



ELSEVIER  
MASSON

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



Pratiques psychologiques xxx (2009) xxx–xxx

Pratiques  
psychologiques

[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

Psychologie du développement

# Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H : considérations pratiques et implications cliniques

*Behavioral parent training programs for parents of children  
with ADHD: Practical considerations and clinical implications*

S. Hauth-Charlier<sup>a,1,\*</sup>, C. Clément<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, université de Strasbourg,  
12, rue Goethe, 67000 Strasbourg, France

<sup>b</sup> Université du Québec à Montréal (UQÀM), Canada

Reçu le 6 octobre 2008 ; accepté le 8 janvier 2009

## Résumé

Le traitement pharmacologique préconisé pour les enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) a désormais montré son efficacité. Pourtant, ses limites, ainsi que les répercussions du TDA/H sur le bien-être familial en lien avec les pratiques éducatives parentales, rendent nécessaire l'établissement d'un traitement complémentaire. De nombreuses études s'accordent quant à l'efficacité des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP). L'objectif de cette revue de question, basée sur la littérature portant sur les PEHP, est d'analyser les facteurs pouvant influencer l'issue de telles interventions. Ainsi, les paramètres des PEHP, les caractéristiques des parents et des enfants, seront évoqués pour aboutir à des recommandations destinées aux cliniciens et chercheurs s'intéressant aux PEHP dans le cadre du TDA/H.

© 2009 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : TDAH ; Habiletés parentales ; Stress parental ; Comportements perturbateurs ; PEHP

## Abstract

The pharmacological treatment advocated for children affected by attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) has now demonstrated its efficiency. However, its limitations and the impact of ADHD on family

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [shcharlier@gmail.com](mailto:shcharlier@gmail.com) (S. Hauth-Charlier).

<sup>1</sup> Doctorante et psychologue.

well-being, linked with parenting practices, make it necessary to establish an alternative treatment. Numerous studies agree about the effectiveness of Behavioral Parent Training programs (BPT). The purpose of this review, based on the literature describing BPT, is to analyze the factors that could influence the outcome of such interventions. Thus, the parameters of BPT, the characteristics of parents and children, will be mentioned in order to produce recommendations for clinicians and researchers interested in BPT within the framework of ADHD.

© 2009 Société française de psychologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords:* ADHD; Parental skills; Parental stress; Behavioral disorders; BPT

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est un trouble chronique caractérisé par un niveau excessif d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité par rapport aux enfants d'un même niveau développemental (APA, 2004). Avec une prévalence de 3 à 7 % parmi la population générale, il s'agit d'un des troubles les plus diagnostiqués chez les enfants d'âge scolaire (APA, 2004) et constitue un des motifs principaux de consultation dans les services de santé mentale (Barkley, 1998). Des concomitances sont fréquemment observées avec le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le trouble des conduites (TC), ou encore avec des troubles internalisés tels que des troubles anxieux ou une dépression (APA, 2004 ; Pelham et Fabiano, 2001). Cela se traduit par des comportements perturbateurs, notamment des comportements opposants, désobéissants, provocateurs et agressifs, ainsi que par des difficultés dans les relations sociales, les apprentissages scolaires et une faible estime de soi (APA, 2004 ; Daley, 2006). Ainsi, le TDA/H est fréquemment associé à une altération du fonctionnement cognitif, scolaire et familial (Chronis et al., 2006 ; Pelham et Fabiano, 2001). Bien que les symptômes caractéristiques du trouble tendent à diminuer avec l'âge, ils restent présents chez 50 à 70 % des enfants diagnostiqués, entraînant des répercussions sur leur fonctionnement à l'adolescence et à l'âge adulte (Faraone et al., 2006). Ainsi, sa prévalence, sa chronicité, l'ampleur de ses répercussions et son pronostic font du TDA/H un véritable problème de santé publique (Pelham et al., 2000) pour lequel il est nécessaire d'établir un traitement efficace à court et à long termes (Jensen et al., 2001).

Seuls les traitements par stimulation du système nerveux central (i.e. traitements pharmacologiques par psychostimulant), les traitements psychosociaux (i.e. thérapie comportementale) et la combinaison de ces deux traitements ont démontré leur efficacité de manière empirique (Kutcher et al., 2004 ; Pelham et al., 1998).

Depuis ces 30 dernières années, la médication représente le traitement de choix pour les enfants présentant un TDA/H. En Amérique du Nord, environ 85 % de ces enfants sont traités par psychostimulant (Olfson et al., 2003). Un large corpus d'études a montré son efficacité, se traduisant par une amélioration des symptômes caractéristiques du trouble et du fonctionnement de l'enfant (Pelham et al., 2000 ; Chronis et al., 2006). Néanmoins, malgré ses effets bénéfiques indéniables, certaines limites sont à noter. Tout d'abord, il peut provoquer des effets secondaires indésirables, principalement des pertes d'appétit, des insomnies ou des maux de tête (Kutcher et al., 2004). Ensuite, les bénéfices de ce traitement ne semblent pas se maintenir à long terme, les améliorations constatées sous traitement s'estompant après l'arrêt de celui-ci (Abikoff et al., 2004). De plus, parmi les 70 à 80 % d'enfants répondant de façon positive à cette médication, tous n'attestent pas d'une amélioration suffisante de leur fonctionnement pour que leurs comportements soient considérés comme appartenant à la norme (Jensen et al., 2001 ; Pelham et al., 1998 ; Pelham et al., 2000). Quant aux relations entre pairs, souvent difficiles chez les enfants présentant un TDA/H, elles ne montrent pas de changement suite à la mise en place d'un tel traitement

(Hoza et al., 2005). De même, la prise de psychostimulant par les enfants présentant un TDA/H n'entraîne pas d'amélioration du fonctionnement parental (Chronis et al., 2003b). Ces auteurs postulent que les répercussions du TDA/H sur le fonctionnement des parents et de l'enfant, ainsi que sur leurs relations, sont telles, qu'il est peu probable qu'une simple médication mène à une amélioration dans ces domaines. Par conséquent, au vu des limitations inhérentes aux traitements pharmacologiques, il paraît essentiel de s'intéresser aux thérapies comportementales ayant d'ores et déjà démontré leur efficacité dans cette application.

Parmi celles-ci, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) sont les plus fréquemment étudiés afin de gérer les troubles du comportement (Kazdin, 1997), en particulier dans le cadre du TDA/H (Chronis et al., 2004 ; Pelham et al., 1998). En effet, bien qu'il soit désormais reconnu une base génétique et biologique au TDA/H (Kutcher et al., 2004), la manière dont les parents interagissent avec leur enfant peut venir accentuer ou prévenir ses comportements-problèmes ; la répétition de ces interactions parents-enfant ayant un effet sur le bien-être familial (Granic et Patterson, 2006). Ainsi, les comportements opposants, désobéissants et parfois agressifs, présentés par les enfants présentant un TDA/H, mènent à des perturbations dans les relations parents-enfant et participent de l'augmentation du stress parental (Barkley, 1997). Les adolescents présentant un TDA/H, ainsi que leurs parents, usent plus fréquemment de comportements aversifs les uns envers les autres que les dyades adolescent-parents tout-venant (Barkley et al., 1992). Les parents expriment davantage de désapprobation, recourent plus régulièrement aux punitions physiques et témoignent de plus de comportements parentaux négatifs (Barkley, 1998). Au cours du temps, pour gérer les comportements excessifs de leur enfant, les parents peuvent non intentionnellement développer des stratégies éducatives mal adaptées, voire contre-productives (Patterson et al., 1989). Cela se traduit par exemple par une attention paradoxale : les parents tendent à ignorer les comportements adaptés de leur enfant (e.g. jouer tranquillement), tandis qu'ils réagissent aux comportements inadaptés (e.g. crier). De la sorte, s'instaure progressivement un climat coercitif où seuls les comportements aversifs (e.g. insultes, ordres, soumissions, contraintes) permettent aux parents et à l'enfant d'obtenir la conséquence attendue (Patterson, 1982). Ainsi, les pratiques éducatives parentales inadaptées entraînent l'escalade et le maintien des comportements antisociaux des enfants (Granic et Patterson, 2006). C'est pourquoi il paraît primordial, dans la prise en charge du TDA/H, de travailler directement avec les parents afin de les aider à rétablir des interactions positives avec leur enfant. Dans cette perspective, les PEHP sont l'intervention la plus préconisée (Anastopoulos et al., 1993 ; Chronis et al., 2004 ; Pelham et al., 1998). Les chercheurs ayant évalué ce type de programme auprès d'enfants d'âge préscolaire, scolaire ou d'adolescents ont généralement rapporté une amélioration du bien-être parental (e.g. stress parental, dépression, satisfaction conjugale, sentiment de compétence), une augmentation de l'habileté parentale à gérer les comportements perturbateurs de leur enfant, une amélioration des relations parents-enfant et des comportements de l'enfant (Anastopoulos et al., 1993 ; Barkley et al., 2000 ; Barkley et al., 2001 ; Sonuga-Barke et al., 2001).

Parce qu'ils répondent aux problématiques familiales et sociales rencontrées par les enfants présentant un TDA/H et leurs parents, les PEHP représentent à ce jour une intervention thérapeutique alternative ou complémentaire au traitement pharmacologique. Toutefois, dans le but d'assurer leur efficacité auprès de cette population spécifique, il est indispensable d'étudier les facteurs de réussite de ces programmes. Dans cette optique, après une brève présentation des théories et principes régissant les PEHP, seront discutés les facteurs déterminant l'issue de ce type d'intervention. Il s'agit des paramètres des PEHP, des caractéristiques des parents et des caractéristiques des enfants.

## 1. Théories et principes sous-jacents aux PEHP

Les PEHP répondent de la clinique comportementale basée notamment sur les principes de l'apprentissage opérant. Selon ces principes, un comportement est émis dans un contexte donné suite à l'apparition d'un événement antécédent (i.e. stimulus discriminatif) et provoque un changement dans l'environnement (i.e. conséquence) qui déterminera la probabilité de réapparition (i.e. augmentation, diminution ou extinction) de ce comportement dans ce même contexte (Clément, 2006). Par conséquent, pour faire varier la forme ou la fréquence d'un comportement cible, il est nécessaire de repérer avec précision son antécédent et sa conséquence afin d'agir dessus (Clément, 2006). Les PEHP sont également ancrés dans les travaux de Patterson, tenant des théories l'apprentissage social, qui postule que les parents vont, par des pratiques éducatives inappropriées, involontairement développer et maintenir les problèmes de comportement présents chez leur enfant (Granic et Patterson, 2006 ; Patterson et al., 1989).

Ainsi, selon les principes de la psychoéducation, l'objectif des PEHP est d'aider les parents à adopter des pratiques éducatives adaptées afin de gérer les problèmes de comportement de leur enfant, mais aussi de diminuer le stress qu'ils peuvent éprouver (Anastopoulos et al., 1993 ; Barkley, 1997 ; Pelham et al., 1998). Sur la base des théories de l'apprentissage, un thérapeute les aide à identifier et manipuler les antécédents (e.g. la manière de formuler une demande, un ordre) et les conséquences (e.g. la manière de réagir lorsque l'enfant obéit ou désobéit) du comportement de l'enfant (e.g. sa réponse à la demande parentale) (Barkley, 1997 ; Kazdin, 1997 ; Sonuga-Barke et al., 2001 ; Weinberg, 1999). Pour ce faire, différentes techniques – principalement le renforcement positif des comportements adaptés – sont enseignées aux participants dans le but d'augmenter les comportements appropriés et de diminuer les comportements indésirables de leur enfant (Barkley, 1997 ; Barkley et al., 2001). Alors que les chercheurs ayant étudié ce type d'intervention auprès de parents d'enfant présentant un TDA/H ou des troubles du comportement s'accordent quant aux théories et aux mécanismes sous-jacents, les thèmes abordés et techniques enseignées ne sont pas identiques pour tous les programmes.

Fabiano (2007) recense 32 études, menées entre 1976 et 2006, ayant évalué un PEHP auprès de parents ayant un enfant diagnostiqué TDA/H. Tous les auteurs n'ont pas utilisé la même méthodologie, aussi bien le nombre de rencontres, leurs contenus, le format ou le cadre du PEHP, que les caractéristiques des sujets, parents ou enfants, varient d'une étude à l'autre, pouvant justifier de disparités dans les résultats (Fabiano, 2007 ; Chronis et al., 2004).

Afin de rendre les PEHP le plus efficaces possibles, pour que les parents participant et leur enfant en bénéficient au mieux, il est nécessaire de s'attarder dans un premier temps sur les paramètres de ce type d'intervention comme facteurs prédictifs du succès du programme. Initialement, toutes les interventions n'ont pas été élaborées spécifiquement pour le traitement du TDA/H, mais de manière plus générale pour aider les parents à gérer les comportements opposants, désobéissants et agressifs de leurs enfants. Cependant, seules les études ayant appliqué les PEHP auprès de parents d'enfant présentant un TDA/H sont évoquées ici.

## 2. Paramètres des programmes d'entraînement aux habiletés parentales

Une recension des études permet de mettre en évidence les principaux paramètres pouvant contribuer à la réussite de ce type d'intervention. Nous en dégageons cinq essentiels, à savoir le nombre de rencontres, les contenus et les thèmes abordés lors de celles-ci, les modes et les supports d'enseignement utilisés par le thérapeute, le format, ainsi que le cadre des PEHP. Dans

le **Tableau 1** sont détaillés, entre autres, ces cinq paramètres pour 11 programmes. Parmi les programmes répertoriés (Chronis et al., 2004 ; Fabiano, 2007 ; Pelham et al., 1998), il s'agit des plus fréquemment mis en place auprès de parents d'enfant atteint de TDA/H.

### 2.1. Nombre de rencontres

Les PEHP se déroulent sous forme de rencontres hebdomadaires ou bimensuelles, entre le ou les thérapeutes et les parents, à raison de huit à 15 séances en moyenne pour l'ensemble du programme (Barkley, 1997 ; Cunningham, 2006 ; Pelham et al., 1998), voire jusqu'à 20 séances dans de rares cas (Robin, 1998, 2006). Bien que l'effet de ce paramètre n'ait pas encore été étudié pour les PEHP dans le cadre du TDA/H, Kazdin (1997), ayant travaillé sur la problématique des conduites antisociales, attribue à la durée des programmes une influence sur leur efficacité. Selon lui, les interventions de courte durée (i.e. dix heures ou moins), entraîneraient de moindres bénéfices par rapport à un nombre d'heures plus conséquent (i.e. environ 50 heures). Il peut être postulé qu'un nombre flexible de rencontres permettrait une meilleure adaptation du contenu et du rythme du programme aux caractéristiques des parents, de l'enfant et de la situation. Néanmoins, un nombre trop important de séances pourrait augmenter le coût financier de l'intervention pour les parents, mais également freiner leur engagement dans le programme.

### 2.2. Contenus et thèmes abordés

Parmi les PEHP, un noyau commun aux différentes interventions se dégage quant aux thèmes abordés (**Tableau 1**), à savoir le thème du développement de l'enfant et des facteurs de risques contribuant à l'augmentation et au maintien des problèmes de comportement. En effet, il paraît essentiel, pour que les parents saisissent les tenants et les aboutissants d'un tel traitement, qu'ils comprennent les mécanismes sous-jacents aux comportements de leur enfant (Chronis et al., 2004).

Sont également enseignés aux parents, les concepts et procédures d'attention positive et sélective, les techniques de mise en place de systèmes de renforcement (e.g. programme d'économie de jetons ; voir par exemple Paquet et Clément, 2008) ou de punition, notamment la procédure de mise en retrait (ang. *time-out*). En cohérence avec les objectifs des PEHP, les parents sont entraînés à manier les renforcements positifs (e.g. agents renforçateurs sociaux tels que l'attention positive, les encouragements, les félicitations et les agents renforçateurs matériels tels que les récompenses) afin d'augmenter la fréquence d'apparition des comportements désirés et à ignorer les comportements indésirables ou utiliser les temps d'arrêt et les retraits temporaires d'agent renforçateur pour diminuer leur fréquence d'apparition (Barkley et al., 2000 ; Barkley et al., 2001 ; Pelham et al., 1998 ; Weinberg, 1999). Parce qu'elles sont directement liées aux théories de l'apprentissage social à la base de ce type d'intervention, ces procédures, et particulièrement les procédures de renforcement positif, constituent la base de tous les PEHP et participent sans conteste à leur efficacité.

Par ailleurs, seul Robin (1998, 2006) s'est intéressé à des domaines spécifiques, pourtant largement admis comme déficitaires chez les jeunes présentant un TDA/H, à savoir par exemple le renforcement de l'estime de soi, le développement des habiletés sociales et de la maîtrise de soi. Cependant, cet auteur a élaboré son programme pour les parents d'adolescents présentant un TDA/H. Ainsi, il peut être postulé que ces problématiques, à cet âge, sont davantage ancrées dans le fonctionnement de l'adolescent, et de ce fait engendrent davantage de répercussions que chez

Tableau 1  
Paramètres des principaux PEHP évalués auprès de parents d’enfant présentant un TDA/H (d’après Massé et al., 2006).

Caractéristiques	Auteurs des programmes										
	Patterson (1976)	Forehand et McMahon (1981)	Braswell et Bloomquist (1991)	Webster-Stratton (1992)			Barkley (1997)	Barkley et al. (1999)	Everett et Everett (1999)	Cunningham (2006)	Robin (1998, 2006)
				2–7	4–10	5–12					
<i>Âge des enfants</i>											
Précolaire	x	3–8	x	x	x		x		x	4–12	
Scolaire	x	3–8	x	x	x		x		x	4–12	
Secondaire			x					x	x		x
<i>Nombre de rencontres</i>	5 et +	10 et +	5 et +	18 et +	18 et +	18 et +	10	18	12 et +	8–16	20
<i>Format</i>											
Parents–enfant									x		x
Groupe			x	x	x		x	x		x	
Individuel	x	x	x				x	x			x
<i>Programme d’intervention multidimensionnelle</i>			x	x	x					x	x
<i>Modes et supports d’enseignement</i>											
Enseignement/Présentation			x				x	x	x		
Exercices variés											
Résolution de problème		x	x				x	x		x	
Modelage	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Vidéos				x	x	x				x	
Jeux de rôle									x	x	x
Devoirs/exercices à réaliser à la maison			x	x	x		x	x	x	x	
Instruments d’évaluation			x	x	x		x	x	x		x
Documents remis aux participants							x	x			x
Pratique supervisée	x	x	x	x	x				x	x	x
Restructuration cognitive/recadrage			x	x	x				x	x	x
Thérapie	x	x	x								x
Activité sociale informelle				x	x	x				x	

*Principaux contenus ou thèmes abordés lors des rencontres*

Problématique du TDA/H			x						x	x	x	x
Développement des enfants et facteurs de risque de développement des problèmes de comportement	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Compensation des déficits de l'enfant (organisation de l'environnement familial)			x									x
Fratrie									x		x	x
Participation à la vie scolaire et soutien aux apprentissages							x					x
Directives et règles	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
Attention positive	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Attention sélective	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Contrat de comportement			x						x	x	x	x
Systèmes de renforcement	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Punitions (conséquences, pertes de privilège, réprimandes, retrait, etc.)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gestion de crise												x
Renforcement de l'estime de soi												x
Acquisition et renforcement des habiletés sociales												x
Pratiques de communications familiales (écoute, expression des émotions, etc.)	x	x	x			x			x	x		x
Résolution de conflits (négociation, médiation et conseil familial)	x	x	x			x			x	x		x
Développement de l'autocontrôle (maîtrise de soi)			x									x
Gestion de l'anxiété												x
Dépression des parents							x					x

un enfant plus jeune. À ce jour, ce programme n'ayant pas encore été évalué, il est difficile de conclure sur la pertinence de tels thèmes, même si des bienfaits sur le plan clinique ont d'ores et déjà été notés.

### 2.3. Modes et supports d'enseignement

Les méthodes d'enseignement sont un troisième facteur fréquemment avancé pour justifier de l'efficacité de ce type d'intervention. Webster-Stratton (1984) a montré qu'une approche collaborative entre les parents et le thérapeute engendrait de meilleurs résultats aux PEHP. Cette approche consiste en une implication active des parents dans le processus thérapeutique en sollicitant leurs idées et en déterminant conjointement les buts précis à atteindre en fonction de leurs besoins.

Même si la majorité des auteurs le propose (Tableau 1), il n'existe pas de consensus quant à l'emploi d'exercices à réaliser à la maison. Pourtant, cela est reconnu comme favorisant la modification des pratiques parentales (Anastopoulos et al., 2006). En effet, l'objectif est bien d'aider les parents à adopter des pratiques parentales adaptées pour gérer les comportements indésirables de leur enfant, et pour ce faire, les entraîner à mettre en place ces procédures à domicile, au fur et à mesure de l'avancée du programme, paraît décisif. De même, seuls quelques programmes remettent aux participants des manuscrits résumant les diverses étapes (Barkley, 1997 ; Barkley et al., 1999 ; Robin, 1998, 2006). Or de tels documents reprenant les points essentiels peuvent augmenter l'autonomie des parents en servant par exemple de référence pour effectuer les devoirs à la maison.

Des enregistrements vidéo pour illustrer et modeler les techniques à mettre en place par les parents sont parfois utilisés (Cunningham, 2006 ; Webster-Stratton, 1992). Cette technique de présentation offre un support pouvant notamment palier les difficultés verbales ou d'attention de certains participants et peut ainsi être particulièrement profitable aux parents moins éduqués ou pour la formation à des techniques complexes (Chronis et al., 2004 ; Cunningham, 2006). La mise en place de jeux de rôle, proposée par certains auteurs (Cunningham, 2006 ; Everett et Everett, 1999 ; Robin, 1998, 2006), présente les mêmes avantages que l'utilisation de la vidéo, tout en étant un mode d'enseignement plus vivant et plus facilement adaptable par le thérapeute aux problématiques propres à chaque famille (Tableau 1).

### 2.4. Format

Alors que certains chercheurs ont opté pour un traitement en individuel (Patterson, 1976), d'autres ont mené leur intervention sous forme de groupes de parents (Barkley, 1997). L'un et l'autre formats présentent leurs avantages. Le format individuel permet non seulement au thérapeute d'ajuster le contenu et le rythme aux problématiques des parents, mais également de leur porter davantage d'attention que dans une situation de groupe (Chronis et al., 2004 ; Robin, 2006) ; ces conditions pouvant favoriser l'engagement des parents dans la démarche thérapeutique. Cependant, les PEHP en individuel sont onéreux et coûteux en temps (Webster-Stratton, 1984). Au contraire, en groupe, les PEHP sont plus rentables financièrement et en termes de temps que les interventions individuelles (Webster-Stratton, 1984). De plus, ce format offre une opportunité de soutien social, les parents pouvant échanger avec d'autres parents rencontrant les mêmes difficultés. Bien que les PEHP en groupe paraissent les plus avantageux, selon les caractéristiques de la situation (e.g. troubles du comportement très prononcés, concomitance avec un trouble envahissant du développement) et le profil des parents (e.g. difficultés intellectuelles,



timidité), il peut être préférable de mener cette intervention en individuel afin d'en optimiser les bénéfices.

### 2.5. Cadre

À ce jour, la majorité des études évaluant les PEHP auprès de parents d'enfants présentant un TDA/H a été menée dans des cliniques et centres hospitaliers. Toutefois, ce lieu d'intervention peut être particulièrement stressant, stigmatisant et contraignant pour les parents (e.g. temps et coût de déplacement, garde des enfants) (Cunningham, 2006). En rendant l'intervention plus facilement accessible aux parents en l'implantant dans des écoles de quartier, en soirée, et en offrant au même moment un service de garde pour les enfants, Cunningham (2006) note un taux de participation plus important et un maintien à plus long terme des bénéfices en comparaison aux PEHP conduits en milieu hospitalier.

Ainsi, il est possible d'adapter les différents paramètres des PEHP afin de rendre l'intervention thérapeutique optimale pour les parents et les enfants. Pour ce faire, il paraît également important de s'intéresser aux caractéristiques des parents et à celles des enfants, non seulement pour ajuster l'intervention aux participants en fonction de leurs demandes et problématiques, mais aussi pour déterminer si, pour chaque situation, un PEHP représente l'intervention la plus appropriée ou s'il peut être pertinent de proposer d'autres prises en charge au préalable.

## 3. Caractéristiques des parents

Du fait des symptômes et caractéristiques associées au TDA/H, il n'est pas étonnant que les parents éprouvent des difficultés à gérer les comportements de leur enfant et se sentent dépassés. Il est fréquent que ces parents se décrivent comme moins compétents et éprouvent une moindre satisfaction dans l'exercice de leur rôle (Harrison et Sofronoff, 2002). Compte tenu de la portée du fonctionnement parental et familial sur l'évolution à long terme des enfants, il est fondamental d'essayer d'analyser dans un premier temps les caractéristiques des parents pouvant maintenir les problèmes de comportement ou encore participer de l'échec des PEHP. Il apparaît que quatre variables principales sont souvent évoquées comme ayant une influence sur l'issue des PEHP ainsi que sur le devenir des enfants présentant un TDA/H. Parmi celles-ci, la psychopathologie parentale est la plus fréquemment avancée.

### 3.1. Psychopathologie

La psychopathologie parentale a été identifiée comme ayant un effet délétère sur la réussite des PEHP pour les parents d'enfants atteints d'un TDA/H (Chronis et al., 2006 ; Chronis et al., 2003a ; Sonuga-Barke et al., 2002).

Plus précisément, les parents d'enfants présentant un TDA/H, et particulièrement les mères, sont plus sujets à l'anxiété, aux troubles de l'humeur et à la dépression que les parents d'enfants tout-venant (Chronis et al., 2003a). Cette donnée est à prendre en considération par les cliniciens voulant proposer un PEHP, la littérature faisant état d'un lien significatif entre une dépression maternelle et des pratiques éducatives négatives et incohérentes, ainsi qu'avec des conflits conjugaux plus importants (Chronis et al., 2004).

Par ailleurs, les chercheurs ayant étudié la consommation d'alcool et de drogue chez les parents d'enfants présentant un TDA/H ont surtout mis en évidence une consommation plus importante lorsque le TDA/H est associé à un TOP ou un TC (Chronis et al., 2006). Aussi, la concomitance

entre ces troubles est corrélée avec une prise de stimulant ou une dépendance à la cocaïne plus fréquentes chez les mères (Chronis et al., 2003a). De plus, bien qu'il ne s'agisse pas d'abus à proprement parler, les parents de ces enfants ont tendance à consommer davantage d'alcool que les parents d'enfants tout-venant (Chronis et al., 2003a). Ces constats appuient l'idée d'une action réciproque entre la consommation d'alcool et de drogue des parents, en partie responsable des conduites parentales négatives, et les comportements adoptés par les enfants présentant un TDA/H (Chronis et al., 2004).

Enfin, il est fréquent d'observer un TDA/H chez au moins un des parents d'enfants touchés (Chronis et al., 2003a; Kutcher et al., 2004), il y a ainsi deux à huit fois plus de chances que les parents d'un enfant présentant un TDA/H remplissent eux-mêmes les critères diagnostiques de ce trouble (Kutcher et al., 2004). Sonuga-Barke et al. (2002) rendent compte du fait qu'un nombre important de symptômes du TDA/H observés chez les mères limite les bénéfices des PEHP pour l'enfant. Il peut être postulé que les parents touchés par ce trouble éprouvent davantage de difficultés que les autres parents à adhérer au programme, à suivre les étapes, ils peuvent être distraits ou inattentifs durant les séances, ou encore oublier de faire les devoirs à la maison.

En discussion, nous reviendrons sur les implications de telles psychopathologies sur la mise en place d'un PEHP et sur les initiatives pouvant permettre au thérapeute de palier les difficultés spécifiques de ces parents.

### 3.2. *Conflits conjugaux*

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les parents rencontrent davantage de problèmes conjugaux et de désaccords dans leur couple que les parents d'enfants tout-venant (Murphy et Barkley, 1996). Certaines études ont mis en évidence une plus grande insatisfaction conjugale chez les parents d'enfants présentant un TDA/H associé à un TOP ou à un TC, que dans le cas d'un TDA/H pur (Barkley et al., 1992). Cette situation familiale est fortement corrélée, d'une part, avec les troubles du comportement manifestés par les enfants et, d'autre part, avec des pratiques parentales inadaptées et des réponses émotionnelles plus rares (Webster-Stratton et Hammond, 1999). Ces auteurs ont montré que le lien entre les conflits conjugaux et les interactions coercitives au sein de la famille est médiatisé par le style éducatif aversif adopté par les parents. Par conséquent, le climat conjugal influe incontestablement sur la probabilité de succès des PEHP pour les enfants présentant des troubles du comportement, et particulièrement dans le cadre du TDA/H où ces interactions coercitives, ces comportements aversifs et ces désaccords conjugaux sont fréquents. Anastopoulos et al. (1993) rapportent un effet positif des PEHP sur les symptômes du TDA/H, ainsi que sur l'estime de soi et le stress éprouvé par les parents, mais aucunement sur la satisfaction conjugale des couples ayant débuté la thérapie avec un faible niveau de satisfaction. C'est pourquoi, afin d'augmenter les bénéfices des PEHP, les cliniciens se doivent de prendre cette variable en considération et d'ajuster leurs futures interventions, par exemple en proposant parallèlement des entretiens individuels.

### 3.3. *Statut socioéconomique*

Le statut socioéconomique (SSE) comprend le niveau d'éducation des parents, leur situation familiale, leur profession ainsi que les revenus du foyer (Rieppi et al., 2002).

Les enfants présentant un TDA/H issus de familles avec un faible niveau d'éducation bénéficient autant d'un traitement combiné (pharmacologique et comportemental) que d'un traitement pharmacologique, alors que les enfants issus de familles avec un niveau élevé d'éducation témoignent

d'une plus grande amélioration des symptômes principaux du trouble avec un traitement combiné (Rieppi et al., 2002). Les familles les plus éduquées tireraient davantage profit d'une intervention comportementale car elles intègreraient plus facilement les concepts et théories proposées.

Par ailleurs, aucun effet des revenus familiaux et du statut conjugal sur l'efficacité des traitements n'est démontré. Le fait que, dans l'étude de Rieppi et al. (2002), les interventions soient menées en individuel, peut venir nuancer ces résultats, ce format permettant une meilleure adaptation des séances aux caractéristiques familiales.

Ainsi, concernant le SSE, seul le niveau d'éducation représente un facteur influençant la portée des traitements proposés ; aucun consensus n'existant pour l'effet du statut conjugal.

### 3.4. *Cognition parentale*

Johnston et Freeman (1997) rapportent que comparativement aux parents d'enfants ne manifestant pas de troubles de comportement, les parents d'enfants présentant un TDA/H attribuent plus fréquemment les comportements opposants, défiants et agressifs à des causes internes, les définissent comme moins contrôlables par l'enfant, et plus stables à travers le temps. Du fait notamment de ces attributions, les parents adoptent plus couramment des conduites éducatives inappropriées (Johnston et Freeman, 1997). Cela signifie que, lorsque les parents estiment leur enfant responsable de ses comportements perturbateurs, il est plus probable qu'ils y répondent de façon négative. Au fur et à mesure, ils abandonnent toute tentative d'éducation et de gestion des conflits, se sentant impuissants face à ces comportements, ne les pensant pas sous leur contrôle (Johnston et Freeman, 1997). Ce sentiment de non-contrôle et d'incompétence représente l'un des facteurs prédicteurs le plus important de détresse psychologique (Harrison et Sofronoff, 2002).

Dans une étude de grande envergure sur le TDA/H (i.e. l'étude du MTA ; ang. *Multimodal Treatment study of ADHD*), il a été montré que les cognitions négatives qu'ont les parents à propos d'eux-mêmes (e.g. faible estime de soi de la mère), des comportements de leur enfant (e.g. attributions du père concernant la désobéissance de son enfant), et de leurs pratiques éducatives, sont associées à une faible efficacité des traitements pharmacologiques, comportementaux et de la combinaison des deux (Hoza et al., 2000). Par conséquent, pour identifier les parents risquant de quitter prématurément le PEHP, mais aussi pour modifier à long terme leurs pratiques éducatives, il est nécessaire de s'interroger, au début de traitement, sur les attentes qu'ils ont vis-à-vis de la thérapie, sur la perception qu'ils ont d'eux-mêmes et sur les attributions qu'ils ont développées face aux comportements de leur enfant.

S'il est désormais évident, au vu des résultats de différentes études, que les caractéristiques des parents et de la situation familiale sont à considérer pour la mise en place d'un PEHP, il n'en est pas moins que ces interventions, parce qu'elles visent notamment l'amélioration des comportements de l'enfant, doivent tenir compte des caractéristiques de celui-ci.

## 4. *Caractéristiques des enfants*

Le format, le contenu, les méthodes d'enseignement, le cadre, doivent être adaptés aux caractéristiques des parents afin que l'intervention soit le plus abordable possible et qu'ils aient accès à toutes les informations ainsi que techniques nécessaires pour modifier leurs pratiques éducatives. Toutefois, le principal reste que ces techniques répondent à un besoin, qu'elles soient applicables aux situations rencontrées, et pour ce faire le clinicien doit être en mesure de les ajuster aux caractéristiques de l'enfant. Dans cette perspective, un des facteurs les plus importants est sans conteste l'âge de l'enfant.

#### 4.1. Âge

La majorité des études évaluant l'efficacité des PEHP dans le traitement du TDA/H ont été conduites auprès de parents d'enfants d'âge préscolaire ou scolaire, alors que peu d'entre elles ont été menées auprès de parents d'adolescents (Chronis et al., 2004). Cependant, Robin (1998, 2006) a élaboré son intervention en direction de cette population. Il postule que, pour être adaptée à leurs besoins et difficultés, elle doit inclure un PEHP, un entraînement à la résolution de problème et à la communication, des techniques de négociation parent-adolescent, un traitement pharmacologique et une collaboration avec le milieu scolaire. Bien que ce programme n'ait pas encore été évalué empiriquement, il appuie le fait que le traitement du TDA/H doit être adapté à l'âge des enfants et adolescents touchés. En effet, les adolescents font face à des changements qui ont des implications pour l'issue du traitement. Par exemple, comparativement à des enfants plus jeunes, ils témoignent d'une meilleure capacité cognitive, notamment de compréhension et d'abstraction, ils bénéficient d'un soutien social et d'une identité plus marquée sans compter les changements psychologiques et physiques. Le thérapeute doit s'adapter à tous ces éléments en ajustant les techniques enseignées aux parents lors des PEHP.

#### 4.2. Concomitances

Le TDA/H est fréquemment associé à d'autres troubles, en particulier le TOP, le TC, ou encore des troubles anxieux (APA, 2004; Pelham et Fabiano, 2001). Différents chercheurs ont eu le souci de préciser les concomitances des sujets soumis aux traitements proposés et d'analyser leurs bénéfices au regard de celles-ci. Par exemple, l'étude du MTA a évalué l'efficacité des traitements comportementaux, pharmacologiques ou combinés auprès de jeunes diagnostiqués TDA/H pur, TDA/H associé soit à un TOP soit à un TC, TDA/H associé à des troubles anxieux, ou enfin avec une concomitance entre un TDA/H, des troubles anxieux et un TOP ou un TC (Jensen et al., 2001). Les résultats ne révèlent aucune différence de réponse aux traitements entre les enfants avec un TDA/H pur, ou un TDA/H associé à un TOP ou un TC, avec pour tous un effet plus bénéfique des traitements comprenant une médication (Jensen et al., 2001). À l'inverse, pour les enfants atteints d'un TDA/H avec des troubles anxieux, les traitements incluant une intervention comportementale étaient les plus profitables (Jensen et al., 2001). Ainsi, cela suggère que, même si les traitements comportementaux sont efficaces quelles que soient les concomitances, ceux-ci doivent être adaptés selon les manifestations principales du trouble. Pour ce faire, une évaluation poussée des troubles et de leurs répercussions doit être menée avant de mettre en place une intervention comportementale.

### 5. Conclusion : considérations cliniques et perspectives de recherche

Il est désormais admis que les PEHP représentent un traitement efficace dans le cadre du TDA/H (Pelham et al., 1998). Notre revue de question met en évidence un ensemble de variables pouvant influencer l'issue de telles interventions, comme les paramètres des programmes, les caractéristiques des parents et des enfants. Ainsi, le thérapeute doit être en mesure d'ajuster le nombre de séances, les contenus et thèmes abordés, les méthodes d'enseignement, le format et le cadre du PEHP, d'une part aux caractéristiques des parents afin que ceux-ci puissent saisir et s'approprier l'ensemble des techniques enseignées, et, d'autre part, aux caractéristiques des enfants pour que le programme soit adapté à la situation, à leurs difficultés et à la problématique familiale.

Lorsque le contexte n'est pas optimal pour la mise en place d'une telle thérapie, qu'il s'agisse d'une psychopathologie parentale, de conflits conjugaux, d'un faible statut socioéconomique, de cognitions négatives vis-à-vis de l'enfant, du traitement, ou encore d'importantes concomitances, il est fréquent d'observer de moindres bénéfices de la thérapie pour ces familles, voire des parents qui quittent prématurément le programme (Barkley et al., 2000). Une question se pose alors, comment augmenter l'efficacité du PEHP mais aussi l'adhésion des parents au programme ? Nous recommandons de proposer, en première intention, un PEHP sous forme groupale. Le support social offert par ce format peut rassurer les parents se sentant démunis et isolés face aux comportements de leur enfant, tout en étant moins onéreux que le format individuel. Puis, dans une conjoncture particulière, il peut être préférable de proposer des rencontres individuelles aux parents, afin de prendre en charge leurs difficultés pouvant être liées, par exemple, à une psychopathologie, à une histoire familiale difficile ou à des troubles concomitants chez l'enfant. Ces séances, menées en parallèle au PEHP, seraient ciblées sur les problématiques propres à chaque famille, alors que durant le programme, les parents apprendraient les méthodes nécessaires à la gestion des troubles du comportement de leur enfant. Selon le souhait des parents et l'expertise du thérapeute, ces séances complémentaires pourraient également être dispensées par un autre professionnel, ce qui permettrait une distinction entre thérapie du ou des parents, et intervention propre aux difficultés inhérentes au TDA/H de l'enfant. Dans le cas d'une psychopathologie parentale lourde, notre expérience clinique nous amène à penser qu'il serait plus approprié de traiter la psychopathologie parentale avant de mettre en place un PEHP. En effet, cette problématique peut entraver le fonctionnement parental et leur capacité de remise en question. La question reste ouverte. Toutefois, le fait est que les parents, dépassés par les troubles de leur enfant, sont rarement conscients de leurs propres difficultés et celles-ci ne sont découvertes qu'au moment du PEHP. Dans ce cas, il pourrait être délétère d'arrêter le programme pour le recommencer ultérieurement. En effet, l'engagement dans ce type de thérapie sollicite une forte motivation et reporter cette intervention pourrait l'altérer.

Une critique concernant les études évaluant les PEHP dans le traitement du TDA/H est la participation non systématique du père à la thérapie (Sonuga-Barke et al., 2001). Or la présence du père peut augmenter l'adhésion des parents au programme et de ce fait les bénéfices pour l'enfant et la famille (Fabiano, 2007). La participation du père (i.e. principal donneur de soins) se justifie en deux points. Tout d'abord, le père contribue en grande partie au développement de l'enfant, aussi bien concernant la régulation des émotions, la cognition sociale, l'attention, et les relations entre pairs (Fabiano, 2007). Par ailleurs, bien qu'ils qualifient leurs pratiques parentales d'adaptées (Hoza et al., 2000), il a été constaté que les pères éprouvent autant de stress et de difficultés que les mères dans la gestion des comportements perturbateurs de leur enfant. Nous recommandons donc d'inclure le père lors du PEHP.

Bien qu'en Amérique du Nord, le TDA/H et les interventions d'orientation cognitivo-comportementale soient bien établis, Chronis et al. (2004) rapportent que la grande majorité des pédiatres dispense en première intention un traitement pharmacologique. En effet, parmi les parents ayant eu recours à ces professionnels, seuls 22 % disent avoir bénéficié de stratégies issues de thérapies comportementales, alors que celles-ci ont prouvé leur efficacité. Actuellement en France, la connaissance du TDA/H et le recours aux thérapies cognitivo-comportementales sont en plein développement. Ainsi, plutôt que de proposer des PEHP en communauté, comme nous l'avons évoqué auparavant, pouvant être davantage stigmatisant pour les parents, la première étape est sans nul doute d'implanter ces thérapies en service hospitalier, avec des professionnels de l'enfance et de ses pathologies. En étant une alternative aux thérapies issues d'autres approches n'ayant pas pour leur part démontré leur efficacité, et un complément au

traitement pharmacologique, les PEHP répondent de l'intérêt croissant des professionnels de la santé en France pour le traitement du TDA/H et pour l'approche cognitivo-comportementale. De plus, une intervention menée en milieu hospitalier public présente aussi l'avantage de s'adresser à un public hétérogène (e.g. tous niveaux socioéconomiques, toutes structures familiales), contrairement à une clinique ou à une école représentative de la population du quartier, et répond à une démarche concrète de demande d'aide et de soutien de la part des familles.

Dans le cadre de l'évaluation des PEHP auprès de parents d'enfant présentant un TDA/H, deux recommandations sont à noter pour les futures recherches. Tout d'abord, alors que certains auteurs, pour interpréter leurs résultats mettent en place une procédure de liste d'attente (Anastopoulos et al., 1993 ; Sonuga-Barke et al., 2001) ou une comparaison avec un groupe témoin (Barkley et al., 2000), d'autres comparent plusieurs types d'interventions (Barkley et al., 2001). Par conséquent, l'efficacité rapportée pour les PEHP doit être relativisée du fait de différences dans les méthodologies d'évaluation. En se basant sur une méthodologie rigoureuse pour le recueil de leurs données (e.g. groupe témoin, liste d'attente), les futures études assureront la validité empirique de leurs résultats quant à l'efficacité des PEHP. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que le traitement se doit d'améliorer la qualité de vie des enfants et adolescents souffrants de TDA/H. Or, le traitement est trop fréquemment considéré par la communauté, les parents, les professionnels, voire les jeunes eux-mêmes, comme le moyen de rendre la vie plus facile à ceux qui interagissent avec ce jeune, plutôt qu'à lui-même (Kutcher et al., 2004). Couramment, les bénéfices des PEHP sont appréciés à l'aide de questionnaires distribués aux parents, parfois aux enseignants (Pelham et al., 1998). Cependant, l'essentiel est que le jeune ressente les bénéfices du traitement dans sa vie quotidienne et qu'il les apprécie. C'est pourquoi, lors de futures recherches, des questionnaires ou des entretiens devront être proposés aux enfants et adolescents dont les parents participent au programme, afin de déterminer avec pertinence l'efficacité des PEHP et leur validité sociale.

### Conflits d'intérêts de l'auteur et du coauteur

Aucun.

### Remerciements

Le travail de recherche est financé par le pôle de ressources « Conduite à risques » du Conseil général du Bas-Rhin. La rédaction de l'article a été facilitée grâce à la bourse « Aires culturelles » octroyée par l'ULP désormais Université de Strasbourg (UdS).

### Références

- Abikoff, H., Hechtman, M.D., Klein, R.G., Weiss, G., Fliess, K., Etcovitch, J., et al., 2004. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 802–811.
- American Psychiatric Association, 2004. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (text rev.). Author, Washington, DC.
- Anastopoulos, A.D., Rhoads, L.H., Farley, S.E., 2006. Counseling and training parents. In: Barkley, R.A. (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd ed. Guilford Press, New York, pp. 453–479.
- Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., DuPaul, G.J., Guevremont, D.C., 1993. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, 581–596.
- Barkley, R.A., 1997. *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*, 2nd ed. Guilford Press, New York.

Pour citer cet article : 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. *Pratiques psychologiques* (2009), doi:10.1016/j.prps.2009.01.001

- Barkley, R.A., 1998. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 2nd ed. Guilford Press, New York.
- Barkley, R.A., Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Fletcher, K.E., 1992. Adolescents with ADHD: Mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology* 20, 263–288.
- Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., Metevia, L., 2001. The efficacy of problem-solving communication training alone, behavior management training alone, and their combination for parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 926–941.
- Barkley, R.A., Edwards, G.H., Robin, A.L., 1999. *Defiant Teens: A Clinician's Manual Assessment and Family Intervention*. Guilford Press, New York.
- Barkley, R.A., Shelton, T.L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L., Metevia, L., 2000. Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 319–332.
- Braswell, L., Bloomquist, M.L., 1991. *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children: Child, Family and School Interventions*. Guilford Press, New York.
- Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T., Pelham, W.E., 2004. Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review* 7, 1–27.
- Chronis, A.M., Jones, H.A., Raggi, V.L., 2006. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review* 26, 486–502.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Kipp, H.L., Baumann, B.L., Lee, S.S., 2003a. Psychopathology and substance abuse in parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42, 1424–1432.
- Chronis, A.M., Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Roberts, J.E., Aronoff, H.R., 2003b. The impact of a late-afternoon dose of stimulant medication on the mood and perceived competence of parents of children with ADHD. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 32, 118–126.
- Clément, C., 2006. *Apprentissage et conditionnements*. Dunod, Paris.
- Cunningham, C.E., 2006. COPE : Large-group community-based family-centered parent training. In: Barkley, R.A. (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd ed. Guilford Press, New York, pp. 480–498.
- Daley, D., 2006. Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child: Care, Health & Development* 32, 193–204.
- Everett, C.A., Everett, S.V., 1999. *Family Therapy for ADHD*. Guilford Press, New York.
- Fabiano, G.A., 2007. Father Participation in Behavioral Parent Training for ADHD: Review and Recommendations for Increasing Inclusion and Engagement. *Journal of Family Psychology* 21, 683–693.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E., 2006. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine* 36, 159–165.
- Forehand, R.L., McMahon, R.J., 1981. *Helping the Noncompliant Child: A Clinician's Guide to Parent Training*. Guilford Press, New York.
- Granic, I., Patterson, G.R., 2006. Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review* 113, 101–131.
- Harrison, C., Sofronoff, K., 2002. ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 703–711.
- Hoza, B., Gerdes, A.C., Mrug, S., Hinshaw, S.P., Bukowski, W.M., Gold, J.A., et al., 2005. Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 34, 74–86.
- Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Conners, C.K., Hinshaw, S.P., et al., 2000. Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28, 569–583.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Greenhill, L.L., Conners, C.K., Arnold, L.E., et al., 2001. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 22, 60–73.
- Johnston, C., Freeman, W., 1997. Attributions for child behaviour in parents of children without behaviour problems and children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65, 636–645.

- Kazdin, A.E., 1997. Parent management training: evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, 1349–1356.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J., Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., et al., 2004. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology* 14, 11–28.
- Massé, L., Lanaris, C., Couture, C., 2006. Interventions auprès des parents des jeunes présentant un TDA/H. In: Chevalier, N., Guay, M.-C., Achim, A., Lageix, P., Poissant, H. (Eds.), *Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité : Soigner, Éduquer, Surtout Valoriser*. Presses de l'Université du Québec, Québec, pp. 255–275.
- Murphy, K.R., Barkley, R.A., 1996. Parents of children with attention deficit hyperactivity disorder: Psychological and attentional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry* 66, 93–102.
- Olfson, M., Gameroff, M.J., Marcus, S.C., Jensen, P.S., 2003. National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 160, 1071–1077.
- Paquet, A., Clément, C., 2008. Concepts clefs dans l'application des programmes d'économie de jetons en institution d'accueil et de soin pour l'enfant et l'adolescent. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* 13, 25–31.
- Patterson, G.R., 1976. *Living with Children: New Methods for Parents and Teachers*. Research Press, Champaign, IL.
- Patterson, G.R., 1982. *Coercive Family Process*. Castalia, Eugene, OR.
- Patterson, G.R., De Baryshe, B.D., Ramsey, E., 1989. A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist* 44, 329–335.
- Pelham, W.E., Fabiano, G.A., 2001. Treatment of attention-deficit hyperactivity disorder: The impact of comorbidity. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 8, 315–329.
- Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Hoza, B., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., et al., 2000. Behavioral vs. behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology* 28, 507–526.
- Pelham, W.E., Wheeler, T., Chronis, A., 1998. Empirically supported psycho-social treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology* 27, 190–205.
- Rieppi, R., Greenhill, L.L., Ford, R.E., Chuang, S., Wu, M., Davies, M., et al., 2002. Socioeconomic status as a moderator of ADHD treatment outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 269–277.
- Robin, A.L., 1998. *ADHD in Adolescents: Diagnosis and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Robin, A.L., 2006. Training families with adolescents with ADHD. In: Barkley, R.A. (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 3rd ed. Guilford Press, New York, pp. 499–546.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M., 2002. Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41, 696–702.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M., Weeks, A., Laver-bradbury, C., 2001. Parent based therapies for preschool attention deficit/hyperactivity disorder: a randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 402–408.
- Webster-Stratton, C., 1984. Randomized trial of two programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52, 666–678.
- Webster-Stratton, C., 1992. *The Incredible Years*. Umbrella Press, Toronto.
- Webster-Stratton, C., Hammond, M., 1999. Marital conflict management skills, parenting style, and early-onset conduct problems: Process and pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40, 917–927.
- Weinberg, H.A., 1999. Parent training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: parental and child outcome. *Journal of Clinical Psychology* 55, 907–913.