les deux groupes au niveau des approches théoriques, et des connaissances et pratiques antérieures à la formation, celle-ci ne se retrouve pas. La population totale connaissait globalement déjà bien le sujet (TDAH et TCC).

1.2.2) Conviction dans l'efficacité du programme

Pour la conviction dans l'efficacité du programme nous pensions là aussi trouver des différences marquées entre les deux groupes.

- **Bénéfice du programme**

Nous retrouvons effectivement une différence significative pour l'évaluation du bénéfice à court terme du programme, pour les parents et pour les enfants. Nous notons que cette différence se maintient mais n'est plus significative pour l'évaluation à long terme, les professionnels du groupe MEP-Eff étant moins convaincus d'une efficacité à long terme. Ceci est cohérent avec les données de littérature : le bénéfice à long terme des formations parentales (Parent Training) n'est pas établi (167,216).

- **Type d'aide apportée**

Pour le type d'aide que peut apporter le programme d'après les professionnels, les personnes des deux groupes ont sélectionné au moins une réponse, ceci, mis en lien avec les questions sur le bénéfice à court et long terme, confirme la conviction de la population interrogée dans l'intérêt du programme. Rappelons que c'est la perception subjective des professionnels qui est ici évaluée.

- Le groupe MEPEff est plus convaincu d'une amélioration de la gestion de l'impulsivité (significatif) et du fonctionnement global de l'enfant (différence importante mais résultat non significatif) et le groupe Non-MEP estime que le type d'aide apportée est plutôt une amélioration de la qualité de vie de l'enfant (différence significative) et une amélioration du déficit d'attention (résultat non significatif).

- L'amélioration de différents symptômes cardinaux est notée dans les deux groupes, sans que ceci soit le type d'aide le plus reconnu pour ce programme. Les professionnels ont ici une perception qui coïncide avec ce qui est retrouvé dans les données de littérature. En effet, l'amélioration des symptômes cardinaux du TDAH n'est pas ce qui est le plus attendu, il ne s'agit pas des objectifs visés par le PEHP, tout comme les habiletés sociales.

- La différence significative sur l'amélioration de l'impulsivité n'est pas expliquée et n'était pas attendue.

- **Qualité de vie et fonctionnement global de l'enfant**

L'évaluation de la qualité de vie et du fonctionnement global interroge.

L'OMS définit la qualité de vie comme " la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit

en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes" (217). Plusieurs facettes de la qualité de vie sont à évaluer : le domaine physique, le domaine, le degré d'indépendance, les relations sociales, la spiritualité, religion ou croyances personnelles(218).

Le fonctionnement global, selon le DSM-IV-TR est basé sur l'évaluation du fonctionnement psychologique, social et professionnel (219) . Par rapport à l'évaluation de la qualité de vie, il est moins basé sur le ressenti subjectif du patient, et ne prend pas en compte l'environnement du patient.

Nous nous attendions à une cotation d'une amélioration des deux éléments, surtout dans le groupe MEPEff. Les résultats significatifs sont surprenants, le groupe Non-MEP est convaincu d'une plus forte amélioration de la qualité de vie que le groupe MEPEff. Par ailleurs, le groupe Non-MEP a plus côté une amélioration de la qualité de vie que du fonctionnement global. Nous retrouvons l'inverse pour le groupe MEP-Eff.

Il faut tenir compte du fait que les définitions n'étaient pas précisées pour le questionnaire. Mais la cotation d'une amélioration de qualité de vie supérieure à une amélioration du fonctionnement global pourrait s'expliquer par l'évaluation par les professionnels d'un impact positif de l'environnement sur l'enfant, et d'une amélioration du milieu familial notamment . C'est un élément que nous aurions plus pensé retrouver dans le groupe ayant mis en place les groupes.

- Stress parental

Pour le type d'aide apporté aux parents, il n'y a qu'une différence significative, elle porte sur une amélioration du stress parental nettement plus notée dans le groupe Non-MEP.

L'amélioration du stress parental n'est pas mise en évidence dans la littérature (170). Il en est de même pour le bien-être parental, en revanche il est noté une augmentation de l'estime de soi (170).

- Satisfaction conjugale

Un autre résultat, surprenant, est la faible sélection de la proposition "amélioration de la satisfaction conjugale", par les deux groupes. Une étude Cochrane (167) la décrivait pourtant dans les améliorations liés aux formations parentales. L'augmentation de la satisfaction conjugale (et l'amélioration du stress parental) participent à davantage de bien-être pour l'enfant (167) . En revanche l'amélioration de la gestion des comportements d'opposition est bien notée pour les deux groupes , et correspond à la proposition la plus sélectionnée. Ceci est logique et correspond aux objectifs initiaux du programme.

- Utilisation personnelle du programme

L'utilisation personnelle du programme des professionnels pour leurs propres enfants a apporté un résultat très surprenant par son ampleur, sans différence significative entre les deux groupes. Nous avons constaté une très forte utilisation du programme par les professionnels dans leur vie privée. Nous considérons ceci comme témoin de leur conviction dans son intérêt. Néanmoins c'est l'utilisation en population générale qui est ici questionnée, et non la population d'enfants ayant un TDAH.

- Incitation à la formation

L'incitation à la formation ne montre pas de différence significative entre les deux groupes, et ne semble ainsi pas être un élément déterminant pour la suite donnée à la formation des professionnels. Ce résultat est étonnant par rapport aux données de l'article de Webster-Stratton et al. qui recommande de travailler avec des professionnels motivés pour faciliter l'implantation initiale du programme dans une structure. Ceci serait plus efficace que de l'imposer à des professionnels (après avoir vu le programme en œuvre chez leurs confrères ils peuvent s'impliquer volontairement) (206).

1.2.3) Formation délivrée aux professionnels

Le jeu de rôle peut faciliter l'apprentissage et l'appropriation de nouvelles connaissances. Nous aurions pu voir une différence entre les deux groupes concernant le jeu de rôle, mais aucune différence significative n'est mise en évidence.

Nous ne pouvons conclure sur la significativité des différences concernant le type d'aide apporté par le programme aux enfants : pour l'impulsivité ou pour la qualité de vie. Il existe trop d'imprécisions autour des notions de qualité de vie et de fonctionnement global dans le questionnaire. De plus, le nombre important de propositions traitées indépendamment pour l'analyse statistique fait augmenter le risque alpha, et ces différences significatives sont peut être apparues par hasard.

La conviction d'un bénéfice à court terme pour les parents et les enfants, statistiquement supérieure pour le groupe MEP-Eff est notée et semble cohérente.

Au final, il n'y a pas d'éléments pour soutenir l'idée d'une différence entre les deux groupes:

- dans les caractéristiques des professionnels
- dans les caractéristiques de la formation reçue
- dans la conviction dans l'efficacité du programme. Celle-ci est globalement très forte pour toute la population interrogée.

Le bénéfice à court terme est évalué plus favorablement par ceux ayant mis en place le programme parental.

1.2.4) Limites rencontrées à la mise en place du programme

Ce sont des contraintes d'ordre organisationnels qui apparaissent être un frein à l'implantation, à la poursuite, ou au renouvellement du programme de formation aux habiletés parentales, avec des raisons comme le manque de disponibilité du professionnel, le nombre insuffisant de parents participants possibles, ou des difficultés propre à l'implantation. Parfois, plusieurs années peuvent être nécessaires à la mise en place du programme après la formation.

Bien que le sujet soit différent, ces résultats sont concordants avec ceux d'une thèse réalisée sur les barrières et facilitateurs aux interventions familiales auprès de proches de patients schizophrènes (220). Des barrières fréquemment retrouvées dans la revue de littérature étaient d'ordre organisationnel, que ce soit pour l'institution ou les professionnels, et le plus fréquemment sur la question du temps disponible des professionnels.

La raison qui est majoritairement cotée, est le manque de temps du professionnel. Ce problème de défaut de temps des professionnels de santé est connu, et n'est pas propre à la France, ceci était par exemple soulevé par les lignes directrices canadiennes à propos des médecins traitants qui ne pouvaient fournir de psychoéducation (64) .

Le faible nombre de participants apparait comme une cause de non-mise en place du programme (pour 5 professionnels) mais apparait moins en obstacle à la mise en place pour l'année prochaine (1 professionnel seulement). Il est probable que certains professionnels du groupe Non-MEP étaient seulement en attente d'un nombre suffisant de participants. Concernant le nombre insuffisant de parents, vu la prévalence importante du TDAH dans la population, il y existe plusieurs hypothèses : il peut y avoir une sous-évaluation diagnostique, une prise en charge par d'autres professionnels de santé, ou un défaut de communication sur l'existence du groupe.

Le groupe Non-MEP est hétérogène. Sur 21 personnes de ce groupe, 13 projettent de proposer le programme cette année.

Le faible nombre de participants et l'implantation ressentie comme compliqué (troisième raison évoquée comme limite à la mise en place ou poursuite du programme) sont deux éléments qui pourraient éventuellement être remaniés en pratiquant des adaptations au programme.

I.3) Discussion des résultats pour le premier objectif

Pour notre second objectif , nous ne cherchions qu'à décrire les caractéristiques des programmes mis en place par les différentes équipes suite à la formation.

I.3.1) Données générales

Dans notre enquête, 29 personnes sur les 50 interrogées avaient pu implanter le programme de formation aux habiletés parentales pour parents d'enfant ayant un TDAH.

- **Modifications**

Les modifications sont très nombreuses. Cela correspond à une réalité de terrain , et cela avait été imaginé dans l'hypothèse présentée dans le rationnel de notre travail. Néanmoins la proportion de personnes ayant modifié le programme est saisissante : seules 4 personnes (14%) n'ont pas modifié le programme.

Certains prônent une grande fidélité à la mise en œuvre du programme telle qu'enseignée aux professionnels par les formateurs, gage de son efficacité (214), quand d'autres recommandent une certaine flexibilité, notamment pour répondre plus finement aux besoins précis d'une population (212).

Si un programme ne présente pas les résultats attendus, ce peut être à cause d'une faible efficacité (propre au programme), ou à cause d'un défaut dans l'implantation de celui-ci (incluant d' éventuelles modifications) (182,194,198,221–223). Quelles sont alors les adaptations réalisables sans impacter l'efficacité du programme ? Nous allons essayer d'apporter des éléments de réponses dans la suite de ce travail en comparant les modifications proposées avec les données de la littérature actuelle .

Les modifications en terme de nombre, de fréquence et de durée des séances avaient été anticipées (surtout imaginées en lien avec les contraintes de temps qui étaient déjà perceptibles dans le discours des professionnels avant même le début de ce travail de recherche). Il n'y a pas de consensus sur la durée idéale, et la fréquence des séances. Le programme étudié en compte 10. Mais la plupart des programmes proposent des séances de deux heures à deux heures trente, pour 8 à 12 séances par programme (49). Ce qui est important est d'avoir le temps de délivrer toutes les informations prévues sur le temps d'une séance, mais aussi de revenir sur les tâches à domicile de la session précédente, en prenant le temps de laisser chaque parent exprimer son vécu personnel. Pour Webster-Stratton et al. pour le programme *Incredible Years*, diminuer le nombre de sessions ou enlever des parties du programme peut induire une dilution ou disparition des résultats positifs du programme ; le nombre de session proposé est un minimum, sachant qu'il est possible d'augmenter ce nombre pour des groupes avec des besoins particuliers (206).

En revanche la modification du contenu n'était pas attendue avec une telle importance. Il n'y a pas beaucoup de détails sur cet élément apporté par les réponses à la question ouverte qui permettait de préciser la réponse. Les quelques éléments de réponses sont : contenu à la carte en individuel (pour 4 séances), contenu et durée augmentés pour répondre aux demandes en séance individuelle, contenu adapté à l'âge des enfants, et enfin contenu allégé face aux connaissances des parents.

La réunion- bilan effectuée le 22 Mars 2016⁸ avec les professionnels formés à Toulouse, apporte d'autres éléments pour éclairer ce résultat. La première séance est apparue ainsi complexe pour beaucoup de participants : donner en une séance une très grande quantité d'informations sur le TDAH aux parents paraissait inconfortable, et peu efficace pour certains parents. Quelques professionnels ont évoqué vouloir faire une proposition de contenu plus ciblé sur la tranche d'âge des enfants concernés par ce groupe. Et enfin la séance sur l'économie de jetons a soulevé beaucoup de questionnements -peut-être à relier avec l'absence de pratique antérieure des principes de conditionnement opérant pour certains- mais il n'est pas spécialement ressorti de la discussion que les professionnels allaient modifier cette séance.

Les deux modifications évoquées ci-dessus sont pensées pour s'adapter aux caractéristiques parentales, à maintenir leur intérêt en individualisant la prise en charge, elles semblent donc intéressantes. Il n'y a pas à ma connaissance de données de littérature concernant ces 2 points précis

- Raison des modifications

Ces modifications sont très nettement faites pour s'adapter aux contraintes ou préférences des parents , et beaucoup moins pour des raisons propres au professionnel . Ceci coïncide avec les éléments de littérature qui proposent des adaptations comme moyen de favoriser la participation et l'adhésion au programme. Rappelons qu'un élément indispensable à l'efficacité d'un programme parental est la participation des parents à celui-ci (224).

Ceci semble être efficace pour notre population étudiée car la participation au programme était correcte, avec 65% des professionnels pour lesquels les parents assistaient à la totalité des séances.

1.3.2) Cadre et format des programmes proposés

- Programme délivré par un seul professionnel

Parmi les 12 professionnels qui délivraient seul le programme, il y avait 10 psychologues / neuropsychologues dont 6 en libéral uniquement et une salariée d'une entreprise privée, ainsi que 2 orthophonistes en libéral.

⁸ Pour mémoire, elle a été organisée par le Dr Willig, pour évaluer les retours à 6 mois de la formation aux groupes d'entraînement aux habiletés parentales, qu'il a coordonné via le réseau P'titMip en Midi-Pyrénées.

Ceci représente 8 professionnels sur les 16 travaillant uniquement en libéral. Les conditions de délivrance du programme semblent donc être réellement influencées par le mode d'exercice du professionnel.

- Professionnel non formé

Le questionnaire montre que le programme peut être proposé par plusieurs professionnels dont l'un ou plusieurs ne sont pas formés.

Ceci va plutôt à l'encontre de ce qui est retrouvé dans diverses recommandations. La NICE recommande que les programmes soient *evidence-based* et délivrés par des professionnels formés (89). Une étude montre que délivré par un non-spécialiste, un programme n'est pas plus efficace qu'une liste d'attente (138). L'article insiste aussi sur la formation des professionnels pour assurer une implantation du programme strictement conforme à la conception de celui-ci. Or nous voyons ici le besoin d'aménagements en pratique clinique, qui nous fait discuter l'équilibre à trouver entre respecter l'organisation du programme et s'adapter aux conditions d'exercices et à la population de patients. Il me semble que des points importants du programme sont incontournables et qu'une personne au moins doit pouvoir en assurer la restitution complète aux parents et pouvoir la maîtriser suffisamment pour répondre aux questions individuelles des participants : il s'agirait, à nos yeux, au moins de l'analyse fonctionnelle, du moment spécial, du système d'économie de jetons, du time-out.

Il pourrait être intéressant de s'interroger sur la raison pour laquelle certains membres de l'équipe ne se sont pas formés (formation déjà complète, manque de temps, difficultés institutionnelles pour accéder à une telle formation, etc.).

- Groupes

La taille des groupes formés par les professionnels est très hétérogène. Dans la description du programme de type Barkley, le programme est proposé à un groupe de 10 familles (210). Nous n'avons pas d'élément de littérature qui définirait un nombre idéal de personnes. Au vu des réponses très variées au questionnaire, nous pouvons imaginer que la taille du groupe ne peut se penser que dans un contexte de travail propre à chaque professionnel (espace, nombre de professionnels, etc.).

- Individuel

Beaucoup de professionnels proposent le programme en individuel à un seul couple de parent (62%). Comme précédemment décrit (page 84), ceci n'apparaît pas comme être un facteur déterminant de l'efficacité du programme.

Pour certaines études qualitatives le fait d'être en groupe et de partager des problèmes communs apporte un soutien social et de la confiance (182,225,226). Pour les familles issues de l'immigration, dont la langue maternelle n'est pas la langue nationale, le

groupe, composé de personnes d'une même communauté, peut-être plus facile d'accès que les soins individuels en centre médical (227).

Pour les parents le bénéfice à participer à un groupe de parents vient du soutien et du sentiment d'acceptation des autres parents du groupe , et leur donnent ainsi les capacités pour faire face, avec une réduction du sentiment de culpabilité et d'isolement social (228).

Les programmes parentaux, quand ils sont délivrés en groupe, sont des interventions rentables en terme de coût de santé (208,229), ils sont jusqu'à 6 fois plus économiques que les programmes en individuel (227).

Mais pour tous ceux qui manquent de confiance en eux, qui ont des capacités de sociabilité restreintes, qui ont peur d'être jugés ou qui ont honte, l'idée d'un groupe peut être un obstacle rédhibitoire (224).

Dans l'étude de Wymbs et al. , les parents préférant un programme en individuel étaient plus intéressés par la compréhension du comportement de leur enfant TDAH que par une modification de celui-ci (230).

Au final , et de manière très logique, il faut donc absolument tenir compte de la préférence parentale pour entamer un programme parental, que ce soit en groupe ou en individuel (230).

- Horaire et lieu des séances

Comme nous l'avons vu avec le travail des professeurs Hauth-Charlier et Clément (page 84) il est recommandé de faciliter au maximum la participation des parents.

C'est ce qui est appliqué par les professionnels pour l'horaire proposé pour les séances : beaucoup d'entre eux proposent la formation sur des temps à plus forte probabilité de disponibilité pour les parents , notamment en soirée (66%).

Pour le lieu seules 3 personnes(10%) ont pu proposer des sessions dans des endroits autres que des lieux d'exercice de soin habituels. Or les lieux de soins ont pu être identifié comme étant un frein possible à la participation de certaines personnes, ceci était lié à la distance du lieu de domicile, à l'absence de moyen de garde des autres enfants de la famille pendant le temps des séances, et à l'aspect "impressionnant" des lieux sanitaires.

Les facteurs socioéconomiques sont connus pour être des limites à la participation à des programmes parentaux génériques (globaux, non spécifique) : les faibles ressources, le fait d'être parent isolé, ou mineur, d'avoir une famille nombreuse sont autant d'éléments qui peuvent, logiquement, rendre les contraintes de lieu et de temps des séances insurmontables (mode de garde de la fratrie, coût du transport, etc.) (224). La vigilance à l'accessibilité de la formation est d'autant plus importante pour ces familles.

- Réunion post-formation

La réunion post-formation n'est pratiquée que par la moitié des professionnels concernés.

Nous ne connaissons pas les raisons qui motivent ce choix. Il nous semble néanmoins intéressant de proposer ce type de rencontre, d'autant plus que l'efficacité des programmes parentaux est démontrée à court terme mais semble diminuer avec le temps. Et puis les parents sont en demande de ce type de consolidation des connaissances (231).

1.3.3) Population cible : les enfants

- Age des enfants

Il ressort de notre questionnaire que les professionnels interrogés s'adressent en majorité aux parents d'enfants de 6 à 11 ans(86%), et d'enfants de 11 à 15 ans (62%). Cette répartition n'est pas très étonnante. En effet le programme est initialement conçu pour des parents d'enfants de 4 à 14 ans, et nous n'avons pas de preuve de son efficacité en dehors de cette tranche d'âge.

Par ailleurs, le fait que moins de professionnels s'adressent à des enfants d'âge préscolaire peut s'expliquer en partie par la difficulté encore actuelle à poser ce diagnostic chez les enfants de cet âge (73), même si cela est possible et bien précisé par l'étude PATS (50). Il existe une précaution importante de la part des professionnels avant de trancher entre trouble du développement ou développement dans les limites de la norme (3). Néanmoins c'est dans cette population que l'utilisation de psychostimulants est le plus controversée et que l'utilisation d'approches parentales comportementales est le plus unanimement recommandé (voir pages 60-61).

Pour les adolescents de moins de 15 ans, ce programme rencontre du succès auprès des professionnels avec 62% des professionnels qui le proposent dans ce contexte. Il est effectivement décrit comme possible à cet âge là. Mais nous pouvons mettre en parallèle les résultats des recommandations étrangères, et notamment la NICE qui confirmait un intérêt des approches psychosociales pour les adolescents, mais en favorisant les approches centrée sur l'adolescent et moins sur les parents. L'entraînement parental devenait un complément éventuel à une prise en charge de l'adolescent, et moins un élément systématique du plan thérapeutique comme pour les enfants (75).

D'après notre enquête pour les grands adolescents de plus de 15 ans, peu de professionnels proposaient encore ce programme à leurs parents (6 personnes , soit 21%). Au vu des limites citées ci-dessus, et de l'absence d'indication pour les plus de 14 ans, l'intérêt pour cette tranche d'âge du programme serait à étudier mais peu d'éléments l'argumentent actuellement.

- Présentation clinique des enfants

Pour les propositions sélectionnées sur le sous-type clinique de TDAH (DSM-IV -TR), les professionnels ont sélectionné *hyperactivité-impulsivité prédominantes* puis *Mixte* et enfin aussi l'énonciation *Inattention prédominante* pour 62% d'entre eux . Rappelons que ces sous-type ne sont pas stables dans le temps et qu'ils ont beaucoup moins d'importance dans le DSM-V.

Le programme étudié vise les comportement opposant (la "non-compliance" précisément ou désobéissance), or ce qui a été constaté dans le groupe auquel j'ai assisté , mais aussi lors de la réunion bilan du 22 Mars 2016 avec les professionnels ayant été formés à Toulouse, c'est que les enfants ayant un profil inattentif se retrouvaient moins dans l'opposition, ainsi certains éléments du programme (faire "le mur", prêter une attention positive) ne parlaient pas aux parents de ces enfants là. En revanche ils se sont sentis plus concernés sur les étapes ultérieures , visant le soutien de la réalisation de tâches (le système d'économie de jetons, et la gestion des devoirs à la maison par exemple...), car leur enfant pouvait souvent "oublier" de réaliser ce qu'il lui était demandé.

En revanche nous n' avons pas d'explication pour les 2 professionnels qui n'ont sélectionné que ce sous-type clinique parmi les trois proposés.

Pour les comorbidités des enfants , le TOP est le plus côté, la dépression le moins.

Dans l'étude MTA, jusqu'à 3 ans de suivi au moins, les thérapies comportementales (dont font partie les formations aux habiletés parentales) sont très efficaces en cas de comorbidité anxieuse et /ou de TOP (74,83,113,144,148,160).

La comorbidité Dépression est celle la moins sélectionnée dans le questionnaire. Ceci est assez étonnant car autant une dépression parentale peut compromettre l'efficacité d'un tel programme, autant il n'y a pas d'information à ma connaissance, indiquant qu'une dépression de l'enfant impacte l'effet d'une formation parentale. Rappelons que la dépression est une comorbidité fréquente et peut être une conséquence du TDAH, de la baisse de l'estime de soi ou du rejet par les pairs. Par ailleurs, l'estime de soi de l'enfant est reliée à la perception du style éducatif de ses parents, et elle est plus faible chez ceux percevant une autorité ferme oppressive (*authoritarian*) (178). Il pourrait ainsi sembler pertinent d'éviter que les parents maintiennent un style autoritaire punitif inapproprié et les encourager à pratiquer un style autoritaire assertif (*authoritative*) qui est relié le plus fortement à une bonne estime de soi de l'enfant.

Les Troubles anxieux, Dépression, et Trouble du Spectre Autistique excluent le diagnostic de trouble hyperkinétique. Les personnes utilisant l'approche de la CIM-10 ne proposeront donc pas forcément de programme parental pour le TDAH face à ces "comorbidités". Ceci peut expliquer les résultats plus faible pour ces propositions.

Un facteur de bonne réponse à un programme BPT est de n'avoir aucune ou au maximum une seule comorbidité (TOP, TC, anxiété ou dépression...)(232).

1.3.4) Population cible : les parents

- Un ou deux parents

La présence des 2 parents n'est pas systématiquement demandée par les professionnels interrogés (43% n'y prêtent pas attention).

L'équipe des formatrices de Strasbourg y accorde une grande vigilance (dans leurs programmes, sont inclus des couples ou familles monoparentales). L'importance de la présence des 2 parents (notamment du père, fréquemment absent des programmes) a été décrite comme importante pour l'efficacité d'un programme parental .

Une revue Cochrane suggère explicitement de proposer les PT aux pères, soulignant l'amélioration du fonctionnement psychosocial chez les deux parents grâce aux PT, et l'importance du bien-être psychosocial du père pour l'enfant (167).

De même nous avons vu (page 73) un risque d'accroissement d'un désaccord entre les deux parents quand l'un des deux n'avait pas assisté au programme(180).

Mais ces éléments théoriques entrent à nouveau en confrontation avec les possibilités familiales dans certains cas. Là encore la question se pose, faut-il favoriser la participation (même si ce n'est que d'un parent) ou bien être formel sur la participation des deux ?

Une piste de réponse semble être là encore l'adaptation du professionnel. Il faut être vigilant sur l'entente du couple, sur la vision partagée du diagnostic et de la thérapeutique à mettre en place, ainsi que sur la motivation à investir le programme. Il faut aussi veiller à la possibilité de transmission intrafamiliale des données du programme. Il doit être mis en place en commun à domicile. Ces conditions nous semblent indispensables pour envisager de proposer le programme à un seul des deux parents.

Cette adaptation par rapport au programme initial mérite une attention particulière des professionnels, sans quoi l'efficacité du programme peut vite devenir nulle pour une famille.

- Entourage de l'enfant

Nous avons regardé si le programme était proposé à d'autres personnes dans l'entourage de l'enfant. Quinze professionnels (60%) le proposent à d'autres personnes qu'aux parents.

L'étude qualitative de Smith et al. montre que les parents ne souhaitent pas "affronter" un groupe seul. Ainsi si le conjoint n'est vraiment pas disponible , les parents souhaiteraient pouvoir être accompagnés d'un proche de la famille(224). Le soutien du parent est important pour sa participation au programme, mais il semble pertinent de s'assurer que le proche côtoie suffisamment l'enfant pour connaître son fonctionnement , et pouvoir pratiquer les tâches assignées entre les séances.

- Caractéristiques parentales

Peu de professionnels ont des restrictions dans leur proposition aux familles du programme.

Lors de la réunion bilan effectuée le 22 Mars 2016, la question des inclusions de famille a été discutée. Un couple en plein conflit conjugal peut avoir des difficultés à s'impliquer conjointement pour l'enfant. De même, une famille ne pouvant pas suivre les demandes faites au cours du programme de travail à domicile (opposition ou passivité d'un des parents, difficultés de compréhension, etc.) peut entraver la dynamique groupale. Comme nous l'avons vu précédemment, même si le travail groupal peut apporter un bénéfice (étayage réciproque, partage d'expériences, etc.) , il peut parfois être nécessaire d'envisager le programme en individuel.

Un biais de cette question, est qu'il est en effet impossible de savoir si les professionnels n'envisageaient pas de groupe pour ces familles ou bien pas de programme du tout, même en individuel. D'ailleurs comme vu précédemment, beaucoup de professionnels pouvaient proposer le programme en individuel à un seul couple de parent (62% : soit 18/29 personnes).

Par ailleurs, il est intéressant de citer l'étude de Gardner de 2010 qui montre qu'une fois l'accès au soin effectué, il n'y a pas de différence dans les résultats d'un programme parental (*Incredible Years* pour cette étude) entre les familles réputées "difficiles à atteindre" (difficultés sociales, psychopathologie parentale, etc) et les familles moins en difficulté (185).

D'autres éléments sont à prendre en compte dans l'inclusion des familles pour éviter les interruptions de suivi : les parents doivent postuler eux-mêmes pour le programme, et non y être incités avec insistance , ils doivent accepter de changer leur propre comportement, et avoir des attentes réalistes travaillées avec le professionnel (224).

- Etat psychique des parents

La moitié des personnes interrogées évalue régulièrement l'état psychique des parents.

Il est reconnu que la dépression d'un parent peut impacter la réussite d'un programme(170,224). En effet une personne dépressive aura tendance à avoir davantage de distorsions cognitives, avec une vision de ses capacités parentales et des capacités de son enfant qui peut être biaisée. De plus, en le confrontant à ses capacités éducatives, le PT peut majorer les symptômes de la dépression du parent (170). Il est certainement plus intéressant de proposer ce programme soit après mise en route d'un accompagnement du parent , soit en individuel si les distorsions cognitives ne sont pas trop importantes.

En tout cas , il semble important de le repérer au préalable avant de s'engager dans un travail de groupe.

Cette évaluation peut être étendue à la recherche de violence domestique, ou de difficultés financières. Prendre en compte les besoins parentaux est un préalable à leur disponibilité pour un programme(224).

Dans le manuel à proposer aux parents (remis à chaque professionnel formé), la première partie consiste en un questionnaire ouvert adressé au parent. Il évalue les caractéristiques des parents mais aussi les problèmes de la famille, et interroge directement le souhait d'une aide du parent. Ceci peut être un bon support pour aider les professionnels qui pourraient se sentir en difficultés dans l'évaluation de l'état psychique des parents.

II - LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude ne peut être considérée comme représentative. La population, de petit effectif, a été sélectionnée suite à leur participation à une unique formation pour un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour parents d'enfants ayant un TDAH. Bien qu'ils aient des éléments communs, il existe une grande variété de programmes différents pour formation parentale dans le cadre du TDAH. Par ailleurs différentes équipes françaises proposent des formations au programme de Barkley ou assimilé (Bordeaux, Montpellier, Paris ,etc.)

Une étude de plus grande envergure pourrait être multicentrique, en un travail collaboratif avec les différentes équipes de formation aux programmes de type "programme de Barkley".

D'autres biais sont à prendre en compte concernant le choix de notre population d'étude. Tous les professionnels interrogés ont été formé au programme, il s'agissait du critère d'inclusion. Nous avons étudié la conviction des professionnels dans l'intérêt du programme (comme élément pouvant impacter son implantation). Or il est logique d'imaginer que la participation au programme implique une conviction déjà importante dans l'intérêt du programme. Peu de résultats significatifs ont été mis en évidence sur ce point. Il est légitime de considérer que l'évaluation de ce critère était biaisée. Certains professionnels se sont formés sur incitation, élément qui pourrait être considéré comme neutralisant le biais précédent, mais ils n'étaient pas nombreux et aucune différence n'a été mise en évidence pour cette population dans l'implantation. De plus être formé sur incitation ne signifie pas forcément avoir des a priori négatifs. Par ailleurs la question sur l'approche théorique utilisée habituellement montre une population utilisant pour 75% d'entre elle la TCC dans sa pratique, ce qui confirme que la population de l'étude est particulièrement ouverte à cette approche.

Un biais de désirabilité sociale impacte probablement le premier objectif de notre étude. Sur 80 personnes sollicitées, 51 ont rempli le questionnaire. Il est probable que les personnes moins intéressées par le programme ou qui n'ont pas mis en place de groupes

aient moins répondu au questionnaire. Aucune personne ne remettant en cause l'intérêt de ce programme parental n'est clairement ressorti dans cette étude . Sur les 21 personnes qui n'avaient pas mis en place de groupe, 13 étaient en réalité "en attente" d'une implantation pour l'année suivante.

Le fait que le questionnaire soit en ligne n'impacte pas le biais de désirabilité sociale(233).

Enfin, un biais qui impacte le deuxième objectif de notre étude est que la population ayant mis en place le programme suite à la formation est fortement (39%) composée de personnes ayant très peu de recul (une seule session réalisée voire même en cours au moment de leur réponse au questionnaire). Elles ont donc peu de retour des différentes adaptations quelles ont pu mettre en place, et leur façon de proposer le groupe à l'avenir va probablement encore évoluer.

III - CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La littérature est très riche sur le TDAH et ses approches thérapeutiques, mais sujette à de nombreux biais. Elle est source de discussions.

L'efficacité des BPT est controversée , les BPT sont actuellement très bien reconnus pour leur impact sur les troubles associés au TDAH ((234) (rappelons que presque un patient sur deux présente au moins une comorbidité) et leur apport au niveau parental, alors que leur intérêt est contesté pour ce qui concerne les symptômes du TDAH .

Par ailleurs, l'efficacité des traitements psychostimulants reconnue unanimement, nécessite malgré tout d'être elle aussi précisée.

D'autres approches thérapeutiques comme les évictions de colorants et conservateurs alimentaires artificiels ou la supplémentation en oméga-3 ou micronutriments montrent aussi une efficacité.

Face à la complexité et l'hétérogénéité de la symptomatologie du trouble, face aux multiples pistes étiopathogéniques, face au manque de précision sur le domaine d'efficacité des thérapeutiques évoquées et face au libre choix des familles quant à leur prise en charge, l'approche multimodale défendue par de nombreuses recommandations ne peut être que soutenue et vue comme une chance pour le patient.

La détermination de l'efficacité objective des traitements ci-dessus est évidemment nécessaire. Cependant, la recherche future ne devrait pas oublier la réalité de pratique clinique. La complexité des situations rencontrées est souvent bien loin d'une population clinique sélectionnée pour une étude, et les moyens thérapeutiques disponibles souvent très éloignés de ceux déployés dans les études.

L'exemple de la MTA , et de ses résultats basés sur un traitement médicamenteux très protocolisé et soutenu, et un programme psychosocial très complet, très différents des

soins de routine est intéressant. Mais les résultats à long terme, alors que tous les participants étaient retournés à des soins classiques le sont encore plus.

Une piste à envisager pour l'avenir pourrait être l'étude de l'implantation et les adaptations de ces données de recherche *evidence-based* (algorithme thérapeutique, programmes psychosociaux, etc.) à la pratique clinique, afin de pouvoir intégrer ces éléments riches à la prise en charge du plus grand nombre.

Bien que les différentes recommandations s'accordent pour préconiser une prise en charge multimodale, dans laquelle les programmes d'entraînement aux habiletés parentales ont toute leur place, nous venons de voir dans notre étude que l'implantation de tels programmes peut être limitée par des éléments organisationnels. Les caractéristiques des professionnels, leur conviction dans l'efficacité du programme ou les caractéristiques de la formation reçue ne semblent pas l'impacter.

Ensuite, si leur mise en place a effectivement lieu, les caractéristiques des formations proposées vont être différentes d'une équipe à l'autre. Les modifications apportées au programme sont généralement pensées pour faciliter la participation parentale, ou pour être au plus prêt des préoccupations et de la réalité des parents. Certains aménagements du programme semblent très pertinents quand d'autres peuvent faire questionner si le programme modifié reste aussi efficace que l'original. L'équilibre entre éléments théoriques de programmes *evidence-based* (développés en conditions souvent "artificielles" de recherche) et éléments du quotidien de la pratique clinique paraît être recherché expérimentalement par les professionnels.

III.1) Conclusions et Perspectives pour le premier objectif

Notre étude portait sur une population particulière, globalement très intéressée par le TDAH, et l'approche TCC déjà en amont de la formation, et entièrement convaincue de l'intérêt du programme. Elle ne peut donc être étendue à l'ensemble de la population des professionnels de santé mais reste intéressante pour tous ceux intéressés par la formation au programme d'entraînement aux habiletés parentales. Sur 50 professionnels ayant répondu, 21 personnes n'ont pas mis en place le programme suite à la formation, 3 professionnels ont dû l'interrompre, et 3 vont cesser de le proposer.

Les barrières à l'implantation qui sont apparues dans notre étude sont le manque de temps, le manque de parents disponibles ou volontaires, et l'implantation ressentie comme compliquée. Il existe quelques pistes pour y remédier.

Tout d'abord, l'implantation doit pouvoir se faire dans de bonnes conditions. Au niveau institutionnel, être soutenu par les collègues et avoir du temps pour préparer les séances, sont deux points importants pour la réussite de l'implantation d'un programme

parental. Le temps nécessaire pour les séances mais aussi leur préparation doit être anticipé dans le fonctionnement global (206).

Concernant le nombre insuffisant de parents, la communication sur l'existence du groupe est un facteur modifiable. L'information sur l'existence du groupe de parents est primordiale, et peut passer par une communication étroite avec les partenaires de soins, en un réseau élargi (tout en tenant compte de la sectorisation de la psychiatrie en France). D'après l'étude de Smith et al., située au Royaume-Uni, les parents souhaitent effectivement des échanges accrus entre les différents partenaires du réseau de soin, et suggèrent de signaler les groupes de parents chez le médecin généraliste (224).

Quant à l'implantation ressentie comme compliquée pour les professionnels, ainsi que la difficulté d'accessibilité au programme, nous allons voir que certaines adaptations peuvent être envisagées.

Développer un programme parental doit rester un processus dynamique, avec l'intégration de nouvelles données et de *feedback* qui permettent de s'adapter à chaque contexte (206).

III.2) Conclusions et Perspectives pour le deuxième objectif

Dans notre étude nous avons vu que les caractéristiques de la formation proposée varient beaucoup d'une équipe à l'autre. Les professionnels proposent spontanément très facilement des adaptations au programme, pour s'adapter aux parents surtout, et aussi à leurs propres contraintes. C'est là que se situe l'écart entre le milieu de la recherche et la pratique clinique quotidienne. Mais modifier un programme expose au risque de diminuer voire annuler son efficacité. Nous avons examiné les différentes propositions au vu de la littérature et il ressort qu'elles ne semblent pas à considérer toutes de la même façon.

Certaines paraissent très intéressantes, répondant au plus près aux besoins et intérêt des parents : on peut ainsi relever comme adaptation : le contenu de la première séance adapté aux connaissances et aux capacités des parents, et le contenu du programme adapté à l'âge des enfants.

Des propositions, sans être à proprement parler des adaptations du programme, augmentent son accessibilité et sont en cela très pertinentes, il s'agit de proposer des horaires en dehors des périodes de temps de travail usuelles et des lieux plus ancrés dans la communauté, en dehors de lieux de soins.

En revanche d'autres modifications du programme semblent à haut risque d'altérer la qualité du programme. Elles nécessitent une grande vigilance du professionnel. Nous avons

pu relever dans les réponses au questionnaire : étendre l'indication pour des parents de grands adolescents, ne pas réaliser de réunion post-formation avec les parents, diminuer le nombre de séances ou alléger le contenu du programme, proposer le programme par des professionnels non formés, ne pas tenir compte de l'état psychique des parents et enfin ne pas demander la présence des deux parents.

D'autres possibilités, très peu exploitées par les professionnels inclus dans l'étude, semblent aussi intéressantes et mériteraient un examen approfondi de leur faisabilité et impact. Il s'agit de proposer le programme aux parents d'enfants d'âge préscolaire, ou d'étendre la proposition du groupe à l'entourage proche de l'enfant.

Dans notre questionnaire nous n'avons pas interrogé directement les adaptations culturelles qui avaient pu être mises en place. Aucune n'a été citée spontanément dans les réponses libres. Or il pourrait être pertinent d'adapter un programme d'entraînement parental non seulement dans son format pour faciliter l'accessibilité ou la pertinence du contenu, mais aussi de l'adapter au contexte culturel de la population cible (langue, croyances, modèle explicatifs..etc..) pour en augmenter l'acceptation, la pertinence pour les familles, et donc l'efficacité et la viabilité de l'intervention (194,235–238). D'après Leijten et al., les programmes (pour comportement perturbateur) ne montrent pas de différences d'efficacité quand ils sont utilisés dans d'autres pays que celui où il a été créée, notamment pour l'utilisation de programmes nord-américains en Europe, Hong-Kong, ou Iran (239).

Pour Baumann et al. il est encore nécessaire de travailler rigoureusement sur les pratiques d'implantations et les adaptations culturelles des programmes parentaux (194). Pour le programme étudié, et les différents programmes proches du "programme de Barkley" il n'existe pas, à ce jour, de recherche sur comment implanter cette formation (240). Il est proposé et adapté dans plusieurs CHU en France.

III.3) Données à intégrer pour le futur des implantations de programmes d'entraînements aux habiletés parentales

Une formation "vivante" des thérapeutes , incluant des méthodes de formation active et basée sur l'expérimentation, avec des jeux de rôle, des vignettes cliniques, et une collaboration de groupe, produit de meilleurs résultats en terme de changement comportementaux et en acquisition de connaissances que les approches plus classiques (214,241–243). Une supervision , ou "monitoring", de la pratique initiale des jeunes formateurs par un "super-formateur" très expérimenté permettrait d'augmenter l'efficacité du programme proposé. Ceci améliore l'aptitude du néo-thérapeute à faire face

aux discussions cliniques autour du programme, ou au besoin de soutien sur des questions pratiques des parents, etc. (214) (206).

Si les parents ne perçoivent pas d'intérêt pour leur propre famille, ils auront tendance à arrêter plus facilement un programme, ils demandent un soutien un minimum individualisé, et souhaiteraient aussi la possibilité de contacts avec le professionnel entre les séances (téléphone, e-mail, etc.) (224). Le plus important pour eux pour adhérer à la prise en charge (et donc obtenir de bons résultats), est l'amélioration de la situation sociale et de l'état émotionnel de leur enfant (244).

Enfin il existe des pistes de recherches pour réduire l'écart entre les programmes *evidence-based* produits en condition idéale de recherche et la réalité de la pratique clinique de routine.

- Il existe par exemple de nombreux modèles types d'adaptation pour interventions *evidence-based* (194,245). La littérature pouvant guider des modifications est riche. Il existe ainsi plusieurs dizaines de modèles pour différents contextes (194,246). Il semble qu'il s'agisse d'un élément à explorer dans les prochaines années, aussi bien dans les adaptations culturelles que dans les adaptations pour faciliter l'implantation d'un programme(194).

- Pour minimiser l'écart entre la recherche et la pratique clinique, Santucci et al. proposent de développer et tester les interventions avec des professionnels "réels" (c'est à dire incluant des étudiants, des professionnels variés, etc.) avec des patients "réels", dans un contexte "réel" (hôpital, clinique, cabinet ,etc.) (188).

- Pour avoir des données fiables de l'efficacité des programmes proposés en pratique clinique, leur implantation devrait peut-être être mieux étudiée. Des critères précis existent pour en évaluer la qualité. Ils portent sur l'acceptabilité, le caractère approprié, le coût, la faisabilité, la fidélité, le taux de pénétration, et la durabilité de l'intervention (194).

L'avenir des BPT passe par leur possibilité d'implantation en clinique ordinaire et par leur capacité à toucher des publics variés, notamment ceux qui sont actuellement difficiles à atteindre.

Ainsi la recherche actuelle s'oriente plus vers l'étude de la dissémination des programmes, pour toucher des populations aux besoins particuliers ou qui ne participent pas aux programmes classiques tels qu'ils sont présentement proposés. Par exemple, un programme vise spécifiquement les mères célibataires (avec un accent mis sur le "modeling" surtout, pour intégrer les notions de gestion comportementale) (169,247).

Enfin l'étude de Santucci et al. propose une piste encore différente pour l'avenir. Ils suggèrent d'utiliser un programme transverse, créé à partir d'éléments de différents programmes *evidence-based* (TCC pour l'anxiété, pour la dépression, ou entraînement parental pour les troubles du comportement, etc.), et dont les différents

modules permettraient qu'il soit utilisé pour différentes psychopathologies dans les soins de routine (188).

IV - QUELQUES PISTES DE RECHERCHE

Nous nous sommes intéressé dans cette étude à comment le programme était mis en place, il pourrait aussi être intéressant de voir comment il est présenté aux parents, et quels moyens existent pour la diffusion de l'information de l'existence d'un tel programme auprès des parents.

Pour notre premier objectif sur les barrières à l'implantation, une étude étendue, interrogeant aussi les freins et limites à l'accès à la formation aux programmes PEHP , pourrait être intéressante sur une population professionnelle élargie.

Pour notre deuxième objectif, les résultats seraient plus informatifs sur une étude de plus grande envergure, multicentrique, par exemple basée sur un travail collaboratif entre les différentes équipes de formation aux programmes de type "programme de Barkley".

CONCLUSION GENERALE

La littérature sur le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) et ses approches thérapeutiques est très riche, mais sujette à de nombreux biais et source discussions.

L'efficacité des programmes d'entraînements aux habiletés parentales (PEHP) est controversée. Ils sont actuellement très bien reconnus pour leur impact sur les troubles associés au TDAH (très fréquents) et leur apport au niveau parental, alors que leur intérêt est contesté pour ce qui concerne les symptômes du TDAH .

Face à la complexité et l'hétérogénéité de la symptomatologie du trouble, face au manque de précision sur le domaine d'efficacité des différentes thérapeutiques possibles et face au libre choix des familles quant à leur prise en charge, l'approche multimodale défendue par de nombreuses recommandations ne peut être que soutenue et vue comme une chance pour le patient.

La détermination de l'efficacité objective des différents traitements est évidemment nécessaire. Cependant, la recherche future ne doit pas oublier la réalité de pratique clinique, et en plus de l'efficacité, la possibilité d'implantation des programmes doit être étudiée. La complexité des situations rencontrées est souvent bien loin d'une population clinique sélectionnée pour une étude, et les moyens thérapeutiques disponibles très éloignés de ceux déployés dans les études.

Cette étude a permis de montrer que suite à une formation aux PEHP, les professionnels ne mettent pas tous en place le programme. Les barrières à l'implantation qui sont apparues sont le manque de temps, le nombre insuffisant de parents volontaires, et l'implantation ressentie comme compliquée.

Par ailleurs, quand ils le mettent en place, les professionnels apportent de nombreuses modifications au cadre et au contenu du programme. Certaines semblent pertinentes et très intéressantes (cherchant à s'adapter aux parents en terme de contraintes et d'intérêt individualisé) quand d'autres peuvent faire craindre une altération de l'efficacité du programme.

Une piste pour le futur réside dans les modèles d'adaptation des programmes *evidence-based* pour différents contextes.

Développer un programme parental doit rester un processus dynamique, avec l'intégration de nouvelles données et de *feedback* qui permettent de s'adapter à chaque contexte, de faciliter son implantation, et toucher une population plus large.

BIBLIOGRAPHIE

1. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *The Lancet* [Internet]. 2015 Sep [cited 2015 Nov 15]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361500238X>
2. Chaix Y. Point de vue du neuropédiatre sur le TDA/H. *Rev Santé Sc Univ*. 2015 Mar;6(32):10–5.
3. Le Heuzey M-F. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent. 2015;
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013. 1679 p.
5. *Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Elsevier Masson; 1993. 332 p.
6. Misès R. *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012 ; Correspondances et transcodage CIM 10*. Rennes: Presse de l'École des hautes études en santé publique; 2012.
7. Wodon I. *Déficit de l'attention et de l'hyperactivité chez l'enfant et l'adolescent: Comprendre et soigner le TDAH*. Primento; 2013. 207 p.
8. Purper-Ouakil D, Cortese S, Wohl M, Asch M, Acquaviva E, Falissard B, et al. Predictors of diagnostic delay in a clinical sample of French children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Dec;16(8):505–9.
9. Caci H, Cohen D, Bonnot O, Kabuth B, Raynaud J-P, Paillé S, et al. Health Care Trajectories for Children With ADHD in France: Results From the QUEST Survey. *J Atten Disord*. 2016 Jan 21;
10. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*. 2005 Jun 1;57(11):1313–23.
11. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 Jan;54(1):3–16.
12. Nigg J, Nikolas M, Burt SA. Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Sep;49(9):863–73.
13. Steven Pliszka. *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* [Internet]. *J. Am. Acad. Child*

Adolesc. Psychiatry; 2007 [cited 2016 Mar 20]. Available from:
[http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)62182-1/pdf](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62182-1/pdf)

14. Kooij SJJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;10:67.
15. Nutt DJ, Fone K, Asherson P, Bramble D, Hill P, Matthews K, et al. Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. 2007 Jan;21(1):10–41.
16. Debrabant R, Alexandre J-M, Guinard M. Conduite à tenir en médecine de premier recours, devant un enfant ou un adolescent susceptible d’avoir un trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité HAS / Service Bonnes pratiques professionnelles / version Collège [Internet]. [cited 2016 Mar 20]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_argumentaire.pdf
17. Williams NM, Zaharieva I, Martin A, Langley K, Mantripragada K, Fossdal R, et al. Rare chromosomal deletions and duplications in attention-deficit hyperactivity disorder: a genome-wide analysis. *Lancet Lond Engl*. 2010 Oct 23;376(9750):1401–8.
18. Lionel AC, Crosbie J, Barbosa N, Goodale T, Thiruvahindrapuram B, Rickaby J, et al. Rare copy number variation discovery and cross-disorder comparisons identify risk genes for ADHD. *Sci Transl Med*. 2011 Aug 10;3(95):95ra75.
19. Linnert KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, et al. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*. 2003 Jun;160(6):1028–40.
20. Millichap JG. Etiologic classification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2008 Feb;121(2):e358-365.
21. Rice F, Harold GT, Boivin J, van den Bree M, Hay DF, Thapar A. The links between prenatal stress and offspring development and psychopathology: disentangling environmental and inherited influences. *Psychol Med*. 2010 Feb;40(2):335–345.
22. Thapar A, Rutter M, Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, et al. Using natural experiments and animal models to study causal hypotheses in relation to child mental health problems. In: *Rutter’s Child and Adolescent Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. p. 143–62.
23. Moriyama TS, Cho AJM, Verin RE, Fuentes J, Polanczyk GW. Attention deficit hyperactivity disorder. In: *Child and Adolescent Mental Health*. Rey JM (ed), IACAPAP of Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012.

24. Brassett-Harknett A, Butler N. Attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview of the etiology and a review of the literature relating to the correlates and lifecourse outcomes for men and women. *Clin Psychol Rev.* 2007 Mar;27(2):188–210.
25. Shaw P, Gogtay N, Rapoport J. Childhood psychiatric disorders as anomalies in neurodevelopmental trajectories. *Hum Brain Mapp.* 2010 Jun;31(6):917–25.
26. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2007 Dec 4;104(49):19649–54.
27. Rubia K. “Cool” inferior frontostriatal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder versus “hot” ventromedial orbitofrontal-limbic dysfunction in conduct disorder: a review. *Biol Psychiatry.* 2011 Jun 15;69(12):e69-87.
28. Plichta MM, Vasic N, Wolf RC, Lesch K-P, Brummer D, Jacob C, et al. Neural hyporesponsiveness and hyperresponsiveness during immediate and delayed reward processing in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2009 Jan 1;65(1):7–14.
29. Castellanos FX, Sonuga-Barke EJS, Milham MP, Tannock R. Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends Cogn Sci.* 2006 Mar;10(3):117–23.
30. Willcutt EG, Doyle AE, Nigg JT, Faraone SV, Pennington BF. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry.* 2005 Jun 1;57(11):1336–46.
31. Bailly D, Institut national de la santé et de la recherche médicale (France). *Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l’enfant et l’adolescent.* Paris: Inserm; 2002.
32. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull.* 1997 Jan;121(1):65–94.
33. Nigg JT, Willcutt EG, Doyle AE, Sonuga-Barke EJS. Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biol Psychiatry.* 2005 Jun 1;57(11):1224–30.
34. Sonuga-Barke EJS, Sergeant JA, Nigg J, Willcutt E. Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: nosologic and diagnostic implications. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008 Apr;17(2):367–384, ix.
35. Sonuga-Barke EJS. The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neurodevelopmental characteristics. *Neurosci Biobehav Rev.* 2003 Nov;27(7):593–604.
36. Sonuga-Barke EJS. Psychological heterogeneity in AD/HD--a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behav Brain Res.* 2002 Mar 10;130(1–2):29–36.
37. Taylor EA. *The Epidemiology of childhood hyperactivity.* Oxford University Press, Incorporated; 1991. 168 p.

38. Leung PW, Luk SL, Ho TP, Taylor E, Mak FL, Bacon-Shone J. The diagnosis and prevalence of hyperactivity in Chinese schoolboys. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1996 Apr;168(4):486–96.
39. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 Mar;56(3):345–65.
40. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry.* 2007 Jun;164(6):942–8.
41. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol.* 2014 Apr 1;43(2):434–42.
42. Štuhec M, Locatelli I, Švab V. Trends in attention-deficit/hyperactivity disorder drug consumption in children and adolescents in Slovenia from 2001 to 2012: a drug use study from a national perspective. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2015 Apr;25(3):254–9.
43. McCarthy S, Wilton L, Murray ML, Hodgkins P, Asherson P, Wong ICK. The epidemiology of pharmacologically treated attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children, adolescents and adults in UK primary care. *BMC Pediatr.* 2012;12:78.
44. Dalsgaard S, Nielsen HS, Simonsen M. Five-fold increase in national prevalence rates of attention-deficit/hyperactivity disorder medications for children and adolescents with autism spectrum disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, and other psychiatric disorders: a Danish register-based study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013 Sep;23(7):432–9.
45. Collishaw S. Annual Research Review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015 Mar 1;56(3):370–93.
46. Lecendreux M, Konofal E, Faraone SV. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *J Atten Disord.* 2011 Aug;15(6):516–24.
47. Conduite à tenir en médecine de premier recours, devant un enfant ou un adolescent susceptible d’avoir un trouble déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Décembre 2014 [Internet]. [cited 2016 Mar 20]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_recommandations.pdf
48. Lecendreux M, Konofal E, Cortese S, Faraone SV. A 4-year follow-up of attention-deficit/hyperactivity disorder in a population sample. *J Clin Psychiatry.* 2015 Jun;76(6):712–9.

49. Laforett DR, Murray DW, Kollins SH. Psychosocial treatments for preschool-aged children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Dev Disabil Res Rev*. 2008;14(4):300–10.
50. Posner K, Melvin GA, Murray DW, Gugga SS, Fisher P, Skrobala A, et al. Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2007 Oct;17(5):547–62.
51. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006 Feb;36(2):159–65.
52. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*. 2012 Jul;9(3):490–9.
53. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard V-A, Marino T, Cole H, et al. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry*. 2005 Jun;162(6):1083–9.
54. Souza I, Pinheiro MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Aug;13(4):243–8.
55. Moffitt TE, Houts R, Asherson P, Belsky DW, Corcoran DL, Hammerle M, et al. Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2015 Oct;172(10):967–77.
56. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, van den Bree M, Harold G, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2010 Mar;196(3):235–40.
57. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, Gillberg C, Anckarsäter H. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. *Am J Psychiatry*. 2010 Nov;167(11):1357–63.
58. Jensen CM, Steinhausen H-C. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Atten Deficit Hyperact Disord*. 2015 Mar;7(1):27–38.
59. Ahuja A, Martin J, Langley K, Thapar A. Intellectual disability in children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr*. 2013 Sep;163(3):890–895.e1.
60. Commission de la Transparence- HAS- RITALINE- Octobre2012.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 13]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-12083_RITALINE_03102012_AVIS_CT12083.pdf
61. Méthylphénidate : données d'utilisation et de sécurité d'emploi en France [Internet]. [cited 2016 Aug 13]. Available from:

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8dd1277a3867155547b4dce58fc0db00.pdf

62. Otasowie J, Castells X, Ehimare UP, Smith CH. Tricyclic antidepressants for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(9):CD006997.
63. Prasad S, Arellano J, Steer C, Libretto SE. Assessing the value of atomoxetine in treating children and adolescents with ADHD in the UK. *Int J Clin Pract.* 2009 Jul;63(7):1031–40.
64. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Alliance (CADDRA): Lignes directrices canadiennes pour le TDAH, troisième édition, Toronto, ON; CADDRA 2011 [Internet]. [cited 2016 Mar 20]. Available from: http://caddra.ca/cms4/pdfs/fr_caddraGuidelines2011.pdf
65. Le Heuzey M-F. La prescription actuelle du méthylphénidate (Ritaline®). *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2009 Oct;57(7–8):621–5.
66. Ferrin, Sonuga-Barke, Daley, Danckaerts, van der Oord, Buitelaar. Non-Pharmacologic treatments for attention-deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). In: IACAPAP e-textbook of Child and Adolescent Mental Health. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. Geneva: Rey JM; 2016.
67. Bloch MH, Qawasmi A. Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011 Oct;50(10):991–1000.
68. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological Interventions for ADHD: Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments. *Am J Psychiatry.* 2013 Mar 1;170(3):275–89.
69. Rucklidge JJ, Frampton CM, Gorman B, Boggis A. Vitamin-Mineral Treatment of ADHD in Adults: A 1-Year Naturalistic Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *J Atten Disord.* 2014 May 7;
70. Gordon HA, Rucklidge JJ, Blampied NM, Johnstone JM. Clinically Significant Symptom Reduction in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treated with Micronutrients: An Open-Label Reversal Design Study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2015 Dec;25(10):783–98.
71. World Health Organization Geneva. THE HEALTH OF YOUTH Technical Discussions May 1989 Background Document. 1989.
72. Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux Prestataires de Soins de santé-OMS 2005.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 22]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9242591262_op_handout_fr.pdf

73. Taylor E, Döpfner M, Sergeant J, Asherson P, Banaschewski T, Buitelaar J, et al. European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13 Suppl 1:17-30.
74. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of attention deficit and hyperkinetic disorders in children and young people. A national clinical guideline n°112. Edinburg: SIGN; 2009 [Internet]. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign112.pdf>
75. Attention defificit hyperactivity disorder: diagnosis and management Clinical guideline.pdf [Internet]. [cited 2016 Apr 17]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-975625063621>
76. National Health and Medical Research Council (2012). Clinical Practice Points on the diagnosis, assessment and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children and adolescents. Commonwealth of Australia. [Internet]. [cited 2016 Mar 20]. Available from: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/mh26_adhd_cpp_2012_120903.pdf
77. Bovet Zaretti C. Le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention chez l'enfant en âge scolaire : aspect conceptuel et dépistage en médecine générale : à propos d'une série d'observations à AIR. [Th. D]. Université de Franche-Comté. Besançon; 2007.
78. Gonzalez-Heydrich J, Whitney J, Waber D, Forbes P, Hsin O, Faraone SV, et al. Adaptive phase I study of OROS methylphenidate treatment of attention deficit hyperactivity disorder with epilepsy. *Epilepsy Behav* EB. 2010 Jul;18(3):229–37.
79. Association Hypersupers TDAH. TDAH France - [Internet]. TDAH France. [cited 2016 Sep 19]. Available from: <http://www.tdah-france.fr/>
80. Vigo S, Franc N. Mon enfant est hyperactif (TDAH): Regards croisés d'une maman et d'une pédopsychiatre. *De Boeck Supérieur*; 2012. 160 p.
81. Revol O, Blanc Lapierre J. On se calme !: enfants agités, parents débordés. Paris, France: J'ai lu; 2014. 282 p.
82. Vincent A. Mon cerveau a besoin de lunettes: vivre avec l'hyperactivité. Editions Quebecor; 2010. 43 p.
83. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *PEDIATRICS*. 2011 Nov 1;128(5):1007–22.
84. Ministry of Health, Singapore. Attention Deficit Hyperactivity Disorder AMS-MOH Clinical Practice Guidelines 1/2014 [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 20]. Available from:

https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Doctors/cpg_medical/current/2014/adhd/ADHD%20CPG_Booklet.pdf

85. Lopez MA, Toprac MG, Crismon ML, Boemer C, Baumgartner J. A psychoeducational program for children with ADHD or depression and their families: results from the CMAP feasibility study. *Community Ment Health J.* 2005 Feb;41(1):51–66.
86. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA.* 2002 Oct 9;288(14):1775–9.
87. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA.* 2002 Oct 16;288(15):1909–14.
88. Homer CJ, Klatka K, Romm D, Kuhlthau K, Bloom S, Newacheck P, et al. A review of the evidence for the medical home for children with special health care needs. *Pediatrics.* 2008 Oct;122(4):e922-937.
89. Attention deficit hyperactivity disorder. The NICE Guideline on Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adults.pdf [Internet]. [cited 2016 Apr 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/evidence/full-guideline-241963165>
90. Greene RW. *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, “chronically inflexible” children.* Vol. x. New York, NY, US: HarperCollins Publishers; 1998. 342 p.
91. Greene RW, Stuart J. *Treating explosive kids: The collaborative problem-solving approach.* Vol. xi. New York, NY, US: Guilford Press; 2006. 244 p.
92. Cunningham C.E. COPE: Large-group, community-based, family-centered parent training. In: *Attention Deficit Hyperactivity: A Handbook for Diagnosis and Treatment.* Barkley; 2006.
93. Brown TE. *ADHD Comorbidities: Handbook for ADHD Complications in Children and Adults.* American Psychiatric Pub; 2009. 480 p.
94. Chronis AM, Jones HA, Raggi VL. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev.* 2006 Aug;26(4):486–502.
95. McMenamy J, Sheldrick RC, Perrin EC. Early intervention in pediatrics offices for emerging disruptive behavior in toddlers. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* 2011 Apr;25(2):77–86.
96. Barkley RA. *Defiant children: A clinician’s manual for assessment and parent training,* 2nd ed. Vol. viii. New York, NY, US: Guilford Press; 1997. 264 p.
97. Barkley RA, Robin AL. *Your Defiant Teen, First Edition: 10 Steps to Resolve Conflict and Rebuild Your Relationship.* Guilford Press; 2008. 337 p.

98. Bjornstad G, Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD005042.
99. Toplak ME, Connors L, Shuster J, Knezevic B, Parks S. Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clin Psychol Rev*. 2008 Jun;28(5):801–23.
100. Young S, Amarasinghe JM. Practitioner review: Non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010 Feb;51(2):116–33.
101. Johnston C, Hommersen P, Seipp C. Acceptability of behavioral and pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder: relations to child and parent characteristics. *Behav Ther*. 2008 Mar;39(1):22–32.
102. Kendall J, Leo MC, Perrin N, Hatton D. Modeling ADHD child and family relationships. *West J Nurs Res*. 2005 Jun;27(4):500–18.
103. Moll, Rothenberger, Ruther. Developmental psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: results of experimental animal studies with fluoxetine and methylphenidate in rats. *PSYCHOPHARMAKOTHERAPIE*. 2002;9(1):19–24.
104. Handen BL, Feldman HM, Lurier A, Murray PJ. Efficacy of methylphenidate among preschool children with developmental disabilities and ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jul;38(7):805–12.
105. Musten LM, Firestone P, Pisterman S, Bennett S, Mercer J. Effects of methylphenidate on preschool children with ADHD: cognitive and behavioral functions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Oct;36(10):1407–15.
106. Greenhill L, Kollins S, Abikoff H, McCracken J, Riddle M, Swanson J, et al. Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Nov;45(11):1284–93.
107. Wigal T, Greenhill L, Chuang S, McGough J, Vitiello B, Skrobala A, et al. Safety and tolerability of methylphenidate in preschool children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Nov;45(11):1294–303.
108. Ghuman JK, Arnold LE, Anthony BJ. Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: current evidence and practice. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2008 Oct;18(5):413–47.
109. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc*. 2004 Nov;43(Pt 4):421–36.
110. Kolar D, Keller A, Golfinopoulos M, Cumyn L, Syer C, Hechtman L. Treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008 Apr;4(2):389–403.

111. Barkley RA. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 12:36–43.
112. Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008 Apr;17(2):421–437, x.
113. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Conners CK, Arnold LE, et al. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatr JDBP*. 2001 Feb;22(1):60–73.
114. Knouse LE, Cooper-Vince C, Sprich S, Safren SA. Recent developments in the psychosocial treatment of adult ADHD. *Expert Rev Neurother*. 2008 Oct;8(10):1537–48.
115. Murphy K. Psychosocial treatments for ADHD in teens and adults: a practice-friendly review. *J Clin Psychol*. 2005 May;61(5):607–19.
116. Pelham WE, Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2008 Jan;37(1):184–214.
117. Weiss M, Safren SA, Solanto MV, Hechtman L, Rostain AL, Ramsay JR, et al. Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *J Atten Disord*. 2008 May;11(6):642–51.
118. Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA, Hoza B, Abikoff HB, Abramowitz A, et al. Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale, methods, and critical issues in design and implementation. *J Abnorm Child Psychol*. 2000 Dec;28(6):483–505.
119. Pelham WE, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol*. 1998 Jun;27(2):190–205.
120. Sonuga-Barke EJS, Daley D, Thompson M. Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children’s ADHD? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Jun;41(6):696–702.
121. Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M, Laver-Bradbury C, Weeks A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Apr;40(4):402–8.
122. Chronis AM, Chacko A, Fabiano GA, Wymbs BT, Pelham WE. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2004 Mar;7(1):1–27.
123. Charach A, Dashti B, Carson P, Booker L, Lim CG, Lillie E, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 [cited

2016 May 7]. (AHRQ Comparative Effectiveness Reviews). Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82368/>

124. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD003018.
125. Aguiar A, Eubig PA, Schantz SL. Attention deficit/hyperactivity disorder: a focused overview for children's environmental health researchers. *Environ Health Perspect.* 2010 Dec;118(12):1646–53.
126. Thompson MJJ, Laver-Bradbury C, Ayres M, Le Poidevin E, Mead S, Dodds C, et al. A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009 Oct;18(10):605–16.
127. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol.* 2002 Dec;30(6):571–87.
128. antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-and-management-35109638019781.pdf [Internet]. [cited 2016 Apr 23]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg158/resources/antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-and-management-35109638019781>
129. Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C. Efficacy of the Incredible Years Basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child Care Health Dev.* 2007 Nov;33(6):749–56.
130. Jones K, Daley D, Hutchings J, Bywater T, Eames C. Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health Dev.* 2008 May;34(3):380–90.
131. Antshel KM, Remer R. Social skills training in children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized-controlled clinical trial. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* 2003 Mar;32(1):153–65.
132. Pfiffner LJ, McBurnett K. Social skills training with parent generalization: treatment effects for children with attention deficit disorder. *J Consult Clin Psychol.* 1997 Oct;65(5):749–57.
133. Bloomquist ML, August GJ, Ostrander R. Effects of a school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD children. *J Abnorm Child Psychol.* 1991 Oct;19(5):591–605.
134. Fehlings DL, Roberts W, Humphries T, Dawe G. Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? *J Dev Behav Pediatr JDBP.* 1991 Aug;12(4):223–8.

135. Gonzalez LO, Sellers EW. The effects of a stress-management program on self-concept, locus of control, and the acquisition of coping skills in school-age children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs Off Publ Assoc Child Adolesc Psychiatr Nurses Inc.* 2002 Mar;15(1):5–15.
136. Hoath FE, Sanders MR. A Feasibility Study of Enhanced Group Triple P — Positive Parenting Program for Parents of Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Behav Change.* 2002 Dec;19(4):191–206.
137. Van den Hoofdakker BJ, Van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007 Oct;46(10):1263–71.
138. Sonuga-Barke EJS, Thompson M, Daley D, Laver-Bradbury C. Parent training for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: is it as effective when delivered as routine rather than as specialist care? *Br J Clin Psychol Br Psychol Soc.* 2004 Nov;43(Pt 4):449–57.
139. Tutty S, Gephart H, Wurzbacher K. Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder in a pediatric setting. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* 2003 Feb;24(1):51–7.
140. Long N, Rickert VI, Ashcraft EW. Bibliotherapy as an adjunct to stimulant medication in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract.* 1993 Apr;7(2):82–8.
141. Arnold LE, Chuang S, Davies M, Abikoff HB, Conners CK, Elliott GR, et al. Nine months of multicomponent behavioral treatment for ADHD and effectiveness of MTA fading procedures. *J Abnorm Child Psychol.* 2004 Feb;32(1):39–51.
142. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004 Jul;43(7):802–11.
143. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Gallagher R, Fleiss K, Etcovitch J, et al. Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004 Jul;43(7):820–9.
144. The MTA Cooperative Group. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry.* 1999 Dec;56(12):1073–86.
145. Jadad AR, Boyle M, Cunningham C, Kim M, Schachar R. Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Evid Rep Technol Assess (Summ).* 1999 Nov;(11):i–viii, 1–341.

146. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of children with Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Dec;56(12):1088–96.
147. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abikoff HB, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Feb;40(2):168–79.
148. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4):754–61.
149. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Aug;46(8):989–1002.
150. Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM, Vitiello B, Abikoff HB, Greenhill LL, et al. 3-year follow-up of the NIMH MTA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Aug;46(8):989–1002.
151. Swanson JM, Hinshaw SP, Arnold LE, Gibbons RD, Marcus S, Hur K, et al. Secondary evaluations of MTA 36-month outcomes: propensity score and growth mixture model analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Aug;46(8):1003–14.
152. Klein RG, Abikoff H, Hechtman L, Weiss G. Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jul;43(7):792–801.
153. Hechtman L, Abikoff H, Klein RG, Weiss G, Resnitz C, Kouri J, et al. Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jul;43(7):812–9.
154. Brown RT, Wynne ME, Medenis R. Methylphenidate and cognitive therapy: a comparison of treatment approaches with hyperactive boys. *J Abnorm Child Psychol*. 1985 Mar;13(1):69–87.
155. Firestone P, Kelly MJ, Goodman JT, Davey J. Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives: A progress report. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1981;20(1):135–47.
156. Firestone P, Crowe D, Goodman JT, McGrath P. Vicissitudes of follow-up studies: differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *Am J Orthopsychiatry*. 1986 Apr;56(2):184–94.
157. Gittelman-Klein R, Klein DF, Abikoff H, Katz S, Gloisten AC, Kates W. Relative efficacy of methylphenidate and behavior modification in hyperkinetic children: an interim report. *J Abnorm Child Psychol*. 1976;4(4):361–79.

158. Klein RG, Abikoff H. Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *J Atten Disord.* 1997 Jul 1;2(2):89–114.
159. Hantson J, Wang PP, Grizenko-Vida M, Ter-Stepanian M, Harvey W, Joober R, et al. Effectiveness of a therapeutic summer camp for children with ADHD: Phase I Clinical Intervention Trial. *J Atten Disord.* 2012 Oct;16(7):610–7.
160. Jensen P. Longer term effects of stimulant treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord.* 2002;6 Suppl 1:S45-56.
161. Döpfner M, Breuer D, Schürmann S, Metternich TW, Rademacher C, Lehmkuhl G. Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder -- global outcome. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2004;13 Suppl 1:1117-129.
162. March JS, Swanson JM, Arnold LE, Hoza B, Conners CK, Hinshaw SP, et al. Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *J Abnorm Child Psychol.* 2000 Dec;28(6):527–41.
163. Molina BSG, Flory K, Hinshaw SP, Greiner AR, Arnold LE, Swanson JM, et al. Delinquent behavior and emerging substance use in the MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007 Aug;46(8):1028–40.
164. Santosh PJ, Taylor E, Swanson J, Wigal T, Chuang S, Davies M, et al. Refining the diagnoses of inattention and overactivity syndromes: A reanalysis of the Multimodal Treatment study of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) based on ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder. *Clin Neurosci Res.* 2005 Dec;5(5–6):307–14.
165. Ruttler M. Behavioural methods. In: *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches.* 3rd Revised edition. Oxford England ; Cambridge, Mass., USA: Blackwell Science Ltd; 1993.
166. Bjornstad GJ, Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. In: *The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005 [cited 2016 Mar 28]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005042.pub2>
167. Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C. Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;6:CD002020.
168. Charach A, Carson P, Fox S, Ali MU, Beckett J, Lim CG. Interventions for Preschool Children at High Risk for ADHD: A Comparative Effectiveness Review. *Pediatrics.* 2013 May 1;131(5):e1584–604.

169. Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014 Jul;43(4):527–51.
170. Coates J, Taylor JA, Sayal K. Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 2015 Oct;19(10):831–43.
171. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Aug;53(8):835–47, 847-5.
172. Mulqueen JM, Bartley CA, Bloch MH. Meta-Analysis Parental Interventions for Preschool ADHD. *J Atten Disord*. 2015 Feb 1;19(2):118–24.
173. Watson SMR, Richels C, Michalek AP, Raymer A. Psychosocial Treatments for ADHD A Systematic Appraisal of the Evidence. *J Atten Disord*. 2015 Jan 1;19(1):3–10.
174. Storebø OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(11):CD009885.
175. Shaw P. Quantifying the Benefits and Risks of Methylphenidate as Treatment for Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA*. 2016 May 10;315(18):1953–5.
176. Leijten P, Raaijmakers MAJ, Orobio de Castro B, van den Ban E, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2015 May 18;1–15.
177. Rimestad ML, Lambek R, Zacher Christiansen H, Hougaard E. Short- and Long-Term Effects of Parent Training for Preschool Children With or at Risk of ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 2016 May 14;
178. Kurman J, Rothschild-Yakar L, Angel R, Katz M. How Good Am I? Implicit and Explicit Self-Esteem as a Function of Perceived Parenting Styles Among Children With ADHD. *J Atten Disord*. 2015 Feb 11;
179. Högström J, Olofsson V, Özdemir M, Enebrink P, Stattin H. Two-Year Findings from a National Effectiveness Trial: Effectiveness of Behavioral and Non-Behavioral Parenting Programs. *J Abnorm Child Psychol*. 2016 Jun 22;
180. Mockford C, Barlow J. Parenting programmes: some unintended consequences. *Prim Health Care Res Dev*. 2004 Jul 1;5(3):219–27.
181. Barkley RA, Shelton TL, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior:

- preliminary results at post-treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000 Mar;41(3):319–32.
182. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evid-Based Child Health Cochrane Rev J*. 2013 Mar 7;8(2):318–692.
183. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clin Psychol Rev*. 2006 Jan;26(1):86–104.
184. Reyno SM, McGrath PJ. Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Jan;47(1):99–111.
185. Gardner F, Hutchings J, Bywater T, Whitaker C. Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2010;39(4):568–80.
186. Holtrop K, Parra-Cardona JR, Forgatch MS. Examining the Process of Change in an Evidence-Based Parent Training Intervention: A Qualitative Study Grounded in the Experiences of Participants. *Prev Sci*. 2014 Oct;15(5):745–56.
187. Gardner F, Burton J, Klimes I. Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Nov;47(11):1123–32.
188. Santucci LC, Thomassin K, Petrovic L, Weisz JR. Building Evidence-Based Interventions for the Youth, Providers, and Contexts of Real-World Mental-Health Care. *Child Dev Perspect*. 2015 Jun;9(2):67–73.
189. Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: a meta-analysis of direct comparisons. *Am Psychol*. 2006 Oct;61(7):671–89.
190. Weisz JR, Kuppens S, Eckshtain D, Ugueto AM, Hawley KM, Jensen-Doss A. Performance of evidence-based youth psychotherapies compared with usual clinical care: a multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2013 Jul;70(7):750–61.
191. Weisz JR, Ugueto AM, Cheron DM, Herren J. Evidence-based youth psychotherapy in the mental health ecosystem. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2013;42(2):274–86.
192. The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare [Internet]. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.cebc4cw.org/>

193. Raghavan R, Inoue M, Ettner SL, Hamilton BH, Landsverk J. A preliminary analysis of the receipt of mental health services consistent with national standards among children in the child welfare system. *Am J Public Health*. 2010 Apr;100(4):742–9.
194. Baumann AA, Powell BJ, Kohl PL, Tabak RG, Penalba V, Proctor EE, et al. Cultural Adaptation and Implementation of Evidence-Based Parent-Training: A Systematic Review and Critique of Guiding Evidence. *Child Youth Serv Rev*. 2015 Jun 1;53:113–20.
195. The State of Parent Training: Program Offerings and Empirical Support. *Fam Soc J Contemp Soc Serv*. 2009 Jan 1;90(3):248–54.
196. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, Musila NR, Wensing M, Godycki-Cwirko M, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci IS*. 2013;8:35.
197. Powell BJ, Hausmann-Stabile C, McMillen JC. Mental health clinicians' experiences of implementing evidence-based treatments. *J Evid-Based Soc Work*. 2013 Oct;10(5):396–409.
198. Mihalic S, Fagan AA, Irwin K, Ballard D. Blueprints for Violence: Prevention Replication: Factors for Implementation Success. *Cent Study Prev Violence Boulder CO USA*. 2002;
199. Mash EJ, Barkley RA. *Treatment of Childhood Disorders*. Guilford Press; 2006. 897 p.
200. Sutton C, Utting D, Farrington D. Support from the Start, Working with young children and their families to reduce the risk of crime and antisocial behaviour. *DfES; 2004*. (School of Applied Social Sciences).
201. Cottreaux J. *Les psychothérapies comportementales et cognitives (5ème edition)*. Elsevier Masson; 2011.
202. Chapelle F, Monié B, Poinot R, Rusinek S, Willard M. *L'aide-mémoire des thérapies comportementales et cognitives*. Paris: Dunod; 2011.
203. Clément C. *Apprentissage et conditionnements*. Paris: Dunod; 2006.
204. CEBC » Program » The Incredible Years [Internet]. [cited 2016 Jul 3]. Available from: <http://www.cebc4cw.org/program/the-incredible-years/>
205. Webster-Stratton C, Reid MJ. The Incredible Years: Parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. *ResearchGate [Internet]*. 2003 Jan 1 [cited 2016 Aug 7]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/232521865_The_Incredible_Years_Parents_teachers_and_children_training_series_A_multifaceted_treatment_approach_for_young_children_with_conduct_problems
206. Webster-Stratton C, McCoy KP. Bringing The Incredible Years® Programs to Scale. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2015;2015(149):81–95.

207. Abikoff HB, Thompson M, Laver-Bradbury C, Long N, Forehand RL, Miller Brotman L, et al. Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Oct 16;
208. McCann DC, Thompson M, Daley D, Barton J, Laver-Bradbury C, Hutchings J, et al. Study protocol for a randomized controlled trial comparing the efficacy of a specialist and a generic parenting programme for the treatment of preschool ADHD. *Trials*. 2014;15:142.
209. CEBC » Program › Helping The Noncompliant Child [Internet]. [cited 2016 Aug 4]. Available from: <http://www.cebc4cw.org/program/helping-the-noncompliant-child/>
210. Saïag M-C, Bioulac S, Bouvard M. Comment aider mon enfant hyperactif. Odile Jacob; 2007. 180 p.
211. Wyatt Kaminski J, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *J Abnorm Child Psychol*. 2008 May;36(4):567–89.
212. Hauth-Charlier S, Clément C. Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H : considérations pratiques et implications cliniques. *Prat Psychol*. 2009 Dec;15(4):457–72.
213. Trillingsgaard T, Trillingsgaard A, Webster-Stratton C. Assessing the effectiveness of the “Incredible Years(®) parent training” to parents of young children with ADHD symptoms - a preliminary report. *Scand J Psychol*. 2014 Dec;55(6):538–45.
214. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Marsenich L. Improving therapist fidelity during implementation of evidence-based practices: Incredible years program. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2014 Jun 1;65(6):789–95.
215. Hauth-Charlier S, Clément C. Abord développemental du TDAH: Efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. [Development of ADHD: Efficacy of a parenting skills training program.]. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport*. 2014;46(2):107–16.
216. Hinshaw SP, Arnold LE, For the MTA Cooperative Group. Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2015 Jan 1;6(1):39–52.
217. WHOQOL-HIV Instrument.pdf [Internet]. [cited 2016 Aug 29]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77774/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.01_eng.pdf?ua=1
218. Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle: Annexes: Annexe IX. Qualité de vie (WHOQL) - Manuel de l'utilisateur: définition des facettes et échelle des réponses a : Introduction [Internet]. [cited 2016 Aug 29]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js4929f/9.9.1.html>

219. American Psychiatric Association. Mini-DSM-IV-TR. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011. 384 p.
220. Misrahi M. Barrières et facilitateurs aux interventions familiales auprès de proches de patients schizophrènes : revue de la littérature et illustration clinique [Th. D]. [Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
221. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011 Mar;38(2):65–76.
222. Webster-Stratton. Quality training, supervision, ongoing monitoring, and agency support: Key ingredients to implementing the Incredible Years programs with fidelity. 2004.
223. Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK. Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice. OUP USA; 2012. 562 p.
224. Smith E, Koerting J, Latter S, Knowles MM, McCann DC, Thompson M, et al. Overcoming barriers to effective early parenting interventions for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): parent and practitioner views. *Child Care Health Dev*. 2015 Jan;41(1):93–102.
225. Barlow J, Stewart-Brown S. Understanding parenting programmes: parents' views. *Prim Health Care Res Dev*. 2001 Apr;2(2):117–130.
226. Patterson J, Mockford C, Stewart-Brown S. Parents' perceptions of the value of the Webster-Stratton Parenting Programme: a qualitative study of a general practice based initiative. *Child Care Health Dev*. 2005 Jan;31(1):53–64.
227. Cunningham CE, Bremner R, Boyle M. Large Group Community-Based Parenting Programs for Families of Preschoolers at Risk for Disruptive Behaviour Disorders: Utilization, Cost Effectiveness, and Outcome. *J Child Psychol Psychiatry*. 1995 Oct;36(7):1141–59.
228. Kane GA, Wood VA, Barlow J. Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Child Care Health Dev*. 2007 Nov;33(6):784–93.
229. Edwards RT, Cèilleachair A, Bywater T, Hughes DA, Hutchings J. Parenting programme for parents of children at risk of developing conduct disorder: cost effectiveness analysis. *BMJ*. 2007 Mar 29;334(7595):682.
230. Wymbs FA, Cunningham CE, Chen Y, Rimas HM, Deal K, Waschbusch DA, et al. Examining Parents' Preferences for Group and Individual Parent Training for Children with ADHD Symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2015 Feb 20;1–18.

231. Stewart-Brown S. Impact of a general practice based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Arch Dis Child*. 2004 Jun 1;89(6):519–25.
232. Van den Hoofdakker BJ, Nauta MH, van der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, et al. Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: moderators of treatment response. *J Pediatr Psychol*. 2010 Apr;35(3):317–26.
233. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010, France. 2010. <halshs-00636228>. 2010.
234. Antshel KM. Psychosocial interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Jan;24(1):79–97.
235. Benish SG, Quintana S, Wampold BE. Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *J Couns Psychol*. 2011 Jul;58(3):279–89.
236. Huey SJ, Polo AJ. Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2008 Jan;37(1):262–301.
237. Griner D, Smith TB. Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2006;43(4):531–48.
238. Smith TB, Rodríguez MD, Bernal G. Culture. *J Clin Psychol*. 2011 Feb;67(2):166–75.
239. Leijten P, Melendez-Torres GJ, Knerr W, Gardner F. Transported Versus Homegrown Parenting Interventions for Reducing Disruptive Child Behavior: A Multilevel Meta-Regression Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jul;55(7):610–7.
240. CEBC » Defiant Children A Clinician S Manual For Assessment And Parent Training » Program » Detailed [Internet]. [cited 2016 Sep 5]. Available from: <http://www.cebc4cw.org/program/defiant-children-a-clinician-s-manual-for-assessment-and-parent-training/detailed>
241. Lyon AR, Stirman SW, Kerns SEU, Bruns EJ. Developing the mental health workforce: review and application of training approaches from multiple disciplines. *Adm Policy Ment Health*. 2011 Jul;38(4):238–53.
242. Sholomskas DE, Syracuse-Siewert G, Rounsaville BJ, Ball SA, Nuro KF, Carroll KM. We don't train in vain: a dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2005 Feb;73(1):106–15.
243. Webster-Stratton C, Herbert M. *Troubled families-- problem children: working with parents : a collaborative process*. J. Wiley; 1994. 376 p.

244. Fegert JM, Slawik L, Wermelskirchen D, Nübling M, Mühlbacher A. Assessment of parents' preferences for the treatment of school-age children with ADHD: a discrete choice experiment. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2011 Jun;11(3):245–52.
245. Stirman SW, Miller CJ, Toder K, Calloway A. Development of a framework and coding system for modifications and adaptations of evidence-based interventions. *Implement Sci IS.* 2013;8:65.
246. Tabak RG, Khoong EC, Chambers DA, Brownson RC. Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. *Am J Prev Med.* 2012 Sep;43(3):337–50.
247. Chacko A, Wymbs BT, Wymbs FA, Pelham WE, Swanger-Gagne MS, Girio E, et al. Enhancing traditional behavioral parent training for single mothers of children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* 2009 Mar;38(2):206–18.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Description des symptômes du TDAH selon le DSM-V.....	p.19
Tableau 2 : Présentation des recommandations au niveau international.....	p.32
Tableau 3 : Place des formations parentales dans les recommandations.....	p.60
Tableau II.2.a) Evaluation de l'efficacité par le professionnel, bénéfices pour l'enfant	p.96
Tableau II.2.c) Evaluation de l'efficacité par le professionnel, bénéfices pour le parent.....	p.99
Tableau II.2.d) Conviction dans l'efficacité du programme, motivation initiale et utilisation personnelle.....	p.101
Tableau II.3) Caractéristiques de la formation délivrée.....	p.102
Tableau II.4.a) Limites rencontrées à la mise en place du programme.....	p.103
Tableau II.4.b) Limites rencontrées à la poursuite du programme.....	p.103
Tableau II.4.c) Limites rencontrées à la mise en place ou au renouvellement du programme	p.104
Tableau I.1.a) Caractéristiques de l'activité des professionnels concernés.....	p.169
Tableau I.1.b) Caractéristiques de l'activité des professionnels concernés (suite).....	p.170
Tableau I.2.a) Caractéristiques de l'activité des professionnels : approches théoriques et pratiques	p.171
Tableau I.2.b) Caractéristiques de l'activité des professionnels : approches théoriques et pratiques (suite).....	p.172
Tableau I.3) Caractéristiques de la formation délivrée.....	p.173
Tableau II.2.b) Evaluation de l'efficacité par le professionnel, Type d'aide apportée à l'enfant, et au parent.....	p.174
Tableau III) Evaluation des programmes mis en place.....	p.175
Tableau III.1.a) Caractéristiques des programmes mis en place : cadre et format.....	p.176
Tableau III.1.b) Caractéristiques des programmes mis en place : cadres et format (suite).....	p.177
Tableau III.2) Caractéristiques des programmes mis en place : enfants, population cible.....	p.178

Tableau III.3) Caractéristiques des programmes mis en place : parents, population
cible..... p.179

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire, 13 pages. Etude de la mise en place de Groupe d'entraînement aux habiletés pour enfant avec un enfant TDA/H.

Etude de la mise en place de Groupes d'entraînement aux habiletés parentales pour enfant avec un TDA/H

*Obligatoire

1. J'accepte de participer à ce questionnaire *

Une seule réponse possible.

- oui *Passez à la question 2.*
- non *Arrêtez de remplir ce formulaire.*

2. Vous êtes :

Plusieurs réponses possibles.

- neuropsychologue
- psychologue
- neuropédiatre
- pédiatre
- psychiatre
- pédopsychiatre
- psychomotricien-psychomotricienne
- infirmier-infirmière
- éducateur-éducatrice
- orthophoniste
- médecin généraliste
- assistante sociale
- Autre : _____

3. Vous exercez :

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- en libéral
- en tant que professionnel de la fonction publique hospitalière
- dans un établissement de type sanitaire (CMP, CATTP, HDJ, hospitalisation...)
- dans un établissement de type médico-social
- Autre : _____

4. Vous êtes diplômé depuis :

Une seule réponse possible.

- moins de 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- entre 10 et 20 ans
- entre 20 et 30 ans
- plus de 30 ans

5. **Quel est le pourcentage (approximatif) de personnes avec un TDA/H dans votre patientèle ?**

6. **Quelle est votre approche théorique pour votre pratique clinique ?**

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- psychodynamique
- psychanalytique
- thérapie familiale systémique
- thérapie cognitivo-comportementale
- thérapie centrée sur la personne
- athéorique

7. **A quelle période avez-vous participé à la formation ? ***

(en quelle année, et quel mois si possible)

8. **La participation à cette formation s'est-elle faite :**

Plusieurs réponses possibles.

- à votre initiative
- sur incitation

9. **Avant d'assister à cette formation, étiez-vous déjà familiarisé avec le TDA/H (diagnostic, prise en charge..) ?**

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4

pas du tout sujet très bien maîtrisé

10. **Avant cette formation, aviez-vous déjà utilisé dans votre pratique les principes comportementaux de conditionnement opérant ?**

Une seule réponse possible.

- oui
- non

11. **Au cours de la formation à laquelle vous avez assisté, le jeu de rôle a-t-il été utilisé ?**

Une seule réponse possible.

- oui
- non

12. Depuis la formation avez-vous mis en place ce programme de formation aux habiletés parentales ? *

Une seule réponse possible.

- oui *Passez à la question 13.*
- non *Passez à la question 48.*

Mise en place effective : Organisation et Caractéristiques du programme**13. Combien de fois avez-vous mené ce programme d'entraînement aux habiletés parentales ? ***

(en incluant un éventuel programme en cours)

.....

14. Avez-vous apporté des modifications au programme : si oui : la ou lesquelle(s) ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- il n'y a pas eu de modification au programme
- fréquence des séances
- durée des séances
- nombre de séances
- contenu du programme (ajout ou suppression d'un sujet)
- support récapitulatif des différentes séances pour les parents
- tâches à domicile d'une séance sur l'autre
- Autre :

15. Pouvez-vous préciser ?

.....

16. Le cas échéant, pour quelle raison avez-vous apporté ces modifications ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- s'adapter à des contraintes pour les participants
- s'adapter à des contraintes pour les formateurs
- respecter la préférence des participants
- respecter la préférence des formateurs
- Autre :

17. Souhaitez-vous préciser ?

.....

18. Assurez-vous les séances seul(e) ou à plusieurs ?*Une seule réponse possible.*

- seul(e) *Passez à la question 21.*
- à 2 intervenants *Passez à la question 19.*
- à 3 intervenants *Passez à la question 19.*
- à plus de 3 intervenants *Passez à la question 19.*

19. Si c'est en équipe, avec quel(s) professionnel(s) travaillez-vous ?*Plusieurs réponses possibles.*

- neuropsychologue
- psychologue
- neuropédiatre
- pédiatre
- psychiatre
- pédopsychiatre
- psychomotricien-psychomotricienne
- infirmier-infirmière
- éducateur-éducatrice
- orthophoniste
- médecin généraliste
- assistante sociale
- Autre : _____

20. Est-ce que cette (ces) personne(s) a (ont) bénéficié de la même formation que vous ?*Plusieurs réponses possibles.*

- oui
- non, je lui ai transmis ce que j'ai appris à la formation.

21. Vous arrive-t-il de proposer ce programme en individuel, à un seul couple de parents ?*Une seule réponse possible.*

- oui
- non

22. Quel est le nombre minimum de couples participants pour entamer une session ?

23. Quel est le nombre maximum de couples participants que vous acceptez par session ?

24. Etes-vous exigeant sur la présence des 2 parents au groupe ?

(ne pas tenir compte des cas particuliers : décès, absence d'autorité parentale, ou éloignement géographique important)

Une seule réponse possible.

- oui, même si les parents sont séparés
- oui, sauf si les parents sont séparés
- non

25. Pouvez-vous proposer le programme à d'autres personnes de l'entourage de l'enfant ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- seulement aux parents
- aux grand-parents
- aux beaux-pères, belles-mères
- à la famille d'accueil
- Autre :

26. Dans votre pratique, dans quelle(s) tranche(s) d'âge se situent les enfants avec TDAH pour lesquels les parents suivent ce programme ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- 3-6 ans
- 6-11 ans
- 11-15 ans
- plus de 15 ans

27. D'une manière générale, quelles sont les autres modalités de prise en charge dont bénéficient ces enfants ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- psychomotricité (en individuel ou en groupe)
- orthophonie (en individuel ou en groupe)
- psychothérapie TCC (en individuel ou en groupe)
- psychothérapie autre (interpersonnelle, de soutien, par l'art expressif, ou par le jeu ...)
- thérapie familiale
- prise en charge psychodynamique (psychothérapie, consultations thérapeutiques, groupes thérapeutiques)
- programme d'intervention scolaire
- traitement médicamenteux par psychostimulant
- traitement médicamenteux autre que par psychostimulant
- Autre :

28. D'une manière générale, pour quel(s) profil(s) de patient allez-vous proposer ce programme aux parents ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- TDA/H sans comorbidité, présentation inattention prédominante
- TDA/H sans comorbidité, présentation hyperactivité-impulsivité prédominante
- TDA/H sans comorbidité, présentation mixte
- TDA/H associé à un Trouble Oppositionnel avec Provocation
- TDA/H associé à un Trouble des Conduites
- TDA/H associé à un Trouble anxieux
- TDA/H associé à des Troubles des apprentissages
- TDA/H associé à une Dépression
- TDA/H associé à un Trouble du Spectre Autistique
- Autre : _____

29. Sur quel(s) facteur(s) allez-vous accepter ou non l'inclusion d'une famille dans un groupe ?

Plusieurs réponses possibles.

- pas de sélection : toute famille volontaire peut être incluse
- exclusion de candidature pour certaines caractéristiques du trouble de l'enfant (comorbidité, etc..)
- exclusion de candidature pour certaines caractéristiques familiales (dysfonctionnement conjugal, capacité supposée à répondre aux exigences du programme ...etc..)
- Autre : _____

30. Où les séances ont-elles lieu ?

(répondre pour l'ensemble des programmes réalisés depuis la formation - plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- dans un centre hospitalier
- dans un CMP (centre médico-psychologique), CMPP (centre médico-psychopédagogique).
- dans un cabinet libéral
- dans une école
- Autre : _____

31. A quel moment les séances peuvent-elles avoir lieu ?

(répondre pour l'ensemble des programmes réalisés depuis la formation - plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- en semaine : en matinée ou l'après-midi
- le samedi
- en semaine : en soirée
- en semaine : à la pause de midi
- Autre : _____

32. Vous arrive-t-il d'orienter un parent en difficulté personnelle vers une aide individuelle ?*Une seule réponse possible.*

0 1 2 3 4

je n'interroge pas l'état
psychique des parents

j'évalue systématiquement
l'état psychique de chaque
parent en début de
programme**33. Arrivez-vous à pratiquer les réunions "post-formation" avec les parents de groupes précédents ?***Une seule réponse possible.* oui non Non concerné : le premier programme n'est pas encore achevé**34. A combien de séances les participants assistent-ils en moyenne ?***Une seule réponse possible.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucune
séance

Ils
assistent à
la totalité
du
programme**35. Sur la totalité des participants quelle proportion quitte le programme avant la fin ?***(ne pas tenir compte de l'absentéisme ponctuel évalué sur la question précédente)**Une seule réponse possible.*

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Tous ceux
qui ont
commencé
ont fini le
programme

Tous les
participants
ont quitté
le groupe
avant la fin
du
programme**36. Depuis que vous avez assisté à la formation, avez-vous par moment cessé de proposer le programme ?***Une seule réponse possible.* oui non*Passez à la question 39.*

37. Vous avez par moment cessé de proposer ce programme, quelle en était la raison ? *

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- nombre insuffisant de participants volontaires (manque d'intérêt)
- nombre insuffisant de participants volontaires (manque de disponibilité)
- charge de travail importante, disponibilité insuffisante des personnels formés
- absence ou perte d'intérêt personnel de votre part pour animer ce programme
- modalités du cadre du programme difficiles à satisfaire, implantation du programme ressentie comme compliquée
- une autre approche thérapeutique vous semblait plus efficace
- réticences de la part de votre équipe, de l'institution
- budget, facturation ou codage des séances
- Autre : _____

38. Souhaitez-vous préciser ?

Intérêt subjectif pour le programme**39. Estimez-vous que ce programme apporte une aide réelle aux parents à court terme ?***Une seule réponse possible.*

0 1 2 3 4

pas du tout d'accord tout à fait d'accord**40. Estimez-vous que ce programme apporte une aide réelle aux parents à long terme ?***Une seule réponse possible.*

0 1 2 3 4

pas du tout d'accord tout à fait d'accord**41. D'après vous, de quel type est cette aide pour les parents ?**

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- amélioration de la confiance en soi (sur le plan éducatif)
- amélioration des habiletés parentales
- amélioration des relations parents-enfants dans la famille
- meilleure gestion des comportements perturbateurs et opposants de l'enfant
- meilleure compréhension du trouble
- diminution du stress parental
- meilleure satisfaction conjugale
- pas d'aide à court terme
- Autre : _____

42. D'après ce que vous rapportent les parents, estimez-vous que ce programme apporte un bénéfice à court terme pour l'enfant souffrant de TDA/H ?*Une seule réponse possible.*

0 1 2 3 4

pas du tout d'accord tout à fait d'accord**43. D'après ce que vous rapportent les parents, estimez-vous que ce programme apporte un bénéfice à long terme pour l'enfant souffrant de TDA/H ?***Une seule réponse possible.*

0 1 2 3 4

pas du tout d'accord tout à fait d'accord**44. D'après vous, de quel type est cette aide pour l'enfant ?***(plusieurs réponses possibles)**Plusieurs réponses possibles.*

- meilleure compréhension du trouble
- amélioration des relations parents-enfants
- meilleure gestion des comportements d'opposition ou perturbateurs
- amélioration de la gestion de l'impulsivité
- amélioration de la gestion du déficit d'attention
- amélioration de la gestion de l'hyperactivité
- amélioration des habiletés sociales
- meilleure estime de soi
- amélioration du fonctionnement global
- amélioration de la qualité de vie
- pas d'aide pour l'enfant
- Autre : _____

45. Si vous avez des enfants, utilisez-vous vous même certains éléments de cette formation avec eux ?*Une seule réponse possible.*

- oui
- non
- non concerné

46. Allez-vous proposer une session de formation aux habiletés parentales à un nouveau groupe de parents cette année ? **Une seule réponse possible.*

- oui Arrêtez de remplir ce formulaire.
- non

47. Vous ne souhaitez pas renouveler la mise en place d'un groupe, quelle en est la raison ? **(plusieurs réponses possibles)**Plusieurs réponses possibles.*

- nombre insuffisant de participants volontaires (manque d'intérêt)
- nombre insuffisant de participants volontaires (manque de disponibilité)
- charge de travail importante, disponibilité insuffisante des personnels formés
- absence ou perte d'intérêt personnel de votre part pour animer ce programme
- modalités du cadre du programme difficiles à satisfaire, implantation du programme ressentie comme compliquée
- une autre approche thérapeutique vous semble plus efficace
- réticences de la part de votre équipe, de l'institution
- budget, facturation ou codage des séances
- Autre :

*Arrêtez de remplir ce formulaire.***Absence de mise en place effective de groupes****48. Vous n'avez pas mis en place le programme suite à la formation, quelle en était la raison ? ****(plusieurs réponses possibles)**Plusieurs réponses possibles.*

- nombre insuffisant de participants volontaires (manque d'intérêt)
- nombre insuffisant de participants volontaires (manque de disponibilité)
- charge de travail importante, disponibilité insuffisante des personnels formés
- absence ou perte d'intérêt personnel de votre part pour animer ce programme
- modalités du cadre du programme difficiles à satisfaire, implantation du programme ressentie comme compliquée
- une autre approche thérapeutique vous semble plus efficace
- réticences de la part de votre équipe, de l'institution
- budget, facturation ou codage des séances
- Autre :

49. D'une manière générale, quelles sont les autres modalités de prise en charge dont bénéficient ces enfants ?

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- psychomotricité (en individuel ou en groupe)
- orthophonie (en individuel ou en groupe)
- psychothérapie TCC (en individuel ou en groupe)
- psychothérapie autre (interpersonnelle, de soutien, par l'art expressif, ou par le jeu ...)
- thérapie familiale
- prise en charge psychodynamique (psychothérapie, consultations thérapeutiques, groupes thérapeutiques)
- programme d'intervention scolaire
- traitement médicamenteux par psychostimulant
- traitement médicamenteux autre que par psychostimulant
- Autre : _____

50. Estimez-vous que ce programme apporte une aide réelle aux parents à court terme ?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4

pas du tout d'accord tout à fait d'accord

51. Estimez-vous que ce programme apporte une aide réelle aux parents à long terme ?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4

pas du tout d'accord tout à fait d'accord

52. D'après vous, de quel type est cette aide pour les parents ?

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- amélioration de la confiance en soi (sur le plan éducatif)
- amélioration des habiletés parentales
- amélioration des relations parents-enfants dans la famille
- meilleure gestion des comportements perturbateurs et opposants de l'enfant
- meilleure compréhension du trouble
- diminution du stress parental
- meilleure satisfaction conjugale
- pas d'aide à court terme
- Autre : _____

53. Estimez-vous que ce programme apporte un bénéfice à court terme pour l'enfant souffrant de TDAH ?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4

pas du tout d'accord tout à fait d'accord

54. Estimez-vous que ce programme apporte un bénéfice à long terme pour l'enfant souffrant de TDAH ?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4

pas du tout d'accord tout à fait d'accord

55. D'après vous, de quel type est cette aide pour l'enfant ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- meilleure compréhension du trouble
- amélioration des relations parents-enfants
- meilleure gestion des comportements d'opposition ou perturbateurs
- amélioration de la gestion de l'impulsivité
- amélioration de la gestion du déficit d'attention
- amélioration de la gestion de l'hyperactivité
- amélioration des habiletés sociales
- meilleure estime de soi
- amélioration du fonctionnement global
- amélioration de la qualité de vie
- pas d'aide pour l'enfant
- Autre : _____

56. Si vous avez des enfants, utilisez-vous vous-même certains éléments de cette formation avec eux ?

Une seule réponse possible.

- oui
- non
- non concerné

57. Avez-vous le projet de mettre en place un groupe de formation aux habiletés parentales cette année ? *

Une seule réponse possible.

- oui *Arrêtez de remplir ce formulaire.*
- non

58. Vous ne souhaitez pas mettre en place un groupe l'année prochaine, quelle en est la raison ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- nombre insuffisant de participants volontaires (manque d'intérêt)
- nombre insuffisant de participants volontaires (manque de disponibilité)
- charge de travail importante, disponibilité insuffisante des personnels formés
- absence ou perte d'intérêt personnel de votre part pour animer ce programme
- modalités du cadre du programme difficiles à satisfaire, implantation du programme ressentie comme compliquée
- une autre approche thérapeutique vous semble plus efficace
- réticences de la part de votre équipe, de l'institution
- budget, facturation ou codage des séances
- Autre : _____

Fourni par



Annexe 2 :

Tableau I.1.a) Caractéristiques de l'activité des professionnels concernés						
	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non N = 21		Oui N = 29		N = 50	%
Type d'exercice						
<i>Libéral</i>	12	57	16	55	28	56
<i>Etablissement Médico-Social</i>	3	14	2	7	5	10
<i>Fonction publique hospitalière</i>	11	52	13	45	24	48
<i>Sanitaire</i>	3	14	3	10	6	12
<i>Autre⁹</i>	3	14	3	10	6	12
Qualité du professionnel						
<i>éducateur</i>	1	5	1	3	2	4
<i>IDE</i>	0	0	2	7	2	4
<i>médecin généraliste</i>	0	0	1	3	1	2
<i>neuropédiatre</i>	2	10	1	3	3	6
<i>neuropsychologue</i>	3	14	8	28	11	22
<i>orthophoniste</i>	0	0	2	7	2	4
<i>pédiatre</i>	2	10	0	0	2	4
<i>pédopsychiatre</i>	4	19	6	21	10	20
<i>psychiatre</i>	0	0	1	3	1	2
<i>psychologue</i>	5	24	5	17	10	20
<i>psychomotricien</i>	4	19	2	7	6	12

⁹ Parmi lesquels : collège privé (1), école et crèche (1), Mixte (1), PMI (1), enseignement (1), salariée d'entreprise privée (1)

Annexe 3 :

Tableau I.1.b) Caractéristiques de l'activité des professionnels concernés (suite)						
	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non N = 21		Oui N = 29		N = 50	%
Ancienneté du diplôme						
<i>moins de 5 ans</i>	2	10	2	7	4	8
<i>entre 5 et 10 ans</i>	4	19	9	31	13	26
<i>entre 10 et 20 ans</i>	7	33	10	34	17	34
<i>entre 20 et 30 ans</i>	6	29	8	28	14	28
<i>plus de 30 ans</i>	2	10	0	0	2	4
	Médiane	IIQ	Médiane	IIQ	Médiane	IIQ
Pourcentage de TDAH dans la patientèle	20%	[10% ; 30%]	35 %	[25 % ; 60%]	30	[20 ; 58]

Annexe 4 :

Tableau I.2.a) Caractéristiques de l'activité des professionnels : approches théoriques et pratiques						
	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non		Oui			
	N = 21	%	N = 27	%	N = 48	%
Approche théorique pour la pratique clinique						
<i>TCC</i>	16	76	20	74	36	75
<i>Psychanalytique</i>	2	10	5	19	7	15
<i>Psychodynamique</i>	6	29	8	30	14	37
<i>Théorie familiale systémique</i>	3	14	4	15	7	15
<i>Centrée sur la personne</i>	5	24	3	11	8	17
<i>Athéorique</i>	1	5	2	7	3	6
	N=21	%	N=28	%	N=49	%
Connaissance antérieure sur le TDAH						
« Aucune »	0	0	1	4	1	2
1	0	0	2	7	2	4
2	5	24	4	14	9	18
3	8	38	10	36	18	37
« Très bien maîtrisé »	8	38	11	39	19	39
	N=21	%	N=29	%	N=50	%
Utilisation antérieure des principes du conditionnement opérant						
	14	67	19	66	33	66

...

Annexe 5 :

Tableau I.2.b) Caractéristiques de l'activité des professionnels : approches théoriques et pratiques (suite)						
	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non N = 21	%	Oui N = 27	%	N = 48	%
Autres modalités de PEC dont ces enfants bénéficient						
<i>Psychomotricité</i>	18	86	23	79	41	82
<i>Orthophonie</i>	15	71	24	83	39	78
<i>Psychothérapie : TCC</i>	9	43	8	28	17	34
<i>Psychothérapie : Autres</i>	8	38	11	38	19	38
<i>Thérapie familiale</i>	4	19	4	14	8	16
<i>PEC psychodynamique</i>	6	29	8	28	14	28
<i>Programme d'intervention scolaire</i>	7	33	8	28	15	30
<i>Traitement médicamenteux : psychostimulants</i>	19	90	25	86	44	88
<i>Traitement médicamenteux : autres</i>	4	19	9	31	13	26
<i>Autres¹⁰</i>	6	29	2	7	8	16

...

¹⁰ Parmi lesquels : approche métacognitive, remédiation cognitive ± méditation pleine conscience ou neuro-feedback, entretien avec les parents, groupe éducatif, pleine conscience, PPS et AVS

Annexe 6 :

Tableau I.3) Caractéristiques de la formation délivrée						
	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non		Oui		N = 50	%
	N = 21	%	N = 29	%		
Période de formation						
<i>2010</i>	1	5	0	0	1	2
<i>2012</i>	3	14	3	10	6	12
<i>2013</i>	2	10	6	21	8	16
<i>2014</i>	4	19	5	17	9	18
<i>2015</i>	8	38	14	48	22	44
<i>2016</i>	3	14	1	3	4	8
	N = 21	%	N = 27	%	N = 48	%
Utilisation de jeux de rôles	14	67	17	63	31	65

...

Annexe 7 :

Tableau II.2.b) Evaluation de l'efficacité par le professionnel, Type d'aide apportée à l'enfant, et au parent.						
	Groupe mis en place ?				Population totale	
	Non N = 21		Oui N = 29		N = 50	
		%		%		%
Type d'aide apportée à l'enfant par le programme :						
<i>Relation parent-enfant</i>	19	90	28	97	47	94
<i>Estime de soi</i>	16	76	25	86	41	82
<i>Qualité de vie</i>	19	90	19	66	38	76
<i>Gestion des comportements d'opposition, ou perturbateurs</i>	15	71	22	76	37	74
<i>Gestion de l'impulsivité</i>	12	57	23	79	35	70
<i>Fonctionnement global</i>	12	57	22	76	34	68
<i>Gestion de l'hyperactivité</i>	12	57	16	55	28	56
<i>Habiletés sociales</i>	11	52	14	48	25	50
<i>Compréhension du trouble</i>	10	48	14	48	24	48
<i>Gestion du déficit d'attention</i>	10	48	11	38	21	42
<i>Autre¹¹</i>	1	5	2	7	3	6
Type d'aide apportée au parent par le programme :						
<i>Confiance en soi</i>	15	71	23	79	38	76
<i>Habiletés parentales</i>	18	86	26	90	44	88
<i>Relations parent-enfant</i>	17	81	27	93	44	88
<i>Gestion des comportements OP</i>	17	81	26	90	43	86
<i>Compréhension du trouble</i>	18	86	26	90	44	88
<i>Diminution du stress parental</i>	19	90	21	72	40	80
<i>Satisfaction conjugale</i>	8	38	15	52	23	46
<i>Autre¹²</i>	1	5	0	0	1	2

...

¹¹ Parmi lesquels : prise de distance par rapport aux éléments perturbateurs, confiance en l'adulte, augmentation de l'autonomie

¹² Parmi lesquels « Etayage par d'autres parents » et « Meilleures interactions entre la famille et l'école »

Annexe 8 :

Tableau III) Evaluation des programmes mis en place		
Parmi la population ayant mis en place les groupes	N= 29	%
Nombre de programmes complets	N = 28	%
<i>Un seul (dont celui en cours s'il s'agit de la première mise en place)</i>	11	39%
<i>Deux à neuf</i>	13	46%
<i>Dix ou plus</i>	4	14%
Modifications apportées au programme	N = 29	%
<i>Aucune</i>	4	14
<i>Sur la fréquence des séances</i>	9	31
<i>Sur la durée des séances</i>	11	38
<i>Sur le nombre de séances</i>	12	41
<i>Sur le contenu du programme</i>	14	48
<i>Sur le support récapitulatif</i>	11	38
<i>Sur les tâches à domicile</i>	5	17
Raisons invoquées pour avoir modifié le programme	N = 23	%
<i>Contraintes pour les participants</i>	17	74
<i>Contraintes pour les formateurs</i>	4	17
<i>Préférence pour les participants</i>	5	22
<i>Préférence pour les formateurs</i>	3	13
<i>Autres¹³</i>	2	9
Réalisation complète du programme par les participants	N = 26	%
<i>Oui</i>	17	65
<i>Non, partiel</i>	9	35

...

¹³ Parmi lesquels : « expérience » (1) et « fusion des programmes (1)

Annexe 9 :

Tableau III.1.a) Caractéristiques des programmes mis en place : cadre et format

Parmi la population ayant mis en place les groupes		
	N = 29	%
Nombre de professionnel(s) pour assurer le programme ?	N = 29	%
<i>Seul</i>	13	45
<i>A deux</i>	10	34
<i>A trois</i>	4	14
<i>A quatre ou plus</i>	2	7
Présence d'un professionnel non formé dans l'équipe ?	5/16	32
Lieu de la séance	N = 29	%
<i>Centre Hospitalier</i>	5	17
<i>CMPP et CMP</i>	10	34
<i>Cabinet libéral</i>	14	48
<i>Autre¹⁴</i>	3	10
Moment de la séance	N = 29	%
<i>Soirée en semaine</i>	19	66
<i>Journée en semaine</i>	11	38
<i>Samedi</i>	8	28
<i>Pause repas en semaine</i>	3	10

...

¹⁴ Parmi lesquels domicile (1), salle de réunion (1), salle prêtée par association (1)

Annexe 10 :

Tableau III.1.b) Caractéristiques des programmes mis en place : cadres et format (suite)		
Parmi la population ayant mis en place les groupes		
	N = 29	%
Le programme est-il proposé en individuel à un seul couple de parents ?	18	62
Minimum pour former un groupe		
1	7	27
3	11	42
4	5	19
6	1	4
8	2	8
Maximum pour former un groupe		
1	2	9
3	2	9
4	3	14
5	3	14
6	8	36
8	2	9
11	1	5
14	1	5
Des réunions post-formation sont-elles pratiquées ?		
<i>non concerné</i>	8	28
<i>oui</i>	10	34
<i>non</i>	10	34

...

Annexe 11 :

Tableau III.2) Caractéristiques des programmes mis en place : enfants, population cible

Parmi la population ayant mis en place les groupes		
	N = 29	%
Tranches d'âges des enfants avec TDAH dont les parents sont concernés par le programme		
	N = 29	
<i>3 à 6 ans</i>	9	31
<i>6 à 11</i>	25	86
<i>11 à 15</i>	18	62
<i>15 ou plus</i>	6	21
Profil des patients pour lesquels le programme est proposé		
TDAH sans comorbidité, de type...		
	N = 28	
<i>Inattention prédominante</i>	18	64
<i>Hyperactivité-impulsivité prédominant</i>	23	82
<i>Mixte</i>	20	71
TDAH avec comorbidité, de type...		
<i>Trouble oppositionnel avec provocation</i>	27	96
<i>Trouble de conduites</i>	15	54
<i>Trouble anxieux</i>	16	57
<i>Troubles des apprentissages</i>	19	68
<i>Dépression</i>	7	25
<i>Trouble du spectre autistique</i>	12	43
<i>Autre¹⁵</i>	2	7
...		

¹⁵ Parmi lesquels : parents d'enfants à haut potentiel, et opposition sans TDAH de diagnostiqué

Annexe 12 :

Tableau III.3) Caractéristiques des programmes mis en place : parents, population cible

Parmi la population ayant mis en place les groupes		
	N = 29	%
La présence des 2 parents est-elle exigée ? (= oui)		
<i>non</i>	12	43%
<i>oui</i>	10	36%
<i>oui, sauf si les parents sont séparés</i>	6	21%
Programme proposé à d'autres personnes de l'entourage de l'enfant		
<i>Parents seuls</i>	10	40
<i>Beaux-parents</i>	13	52
<i>Grands-parents</i>	2	8
<i>Famille d'accueil</i>	8	32
<i>« Autres » (= nounous)</i>	1	4
Facteurs contre-indiquant l'inclusion d'une famille		
<i>Aucun</i>	15	54
<i>Liés à l'enfant</i>	5	18
<i>Liés à la famille</i>	11	39
Fréquence de l'évaluation et de l'orientation des parents pour une aide personnelle (échelle quantitative de 0 à 4)		
<i>0 (Etat psychique des parents jamais évalué)</i>	2	7
<i>1</i>	3	10
<i>2</i>	9	31
<i>3</i>	6	21
<i>4 (évaluation systématique de l'état psychique des parents)</i>	9	31

**STUDY OF THE IMPLEMENTATION OF A PARENT TRAINING FOR THE
ATTENTION-DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER.**

**LIMITS TO THE IMPLEMENTATION AND ADAPTATIONS PROPOSED BY
THE TRAINED PROFESSIONNALS.**

SUMMARY:

The treatment of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is multimodal in the recommendations. It covers the Behavioral Parent Training (BPT) which have been developed in research and are sometimes far from the clinical practice conditions. Our descriptive study questions fifty-nine professionals on whether or not they have tried to implement BPT practices in their work after being trained. Twenty-one did not offer any BPT, and the main obstacles mentioned are the lack of time, the lack of volunteered parents, and the complexity of the implementation. Those who did put in place a BPT made many changes to the program framework and content. By comparing the adaptations done with what the literature recommends, some of them seem relevant (better accessibility and more individualized interest for the parents) while others let fear to be jeopardizing the program's effectiveness.

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE : Specialized clinical medicine

KEY WORDS : Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Behavioral Parent Training (BPT), implementation, limits, adaptations

TITLE AND ADRESS OF UFR OR LABORATORY :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Thesis Research Supervisor : Pr Jean-Philippe RAYNAUD
Co-supervisor : Dr Marie TARDY

**ETUDE DE LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME D'ENTRAINEMENT
AUX HABILETES PARENTALES DANS LE CADRE DU TROUBLE DEFICIT DE
L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITE.
LIMITES A L'IMPLANTATION ET ADAPTATIONS PROPOSEES PAR LES
PROFESSIONNELS FORMES.**

RESUME EN FRANÇAIS :

La prise en charge du Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité est multimodale dans les recommandations. Elle inclut les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP). Ils sont développés en recherche et parfois éloignés des conditions de pratique clinique. Notre étude descriptive interroge cinquante-neuf professionnels sur les suites données à leur formation aux PEHP. Vingt-et-un ne l'ont pas proposé. Les barrières à l'implantation relevées sont : le temps insuffisant, le manque de parents volontaires, et l'implantation compliquée. Ceux qui le mettent en place apportent de nombreuses modifications au cadre et au contenu du programme. En comparant les adaptations à la littérature, certaines semblent pertinentes (accessibilité renforcée et intérêt individualisé pour les parents) quand d'autres font craindre une altération de son efficacité.

TITRE EN ANGLAIS :

STUDY OF THE IMPLEMENTATION OF A PARENT TRAINING FOR THE
ATTENTION-DEFICIT / HYPERACTIVITY DISORDER.
LIMITS TO THE IMPLEMENTATION AND ADAPTATIONS PROPOSED BY
THE TRAINED PROFESSIONNALS.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH),
programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP), implantation, barrières,
limites, adaptations

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Pr Jean-Philippe RAYNAUD
Co-directrice : Dr Marie TARDY