

**UNE APPROCHE GLOBALE DU DÉFICIT D'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ :
ANALYSE SYSTÉMIQUE ET INTERVENTION MULTIMODALE¹**

Suzanne Lavigneur, Ph. D.

Université du Québec à Hull

Claude Desjardins, m.d.

Pédiatre, FRCP (C)

Centre de Réadaptation La Ressource, Hull

RÉSUMÉ

Le déficit d'attention/hyperactivité (DAH) est une entité clinique dont les caractéristiques d'impulsivité, d'inattention et d'agitation peuvent entraîner chez les jeunes des difficultés d'adaptation tant au plan scolaire que social. L'ambiguïté du diagnostic et l'utilisation trop facile ou exclusive du Ritalin[®] à titre de solution suscitent une vive controverse dans les familles, les milieux scolaires et sur la place publique. Reconnaisant à la fois la complexité du processus de diagnostic ainsi que la pertinence et les limites du recours pharmacologique, **l'article propose une approche globale du DAH sous trois angles : (a) un modèle d'analyse systémique du DAH; (b) une intervention multimodale expérimentée dans le cadre de recherches évaluatives; (c) une approche multimodale dans la réalité quotidienne de l'enfant et de sa famille.**

Mots-clés: *déficit d'attention/hyperactivité; analyse systémique; intervention multimodale; méthylphénidate; relations famille - école.*

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a clinical condition in which high levels of impulsivity, hyperactivity and inattention symptoms can cause serious academic and social impairments for many children. The reliability of the evaluation and diagnostic process and the exclusive use of Ritalin[®] as an easy solution bring much controversy in families, schools and the public media as well. Taking into account both the complexity of the diagnostic process and the usefulness as well as the limits of a pharmacological approach, this paper proposes a global approach to ADHD focusing on three aspects : (a) a systemic model of ADHD; (b) research protocols with multimodal interventions; (c) a multimodal approach in the daily life of the child and his family.

Key words : *ADHD; parent-school relationships; multimodal intervention; systemic perspective; methylphenidate.*

¹ **Revue Canadienne de Psycho-Éducation**, 1999, Vol. 28, pages 141 à 161

Je tiens à remercier monsieur Serge Larivée, éditeur de la Revue canadienne de psycho-éducation, pour avoir généreusement accepté que cet article soit rendu disponible sur le site de l'Association PANDA de la MRC L'Assomption : http://members.xoom.com/enfants_tdah/panda/

UNE APPROCHE GLOBALE DU DÉFICIT D'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ :
ANALYSE SYSTÉMIQUE ET INTERVENTION MULTIMODALE

Le déficit d'attention / hyperactivité (DAH) touche de 3 à 5 % des enfants d'âge scolaire (Barkley, 1998). Ses caractéristiques cliniques (impulsivité, inattention et agitation) entraînent chez les enfants concernés des difficultés sérieuses d'adaptation tant au plan scolaire (échecs et décrochage) qu'au plan social (troubles secondaires du comportement associés à l'impulsivité et au rejet social) (Barkley, 1998; Desjardins, 1992; Henker & Whalen, 1989; Klein & Mannuzza, 1991). De plus, le problème du DAH met en péril l'estime de soi chez l'enfant ou l'adolescent (Slomkowski, Klein, & Mannuzza, S., 1995) ainsi que le sentiment de compétence chez ses parents (Ficher, 1990). Les études confirment que la problématique qui entoure le DAH pèse lourd sur l'équilibre familial (Anastopoulos, Guevremont, Shelton, & DuPaul, 1992; Hetchman, 1996) et qu'elle consume beaucoup d'énergie dans les milieux scolaires (CH.A.D.D., 1992). C'est pourquoi le DAH est une question importante qui s'impose à l'attention de tous. Cette réalité, particulièrement préoccupante pour les parents, les enseignants et les intervenants psychosociaux, appelle une recherche urgente de solutions afin de freiner l'escalade des échecs qui trop souvent s'y trouvent associés.

Les assises neurophysiologiques de cette dysfonction particulière sont aujourd'hui mieux connues (Castellanos et al., 1996; Zametkin & Rapoport, 1987) : il s'agirait d'un sous fonctionnement au niveau des noyaux de la base et des lobes frontaux (Amen, Paldi, & Thisted, 1993; Lou, Henriksen, Bruhn, Borner, & Nielson, 1989). Cette dysfonction physiologique répond d'ailleurs à une approche pharmacologique spécifique, notamment une médication psychostimulante comme le méthylphénidate (Ritalin[®]) (Zametkin & Ernst, 1999). Cependant l'utilisation de plus en plus répandue de cette médication dans le but de réduire les symptômes comportementaux associés au DAH suscite beaucoup de controverse. « Êtes-vous pour ou contre le Ritalin? » la question retentit dans les familles, dans les milieux scolaires, dans les médias, etc. De son côté, l'enfant concerné reçoit de partout des messages contradictoires, même de la part de ceux qui l'accompagnent dans son ajustement quotidien. Pour se convaincre de la teneur émotive du débat aux États-Unis comme au Québec, il suffit d'écouter les émissions de ligne ouverte, de parcourir les manchettes des journaux, de visiter les nombreux sites Internet et les

forums d'échange consacrés au DAH² ou encore de constater l'intérêt des magazines pour la question du Ritalin³.

De ces débats orageux, deux problèmes ressortent: (a) l'ambiguïté du diagnostic et (b) l'utilisation trop facile du Ritalin à titre de solution (Cohen, Clapperton, Gref, & Tremblay, 1999). Quant à nous, nous reconnaissons d'emblée sinon l'ambiguïté du moins la complexité du processus de diagnostic et les limites mais aussi parfois la pertinence de l'intervention pharmacologique. Dans cette perspective, notre propos vise à présenter le problème dans toute sa complexité et une approche multimodale d'intervention, c'est-à-dire selon une approche qui met à profit l'apport complémentaire des modèles biophysique, cognitif, psychodynamique, comportemental et communautaire. Ainsi au plan du diagnostic et de la compréhension du DAH, l'approche présentée repose sur une analyse bio-psycho-sociale de la problématique en cause, alors que, au plan de l'intervention, nous préconisons une approche multimodale qui exploiterait la complémentarité des paradigmes mentionnés. Le présent article ne vise pas à faire un bilan de l'état actuel des connaissances sur le DAH, ni à passer en revue l'ensemble des études portant sur l'évaluation de programmes d'intervention multimodale. Il vise simplement à illustrer comment aborder le DAH dans une perspective globale, c'est-à-dire comment situer le diagnostic dans une vision systémique et comment penser l'intervention dans une approche multimodale.

Cet exposé ouvre trois volets : (a) un modèle d'analyse systémique du DAH; (b) une intervention multimodale dans le contexte de recherches évaluatives fondée sur des protocoles expérimentés au National Institute of Mental Health (NIMH); (c) une approche multimodale dans la réalité quotidienne de l'enfant et de sa famille, à partir d'une série de témoignages recueillis auprès de parents dont l'enfant présente un DAH.

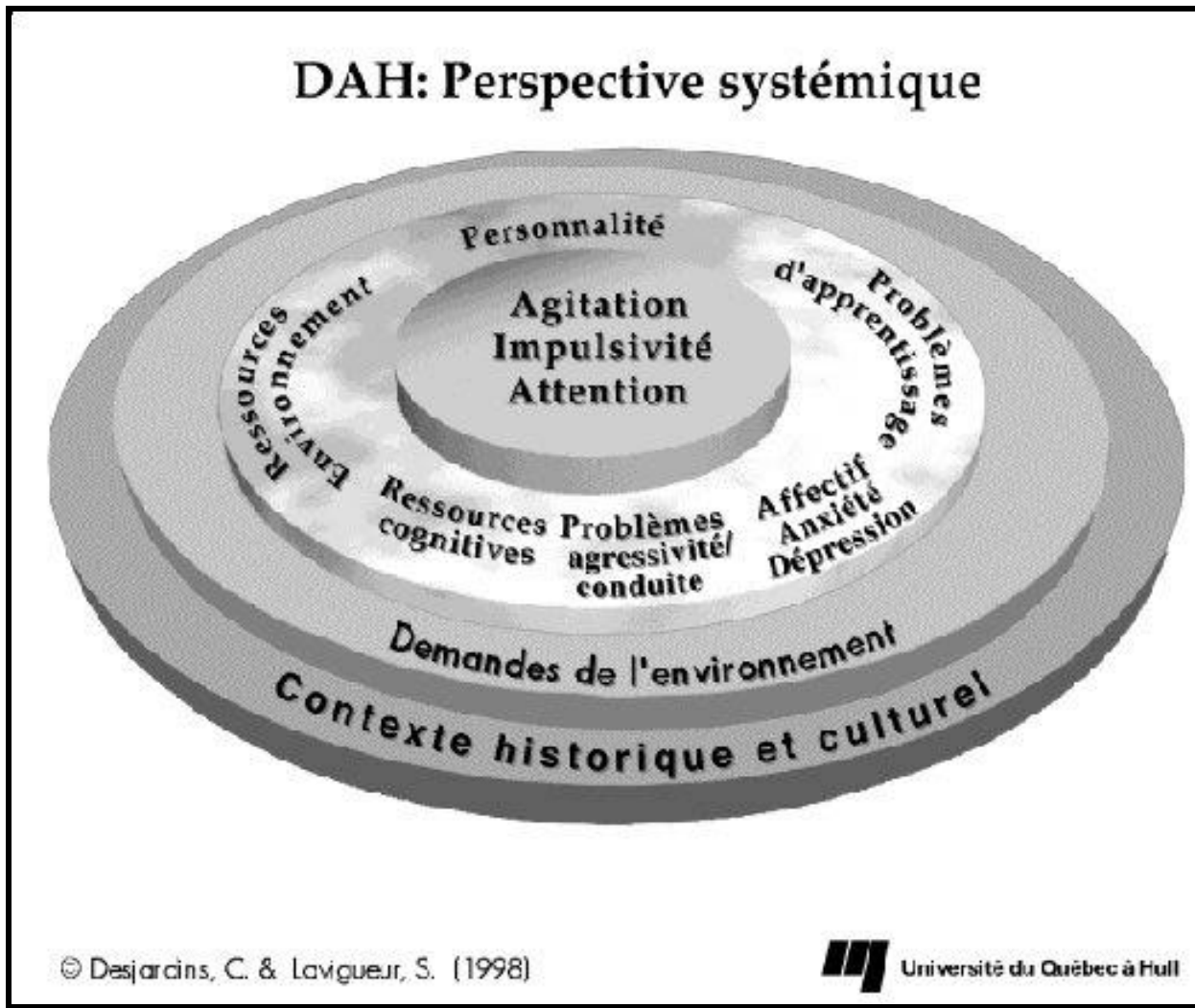
UN PROBLÈME COMPLEXE DE NATURE BIO-PSYCHO-SOCIALE

Même si c'est une mode quasi incontournable de parler d'une approche "bio-psycho-sociale", on peut dire qu'ici les mots sont particulièrement justifiés pour désigner la nature complexe du

² Voir entre autres le site québécois francophone où de nombreux parents partagent leurs inquiétudes et leurs réponses: <http://planete.qc.ca/sante/elaine/table.html>

³ Voir les articles portant sur « l'hyperactivité et l'utilisation du Ritalin » parus dans différents magazines québécois pour saluer le « retour à l'école » en septembre 1998 : *Coup de Pouce*, *Maclean's*, *Québec Science* ainsi que *Châlelaine!* Selon nous, l'article de *Coup de Pouce* qui développe une position particulièrement nuancée et bien documentée mérite d'être souligné.

DAH et des caractéristiques comportementales inhérentes. Le schéma d'analyse suivant propose donc une lecture systémique du DAH et met en lumière les différents facteurs impliqués.



L'inattention, l'agitation et l'impulsivité avec son manque d'inhibition, regroupent les caractéristiques fondamentales du DAH et représentent pour ainsi dire son noyau; aussi les retrouve-t-on au milieu du schéma proposé. L'importance accordée à chacune des trois caractéristiques à titre de critères diagnostiques a varié au cours des dernières décennies et s'est reflétée dans les différentes appellations qui ont été données à cette entité clinique (Desjardins, 1992).

Bien qu'une bonne partie du champ reste à explorer, la base génétique et neurophysiologique du DAH est de mieux en mieux connue (voir Tannok, 1998, qui retrace quelque 250 références

récentes sur le sujet). Le schéma de la figure 1 illustre comment le noyau attribué au syndrome spécifique du DAH baigne dans une réalité plus large dont les différentes composantes module- ront l'ampleur des caractéristiques mentionnées. Ces différentes composantes, que nous pas- serons brièvement en revue, représenteront donc autant de facteurs de protection ou, à l'in- verse, de facteurs de risque dans l'adaptation et l'évolution de l'enfant.

Une première sphère d'influence : ressources et comorbidité chez l'enfant et sa famille

La première sphère d'influence qui entoure le noyau réside dans les caractéristiques person- nelles de l'enfant ainsi que dans les ressources et les vulnérabilités de sa famille. Parmi les caractéristiques personnelles, cinq se révèlent particulièrement déterminantes sur la façon de composer avec le DAH.

1. Les problèmes d'opposition et de conduite, qu'ils soient la cause ou la conséquence de l'ac- cumulation de situations d'échecs, de rejet social ou d'incompréhension de la part des adul- tes, constituent un facteur particulièrement important de comorbidité. En effet, on observe ce facteur chez approximativement 40 % des enfants hyperactifs et il se révèle prédicteur quant à l'évolution du jeune adulte (Barkley, 1998; Jensen, Martin, & Cantwell, 1997).
2. Les troubles spécifiques d'apprentissage (de nature psycholinguistique ou perceptivo-motrice par exemple) sont plus fréquents chez les enfants ayant un DAH (de 20 à 40 %) et lorsque présents, ils viennent ajouter un défi supplémentaire à l'apprentissage et à l'intégration en classe (DuPaul & Stoner, 1994). La présence de ces troubles spécifiques augmente d'autant les risques d'inattention, de perte de motivation et d'échecs scolaires qui sont déjà fort éle- vés chez tout enfant hyperactif.
3. Le DAH n'a pas comme tel d'incidence particulière sur les ressources cognitives. Bien qu'il soit difficile d'évaluer avec justesse le quotient intellectuel de l'enfant hyperactif, le Q.I. est une variable indépendante du DAH également distribué chez les enfants surdoués, normaux ou moins doués. En revanche, de bonnes ressources cognitives représentent un facteur de protection important parce qu'elles favorisent chez l'enfant ou l'adolescent le développement de stratégies compensatoires aux plans des apprentissages, de l'intégration scolaire et de l'ajustement social en général.

4. Une fois le diagnostic établi, on a parfois la fâcheuse tendance à négliger la dimension du tempérament et des traits de personnalité propres à chacun et à réduire trop facilement le style personnel de l'enfant aux caractéristiques comportementales inhérentes au DAH. Pourtant, parents et enseignants observent à quel point ces enfants sont loin d'être identiques, a fortiori quand deux enfants présentent un DAH dans une même famille (ce qui n'est pas rare vu l'importance du facteur héréditaire, Tannock, 1998). L'un sera par exemple un peu rêveur, aimant à lire et à jouer seul, bien qu'il puisse devenir soudainement très entêté lorsque confronté sur un élément en particulier; son frère pourra au contraire être décrit comme naturellement sportif, compétitif, social et aimant la compagnie, tout en étant capable de se "défâcher" aussi vite qu'il se fâche.

5. Quoique moins fréquente que les troubles d'opposition et de la conduite, une dimension affective teintée d'éléments dépressifs ou anxieux s'ajoute quelquefois aux facteurs de comorbidité. Ces traits dépressifs (tristesse, irritabilité, labilité) ou ces manifestations particulières d'anxiété (somatisation, peurs ou obsessions) compliquent le processus diagnostique et exigent une intervention qui en tienne compte.

En plus des ressources personnelles de l'enfant, on retrouve aussi dans cette première sphère d'influence les ressources et les vulnérabilités particulières de son environnement familial. Les forces, les limites et le stress qui caractérisent la famille, le couple parental, chacun des parents, ou encore la fratrie contribuent directement à limiter ou à amplifier les caractéristiques comportementales de l'enfant hyperactif. On pense entre autres à des variables comme les attitudes éducatives des parents, la stabilité conjugale, la présence d'un parent hyperactif ou déprimé, le réseau de soutien social qui entoure la famille et son niveau socio-économique. Cet important facteur de « protection ou de comorbidité familiale » n'est certes pas étranger au fait que l'on retrouve dans certains quartiers défavorisés une concentration anormalement élevée d'enfants qui sont diagnostiqués comme présentant un DAH (Szatmari, Offord, & Boyle, 1989).

Une deuxième sphère d'influence: les demandes de l'environnement

Le deuxième niveau d'influence illustré dans le schéma désigne les demandes de l'environnement à l'égard de l'enfant. Pour comprendre cette interaction, rappelons le mariage difficile et souvent explosif que l'on observe entre le DAH et les milieux scolaires dont les exigences ont souvent pour effet d'exacerber les caractéristiques comportementales des enfants concernés.

Rester assis sans déranger les autres, écouter un contenu dont l'intérêt n'est pas toujours évident, persévérer dans une tâche plutôt indifférente et interminable, s'entendre avec un groupe de pairs, attendre son tour, respecter les règles, quel défi de taille pour un élève agité, distrait et impulsif!

Cette non-coïncidence entre les demandes scolaires et l'enfant hyperactif (surtout si une autre difficulté d'apprentissage s'ajoute) explique que plusieurs parents maintiennent que « le problème, c'est l'école et non leur enfant ». Ils affirment qu'ils réussissent à composer relativement bien avec le « style actif » de leur enfant et qu'ils n'observent pas à la maison les comportements problématiques dont se plaint toujours l'école. On remarque aussi que les vacances d'été posent moins problème quand l'enfant joue dehors, course à bicyclette, s'épuise dans la piscine ou passe des heures à la pêche... On comprend aussi que les pères qui multiplient les activités physiques et sportives avec l'enfant s'exclament qu'il « suffit de savoir s'y prendre » tandis que c'est sur la mère que retombe la supervision des devoirs et de la routine.

Une troisième sphère d'influence : culture et société

La sphère d'influence plus large qui entoure les caractéristiques désigne le contexte historique et culturel où vit l'enfant, dont les valeurs et le mode de vie encouragent plus ou moins les caractéristiques comportementales du DAH. Ce macrosystème est de fait une extension de la sphère précédente qui représentait les exigences des différents microsystèmes où l'enfant est appelé à évoluer. Ingersoll (1995) propose une interprétation intéressante du DAH dans un livre destiné aux jeunes hyperactifs. L'auteure explique comment certains traits de personnalité (être énergique, curieux, aimer le risque et la vitesse), qui pouvaient constituer un atout précieux pour assurer la survie de l'espèce à l'époque des guerriers et des chasseurs, sont devenus moins valorisés dans une société qui oblige à passer de nombreuses heures assis tranquille à écouter ou à travailler sans déranger.

Pour poursuivre la comparaison, reportons-nous au contexte culturel des Filles de Caleb. On imagine comment pour les enfants le fait de marcher (ou de courir...) quelques kilomètres pour aller et venir de l'école, d'aider à couper et à corder le bois de chauffage, de faire le train et nourrir les animaux, représente autant d'activités qui font appel aux caractéristiques et aux forces de l'enfant hyperactif, alors que le scénario moderne a plutôt tendance à faire le contraire. « Rester assis tranquille » 45 minutes pour simplement aller et venir de l'école dans l'autobus

scolaire, puis s'asseoir de nouveau pour écouter ou pour faire ses devoirs, et en plus, éviter de déranger avec des jeux bruyants les voisins qui vivent dans l'appartement du dessous: quel défi de taille pour un enfant qui a un DAH. Le contexte urbain actuel tend à confronter davantage l'enfant à ses déficits qu'à lui donner la chance de mettre à profit ses ressources et son style actif.

Le modèle systémique illustré dans la réalité concrète d'un enfant

En somme, on doit comprendre du schéma proposé que le noyau du DAH, c'est-à-dire les manifestations d'inattention, agitation et impulsivité, prendront plus ou moins d'importance, ressortiront de façon plus évidente ou, au contraire, passeront relativement inaperçues, selon l'influence des autres variables en présence. Illustrons notre propos en comparant la situation hypothétique de deux enfants qui présenteraient un DAH.

Stéphane est doté de bonnes ressources intellectuelles; il évolue dans un excellent milieu familial et ne manifeste aucun problème de comorbidité. Bien qu'on l'ait depuis longtemps identifié comme particulièrement « actif et distrait », il ne sera néanmoins diagnostiqué comme ayant un DAH qu'en 5^e année ou peut-être même une fois intégré au secondaire. Les déficits que Stéphane, jusque là, avait réussi à compenser à l'aide de ressources personnelles et familiales favorables se retrouvent maintenant confrontés à des défis scolaires trop exigeants.

Parallèlement imaginons le cas de Jonathan qui présente un niveau de sévérité de DAH équivalent. Toutefois Jonathan possède des ressources cognitives plus limitées. Il vit dans un environnement familial peu stimulant et passablement désorganisé, où les sources de stress sont nombreuses et s'aggravent les unes les autres; son père est lui-même hyperactif, relativement imprévisible et se laisse facilement emporté dans des escalades d'agressivité avec son fils. Qui plus est, plaçons Jonathan dans un milieu scolaire dont la direction est un peu rigide, dans la classe d'une enseignante qui ignore plus ou moins les besoins éducatifs d'un enfant hyperactif, dont la pédagogie manque de structure et de moyens visuels et qui, comble de malheur, multiplie les travaux qui font appel à l'autonomie des élèves... On peut parier que, contrairement à Stéphane, Jonathan sera en difficulté dès sa première année scolaire, sinon sa maternelle. À la lumière de notre schéma systémique, on devine comment les différentes caractéristiques personnelles, familiales ou scolaires défavorables dans le cas de Jonathan actionneront le noyau du DAH, amplifiant les déficits jusqu'à paralyser son développement.

L'analyse systémique du DAH met en lumière la complexité de la problématique associée et suggère déjà qu'une intervention exclusivement pharmacologique, ou académique, ou comportementale, ou encore familiale ou sociale, risque de demeurer trop partielle et d'être insuffisante pour répondre aux besoins de l'enfant.

Penchons-nous maintenant sur l'intervention pour saisir les implications d'une approche globale du DAH, dans un contexte de programmes structurés d'intervention professionnelle ou dans un accompagnement de l'enfant dans sa réalité quotidienne.

INTERVENTION MULTIMODALE DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME DE RECHERCHE ÉVALUATIVE

De façon générale, on peut dire que la plupart des recherches qui ont étudié l'impact d'une approche pharmacologique (prescription d'un psychostimulant) en combinaison avec un autre type d'approche (behaviorale, cognitivo-behaviorale, suivi scolaire, soutien parental, développement des habiletés parentales ou parent training, thérapie individuelle ou de groupe) s'entendent pour dire qu'une approche combinée donne de meilleurs résultats (amélioration des comportements observés chez le jeune ou perception plus positive des parents), qu'une approche pharmacologique exclusive. En revanche, celle-ci donne à court terme de meilleurs résultats qu'une approche psychosociale exclusive (Whalen & Henker, 1991).

Plusieurs de ces études soulèvent des nuances intéressantes en ce qui concerne l'intervention: on souligne entre autres, la difficulté chez les enfants hyperactifs de généraliser les acquis d'une thérapie behaviorale et de développer des stratégies d'autorégulation (Pelham & Murphy, 1986, cité par Hetchman, 1992; Abramowitz, Eckstrand, O'Leary, & Dulcan, 1992); on reconnaît les effets très limités des approches cognitives (Abikoff, 1991) ainsi que l'impact moins évident sur les comportements à long terme qu'auraient les programmes centrés sur les habiletés parentales (Ialongo et al. 1993). Quant à la perception des moyens d'intervention, Power, Hess & Bennet (1995) soulignent qu'une approche qui combine la prise de médication à d'autres stratégies de gestion comportementale en milieu scolaire était plus acceptable aux yeux des enseignants qu'une intervention uniquement pharmacologique, tandis que Liu, Robin, Brenner & Eastman (1991) montrent des résultats similaires quant à l'acceptabilité du méthylphénidate du côté des parents.

Dans une revue critique des recherches sur le traitement multimodal de l'hyperactivité, Hetchman (1992) souligne que certaines études intéressantes au plan clinique n'ont pas la rigueur méthodologique nécessaire pour mettre clairement en évidence les effets d'une intervention multimodale dont toutes les composantes seraient rigoureusement contrôlées et équitablement réparties entre les groupes aux fins de comparaison. Deux importants programmes de recherche parrainés par le National Institute of Mental Health (NIMH) aux États-Unis, dont le premier est terminé et le second est en cours, tentent de corriger ces lacunes; leur objectif est d'évaluer, d'une façon qui soit particulièrement rigoureuse au plan scientifique et pertinente au plan clinique, l'effet comparé de l'intervention multimodale dans le contexte du DAH. En plus de souligner l'envergure et la rigueur méthodologique qui caractérisent ces deux projets, on souhaite attirer ici l'attention sur le caractère résolument multimodal des protocoles d'intervention expérimentés. La présentation schématique de l'évolution des deux protocoles (voir Tableau 1) permet d'illustrer la complémentarité des moyens d'intervention mis en place dans les programmes du NIMH.

Premier projet NIMH

Dans la première des études (Hetchman, 1992), deux équipes de chercheurs appliquaient de façon parallèle le même protocole d'intervention et de recherche auprès d'un groupe d'enfants de New York et auprès d'un second groupe d'enfants rattachés à l'hôpital de Montréal pour Enfants sous la direction du Dr Lily Hetchman. Les enfants étaient répartis de façon aléatoire entre trois groupes d'intervention.

Le groupe A recevait un traitement multimodal, c'est-à-dire un traitement pharmacologique conjugué à plusieurs programmes d'entraînement et de suivi rigoureux. Le groupe B, en plus du traitement pharmacologique, recevait le même nombre d'heures de présence et d'attention de la part des professionnels que le groupe A, sauf que le contenu des rencontres était plus informel, sans structure d'apprentissage systématique (par exemple, groupe de jeux ou de devoirs pour les enfants, groupe d'échange et de soutien pour les parents); le groupe B permettait de contrôler le rôle de l'attention reçue. Finalement, le groupe C ne recevait qu'un traitement pharmacologique ou « conventionnel ».

L'analyse de l'effet comparé de ces trois types d'intervention a pris la direction prévue, surtout au début: les enfants du groupe A progressaient plus rapidement surtout comparé au groupe C,

mais l'écart tendait progressivement à diminuer (surtout entre A et B) : la généralisation et le maintien des acquis devenant moins évidents, les différences n'étaient plus significatives au plan statistique (Hetchman, 1997). Certaines hypothèses explicatives ont été avancées par les chercheurs : (a) l'exclusion des enfants présentant des problèmes de comorbidité (troubles relativement sévères d'apprentissage ou troubles de la conduite) peut avoir contribué de façon significative à niveler les résultats et (b) les familles participantes devaient présenter un niveau de fonctionnement relativement adéquat pour maintenir le niveau de participation exigée par la démarche d'intervention (au moins pour les groupes A et B). Bref, il semble que le déploiement de tout cet arsenal d'interventions multimodales plus ou moins structurées n'ait pas fait suffisamment la preuve de l'approche à privilégier. Ces résultats énigmatiques ont toutefois conduit l'équipe de chercheurs à mener une deuxième étude en introduisant certaines modifications dans le protocole d'intervention, notamment en intensifiant l'intervention auprès des enfants et la concertation avec les milieux scolaires.

Deuxième projet NIMH

Ce deuxième projet revêt une envergure encore plus grande que le premier : il regroupe maintenant 18 chercheurs de pointe dans le domaine de l'hyperactivité, qui travailleront avec 576 enfants (incluant leur famille et leur école), répartis sur six territoires (Arnold et al., 1997; Hetchman, 1998). Le projet est devenu le National Institute of Mental Health Collaborative Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, puisque, dans un effort pour intensifier la collaboration explicite avec les milieux scolaires, le NIMH s'est officiellement associé avec le U.S. Department of Education. Le protocole du multimodal treatment (MMT) comporte maintenant quatre groupes comparés d'intervention échelonnés sur une période de 14 mois de traitement dont l'intensité diminue progressivement (voir Tableau 1).

Dans le but de favoriser au maximum la généralisation et le maintien des acquis faits par les enfants, ce deuxième projet mise sur : (a) une intervention particulièrement intensive auprès des enfants (éducateur à plein temps pendant les deux mois d'été), (b) un partenariat officiel entre le réseau des services de santé mentale et les services scolaires, (c) une présence de l'éducateur dans l'école pour assurer une continuité de l'intervention vécue pendant l'été, (d) une formation des parents et des enseignants et (e) une intensification de la collaboration parents-enseignant. Ainsi ce deuxième protocole d'intervention, multidisciplinaire, multi-milieux et multi-agents apparaît-il plus intensif et plus contrasté, tout en actualisant une approche multi-

modale encore plus marquée que dans le premier projet.

L'APPROCHE MULTIMODALE DANS LA RÉALITÉ QUOTIDIENNE DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE

Le modèle qui sera évoqué dans le dernier volet de cet article renvoie à une approche multimodale qui ne se situe pas dans un programme spécifique d'intervention professionnelle, mais plutôt dans l'accompagnement de l'enfant hyperactif à travers les différentes dimensions de sa réalité quotidienne. Ce modèle relève d'une revue exhaustive de la littérature adressée aux parents et aux enfants hyperactifs, et d'entrevues menées auprès de parents d'un enfant hyperactif.

Au cours de ces entrevues, les thèmes suivants ont été soulevés avec les parents : *processus diagnostique; réalité scolaire; médication; activités préférées et sources de valorisation de l'enfant; réseau relationnel de l'enfant; organisation de la vie quotidienne et moyens éducatifs privilégiés; sources de gratification du parent et équilibre familial; soutien social; conseils à un autre parent.*

Dans les pages qui suivent, les témoignages ou les vignettes choisis ainsi que nos propres réflexions sur ces thèmes, illustreront à la fois la contribution originale et complémentaire des composantes pharmacologique, cognitive, psychodynamique, comportementale et communautaire dans l'accompagnement quotidien de l'enfant.

La composante pharmacologique

La composante pharmacologique sera abordée sous les deux angles suivants: (a) les questions qu'elle soulève chez la majorité des parents tout en étant pour certains enfants une intervention efficace pour réduire l'importance de leurs symptômes. (b) Sa dimension complémentaire en ce qu'elle permet des conditions favorables aux effets des autres modes d'intervention.

Une intervention clé qui questionne

Moi, ... je le dis bien franchement, j'ai toujours été CONTRE TOUTES les pilules, je ne prends même pas une aspirine... Mais à un moment donné, ça n'allait vraiment plus pour Maxime à l'école; il était tellement malheureux, puis même s'il est bien intelligent, il avait commencé à vivre des échecs. Alors je me suis dit à moi-même :

« Bon bien là, écoute! C'est ou tes principes, ou l'avenir de ton enfant, décide-toi! » Alors j'ai choisi son avenir! Je continue de ne pas aimer ça lui faire prendre des pilules. Mais c'est clair qu'il est plus heureux actuellement avec sa médication, et je continue d'espérer qu'à un moment donné, il va probablement être capable de prendre la relève et de fonctionner assez bien sans ça. (Témoignage extrait de Lavigneur, 1998, p. 304).

Le ton et le réalisme de ce témoignage tranchent avec certains débats stériles qui opposent ceux qui défendent avec fougue et sans nuance une position « pour ou contre le Ritalin ». Tel que mentionné auparavant, l'efficacité à court terme de la médication psychostimulante a été rigoureusement démontrée : les études soulignent que la médication psychostimulante diminue de façon significative l'intensité des symptômes associés au DAH chez environ 80 % des enfants (Swanson et al., 1993); on observe une capacité d'attention accrue, une diminution sensible de l'agitation, de l'impulsivité et des comportements agressifs, une meilleure organisation des fonctions cognitives et une plus grande sensibilité aux conséquences de leurs comportements. Comme le montrent les images de tomographie par émission de positrons (PET), l'action de la médication régularise le niveau d'activité de certaines régions du cerveau en compensant pour la production insuffisante ou l'action ralentie de neurotransmetteurs comme la dopamine et la norépinéphrine (Lou et al., 1989). Ce médicament agit en effet en augmentant la vigilance du cerveau, un peu comme le fait le café, et non comme un calmant pour "tranquilliser" les enfants, comme le pensent à tort certains parents.

Parallèlement aux effets positifs à court terme, signalons cette réaction spontanée et émouvante du petit Yan, un cas franchement sévère de DAH, qui était à ce point « dérangent » que l'école payait volontiers le taxi pour l'envoyer dîner à la maison! Or, après sa première journée de médication, Yan s'élançait en courant vers sa mère au retour de l'école: « Maman! Maman! J'suis normal! J'suis normal! » La diminution de ses symptômes l'avait surpris lui-même... Rappelons cet autre témoignage d'une mère à propos de l'effet le plus marquant du Ritalin son fils : pour « la première fois de sa vie », il avait offert de l'aider à laver la vaisselle du souper! La chimie du cerveau n'a pas fini d'étonner!

Un terrain plus propice aux interventions éducatives

Tous les déficits sont loin d'être aussi sévères que ceux de Yan; plusieurs enfants avec un diagnostic de DAH n'auront pas nécessairement besoin de l'aide de la médication, d'autant plus s'ils ne présentent pas d'autres facteurs de risque qui augmentent leurs symptômes (voir la

Figure 1, p. 4). Par contre, dans les cas plus sévères, a fortiori en présence de facteurs aggravants, la médication peut favoriser l'efficacité des autres moyens d'intervention utilisés.

Mary Cahill Fowler (1990), mère d'un enfant présentant un DAH sévère, raconte comment toutes les mesures spécialisées mises en place pour aider son fils (thérapie, adaptations scolaires, mesures éducatives à la maison et à l'école) n'avaient pas réussi à contrer la trajectoire négative dans laquelle son fils s'enlisait progressivement, accumulant les échecs et les punitions malgré les efforts et la bonne volonté de tout le monde. « Inacceptable » et « inacceptable », David se sentait coincé dans une impasse jusqu'à vouloir en finir et mourir. Pour cet enfant, le Ritalin (dont l'utilisation avait été retardée en raison de certains tics) s'est révélé la pièce manquante d'un casse-tête, grâce à laquelle il a pu finalement miser sur une série de petites réussites.

Quand les symptômes s'accroissent au point de contrer les mesures éducatives habituelles, la médication devient un moyen complémentaire en offrant un terrain propice à des actions éducatives dont les effets dépasseront l'action limitée et à court terme de l'approche pharmacologique. La réduction temporaire des symptômes peut ainsi contribuer au développement de compétences durables, dans la mesure où d'autres approches sont parallèlement mises à profit. Par exemple, une atmosphère familiale plus détendue permet d'alimenter une complicité positive avec l'enfant et d'encourager ses comportements positifs. Au plan scolaire, la réduction des symptômes favorise l'apprentissage de certaines habitudes de travail et une meilleure motivation à l'égard de l'école. Finalement, au plan social, l'enfant peut davantage découvrir la joie d'avoir des amis et d'être intégré dans des activités parascolaires valorisantes.

La composante cognitive

La composante cognitive sera abordée sous deux angles : (a) comment, pour le parent et tout l'entourage, la compréhension du déficit influence leur approche de l'enfant; (b) l'importance pour l'enfant de revoir son expérience immédiate avec l'aide des adultes les plus proches.

Comprendre la nature des déficits modifie l'attitude

Bien comprendre qu'il existe une base physiologique aux difficultés d'un enfant hyperactif permet à ceux qui l'entourent (ses parents, l'enseignant, ses frères et sœurs, les pairs à l'école, ses grands-parents et ses gardiens s'il y a lieu) de mieux distinguer entre ce qu'il ne veut pas

faire et ce qu'il ne peut pas faire. Moins visible que le surdité ou la paralysie, le DAH est un handicap tout aussi réel. Rappelons-nous combien il est humiliant et d evalorisant de voir nos comportements ou gaucheries mal interpr et s par ceux que nous aimons. D es que les parents, l'enseignant ou encore les enfants de la classe comprennent bien ce qu'est un DAH, ainsi que les besoins et les difficultés particulières des enfants qui en souffrent, la vie quotidienne de ceux-ci prend rapidement une nouvelle tournure. Les bl ames deviennent moins abondants et les moyens pour aider deviennent plus évidents.

De plus en plus de ressources d'information sur la nature du DAH, sur la médication ou sur les interventions éducatives sont maintenant disponibles en français sous forme de livres, articles, d epliants, vid es, sites Internet et forums d'échange. Ces ressources sont autant d'outils d'information utiles à partager avec les parents, les enseignants ou avec les jeunes eux-mêmes et deviennent parfois le premier pas d'une attitude et d'une action plus aidantes.   titre d'exemples, Ces enfants qui bougent trop (Desjardins, 1992) est un livre de sensibilisation au DAH utilisé par plusieurs parents et écoles; Le cousin hyperactif (Gervais, 1996) permet à l'enfant hyperactif et aux jeunes de son entourage de mieux comprendre les défis particuliers auxquels ce handicap le confronte; tandis que Ces parents à bout de souffle (Lavigneur, 1998) se présente comme un « guide de survie à l'intention des parents » en leur proposant différents moyens pour aider l'enfant. Voir Lavigneur (1999) pour un résumé de documents d'information faciles d'accès. Notons de plus que le schéma du modèle systémique présenté (Figure 1, p. 4) s'est, à l'usage, avéré utile pour aider parents, enseignants et médecins à mieux situer la nature des difficultés vécues par les enfants et pour remettre le DAH dans sa juste perspective.

Aider l'enfant à revoir son expérience immédiate

Tel que déjà mentionné, les ateliers de formation inspirés des approches cognitivo-comportementales qui s'adressent aux enfants hyperactifs semblent avoir un impact décevant, même combinés à la prise de médication (Abikoff, 1991). La capacité de prendre du recul et d'analyser une situation fait particulièrement défaut chez les jeunes hyperactifs, ce qui leur cause bien des ennuis. Cette difficulté tient à des particularités de leur fonctionnement cognitif qui réduisent l'aptitude à réfléchir sur l'action, aptitude que l'intervention cognitivo-comportementale tente pourtant de développer dans le cadre d'ateliers de formation.

Cette limite au plan de l'apprentissage souligne l'importance stratégique pour que parents et

éducateurs aident le plus possible l'enfant à mieux voir l'effet de ses comportements dans ses expériences et interactions quotidiennes. Dans cette perspective, les entrevues-sur-le-champ telles que mises en évidence par l'approche psychoéducative (Redl, 1959) sont des interventions qui conviennent tout à fait aux besoins et au mode d'apprentissage des enfants hyperactifs. Ces retours sur l'expérience immédiate soutenus par l'adulte favorise d'autant leur apprentissage des comportements à répéter ou, au contraire, des comportements à ajuster ou à éviter. Les entrevues sur-le-champ représentent une intervention cognitive plus généralisable que les ateliers formels de formation cognitivo-behaviorale dans la mesure où son contenu expérientiel concret et immédiat touche davantage le mode de penser du jeune. Notons que les retours sur l'expérience immédiate seront d'autant plus efficaces qu'ils aboutissent à un petit plan d'action, par exemple : on s'entend sur un signe qui alertera l'enfant de l'attitude en jeu ou de l'action à poser. Dans l'entrevue-sur-le-champ, les stratégies cognitives permettent à l'enfant d'ajuster ses comportements grâce à un soutien intensif et concret dans le feu de l'action, à la manière d'un entraînement sportif sur le terrain de match.

La composante psychodynamique

La composante psychodynamique suggère que toute intervention prenne solidement racine dans les émotions et la perception de l'enfant et de ceux qui l'accompagnent. Sans ces racines plantées au cœur de chaque membre de la famille, tout projet d'intervention risque de manquer de souffle et de perdre progressivement de sa vitalité au fil des frustrations inévitables. On l'a dit, l'estime de soi de l'enfant est facilement menacée par ses difficultés scolaires et sociales tandis que les parents tendent à douter de leur compétence parentale lorsqu'ils se retrouvent confrontés à l'inefficacité relative des approches éducatives habituelles et qu'ils reçoivent les reproches plus ou moins explicites de la part de l'entourage.

Retenons les points suivants: (a) le maintien de la qualité de la relation parents - enfant, la participation de l'enfant à la démarche d'intervention et l'attention aux besoins de chaque membre de la famille; (b) la conscience chez les parents de leurs propres besoins, et le respect de leur rythme et de leurs limites.

Maintenir la qualité de la relation et être attentif aux besoins de chacun

Certains parents sont tellement envahis par la pression scolaire des devoirs à faire, des com-

portements à corriger et des habiletés à développer..., qu'ils en viennent à sous-estimer l'importance des simples moments de plaisirs partagés avec l'enfant et la famille ou l'importance des moments d'écoute "gratuite" dégagés de tout problème ou urgence à régler. Or, ces moments sont pourtant essentiels à chacun pour bâtir des réserves d'énergie et pour nourrir aussi bien le développement des enfants que le bonheur d'être parent. Les intervenants sont souvent complices de cet oubli : de fait, les pressions qu'ils exercent sur les parents traduisent plus spontanément des objectifs éducatifs et scolaires que des objectifs relationnels.

Néanmoins, on comprend facilement que, vu la complémentarité des approches, la composante pharmacologique du DAH qui réduit les symptômes, la composante cognitive qui permet de comprendre la nature des difficultés inhérentes, la composante behaviorale qui favorise la gestion efficace des comportements, contribuent toutes trois à sauvegarder la qualité de la relation au sein de la famille, sinon à favoriser les moments de plaisirs partagés, d'échanges et de gratification réciproques.

Barkley (1995) rapporte que, en entrant dans son cabinet pour l'évaluation de son fils, une mère lui lance: *Docteur, aidez-moi ! Je suis en train de perdre mon enfant*. Sur le coup, il pense qu'il s'agit d'une dispute pour la garde légale de l'enfant. Puis il finit par comprendre que cette mère tente désespérément de ne pas perdre la magie de la relation qui la relie à son fils et qui donne à chacun l'énergie et la motivation indispensables pour continuer à faire les efforts qu'exige le cheminement de l'enfant.

L'art avec lequel certains parents réussissent à valoriser les efforts de l'enfant et à le faire participer à son propre « projet d'intervention » (prise de médication, organisation d'un système de récompenses, etc.) repose en grande partie sur la qualité de la relation affective et sur leur complicité réciproque. Desjardins (1992) rapporte le cas d'un garçon de onze ans venu en consultation avec sa mère pour un suivi après un mois de médication. À la question *Comment ça va?* la mère répond spontanément: *Avec la médication, ça va beaucoup mieux*. Et l'enfant de répliquer: *Eh! C'est pas le Ritalin, c'est MOI!* La composante dynamique souligne l'importance que l'enfant soit partie prenante du processus d'intervention, l'importance d'être attentif à la perception qu'il a de sa réalité ainsi qu'à ses émotions généralement faites d'un mélange d'espoirs, de peurs ou de frustrations.

Encourager les parents à se respecter eux-mêmes

Pour qu'une intervention prenne racine dans la perception et les émotions des parents, il est nécessaire que l'intervenant soit attentif à ce que vivent plusieurs parents à bout de souffle, parfois même à bout d'espoir. Pour parvenir à un certain recul à l'égard des pressions de l'entourage et des difficultés de leur l'enfant, certains parents auront besoin qu'un intervenant les aide à « se convaincre » que le plus urgent n'est pas toujours le plus important; se donner des moyens concrets pour reprendre son souffle et respecter ses propres besoins peut même parfois devenir une question de survie. Accepter de l'aide de l'entourage, joindre un groupe d'entraide, se réserver une activité privilégiée, s'imposer des temps d'arrêt, investir dans la relation conjugale, discipliner les pensées négatives, développer la tolérance envers soi-même, s'accorder le temps nécessaire pour se consoler des pertes associées au DAH et pour s'ajuster aux défis éducatifs impliqués, autant de pistes que l'intervenant peut proposer pour aider les parents à respecter leurs propres besoins.

La composante psychodynamique suggère aux intervenants de non seulement « surprendre l'autre à bien faire », mais encore mieux, d'amener le parent ou l'enseignant à eux-mêmes se surprendre à bien faire et à miser résolument sur les expériences positives de chacun. Développer une attitude de tolérance à l'égard de l'enfant, des partenaires impliqués et envers ses propres limites permet de mieux absorber certaines des frustrations associées à la réalité quotidienne du DAH.

La composante comportementale

L'approche behaviorale met le focus sur l'utilisation systématique de stratégies qui encouragent les comportements souhaités et découragent les comportements problématiques ou inacceptables chez l'enfant. Les livres sur le DAH adressés aux parents ou aux enseignants accordent généralement une place importante à cette approche et multiplient les suggestions de moyens concrets pour bien encadrer le comportement de l'enfant (à titre d'exemples, voir Barkley, 1995; Goldstein & Goldstein, 1992; Gordon, 1991; Kennedy, Terdal, & Fisetti, 1993; Parker, 1994; Phelan, 1995; Webster-Stratton, 1992). Ces auteurs expliquent aux parents comment gérer de façon éducative les déficits comportementaux associés au DAH grâce à l'utilisation rationnelle des principes de l'apprentissage social des comportements.

Dans le livre Ces parents à bout de souffle (Lavigne, 1998), la contribution de l'approche be-

haviorale au plan des stratégies et moyens éducatifs est résumée par la « règle des quatre C »: Compenser les déficits, clarifier les demandes, construire sur le positif, et contrecarrer l'inacceptable.

1. Compenser les déficits renvoie à deux sortes de stratégies. La première consiste à organiser un environnement adapté aux besoins de l'enfant (par exemple, en facilitant son besoin de bouger et en structurant sa « désorganisation naturelle »). La deuxième sorte de stratégies consiste à prévoir les difficultés possibles de l'enfant et à agir avant que l'orage n'éclate. En somme, « compenser les déficits » signifie offrir à l'enfant des conditions extérieures et un encadrement qui facilitent sa réussite malgré ses déficits.
2. Clarifier les demandes renvoie à l'importance accordée par l'approche behaviorale à la qualité des demandes adressées à l'enfant afin de maximiser les chances d'être entendu (par exemple, réduire les demandes à l'essentiel, se faire bref, clair, affirmatif, descriptif dans la formulation et assurer rigoureusement le suivi de la réponse).
3. Construire sur le positif renvoie à une attention positive aux comportements que le parent souhaite encourager et à l'art de « surprendre l'enfant à bien faire ». À cause du déficit de la motivation associé au DAH, les systèmes de récompenses gagnent à être particulièrement immédiats et variés, en plus d'être simples à gérer et amusants pour toute la famille.
4. Contrecarrer l'inacceptable: une bonne gestion des "temps d'arrêt" (time-out) et du retrait de privilèges est une stratégie indispensable pour composer avec l'impulsivité, désamorcer les escalades de l'agressivité et décourager les comportements indésirables. Notons que la gestion du temps d'arrêt selon la technique du "1-2-3" préconisée par Phelan (1995) convient particulièrement bien à la dynamique d'absence d'inhibition (plutôt que d'opposition) habituellement associée au DAH.

L'utilisation judicieuse des stratégies des quatre C permet aux parents comme aux enseignants d'agir plutôt que de réagir, une approche proactive qui permet d'être d'autant plus satisfaits et plus efficaces dans la gestion éducative des comportements de l'enfant. On comprend facilement comment ces interventions de type behavioral sont complémentaires et bénéficient des autres approches: (a) la médication améliore les comportements et rend l'enfant plus perméable aux retombées positives de ceux-ci; (b) une bonne compréhension de la nature des déficits en

cause permet au parent et à l'enseignant d'être souples et créatifs pour ajuster les stratégies éducatives aux besoins spécifiques de l'enfant; (c) une gestion rationnelle et efficace des comportements (et particulièrement l'arrêt des escalades d'agressivité) favorise l'estime de soi chez l'enfant et chez les parents ainsi que le maintien d'une relation plus harmonieuse.

La composante communautaire

Nous évoquerons la perspective communautaire en soulignant l'importance de solliciter et de mettre en commun les ressources disponibles dans la communauté, y compris la collaboration avec l'école et le soutien disponible dans l'environnement (parenté, amis, voisins, groupe d'entraide, ressources communautaires et professionnelles). S'il est vrai que l'école et l'entourage peuvent être des sources de stress et de jugements pour l'enfant et ses parents, il est également justifié de dire que la famille, l'école et l'entourage peuvent parfois constituer un formidable réseau de soutien. Ensemble, ils disposent en effet de moyens d'action complémentaires qui peuvent permettre de dénouer certaines situations difficiles et donner une bouffée d'air frais à une famille à bout de souffle. Plus d'un parent avoue avoir refusé de déménager malgré certains avantages possibles, tout simplement pour ne pas perdre le précieux soutien de telle école ou de tel voisinage. Pour eux, changer de quartier, c'était mettre en péril un équilibre fragile lié à la présence de ces ressources et risquer de perdre une complémentarité éducative dont l'enfant et la famille bénéficiaient grandement.

La collaboration famille-école

Une des préoccupations majeures des parents rencontrés concerne la réalité scolaire de leur enfant; la nécessité d'une solide concertation famille-école reflète d'ailleurs l'évolution que nous avons décrite des protocoles d'intervention utilisés par le NIMH. Les parents interrogés confirment de façon insistante le rôle clé de l'école et de l'enseignant dans la vie quotidienne de l'enfant (et par ricochet dans la leur). Malgré la variété des thèmes abordés dans les entrevues (des loisirs, à la fratrie, en passant par la routine du coucher...), le thème de l'école et de l'attitude de l'enseignant revient aussi régulièrement qu'un refrain. Ils en ont long à dire sur les hauts et les bas du vécu scolaire de leur enfant, mais aussi sur leur propre expérience de collaboration avec chacun des enseignants. Pour plusieurs, c'est toute la famille qui attend impatiemment l'été : plus de devoirs, plus de billets ou d'appels téléphoniques inquiétants, tellement moins de stress, en somme de vraies vacances!

Certains parents se sont sentis bousculés par l'analyse et l'interprétation que l'école a faite du problème de l'enfant et ils gardent l'impression de se faire plus ou moins imposer le recours à la médication. Du côté de l'école par contre, il faut aussi entendre certains enseignants se plaindre du peu de collaboration de la part des parents « dont les enfants en auraient justement le plus besoin! » Ils se sentent parfois à bout de moyens et cherchent comment réussir à partager avec ces parents les inquiétudes qu'ils ont face aux difficultés que l'enfant vit à l'école.

Un protocole a été récemment conçu pour répondre aux besoins des écoles qui sont à la recherche d'un modèle d'intervention axée spécifiquement sur la collaboration famille-école dans le contexte du DAH (Desjardins, Groulx, & Lavigueur, 1999). L'objectif de cet instrument est d'encadrer et de soutenir une démarche progressive et systématique axée sur une concertation parents-école, à partir de différentes étapes impliquées dans ce partenariat: (a) le dépistage, (b) le partage et (c) la recherche de solutions.

Les ressources disponibles dans l'environnement

Avec le temps, les familles apprennent comment profiter de l'aide issue de l'entourage social: parenté, amis ou voisins. Certains parents confient qu'ils ont finalement accepté les limites de compréhension de certaines membres de la famille ou du voisinage; ils épargnent de l'énergie en renonçant à expliquer les difficultés rencontrées et en limitant les échanges aux éléments plus positifs que vivent l'enfant et la famille. Par contre, plusieurs soulignent l'importance du soutien dont ils bénéficient de la part de ceux qui « comprennent » au lieu de « juger »; d'autres mentionnent la pertinence de varier les formes d'aide reçue de la part des uns et des autres (soutien émotif, aide aux devoirs, camp de vacances, etc.); ce partage permet de recevoir beaucoup d'aide sans pour autant épuiser les ressources utilisées.

Certains parents qui participent à un groupe d'entraide comme PANDA ou l'AQETA témoignent de l'importance que prend cette complicité émotive dans leur cheminement: le témoignage des uns, l'humour d'un autre, les échanges d'informations et de moyens concrets peuvent contribuer à redonner de l'espoir, tout en offrant un antidote contre les jugements négatifs qui viennent souvent de l'entourage. Les ressources disponibles dans le quartier comme les activités sportives et de loisirs, les ressources de gardiennage, un club de devoirs, peuvent également donner un bon coup de pouce à l'enfant, ou encore permettre une activité valorisante ou détendante

pour le parent ou la grande sœur. Une autre ressource de l'environnement à considérer dans une approche multimodale concerne le recours à une intervention professionnelle : thérapie de couple, thérapie familiale, aide individuelle en regard de problèmes spécifiques (par exemple, hyperactivité d'un parent, dépression, alcoolisme ou violence).

LE DÉFI DE COMPRENDRE ET DE RÉPONDRE AUX BESOINS DE L'ENFANT

En conclusion, nous aimerions souligner la pertinence et même l'urgence de dépasser le niveau de la polémique idéologique qui entoure la question du DAH et de la médication; il importe d'aborder cette réalité dans une approche globale et de reconnaître d'emblée la complexité du processus diagnostique ainsi que la pertinence d'une intervention multimodale. Un modèle d'analyse systémique permet de mieux comprendre les différents facteurs associés à cette problématique bio-psycho-sociale complexe, tandis qu'une approche multimodale apparaît souvent nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins de l'enfant, que ce soit dans un programme d'intervention structurée ou dans l'accompagnement quotidien de l'enfant et de sa famille.

Gordon (1991) affirme que les enseignants qui répondent le mieux aux besoins des enfants hyperactifs (complicité, pédagogie concrète et motivante, encadrement clair mais non rigide, etc.) utilisent les mêmes approches et moyens que ceux qui caractérisent « tout excellent enseignant »... Le protocole d'intervention multimodale mis en place par le NIMH ainsi que l'accompagnement de l'enfant dans sa réalité quotidienne suggèrent la même constatation : répondre aux besoins de l'enfant hyperactif dont le développement est à risque exige de la part de tout intervenant, qu'il soit parent ou professionnel, des qualités relationnelles et une vision globale qui caractérisent toute bonne approche éducative ou rééducative. S'il est vrai comme l'affirme un proverbe africain que « Ça prend tout un village pour élever un enfant », on peut d'autant plus comprendre l'importance de favoriser une approche d'intervention multi-milieus, multi-agents, multi-moyens, ainsi qu'une approche qui met à profit l'apport des différents paradigmes de l'intervention, quand plusieurs facteurs de risque viennent compromettre l'évolution d'un enfant qui présente un DAH.

RÉFÉRENCES

Abikoff, H. (1991). Cognitive training in ADHD children: Less to it than meets the eye. Journal of Learning Disabilities, 24, 205-209.

- Abramowitz, A. J., Eckstrand, D., O'Leary, S. G., Dulcan, M. K. (1992). ADHD children's responses to stimulant medication and two intensities of a behavioral intervention. Behavior Modification, 16, 193-203.
- Amen, D.G., Paldi, J.H., Thisted, R.A.(1993). Brain SPECT imaging. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32, 1080-1081.
- Anastopoulos, A. D., Guevremont, D. C., Shelton, T. L., & DuPaul, G. J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Abnormal Child Psychology, 20(5), 503-520.
- Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hetchman, L., Hinshaw, S. P., Hoza, B., Jensen, P. S., Kraemer, H. C., March, J. S., Newcorn, J. H., Pelham, W. E., Richters, J. E., Schiller, E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Veen, D., & Wells, K. C. (1997). NIMH collaborative multimodal treatment study of children with ADHD (MTA): Design, methodology, and protocol evolution. Journal of Attention Disorders, 2, 141-158.
- Barkley, R. A. (1995). Taking charge of ADHD. The complete authoritative guide for parents. New York, NY: GSI Publications.
- Barkley, R. A.(1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., Sarfatti, S. E., Vauss, Y. C., Snell, J. W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A. L., Ritchie, G. F., Rajapakse, J. C., & Rapoport, J. L.(1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. Archives of General Psychiatry, 53, 607-616.
- CH.A.D.D. (1992).CH.A.D.D.educators manual An in-depth look at attention deficit disorders from an educational perspective. Plantation, FL : Auteur.
- Cohen, D., Clapperton, I., Gref, P. & Tremblay, Y. (1999). Déficit d'attention/hyperactivité: perception des acteurs et utilisation de psychostimulants. Rapport de recherche. Laval, Qc: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Laval.
- Desjardins, C. (1992). Ces enfants qui bougent trop. Déficit d'attention-hyperactivité chez l'enfant. Montréal: Quebecor.
- Desjardins, C., Groulx, M., & Lavigne, S. (1999). Protocole pour aider à mieux intervenir auprès des élèves pouvant présenter un déficit d'attention/hyperactivité. Ottawa : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (1994). ADHD in the schools. Assessment and intervention strategies. New York, NY: Guilford Press.
- Ficher, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. Journal of Clinical Child Psychology, 19, 337-346.
- Fowler, M. C. (1990). Maybe you know my kid. A parent's guide to identifying, understanding and helping your child with attention-deficit hyperactivity disorder. New York, NY: Birch Lane Press.
- Gervais, J. (1996). Le cousin hyperactif. Montréal: Boréal.
- Goldstein, S., & Goldstein, M. (1992). Hyperactivity. Why won't my child pay attention? New York, NY, John Wiley & Son, .
- Gordon, M. (1991). ADHD/Hyperactivity: A consumer's guide. For parents and teachers. DeWitt, NY: GSI Publications.
- Henker, B., & Whalen, C. K. (1989).Hyperactivity and attention deficits. American Psychologist, 44(2), 216-223.
- Hetchman, L. (1992). Le traitement multimodal de l'hyperactivité: présentation d'un protocole de recherche évaluative. PRISME, 3, 252-263.
- Hetchman, L. (1996). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: A review. Canadian Journal of Psychiatry, 41, 350-360.

- Hetchman, L. (1997, mars). Multimodal treatment of children with ADHD. Conférence présentée au GRIP et au département de Psycho-Éducation, Université de Montréal.
- Hetchman, L. (1998, octobre). Multimodal interventions. Conférence présentée dans le cadre de la journée Deficit/hyperactivity disorder: Intervention strategies across the lifespan. Institut Neurologique de Montréal.
- Ialongo, N. S., Horn, W., Pascoe, J. M., Greenberg, G., Packard, T., Lopez, M., Wagner, A., & Puttler, L. (1993). The effects of a multimodal intervention with attention-deficit hyperactivity disorder children: A 9-month follow-up. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *32*, 182-189.
- Ingersoll, B. D.. (1995). Distant drums, different drummers. A guide for young people with ADHD. Bethesda, MD: Cape Publications.
- Jensen, P. S., Martin, B. A., & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice, and DSM-IV. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *36*, 1065-1079.
- Kennedy, P., Terdal, L., & Fusetti, L. (1993). The hyperactive child book, New York, NY, St. Martin's Press.
- Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, *30*, 383-387.
- Lavigueur, S. (1998). Ces parents à bout de souffle. Guide de survie à l'intention des parents qui ont un enfant hyperactif. Montréal: Quebecor.
- Lavigueur, S. (1999). Le déficit d'attention/hyperactivité: différentes ressources qui aident à comprendre et à mieux intervenir. Chroniques de Psychoéducation, *13* (2), 7-9.
- Liu, C., Robin, A. L., Brenner, S., & Eastman, J. (1991). Social acceptability of methylphenidate and behavior modification for treating attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics, *88*, 560-565.
- Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P., Borner, H., & Nielson, J. B. (1989). Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. Archives of Neurology, *46*, 48-52.
- Parker, H. C. (1994). The ADD hyperactivity workbook for parents, teachers, and kids. Plantation, FL: Specialty.
- Phelan, T. W. (1995). 1-2-3 Magic. Effective discipline for children 2-12, Glen Ellyn, Ill, Child Management Inc.
- Power, T. J., Hess, L. E., & Bennett, D. S. (1995). The acceptability of interventions for attention-deficit hyperactivity disorder among elementary and middle school teachers. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, *16*, 238-243.
- Redl, F. (1959). The concept of the life space interview. The American Journal of Orthopsychiatry, *29*, 1-18.
- Slomkowski, C., Klein, R. G., & Mannuzza, S. (1995). Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? Journal of Abnormal Child Psychology, *23*, 303-315.
- Swanson, J. M., McBurnett, K., Wigal, T., Pfiffner, L. J., Lerner, M.A., Willimas, L., Christian, D. L., Tamm, L., Willcutt, E., Crowley, K., Cleverger, W., Khouzam, N., Woo, C., Crinella, F. M., & Fisher, T. (1993). Effect of stimulant medication on children with attention deficit disorder: A "review of reviews". Exceptional Children, *60*, 154-162.
- Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, *30*, 219-230.
- Tannock, R. (1998). Attention déficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, *39*, 65-99.
- Webster-Stratton, C. (1992). The incredible years. A trouble-shooting guide for parents of children aged 3-8. Toronto, Umbrella Press.

- Webster-Stratton, C. (1993). Strategies for helping early school-aged children with oppositional defiant and conduct disorders: The importance of home-school partnership. School Psychology Review, 22, 436-457.
- Whalen, C. K., & Henker, B. (1991). Therapies for hyperactive children: Comparisons, combinations, and compromises. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 126-137.
- Zametkin, A. J., & Ernst, M. (1999). Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. The New England Journal of Medicine, 340, 40-46.
- Zametkin, A. J., & Rapoport, J. L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: Where have we come in 50 years? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26, 676-686.

TABLEAU 1 : PROTOCOLES COMPARÉS		
PREMIER PROJET NIMH		
Groupe A Approche multimodale	Groupe B Attention non structurée	Groupe C Approche pharmacologique
<ul style="list-style-type: none"> • Médication psychostimulante 	<ul style="list-style-type: none"> • Médication psychostimulante 	<ul style="list-style-type: none"> • Médication psychostimulante
<ul style="list-style-type: none"> • Chaque semaine x 12 semaines <ul style="list-style-type: none"> . atelier entraînement habiletés sociales . ateliers entraînement habiletés scolaires . thérapie par le jeu (estime de soi) . ateliers entraînement habiletés parentales • Récupération scolaire (7 mois suivi individuel) • Note de suivi comportemental école-parent 	<ul style="list-style-type: none"> • Attention/présence professionnelle équivalente au groupe A 	

DEUXIÈME PROJET NIMH			
Groupe A Approche pharmacologique Seulement	Groupe B Approche psychosociale seulement	Groupe C Approche multimodale (approche Gr. A + Gr. B)	Groupe D "Community care" (Aucun service du NMHI)
<ul style="list-style-type: none"> • Médication psychostimulante • Disponibilité pour 8 sessions de rencontres si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 semaines camp d'été • Présence mi-temps éducateur dans classe du jeune (automne) • Consultation enseignant/éducateur (16-20 sessions) • Ateliers entraînement habiletés parentales • Ateliers formation collaboration parent/école • Disponibilité de 8 sessions de rencontres 	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les interventions (groupes A + B) • Concertation MD / éduc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Services habituels de la communauté locale