

TDAH et interventions scolaires efficaces : fondements et principes d'un programme de consultation individuelle

ADHD and classroom-based interventions effectiveness: Rationale and principles of an individual consultation program

Marie-France Nadeau, Sylvie Normandeau and Line Massé

Volume 44, Number 1, 2015

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1039268ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1039268ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Nadeau, M.-F., Normandeau, S. & Massé, L. (2015). TDAH et interventions scolaires efficaces : fondements et principes d'un programme de consultation individuelle. *Revue de psychoéducation*, 44(1), 1–23.

<https://doi.org/10.7202/1039268ar>

Article abstract

The extent of the symptoms and consequences associated with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on the child functioning in school requires interventions fostering his academic and psychosocial adjustment. Besides medication, interventions within the classroom are recognized as being efficient in bringing a significant improvement of the school functioning of the student with ADHD. However, in a context of inclusive education in a regular class, teachers reported having a fragmented knowledge of typical ADHD behaviors and being very little inclined in planning and implementing coherently the privileged interventions to help those students. In fact, several studies are pointing the needs to promote transfer of the privileged practices in the natural environment of the student. This article is part of a process of development and effectiveness evaluation of a consultation-based program for teachers (CPT) of elementary school children with ADHD (Nadeau, Normandeau et Massé, 2012). The aim of the present article is to describe the rationale and the premises, which have contributed to the development of the CPT, by putting forward a brief overview of knowledge about ADHD and by describing the methodology selected and the principles that have guided the elaboration of the CPT and its implementation. Finally, a few thoughts addressing the benefits and limitations of the CPT will serve as a basis to guide future orientation to consider for a successful inclusive education.

TDAH et interventions scolaires efficaces : fondements et principes d'un programme de consultation individuelle

ADHD and classroom-based interventions effectiveness: Rationale and principles of an individual consultation program

M.-F. Nadeau¹
S. Normandeau²
L. Massé³

¹ Université de Sherbrooke,
Faculté d'éducation

² Université de Montréal,
École de psychoéducation

³ Université du Québec à
Trois-Rivières
École de psychoéducation

Marie-France Nadeau était soutenue par une bourse doctorale octroyée conjointement par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale et le Fonds pour la formation des chercheurs et de l'aide à la recherche. Cette recherche a également été soutenue par une subvention de recherche du Conseil de recherche en sciences humaines sous la direction de Sylvie Normandeau.

Les auteurs remercient C. Couture, M-J Letarte, J. Allard, J. Careau, et É. Doyon pour leur contribution à l'implantation et à l'évaluation du modèle.

Correspondance :

Marie-France Nadeau
Université de Sherbrooke
Département d'enseignement au
préscolaire et au primaire
2500 Boul. de l'Université
Sherbrooke, Qc
Canada, J1K 2R1
m-f.nadeau@usherbrooke.ca

Résumé

L'ampleur des manifestations et des conséquences associées au trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) à l'école appelle à des interventions favorisant l'adaptation scolaire de l'enfant qui en est atteint. Au-delà de la médication, les interventions prenant place à l'intérieur de la classe sont reconnues pour améliorer le fonctionnement scolaire de l'enfant. Bien que l'enseignant de la classe ordinaire soit privilégié pour intervenir auprès des enfants ayant un TDAH, il rapporte être peu informé à leur sujet et se dit peu enclin à planifier et à mettre en œuvre de façon cohérente les pratiques probantes pour les aider. Des études relèvent le besoin de mettre en place des moyens favorables au transfert des pratiques probantes à la réalité de la classe ordinaire. Cet article s'inscrit dans une démarche de développement et d'évaluation empirique d'un programme de consultation individuelle (PCI) visant à soutenir l'enseignant dans le processus d'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH au primaire (Nadeau, Normandeau et Massé, 2012). L'objectif du présent article est de décrire le rationnel et les fondements sous-jacents au PCI, en établissant d'abord un bref état des connaissances sur le TDAH et en détaillant la méthodologie et les principes retenus pour élaborer le PCI et guider sa mise en œuvre. Suivra une réflexion sur les bénéfices et les limites du PCI en vue d'orienter les pistes à envisager pour une inclusion scolaire réussie.

Mots-clés : trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, interventions scolaires, interventions proactives et comportementales, consultation auprès des enseignants, inclusion scolaire.

Abstract

The extent of the symptoms and consequences associated with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on the child functioning in school requires interventions

fostering his academic and psychosocial adjustment. Besides medication, interventions within the classroom are recognized as being efficient in bringing a significant improvement of the school functioning of the student with ADHD. However, in a context of inclusive education in a regular class, teachers reported having a fragmented knowledge of typical ADHD behaviors and being very little inclined in planning and implementing coherently the privileged interventions to help those students. In fact, several studies are pointing the needs to promote transfer of the privileged practices in the natural environment of the student. This article is part of a process of development and effectiveness evaluation of a consultation-based program for teachers (CPT) of elementary school children with ADHD (Nadeau, Normandeau et Massé, 2012). The aim of the present article is to describe the rationale and the premises, which have contributed to the development of the CPT, by putting forward a brief overview of knowledge about ADHD and by describing the methodology selected and the principles that have guided the elaboration of the CPT and its implementation. Finally, a few thoughts addressing the benefits and limitations of the CPT will serve as a basis to guide future orientation to consider for a successful inclusive education.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, school-based interventions, educational and behavioral interventions, teacher consultation, inclusive education.

De façon générale, les enfants qui présentent un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) peuvent avoir de la difficulté à suivre le rythme d'apprentissage ou de productivité scolaire de la classe (Barry, Lyman et Klingler, 2002), ou encore présenter des difficultés sur les plans familial et social (Mrug et al., 2012). En raison des exigences du milieu scolaire et du niveau d'attention et de concentration qui y est demandé, l'enfant ayant un TDAH à l'école est plus à risque de subir des échecs et d'emprunter une trajectoire scolaire déviante (Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), 2007). Il a notamment trois fois plus de risque de subir une retenue par rapport aux enfants qui ne présentent pas ce trouble et il est plus susceptible de présenter un taux élevé d'absentéisme et de décrocher de l'école avant la fin du secondaire (Barbarese, Katusic, Colligan, Weaver et Jacobsen, 2007). Ces difficultés ont aussi des répercussions sur les enseignants de classe ordinaire, qui se sentent stressés et démunis quant à l'inclusion de l'enfant ayant un TDAH (Arcia, Frank, Sanchez-LaCay et Fernandez, 2000; Greene, Beszterczey, Katzenstein, Park et Goring, 2002 ; Kos, Richdale et Hay, 2006).

La récente édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V), APA, 2013) définit le TDAH comme un trouble neurobiologique caractérisé par des manifestations continues et persistantes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité présentes avant l'âge de 12 ans. La prévalence du TDAH peut varier de 2 % à 9 % selon les études (Froehlich et al., 2007), alors que le DSM-V l'estime autour de 5 % chez les enfants de la population générale (APA, 2013). Au Québec, le TDAH représente près de 75 % des enfants qui reçoivent des services éducatifs pour des difficultés comportementales (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2004). Les difficultés propres au TDAH et les conséquences scolaires qui y sont associées dénotent un besoin d'agir tôt dans la scolarisation de l'enfant.

Cet article a pour objet de présenter un programme de consultation individuelle (PCI) visant à soutenir l'enseignant de classe ordinaire dans le processus d'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH au primaire. Une étude empirique a déjà permis d'observer des bénéfices à implanter ce PCI, au-delà de l'effet de la médication et d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) (voir Nadeau, Normandeau et Massé, 2012, pour plus de détails). Sans rendre compte en détail de la méthodologie et des résultats de cette évaluation d'implantation de programme, les résultats montrent que le PCI contribue à éviter une intensification des comportements inappropriés et à améliorer le rendement scolaire des enfants ayant un TDAH. Pour leur part, les enseignants qui ont à la fois participé au PCI et reçu une formation initiale en cours d'emploi ont rapporté utiliser davantage de stratégies efficaces. L'objectif du présent article est de décrire le rationnel et les fondements qui ont orienté le développement du PCI, en faisant d'abord état des connaissances cliniques, étiologiques, scientifiques et écologiques entourant le TDAH. Dans un deuxième temps, la méthodologie retenue pour élaborer le PCI ainsi que les principes qui guident sa mise en œuvre seront détaillés. Finalement, une réflexion sur les limites du PCI et les orientations futures à envisager pour poursuivre une inclusion scolaire réussie des enfants à risque sera proposée.

Fondements du PCI

Considérations étiologiques et cliniques

Les manifestations primaires du TDAH s'articulent autour de trois principaux profils : prédominance inattention, prédominance hyperactivité-impulsivité et combinée (APA, 2013). Comme pour plusieurs autres troubles de l'enfance, l'étiologie du TDAH est multifactorielle. La présence du trouble est liée à des facteurs génétiques et héréditaires, mais des données obtenues à partir de devis longitudinaux, d'imageries cérébrales et de marqueurs génétiques sont requises pour confirmer l'entité du trouble (Willcutt et al., 2012). D'autres études et modèles théoriques associent l'expression du trouble à des déficits cognitifs et neuropsychologiques sous-jacents, notamment sur le plan de la mémoire de travail (Martinussen, Hayden, Hogg-Johnson et Tannock, 2005; Zentall, 2006), de l'inhibition comportementale et des fonctions exécutives (Barkley, 2006; Sonuga-Barke, 2002; Toplak, Connors, Shuster, Knezevic et Parks, 2008) permettant de planifier, d'exécuter, de réguler et d'inhiber une action ou un comportement relié à un but (Lussier et Flessas, 2009). En résumé, ces études mettent en lumière la variabilité des manifestations présentes d'un enfant ayant un TDAH à l'autre. Par exemple, certains enfants ayant un TDAH peuvent présenter des faiblesses ou des déficits sur le plan de l'état d'éveil, d'alerte ou d'activation (par exemple, se mettre en action ou diriger son attention vers le stimulus), de l'inhibition comportementale (par exemple, capacité à réguler les comportements tels que retenir ou arrêter une réponse), de la flexibilité cognitive (par exemple, se corriger en cours d'action), de la mémoire de travail (par exemple, accomplir une tâche qui requiert la manipulation d'information emmagasinée dans la mémoire à court terme et l'organiser), tandis que d'autres ne présenteraient peu ou pas de déficits dans l'une ou l'autre de ces dimensions (Nigg, 2006). La prochaine section brosse un tableau des manifestations généralement observées selon chacune des dimensions du TDAH (attention, hyperactivité-impulsivité) dans un contexte de classe.

Les manifestations observables liées à la dimension d'inattention font généralement référence aux difficultés suivantes : être « prêt » au bon moment, se mettre à la tâche ou en action ou diriger son attention vers le stimulus; percevoir les détails visuels à travers un tout (attention sélective); porter attention à plusieurs éléments d'un problème ou d'une situation en même temps (attention divisée ou partagée); conserver de l'intérêt pour une tâche relativement répétitive ou longue et la terminer (attention soutenue ou maintien de l'effort); s'ajuster en cours d'action, se corriger à la suite d'un commentaire (flexibilité cognitive); conserver en mémoire une règle ou une consigne pendant l'exécution d'une tâche tel que mettre un point à la fin d'une phrase ou suivre des étapes, avoir le matériel nécessaire, ordonner son bureau et son travail (mémoire de travail, organisation dans le temps et l'espace) (voir Zentall, 2005, pour une recension).

La dimension hyperactivité à l'école réfère généralement à la difficulté à réguler son niveau d'activité verbale ou motrice selon les stimulations internes et externes de la situation. Les manifestations observables de l'hyperactivité chez l'enfant se présentent sous la forme de difficultés diverses à effectuer des transitions entre les différents niveaux d'exigences (par exemple, demeurer assis à sa place pour une production écrite tout de suite après être revenu d'une période d'activité physique), empêcher la production de mouvements involontaires incommodants pour les pairs (par exemple, bouger les extrémités, la tête et le corps en prenant plus d'espace que les autres), ou garder le silence ou parler à voix basse lorsque nécessaire (voir Massé, Lanaris et Couture, 2014, pour une recension). Souvent liée à l'hyperactivité, l'impulsivité s'observe par des difficultés à attendre son tour, apprécier ou considérer les consignes avant de commencer un travail ou de tenter une réponse, réfléchir aux conséquences de ses choix ou actes (autorégulation ou inhibition comportementale) (Barkley, 2006), respecter et suivre des étapes pour résoudre un problème, accomplir une tâche ou exécuter une séquence de gestes (mémoire de travail) (Zentall, 2005), ajuster la vitesse d'exécution d'une tâche à la complexité de celle-ci (par exemple, réalisation expéditive aux dépens d'un plus haut taux d'erreurs) (Marzocchi et al., 2008), ou demander la permission avant de prendre un objet ou attendre pour obtenir une récompense (style motivationnel caractérisé par une faible tolérance au délai de gratification) (Sonuga-Barke, 2002).

D'autres difficultés et troubles de l'enfance sont aussi régulièrement associés de façon variable aux différentes dimensions du TDAH, telles que des difficultés scolaires (près de 70 % ; Barry et al., 2002), de motricité fine ou globale (près de 50 % ; Harvey et Reid, 2003; Verret, Gardiner et Béliveau, 2010), ou sociales (entre 50 à 70 %; Hoza, 2007, Mrug et al., 2012). La dimension inattention semble plus liée aux difficultés en lecture, en orthographe, en expression et en mathématique (Mayes et Calhoun, 2006). Les déficits de la dimension inattention altèreraient aussi la capacité de l'enfant à reconnaître et à apprendre les indices sociaux essentiels aux interactions sociales efficaces et à y participer activement (par exemple, établir ou entretenir une conversation), ce qui mènerait à l'isolement ou au retrait social. Quant aux déficits liés aux dimensions hyperactivité-impulsivité, ils contribueraient à la présence de comportements sociaux négatifs, tels que dominer les jeux ou s'imposer à une activité sans y être invité, sauter du coq à l'âne ou ne pas être tolérant face à la frustration, qui entraîneraient le rejet social. Ces manifestations se rapprochent d'ailleurs de celles du trouble d'opposition avec

provocation (TOP), fréquemment associé à l'hyperactivité-impulsivité tandis que les troubles intériorisés tels que l'anxiété et les troubles de l'humeur seraient plus associés à l'inattention (Lahey et Willcutt, 2010).

L'hétérogénéité illustrée par ce survol des caractéristiques étiologiques et cliniques du TDAH est à la source d'un débat portant sur la validité de construit du trouble en tant qu'entité. Une perspective principale à cet égard soutient que les dimensions d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité réfèrent à deux troubles distincts (Barkley, 2006; Lahey, Pelham, Loney, Lee et Willcutt, 2005). D'un autre point de vue, un modèle factoriel renforce l'existence du TDAH comme entité et dénominateur commun aux dimensions inattention et hyperactivité-impulsivité, en attribuant les différences entre les manifestations observables à leur intensité (Martel, Roberts, Gremillion, von Eye et Nigg, 2011). Quoi qu'il en soit, ces dissensions sur la nature du TDAH mettent l'accent sur le besoin de fonder les interventions sur des données probantes tout en les adaptant aux manifestations de chaque enfant.

Considérations scientifiques et écologiques

Plusieurs études empiriques ont illustré que la médication, en particulier les psychostimulants et ses dérivés, est associée à une diminution des comportements dérangeants (par exemple, moins se battre) et à une augmentation des comportements liés à la tâche (par exemple, rester assis) pendant la durée du traitement (Conners, 2002). Bien que certains résultats, dont ceux de l'étude multisite de grande envergure du groupe MTA (1999), indiquent que l'administration unique de la médication de type méthylphénidate est suffisante pour diminuer les manifestations primaires du TDAH, des analyses subséquentes et récentes tendent à illustrer la plus value d'une combinaison médication/intervention psychosociale sur diverses mesures du fonctionnement familial, social et scolaire de l'enfant (Conners et al., 2001, Fabiano et al., 2009). L'interprétation sous-jacente à ce constat est que la médication normaliserait des manifestations liées au TDAH, sans réellement montrer à l'enfant comment développer de nouvelles habiletés (par exemple, suivre les consignes ou les étapes d'une tâche, organiser le matériel, établir une relation positive). À cet égard, un consensus se dégage sur la nécessité d'avoir recours à des modalités psychosociales promouvant l'acquisition d'habiletés utiles au quotidien et favorisant l'adaptation scolaire et psychosociale de l'enfant ayant un TDAH à long terme (Barkley, 2006; Hoza, Kaiser et Hurt, 2008). Selon les besoins de l'enfant qui présente le TDAH, une multitude d'interventions psychosociales peuvent être proposées (Nadeau, Normandeau, Massé et Lessard, 2012). Les interventions comportementales sont celles qui ont généralement démontré un bénéfice supplémentaire à la médication sur différentes mesures de fonctionnement.

Les interventions comportementales visent à améliorer les comportements des enfants, en s'appuyant entre autres sur le principe du conditionnement opérant selon lequel l'individu répète les comportements pour lesquels il obtient des conséquences positives et élimine de son répertoire ceux pour lesquels il est ignoré ou reçoit des conséquences punitives (voir Couture et Nadeau, 2014). Les modalités d'intervention fondées sur l'approche comportementale (colonie de vacances, PEHP, scolaire) ont sensiblement les mêmes composantes, mais ne produisent

pas les mêmes effets auprès de l'enfant ayant un TDAH. Ainsi, l'amélioration du fonctionnement scolaire (comportement ou rendement scolaire) de l'enfant ayant un TDAH serait observée lorsque les stratégies d'interventions comportementales sont implantées à l'intérieur de la classe (Chronis, Jones et Raggi, 2006; Hoza et al., 2008; Pelham et Fabiano, 2008). Bien que reconnue probante, l'ampleur de l'effet de la modalité scolaire dépendrait du contexte de classe dans lequel elles ont été évaluées.

La majorité des études incluant une modalité scolaire ont été effectuées dans un contexte très structuré de classe spéciale à faible ratio enfants/enseignant, combinée avec un volet parent ou un volet sur les habiletés sociales et dont l'intervention était mise en œuvre par un professionnel du comportement (par exemple, psychologue) pouvant être assisté d'un technicien (par exemple, éducateur spécialisé) (Abramowitz et O'Leary, 1990; Barkley et al., 2000; MTA, 1999; Northup et al., 1999; Pfiffner et O'Leary, 1987). Par rapport aux études effectuées en classe ordinaire, la taille de l'effet de l'intervention comportementale implantée dans un contexte de classe spéciale sur le comportement de l'enfant est plus grande (Fabiano et al., 2009; Pelham, Wheeler et Chronis, 1998). Néanmoins, ce contexte d'intervention présente des limites importantes quant à l'interprétation et à la généralisation des résultats dans une classe ordinaire. Parmi celles-ci, la validité écologique des interventions évaluées en classe spéciale au milieu scolaire québécois est questionnable, considérant que la majorité des enfants ayant un TDAH sont orientés en classe ordinaire (MELS, 2004, 2007). De fait, à moins que l'enfant présente un trouble associé impliquant des difficultés graves du comportement ou un handicap, on s'attend à ce que l'enseignant de classe ordinaire favorise l'inclusion de l'enfant ayant un TDAH sans aide technique ou sans assistance professionnelle directe à l'enfant.

De ces difficultés de généralisation découle un autre problème par rapport aux interventions comportementales et à leur mise en œuvre par les enseignants de classe ordinaire : le passage de la recherche à la pratique (Barkley, 2006; Weisz, 2004). En effet, l'inclusion scolaire d'un enfant ayant un TDAH se fonde sur le postulat que l'enseignant est en mesure d'appliquer des pratiques éducatives favorisant le fonctionnement scolaire de l'enfant, mais aussi qu'il est soutenu activement par les autres membres de l'école afin d'atteindre les objectifs ciblés pour aider l'enfant (Rousseau, Massé, Carignan, Bergeron et Lanaris, 2013). En d'autres termes, l'enseignant et l'équipe-école doivent avoir une connaissance des bonnes pratiques reliées au problème de l'enfant, ici le TDAH. Pourtant, des enseignants rapportent se sentir peu ou mal informés quant aux manifestations du TDAH et peu confiants quant à leur capacité à adapter leur enseignement aux besoins sous-jacents (Arcia et al., 2000; Greene et al., 2002; Kos et al., 2006). D'autres enseignants ont des croyances et des valeurs qui vont à l'encontre des stratégies probantes et refusent de les appliquer dans leur milieu (par exemple, « le TDAH de l'enfant et ses comportements sont dus à de mauvaises pratiques parentales, donc il n'est pas nécessaire que je modifie mes pratiques ») (Couture, Royer, Potvin et Dupuis, 2003). D'autres encore rapportent avoir recours à une stratégie susceptible d'être efficace (par exemple, féliciter l'enfant qui demeure assis), mais seraient peu enclins à planifier et à mettre en œuvre une intervention de façon constante et cohérente (par exemple, identifier le comportement à modifier, déterminer les

déficits à combler ou les stratégies comportementales à utiliser, choisir le moment de la journée pour appliquer la stratégie sans trop déranger l'enseignement, utiliser la stratégie de façon continue pour une période de temps suffisante, évaluer l'efficacité de l'intervention etc.) (Noell, Duhon, Gatti et Connell, 2002).

Dans un contexte réaliste de mise en œuvre de l'intervention comportementale, son efficacité auprès de l'enfant ayant un TDAH devient donc dépendante de sa mise en œuvre par l'enseignant (Noell et al., 2002). À la lumière de la complexité des manifestations du TDAH, des constats sur le plan scientifique et du contexte d'implantation des interventions dans un contexte de classe ordinaire, il apparaît nécessaire d'élaborer un programme d'intervention permettant de 1) favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH en classe ordinaire en s'appuyant sur les pratiques probantes et de 2) soutenir l'enseignant dans la planification et la mise en œuvre fidèle d'une intervention adaptée aux besoins de l'enfant. Ce programme doit permettre le transfert des interventions probantes vers une intervention intégrée dans le contexte d'une classe ordinaire.

Méthodologie de la recension

Pour développer une intervention tenant compte à la fois des interventions appuyées empiriquement, des principes d'intervention recommandés pour le TDAH et pour la mise en œuvre de ces interventions en milieu scolaire, la recherche de la littérature scientifique pertinente sur le sujet s'est effectuée selon deux méthodes. Dans un premier temps, une recherche électronique fût effectuée à partir des bases de données PsychoINFO et Educational Resources Information Center (ERIC). Les descripteurs utilisés dans la recherche de base de données incluaient les termes « TDAH » ou « ADHD », « trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité » ou « attention deficit hyperactivity disorder », « trouble déficitaire de l'attention » ou « attention deficit disorder », « intervention psychosociale » ou « psychosocial intervention », « intervention scolaire » ou « school-based intervention », « intervention en classe » ou « classroom-based intervention », « intervention comportementale » ou « behavior intervention » et « intervention éducative » ou « educational intervention ». Dans un deuxième temps, la liste de références des méta-analyses et des recensions d'études publiées antérieurement à la mise en œuvre de l'intervention (de 2003 à 2007) fût scrutée pour compléter le corpus des études. Seules les études publiées dans des revues révisées par les pairs et des monographies décrivant les principes d'interventions empiriquement appuyés ont été retenues pour assurer une qualité du format et du contenu de l'intervention (Frazier, Youngstrom, Glutting et Watkins, 2007).

Les études retenues devaient donc (1) démontrer l'efficacité d'une intervention, (2) réalisée auprès d'enfants âgés de 6 à 12 ans ayant un TDAH, (3) sur des mesures de fonctionnement à l'école (comportement ou rendement scolaire). Au moment de la conception de l'intervention, les interventions proactives et comportementales réactives étaient rapportées probantes au regard des critères précités (DuPaul et Eckert, 1997; Pelham et al., 1998; Purdie, Hattie et Carroll, 2002). Les résultats des méta-analyses effectuées à partir d'études plus récentes réitérent la pertinence et l'efficacité empirique des interventions proposées par le présent programme (DuPaul, Eckert et Vilardo, 2012; Fabiano et al., 2009; Hoza et

al., 2008; Pelham et Fabiano, 2008). Les éléments principaux du programme décrits ci-après, le PCI, sont issus des études retenues sur les pratiques probantes et respectent l'objectif principal de la diffusion des bonnes pratiques en reconnaissant la nécessité d'adapter l'intervention aux différentes variables du contexte dans lequel elle est implantée (Connor-Smith et Weisz, 2003).

Le PCI : principes de bonnes pratiques

Agir dans l'environnement immédiat et quotidien de l'enfant

Un principe important qui se dégage de la littérature scientifique est celui d'intervenir dans l'environnement où l'on veut observer des résultats. Dans le cas d'un enfant ayant un TDAH à l'école, considérant qu'il est intégré en classe ordinaire et que son enseignant est celui avec qui il passe la majorité de son temps scolaire (MELS, 2004, 2007), l'intervention doit prendre place à l'intérieur de la classe. De cette façon, l'enseignant pourra assurer plus étroitement la supervision de l'enfant. Compte tenu des déficits cognitifs observés chez les enfants ayant un TDAH et des difficultés à tolérer les délais dans la gratification, l'enseignant sera ainsi plus à même d'appliquer une intervention appropriée et immédiate dans le contexte.

Établir un lien logique entre les manifestations observables et l'intervention

Lorsqu'un enseignant souhaite aider l'enfant ayant un TDAH dans sa classe, choisir la stratégie d'intervention n'est pas simple et repose souvent sur un processus d'essai-erreur ou d'uniformité où les mêmes stratégies sont utilisées pour tous les enfants. Une pratique recommandée pour soutenir l'enseignant à individualiser le choix de l'intervention aux besoins hétérogènes de l'enfant ayant un TDAH est la démarche d'évaluation fonctionnelle dans le contexte de la classe (Hoza et al., 2008; Raggi et Chronis, 2006). L'évaluation fonctionnelle vise à déterminer les raisons pour lesquelles une manifestation précise apparaît à un moment et dans un environnement précis, en examinant les événements ou les variables qui peuvent la déclencher ou la prédire dans le contexte antécédent et ceux qui la maintiennent dans le contexte conséquent. À partir de ces éléments, l'analyse vise à créer des hypothèses pouvant expliquer la fonction du comportement problématique. Dans le cas de l'enfant ayant un TDAH, par exemple, les hypothèses viseraient à identifier pourquoi l'enfant prend plus de temps qu'attendu pour exécuter une tâche: est-ce lié à une lacune ou un déficit en contexte antécédent (par exemple, trop de distractions, trop de bruits, des consignes trop longues ou les éléments clés ne sont pas mis en évidence), ou est-ce dû à un déficit sur le plan de la motivation en contexte conséquent (par exemple, absence de reconnaissance sociale, faible intérêt, faible délai de gratification). L'identification de cette séquence mènera à la fonction du comportement ou au besoin sous-jacent (par exemple, stimulation interne dès que le rythme est lent, évitement de la tâche parce que désagréable, recherche d'attention pour avoir explication individuelle).

La fonction d'un comportement peut être identifiée à partir de trois principales méthodes (O'Neill et al., 1997). La méthode d'analyse fonctionnelle rigoureuse réclame la manipulation expérimentale des variables du contexte antécédent et conséquent de l'environnement et requiert une expertise et une quantité d'heures

considérables. Cette méthode a permis de démontrer son efficacité d'abord auprès d'enfants présentant des incapacités intellectuelles ou ayant des problèmes socioaffectifs ainsi qu'auprès d'enfants ayant un TDAH (Boyajian, DuPaul, Wartel Handler, Eckert et McGoey, 2001; Iwata, Kahng et Lindberg, 2000; Klein et Abikoff, 1997; Loney, Weissenberger, Woolson et Lichty, 1979; Umbreit, 1995). Une option plus accessible, valide et faisable pour l'enseignant de classe ordinaire consiste à recourir à deux autres méthodes dites d'évaluation fonctionnelle (Gresham, Watson et Skinner, 2001) : la méthode descriptive directe sans manipulation du contexte (observation des manifestations de l'enfant et de l'environnement éducatif) et la cueillette indirecte de données (entrevue ou questionnaire administré auprès de l'enseignant) (Crone et Horner, 2003). Ces méthodes contribueraient à améliorer le fonctionnement scolaire de l'enfant ayant des manifestations de TDAH (Raggi et Chronis, 2006) et augmenteraient les habiletés des enseignants à analyser les comportements de l'enfant, à adapter les pratiques éducatives et à être plus compréhensif et indulgents par rapport au trouble (Massé, Couture, Bégin et Levesque, 2013; Massé, Lanaris, Dumouchel et Tessier, 2008; Zentall et Javorsky, 2007).

Appliquer des interventions probantes

Les interventions probantes en classe visent à modifier les conditions de l'environnement ayant une influence sur les manifestations de l'enfant. Elles peuvent donc être utilisées dans le contexte antécédent (stratégies proactives) ou conséquent (stratégies réactives) (DuPaul et al., 2012; Hoza et al., 2008; Pelham et Fabiano, 2008; Purdie, Hattie et Carroll, 2002).

Les stratégies proactives sont appliquées avant que le comportement apparaisse (par exemple, être distrait par le bruit) afin de le prévenir, ont pour but de favoriser l'apprentissage en adaptant l'environnement d'apprentissage (Massé et al., 2014; Raggi et Chronis, 2006). En agissant avant que l'enfant manifeste un comportement nuisible à son apprentissage (par exemple, refus de faire une tâche due à un manque d'habileté), la stratégie proactive vise à « compenser » les déficits régulièrement associés au trouble de l'enfant. La modification de l'environnement d'apprentissage peut viser à présenter le matériel différemment, limiter à l'essentiel les stimuli visuels affichés dans la classe ou permettre à l'enfant de travailler dans un endroit favorable à sa concentration. D'autres stratégies proactives visent à augmenter l'engagement à la tâche et le respect des consignes en définissant des règles de classe efficaces, en formulant des demandes claires, en utilisant des avertissements et des rappels et en offrant des choix ou un menu d'activités. Comparativement aux interventions réactives décrites ci-après, les interventions proactives sont associées à un effet positif plus grand sur les résultats ou les tests de rendement scolaire (Purdie et al., 2002). Elles sont aussi efficaces pour améliorer le comportement de l'enfant ayant un TDAH, mais davantage d'études sur de plus larges échantillons sont cependant nécessaires afin de corroborer ces résultats.

Les stratégies comportementales réactives portent sur le contexte ou les évènements suivant l'apparition d'un comportement. Les stratégies réactives dites positives visent à encourager les manifestations appropriées de l'enfant en y associant de l'attention positive (p. ex, encouragement, félicitation, privilège,

récompense). Les stratégies réactives dites punitives visent à décourager l'apparition de manifestations inappropriées en y associant une conséquence (par exemple, cout de la réponse, retrait de l'attention, perte de privilège).

Pour assurer l'efficacité des stratégies probantes et ainsi améliorer le comportement de l'enfant ayant un TDAH, certains principes généraux doivent régir la fidélité de leur mise en œuvre : utiliser les stratégies avec constance; offrir de l'attention positive immédiatement après l'exécution du comportement positif cible attendu (Abramowitz et O'Leary, 1990), adjoindre des stratégies réactives positives aux stratégies réactives punitives (Pffner et O'Leary, 1987) qui deviennent inefficaces à long terme lorsqu'utilisées seules (Raggi et Chronis, 2006) et remplacer progressivement un programme de récompense par des stratégies d'auto-évaluation et d'autorenforcement (Pffner, Barkley et DuPaul, 2006). Enfin, il est recommandé d'intégrer à la fois des stratégies proactives et réactives pour mieux répondre aux besoins particuliers de chaque enfant ayant un TDAH et influencer ses apprentissages et son comportement (Barry et al., 2002; Purdie et al., 2002; Raggi et Chronis, 2006).

Favoriser la mise en œuvre fidèle par l'accompagnement de l'enseignant

Les formations continues ponctuelles (p.ex., lors d'une journée pédagogique) et la mise à disposition de documents d'information portant sur le TDAH (MEQ, 2000; MEQ-MSSS, 2003) permettent d'augmenter les connaissances que les enseignants détiennent au sujet du TDAH sans pour autant favoriser une meilleure utilisation des stratégies probantes ou une augmentation de leur confiance à gérer le trouble au quotidien (Bussing, Gary, Leon, Wilson Garvan et Reid, 2002; West, Taylor, Houghton et Hudyma, 2005). Ces résultats corroborent l'importance d'offrir du temps d'accompagnement à l'enseignant au-delà d'une ou deux rencontres sporadiques en vue de favoriser la modification de leurs pratiques (Noell, Duhon, Gatti et Connell, 2002; Shapiro, DuPaul, Bradley et Bailey, 1996; Savoie-Zajc, Dolbec et Charron-Poggioli, 1999).

Les modèles d'accompagnement se distinguent selon qu'ils offrent un soutien de groupe à l'ensemble de l'école ou à un groupe d'enseignants particuliers, un soutien individuel à l'enseignant centré sur l'enfant ayant un TDAH (Evans, Serpell, Schultz et Pastor, 2007; Fabiano et Pelham, 2003; Shapiro et al., 1996) ou centré sur l'ensemble de la classe (Reinke, Lewis-Palmer et Merrell, 2008). Auprès des enfants ayant un TDAH, les modèles d'accompagnement de l'enseignant de classe ordinaire se sont appuyés sur l'intervention clinique comportementale (ICC), où un intervenant transmet à l'enseignant des connaissances sur le TDAH, sur les fondements des interventions probantes et sur leurs conditions d'implantation dans la classe. Les études portant sur l'ICC démontrent une amélioration du fonctionnement scolaire des enfants dont les enseignants ont bénéficié de l'accompagnement (DuPaul et Eckert, 1997; Pelham et al., 1998; Pelham et Fabiano, 2008), sans distinguer la contribution unique de l'ICC parce qu'il était généralement implanté en même temps qu'une intervention auprès des parents (Gittelman et al., 1980; Klein et Abikoff, 1997; MTA, 1999). Pour connaître la contribution unique de l'accompagnement de l'enseignant sur l'amélioration du comportement de l'enfant, quelques études à petit échantillon ont démontré l'efficacité de l'application par les

enseignants des stratégies positives et de récompenses (Loney et al., 1979), d'une carte quotidienne de rapport sur l'évaluation du fonctionnement scolaire de l'enfant effectuée par l'enseignant et envoyée aux parents, accompagnée ou non d'une récompense tangible (Fabiano et Pelham, 2003; Kelley et McCain, 1995). Bien que chacune de ces stratégies soit pertinente auprès de l'enfant ayant un TDAH, il est peu probable que la maîtrise d'une seule stratégie par l'enseignant soit suffisante pour répondre à l'ensemble hétérogène des manifestations du trouble.

L'étude de Miranda, Presentacion et Soriano (2002) a évalué l'efficacité d'une intervention favorisant la mise en œuvre de stratégies proactives et comportementales s'échelonnant sur 16 semaines et combinant un accompagnement individuel hebdomadaire et 24 heures de formation de groupe offrant de l'information sur le TDAH et les interventions probantes. Les enfants dont les enseignants ont participé à l'intervention ($n = 29$) ont démontré une amélioration significative de leur rendement scolaire par rapport aux enfants du groupe contrôle ($n = 21$), pendant que les enseignants ayant reçu l'intervention ont rapporté une amélioration de leurs connaissances sur les stratégies probantes et sur les comportements de l'enfant cible. Cette étude renforce la pertinence d'intervenir auprès de l'enseignant de classe ordinaire pour améliorer le fonctionnement de l'enfant ayant un TDAH, mais propose un modèle d'intervention ne permettant pas de distinguer l'apport unique de l'accompagnement individuel qui pourrait logiquement et financièrement être plus simple à réaliser pour une école ordinaire.

Pour leur part, DuPaul et al., (2006) ont comparé l'effet de deux formats d'accompagnement exclusivement individuel s'étalant sur 15 mois, mais distincts quant à l'intensité et au nombre d'heures de soutien offert aux enseignants ($N = 167$). Pendant l'intervention de base, l'intervenant offrait à l'enseignant des connaissances sur la nature du TDAH et les troubles associés, accomplissait les étapes générales d'un modèle de consultation avec l'enseignant (c'est-à-dire, identification du problème, analyse du problème, implantation de stratégies efficaces proactives, évaluation des effets) et effectuait, par téléphone ou par courriel, le suivi hebdomadaire de la mise en œuvre des stratégies. En plus de cette intervention de base, une partie des enseignants participant au deuxième format d'accompagnement ($n = 80$) réalisait avec l'intervenant une brève démarche d'évaluation fonctionnelle et obtenait une supervision étroite de la mise en œuvre de l'intervention (2 fois/semaine) et du progrès de l'enfant (1 fois/mois), le tout fondé sur des observations systématiques en classe et des compilations du rendement scolaire hebdomadaire de l'enfant rapporté sur graphique. Les résultats de cette étude ont démontré une amélioration du rendement scolaire de l'enfant ayant un TDAH, indifféremment du format d'accompagnement et du nombre d'heures associé à l'intervention de base par rapport au second format ($M = 10$ h 58 vs $M = 21$ h 03). Ces résultats suggèrent que les heures supplémentaires du second modèle, attribuables principalement aux observations en classe et au processus de suivi, ne sont pas nécessaires pour la majorité des enfants ayant un TDAH.

En résumé, les études portant sur les modèles d'accompagnement ont permis de démontrer une efficacité à améliorer le fonctionnement scolaire de l'enfant ayant un TDAH et à influencer les pratiques de l'enseignant sur diverses variables, lorsque ces modèles incluent des interventions probantes. Toutefois, peu d'études

ont contribué à connaître l'effet unique de l'accompagnement de l'enseignant et parmi celles-ci, une seule a eu recours à la fois à des stratégies proactives et réactives. Une autre indique pour sa part qu'une intervention d'intensité plus faible et plus accessible peut être suffisante pour la majorité des enfants ayant un TDAH. Dans la poursuite de ces études visant à favoriser le transfert des interventions probantes à un contexte de classe ordinaire, il est approprié d'imaginer un programme d'accompagnement individuel réaliste et efficace pour un milieu scolaire qui doit soutenir l'enseignant de classe ordinaire dans l'inclusion scolaire réussie de l'enfant ayant un TDAH.

Le PCI : déroulement et contenu

Valoriser l'expertise de l'enseignant

La forme et les modalités du PCI s'inspirent de l'ICC fondé sur une démarche de résolution de problème, reconnue pour son apport à l'amélioration du fonctionnement scolaire de l'enfant (Sheridan, Welch et Ormi, 1996). La démarche de résolution de problème favorise le développement d'une relation de collaboration entre l'intervenant et l'enseignant, basée sur le respect mutuel de chacun (Kampwirth, 2006). L'expertise pédagogique de l'enseignant et son rôle d'agent de socialisation auprès de l'enfant sont reconnus par l'intervenant, qui joue un rôle de facilitateur afin d'adapter les stratégies aux particularités de l'enfant, de l'enseignant et de la classe. L'intervenant et l'enseignant accomplissent chacune des étapes de la démarche de résolution de problème (Bergan et Kratochwill, 1990), soit l'identification du problème, l'analyse du problème, l'implantation/mise en œuvre de l'intervention et l'évaluation des effets et de la mise en œuvre de l'intervention. Ces étapes s'échelonnent sur six rencontres individuelles de 2 heures, séparées d'un intervalle moyen de 15 à 20 jours, pour une durée d'intervention totale d'environ 18 semaines. Le Tableau 1 montre l'ordre chronologique des rencontres et des thèmes associés.

Trouver des solutions : déroulement

La première rencontre permet d'établir un lien avec l'enseignant et d'amorcer l'étape d'identification du problème. À l'aide d'une entrevue sur le développement, l'enseignant décrit sa perception globale de la situation de l'enfant, précise les comportements problématiques de l'enfant et établit les priorités et les cibles d'action pour favoriser le fonctionnement scolaire de l'enfant. Pour compléter l'étape d'identification du problème, l'intervenant et l'enseignant choisissent des outils d'évaluation multiples (évaluation fonctionnelle, partie I) portant sur l'anamnèse de l'enfant (antécédents familiaux, personnels et comportementaux, fonctionnement cognitif, histoire scolaire, moment d'apparition du problème et évolution, services reçus) et sur le fonctionnement scolaire actuel de l'enfant (apprentissage et adaptation psychosociale). La cueillette de ces informations s'effectue par l'enseignant et l'intervenant avant la rencontre suivante. Avec l'accord de l'enseignant, l'intervenant observe et décrit les manifestations de l'élève ainsi que l'environnement éducatif de la classe (aménagement de la classe, pratiques de l'enseignant) afin de saisir le contexte et les événements pouvant favoriser ou nuire au fonctionnement scolaire de l'enfant observé en classe.

Tableau 1. Déroulement du PCI* fondé sur des interventions scolaires probantes auprès de l'enfant ayant un TDAH en classe ordinaire

| Ren-contre | Thème | Onjectics | Tâches |
|------------|---|--|---|
| 1 | Connaitre l'enfant et l'enseignant | Créer un lien avec l'enseignant. Obtenir l'engagement de l'enseignant. Amorcer l'étape d'identification de la situation de l'enfant et de l'évaluation fonctionnelle (partie I). | Cerner les besoins et attentes de l'enseignant. Présenter le rationnel, les objectifs et le déroulement de l'intervention. Effectuer l'entrevue sur le développement. Déterminer les outils d'évaluation (questionnaires, observation) et les procédures de collecte de données. |
| 2 | Comprendre le TDAH et l'enfant | Sensibiliser l'enseignant aux besoins de l'enfant TDAH. Analyser la situation de l'enfant: évaluation fonctionnelle (partie II). | Discuter des causes et caractéristiques du TDAH. Compléter conjointement l'entrevue d'évaluation fonctionnelle. Discuter des stratégies favorisant la relation enseignant-enfant/parent. |
| 3 | Comblers les déficits** | Augmenter la probabilité d'apparition des comportements cibles de façon préventive par les stratégies proactives. | Déterminer la/les stratégie(s) d'intervention à mettre en place. Planifier la mise en œuvre (par exemple, anticiper les pièges pouvant survenir). Déterminer les mesures d'évaluation de l'efficacité de la stratégie. Vérifier l'efficacité de la stratégie choisie, sa mise en œuvre et apporter des modifications si nécessaire. Prendre une décision concernant la poursuite de l'application de la stratégie et reprendre la démarche pour une nouvelle stratégie ou un nouveau thème. |
| 4 | Encourager les bons comportements** | Favoriser l'apparition des bons comportements. Connaitre le principe de l'attention et les stratégies réactives positives. | |
| 5 | Diminuer les comportements inappropriés** | Apprendre à l'enfant à adopter des comportements acceptables. Aborder les stratégies réactives punitives. | |
| 6 | Évaluer le modèle et le plan d'intervention | Évaluer l'efficacité de l'intervention et de sa mise en œuvre. Inviter l'enseignant à réutiliser la démarche de résolution de problèmes. | Revoir le plan d'intervention développé et la fidélité de sa mise en œuvre. Appliquer la démarche du programme à une nouvelle situation. |

* Pour plus d'information sur le PCI, communiquer avec le premier auteur.

** Les tâches des étapes « planification, implantation et évaluation » de la démarche de résolution de problème sont reprises à chacune des rencontres 3, 4 et 5.

La deuxième rencontre débute avec la présentation d'une série d'informations sur le TDAH (nature du trouble, troubles concomitants, effets sur le fonctionnement scolaire et l'adaptation psychosociale). Ensemble, l'enseignant et l'intervenant distinguent ce qui appartient réellement au TDAH (causes et manifestations) ou ce qui appartient à l'enfant (par exemple, le tempérament), les manifestations pouvant être modifiées (par exemple, évitement de la tâche) ou celles plus immuables (par exemple, besoin de bouger). À partir de ces informations et de l'ensemble des données recueillies (entrevue sur le développement, anamnèse, fonctionnement scolaire, observation), l'enseignant et l'intervenant accomplissent l'étape d'analyse du problème (évaluation fonctionnelle, partie II). Ils complètent l'entrevue d'évaluation fonctionnelle semi-structurée (Crone et Horner, 2003) pour 1) déterminer les antécédents pouvant prédire l'apparition du comportement problématique et les conséquences susceptibles de le maintenir et 2) identifier une séquence d'événements se produisant habituellement lorsque le comportement inapproprié apparaît. Au terme de l'évaluation fonctionnelle, l'enseignant et l'intervenant établissent la fonction du comportement inapproprié (c'est-à-dire s'il est généré par un déficit sur le plan de ses habiletés ou par un déficit de performance) et définissent avec plus de confiance le comportement cible de l'enfant (c'est-à-dire le comportement positif de remplacement).

Aux rencontres trois à cinq, l'enseignant et l'intervenant choisissent la ou les stratégies d'intervention à mettre en place afin de contrôler les variables de l'environnement favorables à l'apparition du comportement cible de l'enfant. Ces rencontres correspondent aux étapes d'implantation et d'évaluation de la mise en œuvre et des effets de la démarche de résolution de problème. Trois menus de stratégies efficaces auprès de l'enfant TDAH sont proposés à l'enseignant: 1) stratégies proactives, 2) stratégies comportementales réactives positives et 3) stratégies réactives punitives. L'ordre de présentation des menus suit la logique d'intervention proposée par l'évaluation fonctionnelle. Les stratégies proactives, référant au contexte antécédent à l'apparition du comportement cible, sont d'abord appliquées de façon préventive et les stratégies réactives survenant dans le contexte conséquent au comportement sont subséquemment appliquées si nécessaire.

Les rencontres quatre à six commencent toujours par l'étape « évaluation de la mise en place des stratégies et de leur efficacité » de la démarche de résolution de problème. Cette étape vise à faire un retour sur les stratégies mises en place depuis la dernière rencontre, la qualité de leur implantation et leur effet sur le fonctionnement de l'enfant. Si la stratégie n'a pas démontré d'effet positif, l'intervenant et l'enseignant revoient les principes de ladite stratégie et cherchent de nouvelles solutions soit pour améliorer sa mise en œuvre, soit pour identifier une nouvelle stratégie. Par exemple, si l'implantation d'une stratégie éducative comme l'aménagement de l'environnement de la classe n'a pas augmenté la capacité de l'enfant à diriger son attention à sa tâche, d'autres stratégies proactives plus exigeantes ou des stratégies survenant dans le contexte conséquent au comportement (réactives positives dans un premier temps) seront explorées. Par ailleurs, lorsque l'enseignant est satisfait de l'amélioration du premier comportement cible, la démarche de résolution de problèmes est reprise pour un autre comportement problématique rapporté par l'enseignant.

Les rencontres intervenant-enseignant permettent donc de définir un plan d'intervention progressif auprès de l'enfant. L'amélioration optimale d'un premier comportement cible peut, au fil du temps, être associée à plus d'une stratégie proactive et réactive comportementale. Un nouveau comportement cible et de nouvelles stratégies à mettre en place peuvent aussi être déterminés. L'ensemble des stratégies d'intervention inscrites au plan d'intervention fait l'objet d'une évaluation de son implantation et de son effet sur le fonctionnement de l'enfant à la dernière rencontre. Cette rencontre survient environ six semaines plus tard à titre de suivi et de rétroaction pour soutenir la persévérance de l'enseignant dans la mise en œuvre fidèle de l'implantation de la démarche d'évaluation fonctionnelle et de résolution de problème.

Encourager l'autonomie, l'engagement et la réussite de l'enseignant

Le sentiment d'autonomie de l'enseignant dans le processus d'inclusion scolaire réussie et la mise en œuvre des stratégies choisies seraient liés à ses connaissances, son sentiment d'efficacité et ses comportements et pratiques (Reinke et al., 2012,). Dans cette optique, le cadre du PCI encourage le sentiment d'autonomie en offrant à l'enseignant de l'information sur le trouble, en lui permettant de prendre en charge la situation problématique par l'accomplissement des étapes d'une démarche de résolution de problème, en cherchant à développer chez lui la capacité à gérer les manifestations du trouble et en mettant en œuvre des interventions probantes tout en respectant les principes d'efficacité favorables à la réussite de l'enfant. Plus concrètement, dès le début du PCI, l'autonomie et la réussite de l'enseignant sont sollicitées lors de l'établissement d'objectifs spécifiques et de tâches à accomplir pour chaque thème des rencontres (voir Tableau 1). Toujours pour stimuler le sentiment d'autonomie, les thèmes de chaque rencontre sont soutenus par des documents de référence permettant d'obtenir de l'information claire et succincte (inventaires sur les manifestations du TDAH, entrevue d'évaluation fonctionnelle, ressources bibliographiques et internet, menus de stratégies efficaces en fonction des difficultés de l'enfant, aide-mémoire sur les principes d'efficacité des stratégies d'intervention, etc.). Ces documents proviennent de sources diverses (Massé, Lanaris, Boulianne et Boudreault, 2005; Webster-Stratton, 1999) ou ont été développés aux fins du présent programme à partir des recensions sur les interventions probantes. Ultimement, l'ensemble de ces documents forme un coffre à outils pour l'enseignant qui augmente sa capacité d'autonomie à gérer et inclure l'enfant ayant TDAH dans sa classe.

La logique d'intervention valorisée par le PCI vise aussi à soutenir l'engagement de l'enseignant dans ses efforts à adapter ses comportements et ses stratégies et à augmenter ses chances de réussite. Dans un premier temps, l'enseignant est encouragé à choisir des stratégies simples, positives et moins exigeantes à planifier et à mettre en place en terme de temps (Fairbanks et Stinnett, 1997). Il est également suggéré à l'enseignant de commencer par la mise en œuvre de stratégies positives, pour établir des bases solides à sa relation avec l'enfant et ainsi augmenter l'efficacité des stratégies réactives punitives mises en œuvre ultérieurement lorsque nécessaires (Webster-Stratton, 1999). En fonction des résultats souhaités et observés chez l'enfant, des stratégies plus exigeantes pourront être proposées.

S'ajuster aux besoins de l'enseignant

L'ensemble de la démarche de résolution de problème est un processus souple qui s'adapte aux connaissances, aux besoins, aux habiletés et à l'horaire de l'enseignant. L'enseignant a la latitude de décider quelle stratégie mettre en œuvre. Avant de choisir, l'intervenant et l'enseignant réfléchissent à la stratégie la plus susceptible d'être concordante avec le style d'enseignement et d'encadrement pédagogique de l'enseignant, échangent sur la façon de l'appliquer efficacement, planifient sa mise en œuvre en détail (par exemple, matériel nécessaire, moment de la journée pour l'appliquer) et effectuent des jeux de rôle reliés à la situation problématique. Ces réflexions et ces mises en situation favorisent des prises de conscience sur le plan cognitif, affectif et comportemental.

Le PCI : bénéfiques, limites et considérations

Le PCI proposé est une contribution conceptuelle pertinente à l'avancement des connaissances sur le TDAH et au transfert des pratiques probantes à la classe ordinaire pour plusieurs raisons. Globalement, parce que le PCI est une intervention fondée sur des études ayant démontré des pratiques probantes pour améliorer le fonctionnement scolaire de l'enfant ayant un TDAH, sur des principes d'intervention sous-jacents à ces études et sur la prise en considération des caractéristiques du trouble et du contexte dans lequel on souhaite observer des changements. D'une part, le contenu du PCI intègre à la fois des stratégies proactives et réactives comportementales permettant d'obtenir un effet complémentaire sur le rendement scolaire et le comportement de l'enfant, de développer un sentiment d'autonomie et de prise en charge d'une situation problématique par l'enseignant et de favoriser la généralisation des habiletés qu'il a acquises à l'ensemble de sa classe (Webster-Stratton, 1999). D'autre part, le mode de livraison proposé par le PCI contribue également à valoriser une intervention moins intensive, mais écologiquement valide. Elle suggère en effet que le soutien qu'un intervenant scolaire peut offrir à l'enseignant, lorsqu'il est fondé sur des pratiques probantes et qu'il respecte des principes clés, peut faire une différence dans l'inclusion scolaire de l'enfant ayant un TDAH.

Cette contribution conceptuelle du PCI est notamment validée par la contribution sur le plan empirique (Nadeau, Normandeau et Massé, 2012). De fait, des bénéfices ont été associés au PCI sur des mesures de fonctionnement scolaire de l'enfant ayant un TDAH, au-delà de l'effet de la médication et d'un PEHP, en dépit du fait que l'évaluation de l'implantation fût d'une durée limitée d'environ 7 mois. Néanmoins, compte tenu de la chronicité du TDAH, il serait souhaitable d'évaluer au fil des ans l'impact que le maintien du soutien offert à l'enfant ayant un TDAH produirait. À cet égard, le PCI proposé constitue une première étape dans le transfert des pratiques probantes à la réalité d'une classe ordinaire (Weisz, Jensen et McLoed, 2005). Une prochaine étape favorable à la dissémination de cette pratique serait de remplacer les intervenants de l'étude évaluative et issus du contexte universitaire par des intervenants engagés directement par le milieu scolaire ordinaire. En étant dans le milieu, ces derniers seront plus à même d'offrir rapidement des rencontres de relance pour répondre aux nouveaux besoins ou défis de l'enfant ayant un TDAH, augmentant du coup la viabilité et le maintien

de l'intervention (Weisz et al., 2005). Ce faisant, l'applicabilité du PCI pourrait être évaluée lorsqu'il est mis en œuvre par différents intervenants scolaires (psychologue, psychoéducateur, enseignants-ressources) ou lorsqu'il est offert en groupe sous forme de communauté d'apprentissage. Ces variantes dans les composantes du PCI permettraient d'explorer les préférences et les perceptions des enseignants par rapport au soutien qu'ils reçoivent et ainsi optimiser l'efficacité du PCI à favoriser l'inclusion scolaire.

Finalement, la pertinence du PCI est renforcée du fait que l'école est quelquefois le seul milieu où l'enfant ayant TDAH peut recevoir du soutien, soit parce que les parents ne sont pas disposés à participer à une intervention (Barkley et al., 2000), soit parce que l'offre de services dans la communauté est limitée (Watabe, Stewart, Owens, Andrews et Griffeth, 2013). Cela dit, l'ampleur des difficultés de l'enfant ayant un TDAH dans plus d'un milieu de vie indique la nécessité d'intervenir à plus d'un niveau en combinant l'intervention scolaire à une autre modalité d'intervention. Finalement, sans relever les limites déjà rapportées lors de l'étude évaluative (Nadeau, Normandeau et Massé, 2012), il importe de mentionner que l'efficacité du PCI doit être reproduite au regard des éléments susmentionnés, et ce, sur un plus grand échantillon et avec des mesures de l'effet à long terme.

Conclusion

Le présent article visait principalement à démontrer les fondements théoriques et empiriques, de même que les principes à la base d'un programme de consultation individuelle (PCI) visant à favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH. En brossant un tableau de la littérature scientifique quant aux caractéristiques cliniques, étiologiques, scientifiques et écologiques du TDAH, il montre les assises d'une intervention efficace et écologiquement valide. Les principes et le déroulement du PCI mettent en évidence des éléments clés favorisant le transfert des pratiques probantes à la réalité d'une classe ordinaire sur les plans du contenu et du mode de livraison. De prochaines études devront maintenant poursuivre le processus de dissémination amorcé, en ciblant les intervenants et les acteurs du milieu scolaire appelés à soutenir les enseignants. Ce processus de transfert favorisant l'implantation de bonnes pratiques à l'intérieur de la classe ordinaire par les enseignants est en outre cohérent avec le dernier avis du Conseil supérieur de l'éducation (2014) portant sur le besoin de soutien pour le développement professionnel des enseignants. Alors que l'éducation dispensée à un enfant ayant un TDAH, en comparaison à un enfant sans TDAH, est considérablement plus onéreuse (Robb et al., 2011), il importe de se pencher sur des modalités de services favorisant la réduction des dépenses engendrées.

Références

- Abramowitz, A. J. et O'Leary, S. G. (1990). Effectiveness of delayed punishment in an applied setting. *Behavior Therapy*, 21, 231-239. doi:10.1016/S0005-7894(05)80279-5
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC : Author.
- Arcia, E., Frank, R., Sanchez-LaCay, A. et Fernandez, M. C. (2000). Teacher understanding of ADHD as reflected in attributions and classroom strategies. *Journal of Attention Disorders*, 4, 91-101. doi:10.1177/108705470000400203
- Barbareis W. J., Katusic S. K., Colligan R. C., Weaver A. L. et Jacobsen S. J. (2007). Long-term school outcomes for children with attention-deficit / hyperactivity disorder: A population-based perspective. *Journal of Behavioral & Developmental Pediatrics*, 28, 265-73. doi:10.1097/DBP.0b013e31811ff87d
- Barkley, R. A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Shelton, T. L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., . . . Metevia, L. (2000). Multi-method psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post-treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 319-332. doi:10.1111/1469-7610.00616
- Barry, T. D., Lyman, R. D. et Grofer Klinger, L. (2002). Academic underachievement and attention deficit/hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology*, 40, 259-283. doi:10.1016/S0022-4405(02)00100-0
- Bergan, J. R. et Kratochwill, T. R. (1990). *Behavioral consultation and therapy*. New York, NY: Plenum Publishing.
- Boyajian, A. E., DuPaul, G. J., Wartel Handler, M., Eckert, T. L. et McGoey, K. E. (2001). The use of classroom-based brief functional analyses with preschoolers at risk for attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 30, 178-293.
- Bussing, R., Gary, F. A., Leon, C. E., Wilson Garvan, C. et Reid, R. (2002). General classroom teachers' information and perceptions of attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral Disorders*, 27, 327-339.
- Chronis, A. M., Jones, H. A. et Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502. doi:10.1016/j.cpr.2006.01.002
- Conners, C., Epstein, J., March, J., Angold, A., Wells, K., Klaric, J., . . . Wigal, T. (2001). Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 159-167.
- Conners, C. K. (2002). Forty years of methylphenidate treatment in attention-deficit/hyperactivity disorder [Supplement issue]. *Journal of Attention Disorders*, 6, 17-30.
- Connor-Smith, J. K. et Weisz, J. R. (2003). Applying treatment outcome research in clinical practice : Techniques for adapting interventions to the real world. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 3-10. doi:10.1111/1475-3588.00038
- Conseil supérieur de l'éducation (2014). *Le développement professionnel, un enrichissement pour toute la profession enseignante*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.
- Couture, C. et Nadeau, M.-F. (2014). Les interventions comportementales. Dans L. Massé, N. Desbiens, C. Lanaris (dir.), *Les troubles de comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd., p. 209-228). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.

- Crone, D. A. et Horner, R. H. (2003). *Building positive behavior support systems in schools: Functional behavioral assessment*. New York, NY: Guilford Press.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 769-775.
- DuPaul, G. J. et Eckert, T. L. (1997). The effects of school-based interventions for attention-deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5-27.
- DuPaul, G. J., Eckert, T. L. et Vilaro, B. (2012). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder : A meta-analysis 1996-2010. *School Psychology Review*, 41, 387-412.
- DuPaul, G. J., Jitendra, A. K., Volpe, R. J., Tresco, K. E., Gary Lutz, J., Vile Junod, R. E., . . . Mannella, M. C. (2006). Consultation-based academic interventions for children with ADHD: Effects on reading and mathematics achievement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 635-648. doi:10.1007/s10802-006-9046-7
- Evans, S. W., Serpell, Z. N., Schultz, B. K. et Pastor, D. A. (2007). Cumulative benefits of secondary school-based treatment of students with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 36, 256-273.
- Fabiano, G. A. et Pelham, W. E. (2003). Improving the effectiveness of behavioral classroom interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder: A case study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 11, 122-128. doi:10.1177/106342660301100206
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Coles, E. K., Gnagy, E. M., Chronis-Tuscano, A. et O'Connor, B. C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140. doi:10.1016/j.cpr.2008.11.001
- Fabiano, G. A., Pelham, W. E., Jr., Waschbusch, D., Gnagy, E. M., Lahey, B. B., Chronis, A. M., . . . Burrows-Maclean, L. (2006). A practical measure of impairment: Psychometric properties of the Impairment Rating Scale in samples of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and two school-based samples. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 369-385. doi:10.1207/s15374424jccp3503_3
- Fairbanks, L. D. et Stinnett, T. A. (1997). Effects of professional group membership, intervention type, and diagnostic label on treatment acceptability. *Psychology in the Schools*, 34, 329-335. doi:10.1002/(SICI)1520-6807(199710)34:4<329::AID-PITS4>3.0.CO;2-G
- Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J. et Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40, 49-65. doi:10.1177/0022194070400010401
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Epstein, J. N., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K. et Kahn, R. S. (2007). Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of U.S. children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 857-864. doi:10.1001/archpedi.161.9.857
- Gittelman, R., Abikoff, H., Pollack, E., Klein, D. F., Katz, S. et Mattes, J. (1980). A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. Dans C. K. Whalen et B. Henker (dir.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* (p. 221-243). New York, NY: Academic Press.
- Greene, R. W., Beszterczey, S. K., Katzenstein, T., Park, K. et Goring, J. (2002). Are students with ADHD more stressful to teach? Patterns of teacher stress in an elementary school sample. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 79-89. doi:10.1177/10634266020100020201

- Gresham, F. M., Watson, T. S. et Skinner, C. H. (2001). Functional behavioral assessment: Principles, procedures, and future directions. *School Psychology Review*, 30, 156-172.
- Harvey, W.J. et Reid, G. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A review of research on movement skill performance and physical fitness. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20, 1-25.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 101-106. doi:10.1093/jpepsy/jsm024
- Hoza, B., Kaiser, N. et Hurt, E. (2008). Evidence-based treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Dans R. G. Steele, T. D. Elkin et M. C. Roberts (dir.), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents: Bridging science and practice* (p. 197-219). New York, NY: Springer.
- Iwata B. A., Kahng S., Wallace M. D. et Lindberg J. S. (2000). The functional analysis model of behavioral assessment. Dans J. Austin et J. E. Carr (dir.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 61–89). Reno, NV: Context Press.
- Kampwirth, T.J. (2006). *Collaborative consultation in the schools*. Upper Saddle River, NJ : Pearson Prentice.
- Kelley, M. L. et McCain, A. P. (1995). Promoting academic performance in inattentive children: The relative efficacy of school-home notes with and without response cost. *Behavior Modification*, 19, 357-375. doi:10.1177/01454455950193006
- Klein, R. G. et Abikoff, H. (1997). Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2, 89-114. doi:10.1177/108705479700200203
- Kos, J. M., Richdale, A. L. et Hay, D. A. (2006). Children with attention deficit hyperactivity disorder and their teachers: A review of the literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 147-160. doi:10.1080/10349120600716125
- Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S. et Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. *Archives of General Psychiatry*, 62, 896–902. doi:10.1001/archpsyc.62.8.896
- Lahey, B. B. et Willcutt, E. G. (2010). Predictive validity of a continuous alternative to nominal subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder for DSM-V. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39(6), 761-775. doi:10.1080/15374416.2010.517173
- Loney, J., Weissenberger, F. E., Woolson, R. F. et Lichty, E. C. (1979). Comparing psychological and pharmacological treatments for hyperkinetic boys and their classmates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 133-143. doi:10.1007/BF00918894
- Lussier, F. et Flessas, J. (2009). Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage (2^e éd). Paris, France : Dunod.
- Martel, M. M., Roberts, B., Gremillion, M., von Eye, A. et Nigg, J. T. (2011). External validation of bifactor model of ADHD: Explaining heterogeneity in psychiatric comorbidity, cognitive control, and personality trait profiles within DSM-IV ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1111-1123. doi:10.1007/s10802-011-9538-y
- Martinussen, R., Hayden, J., Hogg-Johnson, S. et Tannock, R. (2005). A meta-analysis of working memory impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 377-384. doi:10.1097/01.chi.0000153228.72591.73
- Marzocchi, G.M., Oosterlaan, J., Zuddas, A., Carolina, P., Geurts, H., Redigolo, D., . . . Sergeant, J. A. (2008). Contrasting deficits on executive functions between ADHD and reading disabled children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 543-552. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01859.x

- Massé, L., Couture, C., Bégin, J.-Y. et Levesque, V. (2013). Utilisation du processus d'évaluation fonctionnelle dans un programme d'accompagnement adressé à des enseignants du secondaire. *Revue québécoise de psychologie*, 34, 29-50.
- Massé, L., Couture, C., Levesque, V. et Bégin, J.-Y. (2013). Impact of a school consulting program aimed at helping teachers integrate students with behaviour disorders in secondary school: Actors' points of view. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 19 (3), 327-343. doi:10.1080/13632752.2013.775719
- Massé, L., Lanaris, C., Boulianne, E. et Boudreault, F. (2005). *Programme d'intervention multidimensionnelle à l'intention d'enfants TDAH intégrés dans leur classe ordinaire, Bilan*. Rapport de recherche déposé à la Direction de l'adaptation scolaire, Ministère de l'éducation, du sport et du loisir du Québec.
- Massé, L., Lanaris, C. et Couture, C. (2014). Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd., p. 5-18). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Massé, L., Lanaris, C., Dumouchel, M. et Tessier, M. (2008). Un service de soutien offert aux enseignants pour favoriser l'inclusion scolaire des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. Dans J. Myre-Bisaillon et N. Rousseau (dir.), *Les jeunes en grande difficulté: contextes d'intervention favorables* (p. 141-165). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Mayes, S. D. et Calhoun, S. L. (2006). Frequency of reading, math, and writing disabilities in children with clinical disorders. *Learning and Individual Differences*, 16, 145-157. doi:10.1016/j.lindif.2005.07.004
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2004). *Le plan d'intervention...au service de la réussite de l'enfant, Cadre de référence pour l'établissement des plans d'intervention*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (2007). *L'organisation des services éducatifs aux enfants à risque et aux enfants handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA)*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Miranda, A., Presentacion, J. M. et Soriano, M. (2002). Effectiveness of a school-based multicomponent program for the treatment of children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 35, 546-562. doi:10.1177/00222194020350060601
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1073
- Mrug, S., Molina, B. S. G., Hoza, B. Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L. et Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 1013-1026. doi:10.1007/s10802-012-9610-2
- Nadeau, M-F., Normandeau, S. et Massé, L. (2012). Efficacité d'un programme de consultation pour les enseignants du primaire visant à favoriser l'inclusion scolaire des enfants ayant un TDAH. *Revue des sciences du comportement*, 44, 146-157. doi:10.1037/a0024655
- Nadeau, M-F., Normandeau, S., Massé, L. et Lessard, J. (2012). Les interventions psychosociales auprès d'enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Dans L. Turgeon et S. Parent (dir.), *Intervention cognitive-comportementale auprès des enfants et des adolescents. Tome 2 : Troubles de comportement* (p. 29-52). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Nigg, J. T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York, NY: The Guilford Press.
- Northup, J., Fusilier, I., Swanson, V., Huete, J., Bruce, T., Freeland, J., . . . Edwards, S. (1999). Further analysis of the separate and interactive effects of methylphenidate and common classroom contingencies. *Journal of Applied Behavior Analysis, 32*, 35-50. doi:10.1901/jaba.1999.32-35
- Noell, G. H., Duhon, G. J., Gatti, S. L. et Connell, J. E. (2002). Consultation, follow-up, and implementation of behaviour management interventions in general education. *School Psychology Review, 31*, 217-234.
- O'Neill, R., Horner, R., Albin, R., Sprague, J., Storey, R. et Newton, J. (1997). *Functional assessment and program development for problem behavior: A practical handbook* (2^e éd.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Owens, J. S. et Fabiano, G. A. (2011). School mental health programming for youth with ADHD: Addressing needs across the academic career. *School Mental Health, 3*, 111-116. doi:10.1007/s12310-011-9061-x
- Pelham, W. E. et Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 184-214. doi:10.1080/15374410701818681
- Pelham, W. E., Wheeler, T. et Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 190-205. doi:10.1207/s15374424jccp2702_6
- Pfiffner, L. J., Barkley, R. A. et DuPaul, G. J. (2006). Treatment of ADHD in school settings. Dans R. A. Barkley (dir.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3^e éd., pp. 517-589). New York, NY: Guilford Press.
- Pfiffner, L. J. et O'Leary, S. G. (1987). The efficacy of all-positive management as a function of the prior use of negative consequences. *Journal of Applied Behavior Analysis, 20*, 265-271. doi:10.1901/jaba.1987.20-265
- Purdie, N., Hattie, J. et Carroll, A. (2002). A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: What works best? *Review of Educational Research, 72*, 61-99. doi:10.3102/00346543072001061
- Raggi, V. L. et Chronis, A. M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review, 9*, 85-111. doi:10.1007/s10567-006-0006-0
- Robb, J. A., Sibley, M. H., Pelham, W. E., Foster, M. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., ... Kuriyan, A. B. (2011). The estimated annual cost of ADHD to the US education system. *School Mental Health, 3*, 169-177. doi:10.1007/s12310-011-9057-6
- Rousseau, N., Massé, L., Carignan, S., Bergeron, G. et Lanaris, C. (2014). L'inclusion et la réintégration scolaire des enfants présentant des troubles du comportement. Dans L. Massé, N. Desbiens et C. Lanaris (dir.), *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention* (2^e éd., p. 133-146). Montréal, QC : Gaëtan Morin Éditeur.
- Savoie-Zajc, L., Dolbec, A. et Charron-Poggioli, N. (1999). La formation continue: une exploration et une illustration de la notion. *Vie Pédagogique, 113*, 12-16.
- Shapiro, E. S., DuPaul, G. J., Bradley, K. L. et Bailey, L. T. (1996). A school-based consultation program for service delivery to middle school students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 4*, 73-81. doi:10.1177/106342669600400202
- Sheridan, S. M., Welch, M. et Ormi, S. F. (1996). Is consultation effective? A review of outcome research. *Remedial and Special Education, 17*, 341-354. doi:10.1177/074193259601700605

- Sonuga-Barke, E.J.S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD – A dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130, 29-36. doi:10.1016/S0166-4328(01)00432-6
- Toplak, M. E., Connors, L., Shuster, J., Knezevic, B. et Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Psychology Review*, 28, 801-823. doi:10.1016/j.cpr.2007.10.008
- Umbreit, J. (1995). Functional assessment and intervention in a regular classroom setting for the disruptive behavior of a student with ADHD. *Behavior Disorders*, 20, 267-278.
- Verret, C., Gardiner, P. et Béliveau, L. (2010). Fitness level and gross motor performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 27, 337-351.
- Watabe, Y., Stewart, J. L., Owens, J. S., Andrews, N. et Griffeth, J. C. (2013). Effectiveness and sustainability of school-based interventions for youth with or at risk for ADHD. *School Mental Health*, 5, 83-95. doi:10.1007/s12310-012-9094-9
- Webster-Stratton, C. (1999). *How to promote children's social and emotional competence*. Thousand Oaks, CA: SAGE, Paul Chapman.
- Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Weisz, J. R., Jensen, L. A. et McLoed, B. D. (2005). Development and dissemination of child and adolescent psychotherapies : Milestones, methods and a new deployment-focused model. Dans E. D. Hibbs et P. S. Peter (dir.), *Psychosocial treatments for child and adolescent: Empirically based strategies for clinical practice* (2^e éd., p. 9-39). Washington, DC : American Psychological Association.
- West, J., Taylor, M., Houghton, S. et Hudyma, S. (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *School Psychology International*, 26, 192-208. doi:10.1177/0143034305052913
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., . . . Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 991-1010. doi: 10.1037/a0027347; 10.1037/a0027347. supp (Supplemental)
- Zentall, S. S. (2005). Theory- and evidence-based strategies for children with attentional problems. *Psychology in the Schools*, 42, 821-836. doi:10.1002/pits.20114
- Zentall, S. S. (2006). *ADHD and education: Foundations, characteristics, methods, and collaboration*. Upper Sadder River, NJ: Pearson/Merrill Prentice Hall.
- Zentall, S. S. et Javorsky, J. (2007). Professional development for teachers of students with ADHD and characteristics of ADHD. *Behavioral Disorders*, 32, 78-93.