

DO-30  
2007  
.L427

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Recension de trois programmes d'intervention pour les familles ayant des enfants  
(6-12 ans) en trouble oppositionnel du comportement

Par  
Caroline Leblond

Essai présenté à la Faculté d'éducation  
En vue de l'obtention du grade de  
Maître en éducation (M.éd.)  
Programme de psychoéducation

Mai 2007

© Caroline Leblond, 2007

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE  
Faculté d'éducation

Recension de trois programmes d'intervention pour les familles ayant des enfants  
(6-12 ans) en trouble oppositionnel du comportement  
Caroline Leblond

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

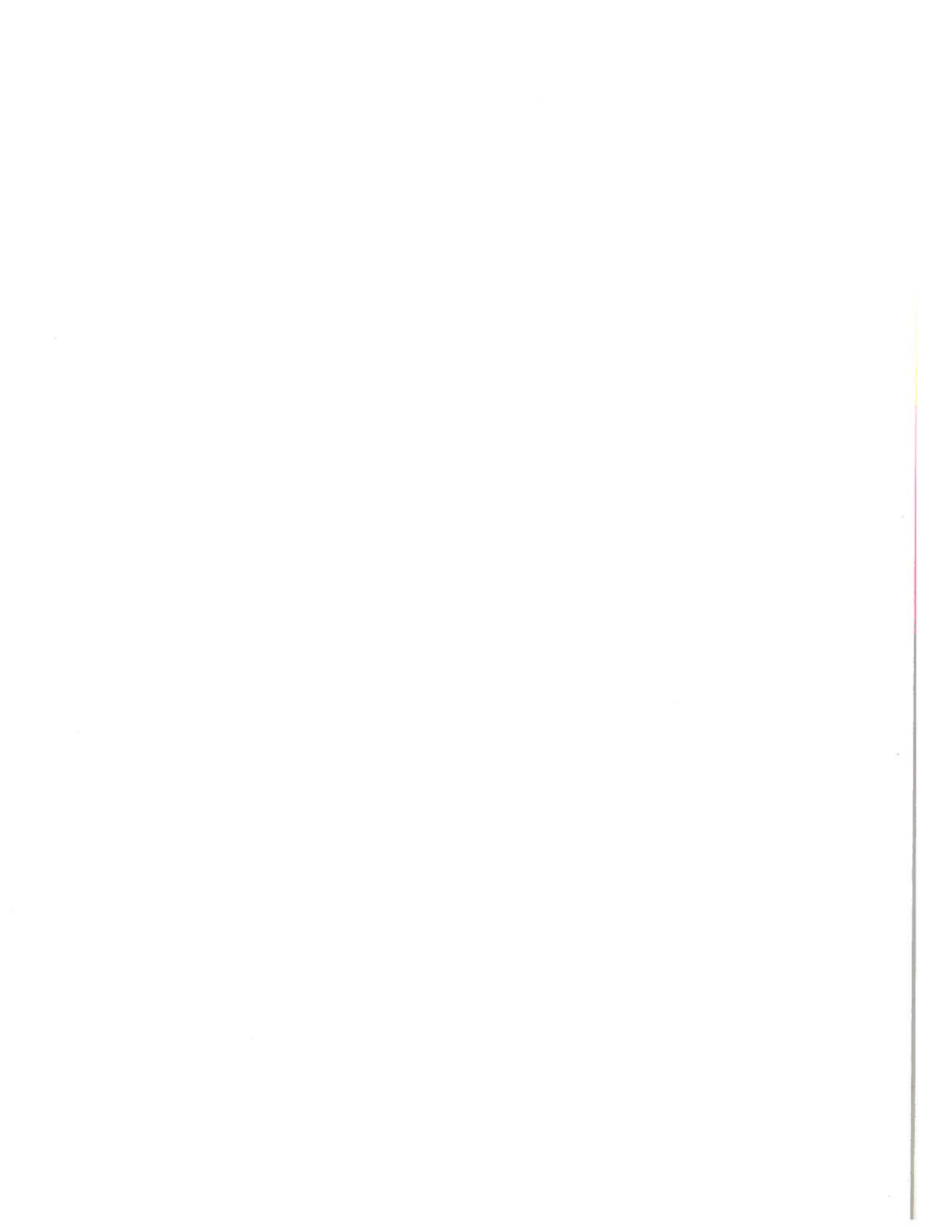
Robert Pauzé \_\_\_\_\_

Directeur de recherche

\_\_\_\_\_

Autre membre du jury

Essai accepté le \_\_\_\_\_



## REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier mon directeur de recherche Monsieur Robert Pauzé pour sa générosité, son humilité et son support tout au long de la rédaction de cet essai.

Par le fait, même je voudrais remercier toute ma famille et mes amis (es) pour leur écoute et leur support et finalement mon copain Sébastien qui a toujours été présent dans les moments difficiles. À toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin dans la réalisation de ce projet : Merci!!

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>PREMIER CHAPITRE-PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE....</b>	<b>2</b>
1. PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE.....	2
1.1 Définition du trouble oppositionnel du comportement .....	2
1.2 Prévalence.....	3
1.3 Troubles associés.....	4
<b>DEUXIÈME CHAPITRE-RECENSION DES ÉCRITS.....</b>	<b>3</b>
2. CARACTÉRISTIQUES SOCIOFAMILIALES ET PERSONNELLES ASSOCIÉES AU TROUBLE OPPOSITIONNEL CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS ENTRE 6 ET 12 ANS.....	7
2.1 Conditions adverses familiales.....	7
2.1.1 Conditions extra-familiales.....	8
2.1.2 Statut socioéconomique.....	8
2.1.3 Quartier avec de la violence.....	8
2.1.4 Réseau social.....	9
2.1.5 Conditions intra-familiales.....	9
2.1.6 Divorce, séparation, désaccord marital, violence conjugale.....	9
2.2 Caractéristiques personnelles des parents.....	11
2.2.1 Santé mentale des parents.....	11
2.2.2 Mauvais traitements physiques et sexuelles.....	11
2.2.3 Fonctionnement familial.....	12
2.2.4 Instabilité.....	12
2.3 Relation parent/enfant.....	12
2.3.1 Engagement relationnel.....	12
2.3.2 Pratiques éducatives lacunaires.....	13
2.4 Caractéristiques personnelles de l'enfant.....	13
2.4.1 Âge et genre.....	13
2.4.2 Tempérament.....	14
2.4.3 Difficultés cognitives.....	15
2.4.4 Autres facteurs de vulnérabilité.....	16

2.4.5	Difficultés langagières.....	17
2.4.6	Difficultés scolaires.....	17
2.4.7	Contexte scolaire.....	18
2.4.8	Association aux pairs déviants.....	18
2.4.9	Rejet des pairs.....	19
<b>CHAPITRE 3-PROGRAMMES D'INTERVENTION PROMETTEURS...</b>		<b>20</b>
3.	LES PROGRAMMES D'INTERVENTION PROMETTEURS.....	21
3.1	Helping the Noncompliant Child (HNC).....	22
3.1.1	Clientèle cible.....	22
3.1.2	Buts du programme.....	22
3.1.3	Principes et techniques du programme.....	23
3.1.4	Phases d'intervention.....	23
3.1.5	Évaluation du programme.....	25
3.2	Parent Management Training (PMT).....	27
3.2.1	Clientèle cible.....	28
3.2.2	But du programme.....	28
3.2.3	Principes et techniques du programme.....	29
3.2.4	Phases d'intervention.....	30
3.2.5	Évaluation de programme.....	31
3.3	Thérapie multisystémique (TMS).....	33
3.3.1	Clientèle cible.....	33
3.3.2	But du programme.....	34
3.3.3	Principes et techniques du programme.....	34
3.3.4	Évaluation du programme.....	39
<b>CHAPITRE 4-PROPOSITION D'UNE INTERVENTION.....</b>		<b>42</b>
4.	PROPOSITION D'UNE INTERVENTION.....	43
4.1	Rappel du modèle explicatif.....	43
4.2	Forces et limites des programmes recensés.....	43
4.2.1	HNC.....	43
4.2.2	PMT.....	44
4.2.3	TMS.....	44

4.3	Proposition d'un programme d'intervention.....	45
4.4	Description générale du programme.....	45
4.4.1	Déroulement de l'intervention.....	46
4.4.2	Étape 1-Évaluation.....	46
4.4.3	Étape 2- Planification de l'intervention.....	47
4.4.4	Étape 3-Application de l'intervention.....	47
	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>48</b>
	<b>ANNEXE A-CARTE CONCEPTUELLE.....</b>	<b>52</b>

**PREMIER CHAPITRE**  
**INTRODUCTION**



## INTRODUCTION

Cet essai vise à faire une analyse critique des programmes d'intervention les plus prometteurs auprès des enfants présentant un trouble oppositionnel (TO) et à identifier les interventions qui seraient les plus appropriées à implanter dans le cadre d'un Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS). En guise d'introduction nous présentons la définition du TO et des données concernant la prévalence de ce trouble et nous abordons la question des autres troubles associés. Le deuxième chapitre de cet essai est consacré à la présentation d'une recension d'écrits concernant les facteurs personnels, familiaux et sociaux associés au TO chez les enfants. Le troisième est consacré à la présentation de trois programmes d'intervention familiaux. Le dernier chapitre consiste à une proposition d'intervention dans le contexte actuel des CSSS au Québec.

### 1. PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE

Cette première partie vise à présenter une définition du TO et à donner des informations sur la prévalence de ce trouble dans la population générale et sur les troubles qui y sont souvent associés.

#### **Définition du Trouble oppositionnel du comportement**

Le diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation a été officiellement inclus dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental of Mental Disorders (DSM) dans les années 1980. À l'origine, l'établissement de ce diagnostic était établi lorsque l'enfant présentait au moins deux des critères diagnostiques suivants : la violation des règles mineures, les crises de colère, l'argumentation obstinée, les comportements de provocation et l'entêtement. Au fil des années, la définition de ce trouble a évolué (DSM-III., 1980; dans Vitaro et Gagnon, 1999).

Actuellement, on définit le TO comme un ensemble récurrent de comportements négativistes, provocateurs, désobéissants et hostiles envers les personnes en position

d'autorité qui persistent pendant au moins six mois. Pour établir la présence d'un TO l'enfant doit présenter quatre des sept critères diagnostiques suivants :

- (1) se met souvent en colère;
- (2) conteste souvent ce que disent les adultes;
- (3) s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes;
- (4) embête souvent les autres délibérément;
- (5) fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite;
- (6) est souvent fâché et plein de ressentiment;
- (7) se montre souvent méchant ou vindicatif.

↳ l'ancunier (se monte)

On convient de retenir l'un ou l'autre de ces critères diagnostiques que si le comportement observé survient plus fréquemment que chez des jeunes ordinaires d'âge et de niveau de développement comparables.

Pour apposer le diagnostic de TO il faut que ce trouble entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social ou scolaire de l'enfant. De plus, les comportements problématiques de l'enfant ne doivent pas être une manifestation d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur. Enfin, le trouble ne s'applique pas aux jeunes présentant un trouble des conduites (TC), aux jeunes âgés de 18 ans et plus et aux jeunes présentant un diagnostic de personnalité antisociale (American Psychological Association, 2003).

### **Prévalence**

Considérant que le TO est reconnu depuis peu de temps, peu d'études ont été réalisées afin d'établir la prévalence de ce trouble dans la population générale. Parmi les études recensées, il appert que la prévalence de ce trouble varie entre 2% et 16% selon les populations étudiées (American Psychological Association., 2003; Greenne, Ablon et Goring., 2003; Vitaro et Gagnon., 1999). La prévalence varie entre autres en fonction du genre et de l'âge des enfants. Chez les enfants de 12 ans et moins elle est deux fois plus

élevée chez les garçons que chez les filles. Cependant, à l'adolescence la prévalence du TO chez les filles est légèrement plus élevée que pour les garçons. La prévalence varie d'une étude à l'autre, notamment à cause des variations dans la composition des échantillons étudiés et des différences entre les instruments d'évaluation utilisés.

L'étude de Lahey, Loeber, Quay, Frick et Grimm (1992) relève que le premier symptôme du TO apparaît généralement vers l'âge de trois ans. Par la suite, l'ampleur du problème augmenterait. Par exemple, à cinq ans, l'enfant oppositionnel va se mettre en colère, à cinq ans et demi il va argumenter, à six ans il va blâmer, déranger les autres, être irritable et vindicatif. De plus, ces auteurs mentionnent que les symptômes du TO ne progressent plus après l'âge de 8 ans. Palham *et al.*, (1992; dans Vitaro et Gagnon, 1999) indiquent, sur la base de l'évaluation des enseignants, une augmentation graduelle du nombre de symptômes du trouble oppositionnel de la maternelle à la première secondaire.

### 1.3 Troubles associés

Plusieurs auteurs ont étudié la question de cooccurrence du TO avec d'autres troubles associés. Par exemple, il est reconnu que le TC est souvent associé au TO. Cependant, certains auteurs considèrent le TC plutôt comme étant le stade avancé du TO. À ce propos, Loeber, Keenan, Lahey, Green et Thomas (1993) ont étudié le développement du TO vers le TC pendant trois ans. Les résultats démontrent que les enfants (7-12 ans) présentant un TO risquent de présenter un TC. Lahey et Loeber, (1994; dans Vitaro et Gagnon, 1999) voient le TO comme étant à la base d'une pyramide des troubles du comportement avec le TC au sommet de cette pyramide. Walker, (1991; dans Lahey et al., 1992) rapporte que 96 % des garçons (7-12 ans) de son échantillon clinique qui ont un TC présentent aussi tous les critères du TO. De plus, les enfants présentant un TO ont une probabilité dix fois plus élevée de développer un TC au cours de leur vie (Mc Gee et Williams, 1999). En revanche, dans d'autres études, les auteurs soulèvent que plus de la moitié des enfants présentant un TO (sans concomitance) ne développent jamais de TC, ce qui écarte donc la possibilité d'en faire un seul trouble (Ray., 1993; Lahey, Loeber, Quay, Frick et Grimm., 1992). Ray (1993) indique une concomitance variant de 77% à

84% entre le TO et le TC. Cette tendance à voir le TO comme une variante du TC contribue sans aucun doute au manque d'information longtemps dénoncé concernant ce trouble (Greene, Biederman, Zerwas, Monuteaux, Goring et Faraone, 2002).

Dans un autre ordre d'idée, on sait que le déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) est souvent associé au TO (American Psychological Association, 2003). Contrairement au TC, le TDAH se différencie significativement du TO (Burns, Walsh, Patterson, Holte, Sommers-Flanagan et Parker, 1997). Le double diagnostic se manifeste chez environ 10 % de la population générale, mais plus spécifiquement chez 33% des enfants recevant des traitements psychiatriques. De même, Ray (1993) rapporte une prévalence de 35 % de concomitance entre ces deux troubles. La concomitance du TO et du TDAH est associée à des difficultés familiales, à des problèmes intériorisés et à de faibles compétences sociales de la part des enfants (Ford, Thomas, Rascusin, Daviss, Rogers, Reiser, Schiffman, 1999).

Enfin, le TO peut aussi être associé à des difficultés d'apprentissage, à des troubles anxieux et dépressifs (Rey, 1993). Par ailleurs, à l'âge scolaire, les auteurs relèvent « une mauvaise estime de soi ou une estime de soi démesurée, une labilité de l'humeur, une faible tolérance à la frustration, un langage grossier et une consommation précoce d'alcool, de tabac ou de drogues illicites » (American Psychological Association, 2003).

**DEUXIÈME CHAPITRE**  
**RECENSION DES ÉCRITS**

## 2. CARACTÉRISTIQUES SOCIOFAMILIALES ET PERSONNELLES ASSOCIÉES AU TROUBLE OPPOSITIONNEL CHEZ LES ENFANTS ÂGÉS ENTRE 6 ET 12 ANS

Une recherche documentaire dans deux banques de données distinctes a été effectuée à la bibliothèque des sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Il s'agit des banques de données PSYCHINFO et SOCIAL WORK ABSTRACT. Les mots-clés qui ont été utilisés sont « oppositional defiant disorder » and not « ADHD ». Seules les études portant sur le TO chez les enfants âgés de six à douze ans ont été retenues.

Ainsi, le résultat de cette recherche nous a permis d'identifier 38 articles. Parmi celles-ci, 15 correspondaient aux critères ci-haut mentionnés. Il est important de mentionner que très peu d'articles portent strictement sur le trouble oppositionnel. Dans la majeure partie du temps, les auteurs associent le TC et le TO. Conséquemment, la majorité des textes que nous avons choisis porte sur ces deux troubles.

Les informations contenues dans la prochaine partie seront présentées en se basant sur le modèle conceptuel des inadaptations sociales de l'enfance élaboré par Toupin, Pauzé et Déry (2000). Ces auteurs proposent de classifier les variables associées aux inadaptations sociales de l'enfance selon les catégories suivantes : les conditions adverses familiales, les caractéristiques personnelles des parents, les caractéristiques familiales, les caractéristiques de la relation parent/enfant et les caractéristiques personnelles de l'enfant.

### 2.1 Conditions adverses familiales

Les conditions adverses familiales qui ont été étudiées par les chercheurs dans ce domaine peuvent être classifiées en deux sous-catégories, soit les conditions extra-familiales et les conditions intra-familiales.

### 2.1.1 *Conditions extra-familiales*

Les conditions extra-familiales font référence aux conditions socioéconomiques des familles, aux événements de vie et aux agents stressants quotidiens auxquels sont confrontés les familles, comme l'exposition à un milieu de vie difficile et criminogène et l'accès à un faible réseau social de soutien.

### 2.1.2 *Statut socioéconomique*

Les conditions socioéconomiques défavorables des familles sont souvent associées à la présence d'un TO (Mc Gee et Williams, 2003). Par exemple, Loeber, Green, Keenan et Lahey (1995; dans Alvarez et Ollendick, 2003) observent que près de 60% des familles confrontées à des conditions socioéconomiques défavorables ont un enfant présentant un TC/TO.

La relation entre des conditions socioéconomiques défavorables et la présence d'un TO chez un enfant s'expliquerait par le fait que ces conditions défavorables sont associées à la délinquance des parents, aux stress des parents et au faible réseau social sur lequel ils peuvent compter (Ostrander, 2004). Ces différentes conditions défavorables peuvent à leur tour affecter la qualité des pratiques éducatives des parents et favoriser le développement d'un TC/TO chez les enfants (Frick, 1998; dans Alvarez et Ollendick, 2003). Enfin, les conditions socioéconomiques défavorables sont souvent associées à une instabilité environnementale des familles causée par de nombreux déménagements et cette instabilité augmenterait la probabilité que les enfants présentent un TC/TO et ce principalement chez les garçons (Loeber et Wikstrom, 1993; dans Mc Gee et Williams, 2003).

### 2.1.3 *Quartier avec de la violence*

Un des facteurs de risque important associé au TC/TO est l'exposition des enfants à la violence. Dans les faits, il apparaît qu'un enfant qui vit dans un quartier où il y a de

la violence (Ostrander, 2004) ou qui perçoit son quartier comme étant dangereux est plus à risque de développer un TC/TO (Aneshensel et Sucoff, 1996; dans Mc Gee et Williams, 2003) d'autant plus s'il vit dans une famille monoparentale et qu'il ne bénéficie pas de soutien affectif (Ostrander, 2004). En conséquence, lorsque la famille vit dans un environnement à risque, les parents doivent être plus attentifs et vigilants face aux comportements de leur enfant s'ils veulent prévenir le développement du TC/TO (Baldwin, Paterson et Cole, 1990).

Dans un autre ordre d'idées, Farrell et Bruce, (1997; dans McGee et Williams, 2003) ont examiné les effets d'une exposition à la violence chez des garçons et des filles âgés entre 11 et 15 ans. Les résultats de leur étude indiquent que les filles exposées à la violence sont plus sujettes à développer des comportements violents que les garçons.

#### 2.1.4 *Réseau social*

Les parents qui ont accès à un faible réseau social de soutien seraient plus à risque d'utiliser des pratiques éducatives déficitaires, lorsqu'ils interviennent auprès de leur enfant, vivraient plus de stress relié à leur rôle de parent. Ces facteurs influenceraient donc le développement du TC/TO (Lytton, 1990; dans Hinshaw et Lee, 2003; Webster-Stratton, 1993).

#### 2.1.5 *Conditions intra-familiales*

Les conditions intra-familiales qui ont été évaluées chez les auteurs que nous avons consultés concernent la «monoparentalité», la mésentente conjugale et la violence familiale.

#### 2.1.6 *Divorce, séparation, désaccord marital, violence conjugale*

L'exposition des jeunes aux conflits maritaux serait associée au développement du TC/TO. De façon plus spécifique, Carlson *et al.*, (1999) observent que la mésentente



familiale augmente davantage les risques de TC/TO que la séparation ou le divorce. Des données plus spécifiques indiquent que les mères des enfants TO vivraient plus de difficultés maritales que les mères des enfants TC (Wachsmuth, 1990; dans Carlson *et al.*, 1999).

Cette relation entre la mésentente conjugale et les TC/TO chez les jeunes s'expliquerait par l'augmentation du stress émotionnel chez les enfants, lorsque ces derniers perçoivent négativement la mésentente entre leurs parents (Davies et Cummings, 1994; dans Mc Gee et Williams, 2003). En outre, il apparaît que les parents qui vivent des conflits entre eux seraient plus inconsistants dans leur discipline, seraient plus punitifs et moins tolérants envers leur enfant (Stonemen, Brody et Burke, 1988; dans Webster-Stratton, 1993).

Dans un autre ordre d'idée, d'autres études mettent en évidence le fait que les enfants TC/TO qui ont vécu le divorce, vivent souvent dans des familles monoparentales nombreuses et avec une mère en bas âge. Ces mères sont souvent plus vulnérables sur le plan personnel ce qui contribuerait à miner la qualité de leurs pratiques éducatives renforçant ainsi la probabilité chez leurs enfants de présenter un TO (Emery, Waldron, Kitzmann et Aaron, 1999; dans Slutske, Cronk, Nabors-Oberg, 2003).

Enfin, il est reconnu que la violence familiale est un facteur à considérer dans le développement du TC/TO. Il est difficile d'identifier un lien direct entre la violence conjugale et le développement du TC/TO, car d'autres facteurs comme l'alcoolisme des parents, la dépendance aux drogues, les conflits maritaux et le divorce sont présents chez les populations étudiées. Par contre, dans leur étude, Fatuzzo, Boruch, Beriama, Atkins et Marcus, (1997; dans Mc Gee et Williams, 2003) indiquent qu'un enfant âgé de plus de cinq ans exposé à de la violence conjugale est plus à risque d'être agressif et de présenter un TC/TO.

## 2.2 Caractéristiques personnelles des parents

### 2.2.1 *Santé mentale des parents*

La présence de problèmes de santé mentale chez les parents serait associée à la présence du TC/TO chez l'enfant (Ostrander, 2004; Mc Gee et Williams, 2003). De façon plus spécifique, il appert que la dépression des parents est un facteur de risque important au développement du TC/TO chez l'enfant (Frick, Lahey, Loeber et Stouthamer-Loeber, 1992). Dans les faits, on émet l'hypothèse qu'un parent qui vit de la dépression et qui est confronté à un cumul de stress serait plus irritable et sujet à utiliser des pratiques éducatives coercitives envers son enfant, d'où les risques de développement du TC/TO. À cet égard, on note que, le parent de l'enfant TC/TO vivrait deux à quatre fois plus de stress que le parent de l'enfant sans TC/TO (Webster-Stratton, 1993).

Certaines observations laissent croire en la présence d'une certaine transmission intergénérationnelle dans le développement du TC/TO. À cet égard, Frick, Lahey, Christ, Loeber et Green (1991; dans Webster-Stratton, 1993) indiquent que les risques de développer un TC/TO est plus élevé chez les enfants dont le père a des comportements criminels et lorsqu'il consomme des psychotropes.

### 2.2.2 *Mauvais traitements physiques et sexuels*

L'agression physique comme pratique disciplinaire augmenterait les probabilités qu'un enfant présente un TC/TO (Ostrander, 2004). Dans les faits, Widom et Maxfield (1996; dans Mc Gee et Williams, 2003) ont étudié neuf cent huit enfants négligés et abusés physiquement sur une période de 25 ans. Ils relèvent qu'une personne abusée sexuellement avant l'âge de 16 ans a une probabilité douze fois plus élevée de présenter un diagnostic de personnalité antisociale et un TC/TO à l'âge adulte (Ferguson, Horwood et Lyn, 1996; dans Mc Gee et Williams, 2003). L'abus sexuel chez la fille serait aussi un facteur de risque de développement des TC/TO (Chesney-Lind et Shelden, 1992; dans Hinshaw et Lee, 2003).

### 2.2.3 *Fonctionnement familial*

Plusieurs études ont permis d'établir une relation significative entre le dysfonctionnement familial et la présence de problèmes de conduite chez les enfants, de l'opposition et de la désobéissance (Frick *et al.*, 1992). Sanson et Prior, (1998) rapportent, quant à eux, que 30% des garçons qui demeurent dans une famille dysfonctionnelle présentent un diagnostic TC/TO avant l'âge de neuf ans. Ces familles se caractériseraient par une faible cohésion familiale, des difficultés au plan de la communication, des rôles, des pratiques éducatives et des règles (Schachar et Wachsmuth, 1991; dans Carlson *et al.*, 1999).

### 2.2.4 *Instabilité*

Un autre facteur à considérer dans le développement du TC/TO est l'instabilité familiale. Dans les faits, on observe qu'un enfant qui vit beaucoup de transitions et de changements, comme de l'instabilité parentale et de nombreux déménagements vivrait plus de stress, ce qui pourrait entraîner le développement du TC/TO (Hinshaw et Lee, 2003).

## 2.3 **Relation parent/enfant**

### 2.3.1 *Engagement relationnel*

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'impact de la relation parent/enfant dans le développement du TC/TO. Speltz, DeKlyen, Greenberg et Dryden (1995; dans Kann et Hanna, 2000) rapportent que la qualité de l'attachement entre 12 et 18 mois prédit le fonctionnement émotionnel et social chez l'enfant. De façon plus spécifique, on note qu'un attachement insécurisant serait associé à des difficultés relationnelles avec les pairs, à de la dépression et au développement du TC/TO chez les enfants (Bradley, Caldwell et Rock, 1998; dans Mc Gee et Williams, 2003).

Sanders et Dadds (1992; dans Carlson *et al.*, 1999) se sont, quant à eux, intéressés à la relation mère/père et mère/enfant. Selon leurs observations, les pères des enfants TC/TO ont une moins bonne satisfaction maritale et les mères des enfants TC/TO démontrent moins d'intérêt envers leur famille, comparativement au groupe contrôle (enfants sans TC/TO).

### 2.3.2 *Pratiques éducatives lacunaires*

Les pratiques éducatives utilisées par les parents joueraient également un rôle important dans le développement du TC/TO chez l'enfant âgé entre 6 et 12 ans. Dans les faits on observe que les parents des enfants TC/TO démontrent plus de difficultés à contrôler leur enfant et utilisent une discipline inconsistante, c'est-à-dire qu'ils ont moins de comportements positifs envers leur enfant, sont plus violents, critiques et permissifs (Frick *et al.*, 1992). De plus, ces parents auraient tendance à renforcer les comportements inadaptés et à ignorer ou punir sévèrement les comportements pro-sociaux (Hinshaw et Lee, 2003; Webster-Stratton et Spitzer, 1991; dans Webster-Stratton, 1993). L'utilisation d'une discipline coercitive entraînerait une escalade dans le conflit parent/enfant, de la désobéissance et de la mésadaptation chez l'enfant. (Hinshaw et Lee, 2003).

Plus précisément, les parents de TO utiliseraient une discipline plus inconsistante que les enfants TC (Mc Gee et Williams, 2003). Frick *et al.*, (1992) de leur côté notent que les mères des enfants TO ont davantage de difficultés à superviser leur enfant, à être consistant dans l'application des mesures disciplinaires et passeraient moins de temps avec leur enfant. De plus, ces chercheurs indiquent que les enfants TO ont plus souvent des parents qui vivent avec des difficultés au plan affectif.

## 2.4 **Caractéristiques personnelles de l'enfant**

### 2.4.1 *Âge et genre*

Un enfant diagnostiqué TC/TO durant l'enfance est plus à risque d'adopter des conduites délinquantes à l'adolescence et à l'âge adulte. De fait, plus les symptômes sont

présents en bas âge, plus la sévérité du TC/TO est importante à l'adolescence et à l'âge adulte (Frick, 1998; dans Alvarez et Ollendick, 2003). Campbell, Pierce, March, Ewing et Szumowski (1994; dans Sanson et Prior, 1998) indiquent, quant à eux, que les garçons ayant des comportements dominants, irritables et désobéissants durant la petite enfance (entre 2 et 5 ans) démontrent plus de désobéissance et de désorganisation à l'enfance (entre 5 et 12 ans).

Sur un autre plan, Marsh (2005; dans Alvarez et Ollendick, 2003) note que 23,3% des filles, âgées entre cinq et huit ans présentent un diagnostic de TO comparativement à 36,6% chez les garçons. De neuf à onze ans, le pourcentage de fille s'élève à 27,7% comparativement à 24,4% chez les garçons pour ensuite se rééquilibrer à l'adolescence.

Plusieurs chercheurs soutiennent que le développement du TC/TO est différent selon le genre (Ledingham, 1999). En effet, il appert que les garçons présentant un TC/TO se caractérisent davantage par un tempérament difficile (inflexibilité, impatience) alors que les filles seraient davantage affectées par des facteurs familiaux (Sanson et Prior, 1998). De leur côté, Keenan et Shaw, (1997; dans Alvarez et Ollendick, 2003) indiquent que tant les filles que les garçons sont à risque de développer un TC/TO, mais que leur trajectoire serait différente. Le développement du TO/TC peut être causé aussi par une interaction entre le genre et les pratiques éducatives utilisées par les parents face au comportement de leur enfant.

#### 2.4.2 *Tempérament*

Sanson et Prior (1998) indiquent qu'un tempérament difficile chez le nouveau-né peut entraîner chez ce dernier des difficultés d'adaptation lors de nouvelles situations. Ces enfants sont souvent plus difficiles à calmer, auraient une humeur négative et présenteraient des difficultés émotionnelles. Tous ces facteurs influencent le développement du TC/TO (Kadzin, 1995; dans Kann et Hanna, 2000). Coon, Carey, Corley et Fulker (1992; dans Sanson et Prior, 1998) soulignent que les garçons et les filles qui sont considérés comme ayant un tempérament difficile à l'âge de 3 ans sont plus

susceptibles de présenter un TO à l'âge de 15 ans. Dans 50% des cas, un enfant identifié comme étant difficile à l'âge de 3 et 4 ans risque de l'être aussi au cours de l'enfance et de l'adolescence (Campbell, 1995; dans Sanson et Prior, 1998). Par ailleurs, Schwart, Snidman et Kagan (1996; dans Sanson et Prior, 1998) indiquent qu'un enfant évalué comme étant inhibé à 21 mois présentent davantage de problèmes extériorisés, est plus souvent agressif à l'âge de 13 ans, comparativement à l'enfant non inhibé à l'âge de 21 mois. Bref, plusieurs difficultés au plan du tempérament en combinaison avec d'autres conditions adverses (difficultés familiales, relationnelles et au plan des pratiques éducatives) augmenteraient les risques de développement du TC/TO chez l'enfant (Sanson et Prior, 1998).

#### 2.4.3 Difficultés cognitives

Le lien entre le TC/TO et le quotient intellectuel chez l'enfant est très controversé. Plusieurs études rapportent un lien significatif entre un faible quotient intellectuel et la présence d'un TO chez les enfants tandis que d'autres n'ont pas été en mesure d'établir un tel lien (Hogan, 1999). Selon, Loeber, Green, Keenan et Lahey (1995; dans Alvarez et Ollendick, 2003), un enfant avec un quotient intellectuel bas est plus à risque que le reste de la population de développer un TO. Les difficultés aux plans cognitif et social chez les enfants TC/TO les amèneraient à être plus immatures, à avoir des déficits aux plans de leurs connaissances, des difficultés à reconnaître leurs émotions et celles des autres de même que la conséquence de leurs gestes sur les autres (Hogan, 1999). De plus, ils notent qu'un enfant avec un style cognitif rigide module généralement ses comportements de manière rigide (Greene *et al.*, 2003). Quant à eux, Campbell, Pierce, March, Ewing et Szumowski (1994; dans Hogan, 1999) n'indiquent aucune différence significative entre le TC/TO et le quotient intellectuel chez les garçons, mais en relèvent une chez les filles.

Milich et Dodge (1984; dans Webster-Stratton, 1993) indiquent qu'un enfant TC/TO vit plus de distorsions cognitives lorsqu'il est en interaction avec ses pairs. En effet, ces distorsions cognitives ne lui permettraient pas d'anticiper les conséquences de ses gestes et de trouver des solutions adaptées pour résoudre ses difficultés au plan social.

Dodge (1993; dans Alvarez et Ollendick, 2003) souligne que l'enfant TC/TO avec des distorsions cognitives peut avoir de la difficulté à anticiper et à choisir entre l'acceptable et le non-acceptable. Il indique que 80% des enfants qui répondent de manière agressive ont des distorsions cognitives. Ces distorsions incluent les attributions hostiles envers les autres.

#### 2.4.4 *Autres facteurs de vulnérabilité*

L'enfant TC/TO se caractérise souvent par des déficits d'autorégulation et de modulation affective. L'autorégulation est le pouvoir de continuer une activité même si le corps ressent un malaise (froid, faim, soif, etc.) et la modulation affective vient du fait que la personne a des difficultés à s'exprimer avec des mots, des émotions et des expressions verbales. De fait, l'enfant qui n'est pas capable de s'autoréguler ne peut pas accepter la contrainte provenant de l'autorité. De même, s'il ne peut pas s'exprimer clairement, il risque de développer des moyens archaïques de communication (agressivité), des difficultés à gérer la frustration et le délai. L'enfant poursuit son comportement oppositionnel, même s'il sait que son opposition lui amène une perte de plaisir ou de privilège. Cet entêtement laisse entrevoir des déficits cognitifs. Une pauvre autorégulation et une pauvre modulation affective accentuent les difficultés déjà existantes chez l'enfant, ce qui entraîne un cercle vicieux négatif dans la relation parent/enfant d'où le développement du TC/TO (Greene *et al.*, 2003). De plus, un enfant ayant de la difficulté à moduler l'affect ressenti lors d'un événement stressant peut réagir par de l'agressivité, des crises et des jurons. Un enfant qui n'extériorise pas son stress mais qui le transforme en obsession/compulsion peut aussi être un enfant susceptible de faire des crises, avoir des comportements d'opposition et de se désorganiser dans de nouvelles situations. Dans le même ordre d'idées, les déficits qui concernent les lacunes sociales et la résolution de problèmes sont présents chez les enfants TC/TO. Un enfant TC/TO a moins de comportements verbaux et non verbaux positifs (expressions faciales) (Webster-Stratton, 1993). Hogan et Quay (1984; dans Hogan, 1999) rapportent aussi dans leur étude que les enfants ayant un diagnostic TC/TO ont moins d'empathie.

Enfin, on observe qu'un enfant qui présente un TC/TO est plus à risque de développer d'autres problèmes de santé mentale. Ces troubles sont l'anxiété, la dépression, la consommation de psychotropes et des troubles somatiques (McMahon et Wells, 1998; dans Ostrander, 2004). Plus particulièrement, on note que 70% des enfants présentant un diagnostic de dépression majeure et 85% des enfants présentant un diagnostic de trouble bipolaire présentent également un TO (Grenne, Biederman, Zerwas, Monuteaux, Goring et Faraone, 2002; dans Greene *et al.*, 2003). En dernier lieu, Ostrander, (2004) indique qu'un enfant présentant un TDAH est plus à risque de développer un TC/TO.

#### 2.4.5 Difficultés langagières

Un enfant qui a un TO peut avoir des difficultés de lecture et langagières. En effet, 20% des enfants TO ont des déficits langagiers. L'enfant vivrait de nombreuses frustrations dues à ces difficultés, ce qui entraînerait le développement du TC/TO. De fait, le langage permet l'expression des besoins, des émotions, de catégoriser, de communiquer, d'identifier et d'élaborer des stratégies. Les enfants qui ont une faible autorégulation et une faible modulation affective, mais qui ont de bonnes habiletés langagières se retrouvent avantagés et peuvent souvent éviter que ces déficits prennent trop de place réduisant ainsi les risques de développement du TC/TO (Greene *et al.*, 2003). Schonfeld, Shaffer, Connor et Portnoy (1988; dans Hogan, 1999) relèvent qu'un enfant avec un déficit langagier à l'âge de 7 ans est plus à risque de développer un TC/TO à l'adolescence.

#### 2.4.6 Difficultés scolaires

Les difficultés scolaires que vit un enfant peut aussi influencer le développement du TC/TO. Maughan, Pickles, Hagell, Rutter et Yules (1996; dans Ledingham, 1999) relèvent qu'une fille de dix ans qui a de la difficulté en lecture et qui vit dans un milieu défavorisé est plus à risque de développer un TC/TO à l'âge de 14 ans. Quant aux garçons, leurs difficultés de lecture ne seraient pas liées au développement du TC/TO à



l'adolescence et à l'âge adulte. Hinshaw (1992; dans Alvarez et Ollendick, 2003) indique qu'entre 11% et 61% des enfants en TC/TO ont des difficultés d'apprentissage. En effet, un enfant TC/TO réussit moins bien à l'école dans plusieurs domaines, comparativement aux autres enfants de sa classe (Ledingham, 1999). Les difficultés scolaires observées à l'enfance chez les enfants TC/TO, sont la lecture, le langage et l'attention (Kadzin, 1987; dans Webster-Stratton, 1993).

#### 2.4.7 *Contexte scolaire*

Les facteurs scolaires qui peuvent influencer l'apparition et le développement du TC/TO sont la relation entre l'enseignant et l'enfant, le ratio enseignant/élèves, la charge de travail demandée à l'enfant et le temps individuel accordé à chaque élève (Rutter, Cox, Tupling, Berger, Yules, 1975; dans Webster-Stratton, 1993). Une étude québécoise relève que les enseignants qui placent les élèves TC/TO à l'arrière et dans les côtés de la classe augmentent la persistance de leur trouble de même que leurs difficultés (Charlebois, Berneche, LeBlanc, Gagnon et Larrivé, 1995; dans Ledingham, 1999). En effet, plus l'enfant est assis loin de l'enseignant, moins ce dernier est capable d'aller chercher son attention et plus il est laissé à lui-même. L'isolement des enfants dans une classe contribue à une plus grande marginalisation de l'enfant, ce qui entraînerait une démotivation et des difficultés scolaires encore plus grandes. Enfin, l'accumulation de mauvaises expériences scolaires et sociales peut entraîner le TC/TO chez un enfant (Webster-Stratton, 1993).

#### 2.4.8 *Association aux pairs déviants*

Plusieurs études se sont intéressées à savoir si une association aux pairs déviants augmente les risques de développer des TC/TO (Ledingham, 1999; Ostrander, 2004, Hinshaw et Lee, 2003). Généralement, les enfants s'associent avec des pairs qui ont des caractéristiques semblables (Ostrander, 2004). Ainsi, un enfant qui s'affilie avec des pairs déviants serait plus à risque de développer des TO, des tendances antisociales et de l'agression (Bloomquist et Schnell, 2002; dans Ostrander, 2004). En effet, Keenan,

Loeber, Zhang, Stouthamer-Loeber et Van Kemmen (1995; dans Ledingham, 1999) ont étudié durant une période de 6 mois des garçons en quatrième et septième année. Les garçons qui ont fréquenté des pairs déviants sont plus engagés dans des activités délinquantes 6 mois plus tard. Ferguson et Howard, (1996; dans Ledingham, 1999) rapportent qu'un garçon de 8 ans qui est associé à un groupe de pairs déviants et qui présente un TC/TO prédit la présence de conduites délinquantes à l'âge adulte.

#### 2.4.9 *Rejet des pairs*

Rutter, Giller et Hagell (1998; dans Alvarez et Ollendick, 2003) soulèvent que le stress associé au rejet par les pairs place l'enfant plus à risque de développer différentes formes de psychopathologie dont la dépression et le TC/TO. Le rejet par les pairs entraîne le jeune à se diriger vers d'autres pairs qui peuvent avoir ou non des comportements déviants. Ce rejet par les pairs serait associé à un faible contrôle de soi, des relations interpersonnelles insatisfaisantes et un haut taux d'agressivité chez les garçons (Dishion, Adrew et Crosby, 1995; dans Ledingham, 1999). L'étude de Dishion, Patterson, Stoolmiller et Skinner (1991; dans Alvarez et Ollendick, 2003) indique que le rejet par les pairs associé à d'autres facteurs comme les difficultés scolaires, les pratiques éducatives lacunaires augmentent les risques du développement du TC/TO. Près de 50% des enfants diagnostiqués TC/TO sont rejetés par leurs pairs comparativement à 6% chez les enfants diagnostiqués comme ayant un trouble d'anxiété (Straus, Lahey, Frick, Frame et Hynd, 1988 dans Ledingham, 1999).

**CHAPITRE 3**  
**PROGRAMMES D'INTERVENTION PROMETTEURS**

### 3. LES PROGRAMMES D'INTERVENTION PROMETTEURS

Notre recension des écrits nous a permis d'identifier les trois programmes d'intervention appliquées auprès des familles ayant un enfant avec un trouble oppositionnel du comportement, soit le programme Helping the Noncompliant Child (HNC), le programme Parent Management Training (PMT) et la thérapie multisystémique (TMS). Dans ce chapitre, nous allons donc décrire ces trois types de programmes qui ont été étudié considérablement dans la littérature scientifique.

Malgré les différences entre ces trois programmes d'intervention, certaines lignes directrices doivent tout de même être respectées. Tout d'abord, les professionnels qui appliquent ce type de programme doivent avoir une formation spécifique. Ceux-ci sont des intervenants sociaux pourvus d'une expertise dans ce domaine et formés pour travailler auprès des familles ayant un enfant ayant des TO. Ensuite, dans tous les types de programme, il est essentiel pour le clinicien de développer une alliance thérapeutique avec ses clients. En outre, les thérapeutes doivent donc avoir une attitude positive, empathique, chaleureuse et doivent être supportant auprès des familles et de l'enfant ayant un TO, car souvent les familles qui participent à ce type de programme se découragent et délaisse le programme (Schoenwald et Henggeler, 1999). Pour obtenir de bons résultats à ce type de programme, il est important de respecter les techniques et les principes de chacun des programmes. Enfin, il ne faut pas oublier que l'engagement et la mobilisation des gens impliqués sont essentiels à la réussite du programme.

Dès le recrutement des familles, il est primordial d'accorder une attention particulière à certains facteurs qui peuvent influencer le résultat du traitement. Un niveau socioéconomique faible, un faible support social, une famille monoparentale, l'utilisation de pratiques éducatives punitives et l'histoire criminelle des parents peuvent influencer et prédire si la famille complètera le traitement et si elle maintiendra ses acquis à court et à long terme (Dadds et Mc Hugh, 1992; Dumas et Walher, 1983; Kadzin, 1995 dans Kadzin, 1997).

### 3.1 **Helping the Noncompliant Child (HNC)**

Le premier programme est connu sous le nom de « Helping the Noncompliant Child (HNC) : Family-Based treatment for oppositional behaviour » élaboré par Robert J. McMahon et Rex L. Forehand en 1981. Le programme HNC s'adresse directement à la famille et à l'enfant. Il est basé sur les principes de l'apprentissage social. En 2003, le programme a été édité pour une seconde fois. Pour cette édition, les auteurs ont utilisé une panoplie d'études scientifiques qui leur ont permis d'améliorer le programme. De fait, c'est un programme qui est implanté et en évaluation depuis plus de trente ans.

#### 3.1.1 *Clientèle cible*

Le programme est conçu pour les parents et leurs enfants âgés entre trois et huit ans ayant des problèmes d'opposition ou de conduite. Le programme peut être offert à plusieurs populations (hispanique, blanc et afro-américains). C'est un programme conçu davantage pour les mères, mais les deux parents sont encouragés à participer au programme. Si la famille est monoparentale, seul le parent responsable de l'enfant peut y participer. Le parent qui est seul peut inviter une personne significative pour l'enfant (grand-mère, gardienne, tante, etc.) à se joindre au programme. D'autres populations à risque, comme les enfants présentant un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, les enfants abusés, négligés, énurétiques, encoprétiques, autistes et impatientes peuvent participer à ce type de programme (McMahon et Forehand, 2003).

#### 3.1.2 *Buts du programme*

À long terme, le programme HNC a pour but la prévention primaire et secondaire des problèmes sérieux de conduite chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire. Les objectifs à court terme et à moyen terme sont d'améliorer les interactions parent/enfant, d'améliorer les pratiques éducatives des parents, d'augmenter les comportements

prosociaux de l'enfant et de diminuer les problèmes de comportement chez ce dernier (McMahon et Forehand, 2003).

Le programme vise aussi à outiller les parents à utiliser la force de l'attention positive pour renforcer les comportements désirés chez leur enfant, à utiliser l'ignorance, des consignes claires et le temps d'arrêt, lorsque l'enfant adopte des comportements inadaptés. Ces techniques sont transmises aux participants par l'intermédiaire de jeux de rôle, de mises en situation et lorsque les parents sont en interaction avec leur enfant. Le thérapeute fait donc un suivi auprès des participants (McMahon et Forehand, 2003).

### *3.1.3 Principes et techniques du programme*

Le programme d'habiletés parentales HNC peut être suivi à la maison ou en clinique. Les sessions du programme sont effectuées directement auprès des participants. Les séances hebdomadaires sont d'une durée de soixante à quatre-vingt-dix minutes. Le nombre de sessions pour l'accomplissement de chaque phase de traitement est adapté en fonction des participants. En effet, le programme respecte le rythme d'apprentissage et d'intégration des participants de même que la réaction des enfants au traitement. Généralement, 10 sessions suffisent pour chacune des phases. Les sessions sont tenues une fois ou deux par semaine, selon les disponibilités des participants et du thérapeute. Chaque séance débute par deux périodes de jeu, suivi d'une discussion basée sur les observations du thérapeute, puis d'une séance de modelage. Par la suite, le thérapeute enseigne également à l'enfant comment il doit se comporter par le biais d'un jeu de rôle, afin de familiariser l'enfant au processus thérapeutique. Les participants sont invités dans la semaine suivante à appliquer l'habileté apprise durant la séance.

### *3.1.4 Phases d'intervention*

Le programme est composé de deux phases d'intervention. La phase I est connue sous le nom « The Skills Differential Attention ». Cette phase d'intervention a pour but d'arrêter les cycles d'intervention coercitifs, d'établir une relation positive et mutuelle

entre les membres de la famille et de permettre aux parents d'utiliser une technique d'intervention adaptée aux comportements de leur enfant. Les principes de l'apprentissage social et les techniques d'intervention suggérées par les concepteurs du programme sont donc enseignés aux parents. Plus particulièrement, à cette étape, les techniques d'intervention enseignées sont l'attention positive, le renforcement positif et l'ignorance intentionnelle. De plus, les contacts de qualité sont favorisés entre les parents et l'enfant. Pour ce qui est des renforcements, ils peuvent être physiques (baiser, serrer dans les bras), verbaux non spécifiques (félicitations, super) ou verbaux spécifiques (Bravo! tu as ramassé tes jouets). L'intervenant explique aux parents les principes de base de l'ignorance intentionnelle (pas de contact verbal, ni physique) et l'importance d'accorder de l'attention positive à l'enfant s'il adopte un comportement pro social. Les parents ont des exigences à respecter, durant l'implantation et le déroulement de la phase I. En effet, ils doivent relever les comportements qui sont inacceptables pour eux et inscrire leurs attentes par rapport à ces comportements. De surcroît, ils doivent noter les activités qu'ils ont effectuées avec l'enfant, la durée de celles-ci et la réaction de ce dernier. Ils inscrivent aussi les comportements qu'ils ont ignorés, leur façon de faire et comment ils ont transmis leur attention positive (McMahon et Forehand, 2003). Toutes ces grilles permettent au thérapeute de suivre le cheminement des participants, de leur offrir un soutien et de vérifier s'ils sont prêts à passer à la phase II du programme.

La phase II est connue sous le nom « The Skills of Compliance Training ». Au cours de cette deuxième phase, l'intervenant s'attarde directement à la problématique de l'enfant, soit les comportements opposants. Au début des rencontres de la deuxième phase, le thérapeute dresse un bilan des acquis et présente les principaux concepts de la phase II aux parents. Ensuite, le thérapeute vérifie si les habiletés enseignées à la phase I sont encore utilisées par les parents, afin d'établir une continuité entre les deux phases. Les buts de la phase II sont d'enseigner au parent à construire des consignes simples et directes et à octroyer des conséquences adaptées au comportement de l'enfant. Par exemple, au lieu de demander à Lisa « Pourrais-tu ramasser tes jouets? », la consigne serait plutôt « Lisa, ramasse tes jouets maintenant ! ». Les parents choisissent aussi une conséquence adaptée à l'enfant. Le thérapeute transmet aux parents une procédure

d'intervention qu'ils devront respecter. Si l'enfant obéit après une première consigne, le parent donne de l'attention positive, s'il n'obéit pas, il donne un premier avertissement. Ensuite, si l'enfant obéit, le parent donne de l'attention positive, sinon, le parent attend cinq secondes et l'enfant est en retrait automatique (chaise de retrait). Le parent doit donc toujours intervenir auprès de son enfant de cette façon afin de respecter la constance et la cohérence de l'intervention. Les premiers comportements ciblés par cette procédure sont les comportements inacceptables choisis pas les parents à la phase I. À la phase II, les parents doivent continuer à noter les mêmes informations qu'à la phase I, mais ils doivent en plus accorder une importance à leurs consignes, à la réaction de leur enfant et, s'il y a lieu, à la conséquence qu'ils ont accordée. S'il y a un retrait, le parent doit noter le contenu du retour avec l'enfant. Toute l'information relevée par le parent, permettra au thérapeute de suivre le cheminement familial et de les soutenir en cas de problèmes (McMahon et Forehand, 2003).

Par ailleurs, l'intervenant fournit aux participants, différentes alternatives en ce qui concerne les méthodes d'intervention favorisées par le programme. Par exemple, pour un enfant qui ne veut pas rester en retrait sur une chaise, d'autres méthodes sont recommandées aux parents. Ils peuvent donc choisir la méthode qui leur convient.

À la fin du programme, le thérapeute rencontre les parents à la maison. Un retour est effectué sur le programme en général. Les participants peuvent aussi faire part de leurs inquiétudes et dresser le bilan positif et négatif de leur participation. Le thérapeute informe aussi les participants qu'il reste disponible pour eux s'ils vivent d'autres difficultés en lien avec l'application du programme (McMahon et Forehand, 2003).

### 3.1.5 *Évaluation du programme*

Plusieurs études se sont intéressées à l'évaluation du programme HNC (McMahon et Forehand, 2003). La majorité des études ont fait la comparaison entre des échantillons de familles non participantes et participantes au programme. Forehand et King (1997, dans McMahon et Forehand, 2003) ont évalué la relation mère/enfant avant et après leur



participation au programme. Après le traitement, les mères ont une meilleure perception de leur enfant et cette perception est maintenue trois mois après leur participation au programme. De leur côté, Peed, Roberts, Forehand (1977, dans McMahon et Forehand, 2003) ont comparé six mères avec leur enfant qui ont reçu le programme à six mères et leur enfant n'ayant pas reçu le programme. Le pré-post test démontre que les parents ayant reçu le traitement ont changé significativement leurs pratiques éducatives et ont la capacité de transférer leurs apprentissages dans différents contextes. Par ailleurs, Humphrey, Forehand, McMahon et Roberts (1978, dans Forehand et McMahon, 2003) ont étudié la capacité des parents à généraliser leurs apprentissages aux autres enfants de la fratrie. Ils soulèvent que les mères qui participent au programme appliquent les principes généraux aux autres enfants de la famille. Pour leur part, Johnson, Bolstad et Lobitx (1976, dans McMahon et Forehand, 2003) ont indiqué que les enfants qui avaient des comportements opposants à la maison et à l'école sont plus obéissants dans ces deux milieux après la participation au programme. De plus, plusieurs études ont évalué les effets du programme d'intervention à long terme auprès des participants, soit de deux mois à quatorze ans après la fin du traitement. Ainsi, 50 % des enfants qui ont participé à HNC fonctionnent bien au plan comportemental quatre ans et quatorze ans après leur participation. Les jeunes adultes (17-22 ans) qui ont participé au programme, lorsqu'ils étaient enfants, vivent des relations amoureuses agréables, font des études supérieures, ont de bons rapports avec leurs parents et ils ont des comportements délinquants, de consommation de drogues, équivalents au groupe témoin n'ayant pas participé au programme. La diminution des comportements opposants et des problèmes de conduite, tels l'agressivité, l'humeur négative et les comportements verbaux inadéquats ont été remarqués (McMahon, sous presse, 2003; dans Forehand et McMahon, 2003). Cette même étude soulève que HNC diminue les comportements oppositionnels mais qu'il diminue aussi d'autres comportements inadaptés chez l'enfant. Il est important de mentionner que ces études ont été réalisées auprès de familles qui ont un statut socioéconomique de bas à élevé (Kadzin, 1977 dans Forehand et McMahon, 2003).

Par ailleurs, c'est un programme qui s'adapte et qui est valide auprès de familles provenant de différents milieux socioéconomiques. Les études démontrent que les

comportements d'opposition chez l'enfant diminuent significativement et la perception des parents est devenue positive après la participation à HNC et ce, peu importe le milieu d'implantation du programme (maison, clinique). Il s'adapte facilement à la clientèle et milieu à lequel il est implanté.

Cependant, c'est un programme qui est assez dispendieux. Tout d'abord, la formation au thérapeute est d'environ 3 000 \$, soit 1 500 \$ par jour de formation. Ces coûts ne comprennent pas l'implantation, les suivis hebdomadaires des clients par le thérapeute et les coûts reliés à l'évaluation des interventions. Par ailleurs, c'est un programme qui est relativement exigeant pour les participants. Ils doivent être en mesure de rencontrer un intervenant une à deux fois par semaine, d'implanter le programme à la maison et de compléter toutes les grilles associées à l'application du programme. Toutes ces mesures peuvent décourager les parents après quelques semaines de participation au programme.

### **3.2 Parent Management Training (PMT)**

Le programme Parent Management Training (PMT) a été élaboré et mis en application par le Dr Alan E. Kazdin dans les années 1960. Ce programme d'entraînement aux habiletés parentales se définit comme étant un programme qui vise à transmettre des connaissances aux parents tout en leur laissant une liberté d'action. Ces connaissances ont pour but d'aider les parents à mieux comprendre et à intervenir pour réduire les problèmes de comportements extériorisés de leur enfant tant à la maison qu'à l'école. Il est basé sur les connaissances fondamentales concernant la relation parent/enfant, les pratiques éducatives et sur les fondements du conditionnement opérant. PMT a d'abord été conçu pour intervenir auprès des enfants présentant des difficultés d'adaptation. Cependant, depuis quelques années, il est utilisé dans la prévention du TO et du TC. Certaines études révèlent que le programme PMT pourrait aussi contribuer à réduire les comportements internalisés chez certains jeunes (Kazdin, 1997).

### 3.2.1 *Clientèle cible*

PMT est un programme qui peut être utilisé directement dans le milieu familial, en centre de jour, en clinique et à l'école (Kadzin, 2005). Le programme PMT s'adresse aux parents qui utilisent une discipline trop permissive ou extrêmement sévère auprès de leur enfant (Carvell, 2001). Il est préférable que les deux parents participent au programme, car le traitement est plus efficace et les effets se maintiennent davantage à long terme (Bagner et Eyberg, 2003 dans Kadzin, 2005). Un parent monoparental peut aussi y participer (Kadzin, 2005). Le programme s'adapte en fonction de l'âge de l'enfant. Il est utilisé auprès des populations d'enfants d'âge préscolaire, scolaire et à l'adolescence (Graziano et Diament, 1992 dans Kadzin, 1997). PMT est destiné aux enfants opposants, désobéissants, énurétiques, hyperactifs, autistes, déficients intellectuels, dépressifs, phobiques, ayant des troubles alimentaires et un trouble des conduites. Par ailleurs, l'intervention s'avère plus prometteuse auprès des parents des enfants présentant un trouble oppositionnel et/ou un trouble de conduite (Kadzin, 1997).

### 3.2.2 *Buts du programme*

Les buts de ce traitement sont de diminuer les difficultés adaptatives de l'enfant, d'améliorer les attitudes parentales et les interactions parent/enfant. Ainsi, les pratiques éducatives des parents sont au cœur de l'intervention (Forehand et McMahon, 1981 dans Carvell, 2001). PMT enseigne aux parents à faire des jeux dirigés, à renforcer les comportements positifs et à ignorer les comportements inadaptés de leur enfant (Forehand et McMahon, 1981 dans Carvell, 2001). Un des buts de PMT est aussi d'enseigner aux parents à utiliser le retrait (time-timer) si l'enfant ne se conforme pas à la demande du parent. Il intervient sur les habiletés sociales et sur les comportements prosociaux des enfants dans le but de diminuer les comportements inadaptés.

### 3.2.3 *Principes et techniques du programme*

Le rôle des parents et les pratiques éducatives qu'ils utilisent face à leur enfant sont des principes importants dans le programme (Patterson, 1982). PMT s'attarde à l'attention positive et négative qu'accordent les parents aux comportements de leur enfant, au renforcement des comportements «mésadaptés», à la relation parents/enfant, à l'inattention des comportements prosociaux, aux punitions coercitives de même qu'aux difficultés à établir des limites claires. Les interactions familiales sont importantes, car elles permettent d'évaluer le taux d'agressions physiques et de menaces que les membres de la famille vivent entre eux. L'influence du stress parental et des désaccords maritaux dans les interactions familiales sont considérés dans le programme.

PMT est aussi basé sur le principe du conditionnement opérant de B. F Skinner (1938). Ce dernier décrit et explique comment le comportement peut être acquis et influencé par une variété de stimuli et de conséquences. Le conditionnement opérant a été étudié en laboratoire auprès d'animaux et plusieurs études ont été effectuées auprès de différentes populations. Le système ABC qui fait référence à l'antécédent, au comportement et à la conséquence suite au comportement est primordial dans cette approche. L'antécédent consiste à cibler l'événement ou le stimulus qui provoque le comportement. Le comportement réfère à l'attitude positive qui doit être développée. Ainsi, en mettant l'accent sur le comportement à développer, les comportements indésirables tendront à diminuer. La conséquence réfère à l'événement qui suit le comportement et est utilisée pour changer la probabilité que le comportement se reproduise. En effet, les études démontrent qu'une personne qui administre des conséquences suite à des comportements «mésadaptés» tend à diminuer les probabilités que ce même comportement se reproduise (Kadzin, 1997).

Les principales techniques d'intervention utilisées dans PMT se définissent par le renforcement positif, la punition et l'extinction du comportement. Le renforcement positif est le concept clé du programme. Il se manifeste par de l'attention positive, le

cumul de points, de jetons ou de couleurs, etc. La punition consiste à enlever un renforçateur dans le but de diminuer le comportement. Elle s'exprime soit par une réprimande, un retrait, la perte d'un privilège ou d'une activité qui demande un effort. L'extinction des comportements a pour but de donner de l'attention positive aux comportements appropriés et d'ignorer les comportements inadéquats (Kadzin 1994).

Tout d'abord, le programme est d'une durée de six à huit semaines pour un enfant avec une opposition modérée et de douze à quinze semaines si l'opposition est sévère (Kadzin, 1997). Les sessions sont d'une durée approximative de quarante-cinq à soixante minutes. Le programme comprend douze sessions. Chaque session est structurée de façon précise. Au tout début, une révision de la session précédente est effectuée et le principe ou le thème de la session est enseigné aux parents. Par la suite, le thérapeute réalise des activités d'intégration des concepts proposés par le programme et accompagne les parents dans l'utilisation de ces apprentissages. Puisqu'un des buts du traitement est de développer les pratiques éducatives des parents, le thérapeute commence en leur enseignant à intervenir de façon constante et cohérente auprès de leur enfant.

#### 3.2.4 *Phases d'intervention*

Au départ, une analyse globale de la situation familiale et individuelle est réalisée avec les participants. La première session a pour objectif d'enseigner aux parents à définir, à observer et à noter les comportements «mésadaptés». Ils commencent par relever les comportements adéquats et inadéquats et les antécédents de ces comportements. Un seul comportement est ciblé à la fois. Les premiers comportements ciblés sont d'abord ceux que l'enfant effectue à la maison. Les parents apprennent à utiliser différentes techniques d'observation et ils dressent une liste des principaux comportements inadéquats de l'enfant. Une révision du renforcement positif est effectuée avec les parents et par la suite des objectifs sont fixés avec ceux-ci. À la troisième session, les techniques de retrait sont enseignées aux parents. Ils apprennent le rôle qu'ils ont à jouer, l'utilisation du retrait, ce qu'ils doivent faire si l'enfant désobéit au retrait et le type de renforcement positif qu'ils doivent utiliser. De plus, les parents apprennent à

ignorer les comportements inadaptés mineurs et à accorder de l'importance aux comportements inadaptés majeurs. Les fondements de l'ignorance intentionnelle leur sont expliqués. À cette étape, si l'enfant a des problèmes à l'école, les techniques du programme peuvent être transférées dans ce milieu d'intervention. En effet, le thérapeute et les parents peuvent rencontrer l'enseignante de l'enfant afin d'adapter le programme au milieu scolaire. À la sixième session, une révision globale du programme est effectuée avec les participants et l'enfant. C'est donc à cette étape que le thérapeute effectue les ajustements nécessaires. À la session huit, le thérapeute prépare les parents aux éventuelles comportements que leur enfant pourrait adopter. Il leur enseigne différentes techniques d'intervention en fonction du contexte. Des mises en situation sont réalisées à cette étape avec les parents. En plus, les principales techniques de réprimandes de même que leur utilisation sont enseignées. Par la suite, les parents apprennent à résoudre les conflits familiaux, à faire des compromis et à communiquer. La douzième session a pour but de faire une révision des principaux concepts du programme et de l'évaluer. Tout au long du programme, le thérapeute maintient un contact téléphonique étroit avec les parents. Ces contacts ont pour but d'encourager les parents à poser des questions sur le programme par rapport à ce qu'ils vivent à la maison, de permettre au thérapeute de faire un suivi sur l'utilisation des techniques prônées par le programme, d'ajuster certaines interventions ou façons de faire lorsque le programme ne modifie pas le comportement de l'enfant efficacement et de renforcer l'alliance thérapeutique.

### 3.2.5 *Évaluation de programme*

PMT est l'un des programmes familiaux qui a été le plus étudié au cours des dernières années. Ce programme s'est avéré efficace pour les comportements oppositionnels, agressifs et antisociaux (Dumas, 1989 ; Forehand et Long, 1988 ; Kazdin, 1985 ; Miller et Prinz, 1990 ; Moreland, Schwebel et Wells, 1982 dans Kazdin, 1997). Il est donc efficace pour réduire les comportements antisociaux et développer des comportements prosociaux. Kazdin, (2005) indique une amélioration générale des comportements de l'enfant à la fin du programme. Ce dernier vit plus de relations positives avec ses parents et avec son enseignante. Certaines études démontrent que les enfants avec des problèmes

moins sévères répondent mieux au programme et que les gains obtenus par les participants au programme se maintiennent de un à trois ans après la participation au traitement (Kadzin, 1997). De plus, une équipe de recherche a constaté que les enfants opposants qui ont suivi PMT fonctionnent aussi bien que d'autres enfants qui n'ont pas participé au programme quatorze ans après leur participation (Wierson et Morgan, 1994 dans Kadzin, 1997).

De surcroît, PMT réduit significativement les tendances des parents à utiliser des punitions coercitives et physiques auprès de leurs enfants. Il diminue le stress parental et réduit les difficultés familiales (Kadzin, 1997). Ce programme peut également avoir un effet positif sur d'autres comportements qui ne sont pas nécessairement ciblés par le programme d'intervention. Par exemple, le programme peut influencer positivement le fonctionnement familial, la satisfaction matrimoniale et l'attitude des parents vis-à-vis de leur enfant. De plus, l'effet de PMT diffère en fonction des populations étudiées mais aussi de l'implantation du programme dans le milieu (Kadzin, 1997). Les facteurs associés à l'abandon d'un tel programme sont le faible niveau socioéconomique des familles, le jeune âge des mères, la monoparentalité, le haut niveau de stress, le manque de soutien social et l'histoire négative des parents. En effet, 40 à 60 % des familles ne terminent pas le programme (Kadzin, 1997).

Malgré la réputation du programme PMT, certaines limites importantes du programme sont à considérer. Tout d'abord, ce n'est pas un programme qui s'adapte facilement aux différentes ethnies. Il est davantage conçu pour une population caucasienne. De plus, le renforcement positif est un concept très important dans le programme. Ainsi, l'enfant qui reçoit toujours une récompense peut vouloir une récompense pour tout ce qu'il fait. Prinz et Miller (1994, dans Kadzin, 1997) croient que plusieurs aspects familiaux et individuels ont été délaissés par le programme. Ils mentionnent que, parallèlement au programme, les participants devraient avoir des sessions sur la gestion du stress, sur la résolution de conflits, sur la communication et sur la collaboration parents/enfant.

### 3.3 Thérapie multisystémique (TMS)

La thérapie multisystémique (TMS) a été conçue par Henggeler et Borduin, en 1986. Au départ, le programme s'adressait aux adolescents délinquants et aux familles maltraitantes. Par la suite, des études ont été réalisées auprès des enfants et adolescents ayant des problèmes de comportement et leur famille. Elles ont relevé des effets positifs aussi pour cette clientèle (Henggeler, Rodick, Borduin, Hanson, Watson et Urey, 1986 dans Schoenwald et Henggeler, 1999). La TMS est un modèle d'intervention individualisée dans lequel les familles fixent leurs objectifs de traitement en collaboration avec les praticiens (Henggeler *et al.*, 1998). L'approche multisystémique s'intéresse à l'individu comme étant dans un réseau complexe influencé par différents systèmes (la famille, les pairs, l'école et le voisinage) et par certains facteurs extrafamiliaux. L'intervention s'appuie sur l'évaluation exhaustive des facteurs de risque et de protection auxquels le jeune et sa famille sont confrontés dans leur quotidien. Ce type d'intervention est centré sur les forces de chaque système (famille, pairs, école, voisinage, réseau social de soutien) pour favoriser les changements comportementaux de l'enfant (Schoenwald et Henggeler, 1999).

#### 3.3.1 Clientèle cible

La clientèle cible de cette intervention est les enfants et les adolescents âgés entre sept et dix-sept ans présentant des troubles de conduite sévères, des troubles d'opposition, des problèmes de fréquentation de pairs déviants, des problèmes à l'école ou d'abandon scolaire et de consommation de substances illicites (marijuana, alcool, cocaïne) (Schoenwald et Henggeler, 1999). Ce traitement familial et communautaire est efficace pour les difficultés légères et sévères (Frick, Lahey, Loeber, Stouthamer-Loeber, Christ et Hanson, 1992 dans Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, Cunningham, 1998). La TMS est recommandée pour les jeunes qui vivent des troubles psychiatriques, tels que les idéations suicidaires, meurtrières, la psychose et pour d'autres maladies mentales (Henggeler *et al.*, 1998).



### 3.3.2 *Buts du programme*

La thérapie multisystémique est basée sur le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979) et sur la théorie générale des systèmes. Selon cette approche, le comportement d'un individu doit être étudié en tenant compte de l'influence réciproque des multiples systèmes qui composent son environnement écologique et des caractéristiques de l'individu lui-même. Le but principal de TMS est d'offrir aux parents les qualifications et les ressources requises pour gérer les difficultés qu'ils vivent dans l'éducation de leur enfant et d'outiller les enfants pour faire face aux difficultés familiales, relationnelles, scolaires et communautaires. Cette mobilisation est faite, en partie, par l'individu, sa famille et les ressources de la communauté car ce sont eux qui maintiendront les changements comportementaux à long terme lorsque le programme sera terminé. Ainsi, les interventions de TMS visent typiquement à améliorer les pratiques en matière de disciplines éducatives, à augmenter les relations positives familiales, à diminuer l'association à des pairs déviants, à augmenter l'association à des pairs prosociaux, à améliorer la réussite scolaire, à engager le jeune dans des activités sociales positives, à développer un réseau social de soutien à la famille (voisins, amis) et à maintenir de tels changements. De plus, d'autres interventions peuvent être réalisées afin de faciliter l'application de l'approche TMS (thérapies comportementales, psychodynamique, cognitive comportementale, pharmacologique, familiale). En outre, certaines influences biologiques telles que la dépression et les désordres dépressifs doivent être identifiées lors de l'évaluation et traitées par la suite. L'approche TMS a aussi pour but de diminuer les activités criminelles juvéniles, de réduire la consommation de psychotropes et de diminuer les coûts reliés au placement.

### 3.3.3 *Principes et techniques du programme*

Pour ce qui est de l'intervention TMS, le thérapeute doit avoir une charge de dossier de quatre à six familles, être disponible 24 heures sur 24, sept jours par semaine et être en mesure d'offrir des services à domicile en cas de besoin. Les thérapeutes ont des

téléphones cellulaires, des téléavertisseurs afin d'être facilement rejoignables. Ils demeurent disponibles les soirs et les fins de semaine. Le traitement est d'une durée d'environ soixante heures de contact pendant une période de quatre mois. Les intervenants doivent faire partie d'une équipe d'environ quatre autres thérapeutes qui seront présents pour le supporter en cas de besoin. Le suivi clinique des thérapeutes est important dans le programme. Ce suivi permet l'acquisition et l'implantation des principes de TMS. L'intervention doit être réalisée dans le milieu naturel du jeune afin d'augmenter la validité écologique de l'intervention. Durant tout le processus, le thérapeute travaille toujours avec la famille. C'est la famille qui se fixe des buts et le thérapeute suggère des façons d'y parvenir. Les coûts sont d'environ 5 000 \$ par année pour une famille qui reçoit le programme TMS. Après la première session, les membres de famille qui sont présents ne doivent pas nécessairement être présents aux autres sessions. Par exemple, les enfants ne sont pas inclus lors des sessions qui concernent les questions matrimoniales, intimes entre les parents ou traitant la discipline parentale.

De plus, TMS ne possède pas un modèle rigide d'intervention. Par contre, neuf principes d'intervention guident la pratique et doivent être respectés dans l'implantation et le suivi du traitement :

- Premièrement, une évaluation doit être effectuée afin de tenter de saisir la cohérence des conduites problématiques présentes chez le jeune. Le thérapeute évalue les forces de la famille; les possibilités; les besoins et le système environnemental de soutien et les principaux systèmes sociaux tels que les pairs, la famille étendue, les amis, les professeurs, le lieu de travail des parents, les ressources dans la communauté et les voisins. Les principaux facteurs relevés permettront au thérapeute d'analyser le fonctionnement général du jeune et de sa famille, d'élaborer des hypothèses cliniques et d'intervenir le plus justement possible. Le thérapeute obtient un portrait de la situation aux plans individuel, familial (la qualité de la relation parent/enfant, la façon adoptée par les parents pour établir des règles et des limites, les styles parentaux, les interactions maritales, les conflits familiaux, le divorce et la composition familiale), scolaire (habiletés intellectuelles, collaboration école/famille, qualité de l'enseignement

et de l'environnement, difficultés d'apprentissages), de la relation du jeune avec ses pairs (rejet, association aux pairs déviants) et communautaire (réseau social de soutien). Le thérapeute et la famille travaillent ensemble pour identifier et donner une priorité aux difficultés visées par le changement, pour déterminer les interventions et pour développer un plan de traitement. L'évaluation est conduite en quelque sorte par les membres de la famille qui définissent leurs difficultés, leurs besoins et leurs forces. Le premier principe s'attarde à comprendre les facteurs qui contribuent directement et indirectement aux problèmes de comportement visés par l'intervention (Henggeler, Schoenwald, Rowland, Cunningham, 2002).

- TMS est un programme qui est basé sur les forces familiales et sur les compétences des personnes. Le thérapeute identifie les forces de l'écosystème familial et intervient auprès de la famille en considérant ses forces comme étant les principaux leviers de changement. Le thérapeute développe la pensée et le langage positifs chez les membres de la famille, il enseigne l'utilisation des renforcements positifs pour des comportements appropriés, les pousse à relever les défis familiaux et souligne les réussites des membres de la famille. Le lien de confiance est donc essentiel entre le thérapeute et le client (Henggeler *et al.*, 2002).
- Les interventions doivent être conçues pour favoriser les comportements responsables et réduire les comportements irresponsables parmi les membres de la famille. Le thérapeute aide les parents et le jeune à se comporter de façon responsable dans différents domaines. Les responsabilités parentales incluent l'application des conseils concernant la discipline, l'amélioration du climat familial, afin de protéger et de s'assurer que les besoins de base de chacun sont comblés. Les responsabilités de l'enfant consistent à respecter les règles de la famille, à aller à l'école et à mettre les efforts raisonnables pour aider aux tâches ménagères et à ne pas causer d'ennuis à d'autres personnes. Les thérapeutes passent beaucoup de temps à cette étape pour développer et maintenir les comportements responsables des parents et de l'enfant. D'autres membres de la famille qui sont impliqués dans le processus de traitement sont également

encouragés par le thérapeute à renforcer les comportements responsables parentaux afin que les membres de la famille maintiennent ces comportements lorsque le traitement est terminé. Les études ont noté que les parents qui augmentent leurs responsabilités améliorent par le fait même le comportement leur l'enfant. Souvent l'irresponsabilité des parents est occasionnée par des facteurs tels que la maladie mentale ou le manque d'habiletés parentales. Les parents définissent clairement les comportements qu'ils considèrent inacceptables et la conséquence. Par exemple, l'enfant devra savoir avant le temps que s'il ne respecte pas le couvre-feu, qu'il ne pourra pas sortir pendant une semaine. Aussi, on enseigne également aux parents à féliciter leur enfant pour leurs comportements adéquats (Henggeler *et al.*, 1998).

- Les interventions doivent être centrées sur le présent, orientées sur l'action et sur des cibles et des comportements bien définis. Ainsi, les membres de la famille sont priés de résoudre d'abord leurs difficultés personnelles ou sociales qu'ils traînent depuis longtemps. Le thérapeute et les membres de la famille dressent un plan d'intervention en indiquant ce qui doit être changé par la famille et l'enfant, les moyens qu'ils utiliseront et dans quelle période du programme ils le feront. Ces objectifs doivent être mesurables, observables et réalisables dans un temps limité. Les interventions choisies sont celles qui auront l'impact le plus immédiat sur le problème. La planification de l'intervention aide donc le thérapeute à déterminer si ces interventions sont efficaces ou s'il doit apporter des modifications (Henggeler *et al.*, 1998).
- Le cinquième principe est orienté sur les séquences de comportements à l'intérieur des systèmes ou entre les multiples systèmes qui contribuent au maintien des problèmes identifiés. Certains facteurs de cette analyse peuvent atténuer ou contribuer au comportement de l'enfant. Par exemple, des pratiques éducatives inadaptées (laxisme, autoritarisme, négligence) peuvent être identifiées comme étant des facteurs qui influencent les problèmes de comportement et doivent être visées par l'intervention. Par ailleurs, les difficultés matrimoniales peuvent aussi être au cœur de l'intervention si les parents ne s'entendent pas sur la façon d'éduquer leur enfant. En outre, les

besoins de base de la famille ne sont peut-être pas comblés (logement, transport), ce qui peut aussi avoir un impact sur la discipline parentale. Ainsi, l'intervention devra être réalisée à travers le système de soutien familial. Tous ces facteurs peuvent donc maintenir les difficultés identifiées au départ (Henggeler *et al.*, 1998).

- Les interventions doivent être appropriées et convenables aux besoins développementaux des jeunes. La nature de l'intervention doit tenir compte de l'âge, de la maturité de l'enfant et de ses difficultés (émotionnelles, intellectuelles, physiques, sociales). Pour les enfants, les interventions visent à ce qu'ils s'adaptent à la discipline de leurs parents (surveillance, système de récompense et de discipline). Pour les adolescents, les interventions sont centrées sur l'entrée dans le monde des adultes. Un soutien peut être offert aussi à l'adolescent qui quitte le secondaire pour l'école professionnelle. À cette étape, toutes les personnes du réseau social aptes à donner du soutien sont impliquées dans l'intervention. Par exemple, les grands-parents peuvent ne pas avoir la santé physique ou émotive pour venir en aide à l'enfant, mais ils peuvent aider en préparant des repas (Henggeler *et al.*, 1998).
- Les interventions sont conçues pour que les membres de la famille s'investissent au quotidien. Selon cette approche, l'investissement de tous les membres de la famille et de tous les partenaires d'intervention mène à une diminution des problèmes de comportement plus rapidement. Le thérapeute et les membres de la famille doivent travailler en collaboration et mettre les efforts nécessaires pour atteindre les buts visés.
- L'intervention est évaluée continuellement afin de vérifier les différents facteurs qui pourraient nuire au traitement. Le thérapeute doit documenter chaque objectif, vérifier les réussites et les difficultés de la famille. Le thérapeute a aussi une équipe de soutien qui lui fournit des conseils et des rétroactions lorsqu'il en ressent le besoin. Le thérapeute est soutenu dans son équipe et peut donc être conseillé en cas de besoin. La clé de succès de ce modèle d'intervention est la formation intensive que reçoivent les thérapeutes de l'approche et le suivi clinique de ces derniers.

- Les interventions doivent être conçues pour favoriser la généralisation du traitement et l'entretien à long terme du changement thérapeutique de l'enfant à travers les différents systèmes. Le thérapeute a pour mandat d'offrir des services de qualité et de faciliter le processus d'engagement de la famille au programme (Henggeler *et al.*, 1998).

#### 3.3.4 *Évaluation du programme*

Le programme TMS a plusieurs forces. Tout d'abord, c'est un programme qui est établi sur des fondements scientifiques, soit sur la théorie des systèmes et sur le modèle écologique de Bronfrenbrenner. Ce programme intervient sur les différentes couches écologiques et à travers les différents systèmes. De plus, l'analyse globale de la situation familiale permet de cibler des objectifs d'intervention. Des interventions sont effectuées aux plans individuel, familial, scolaire et communautaire. C'est un programme qui est souple et qui s'adapte bien à la situation familiale car les interventions relèvent directement des besoins du milieu et de la famille. Il facilite le suivi du professionnel en ce qui concerne l'évolution de l'enfant et il soutient le jugement clinique du thérapeute. Il a aussi une bonne sensibilité à la culture et aux valeurs familiales.

Plusieurs études ont été réalisées afin d'évaluer l'efficacité de ce programme. Au plan individuel, les études démontrent que les comportements inadaptés des enfants diminuent considérablement après la participation au programme et que les relations familiales s'améliorent (Henggeler, Rodick, Borduin, Hanson, Watson et Urey, 1986 dans Henggeler *et al.*, 1998). De plus, les études indiquent que les jeunes qui participent au programme ont des meilleures relations avec leurs pairs et sont plus travaillants à l'école. Spécifiquement, les jeunes ont diminué la fréquentation de pairs déviants, leur consommation de psychotropes et ont augmenté leur engagement dans des activités parascolaires. La participation au programme diminue aussi le placement des participants en milieu substitut (Henggeler *et al.*, 1998).

Au plan familial, à la fin du traitement les parents sont outillés pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent et ils connaissent les ressources de leur réseau social. La cohésion familiale s'est améliorée : les parents sont en mesure de surveiller systématiquement les comportements de leur enfant, ils utilisent les récompenses appropriées afin de maintenir les changements comportementaux, la communication parent/enfant est meilleure, ils ont la capacité de résoudre leurs problèmes et sont plus impliqués auprès des différents systèmes (école, services sociaux). En outre, ils sont aptes à maintenir des relations positives avec leur famille étendue, les amis et leur communauté, ils maintiennent des relations positives avec le personnel de l'école de leur enfant et ils ont appris des stratégies pour favoriser les apprentissages de leur enfant (Henggeler *et al.*, 1998).

Les résultats sont prometteurs et indiquent que TMS est une alternative à l'hospitalisation psychiatrique. La recherche a aussi démontré que cette approche est efficace avec les jeunes et leur famille peu importe leur âge, leur statut socioéconomique et leurs milieux culturels (américain, caucasien, africain). Par ailleurs, l'efficacité du programme est démontrée lorsque l'approche TMS est intégrée par le thérapeute auprès de la famille, du jeune et de l'environnement. Les intervenants doivent comprendre et appliquer correctement l'approche, afin d'obtenir des résultats positifs à la fin du programme. De plus, la formation continue des intervenants est la principale source de réussite du programme (Henggeler *et al.*, 2002).

Le programme d'intervention TMS est un programme complexe. Le thérapeute peut avoir de la difficulté à intégrer les différents concepts du programme s'il n'a pas de suivi clinique. Aucun cadre clair n'est établi par rapport à l'application du programme. De fait, neuf principes primordiaux à respecter sont prescrits par les concepteurs du programme, mais aucune façon de faire pour accomplir ces principes n'est mentionnée. Chaque intervenant peut donc implanter le programme comme il le désire, ce qui peut influencer l'efficacité du programme. De plus, la majorité des études démontre que le programme est davantage utilisé auprès des enfants et des adolescents en troubles de comportement sévères. Peu d'études sont réalisées auprès des enfants ayant un trouble

oppositionnel léger ou modéré. C'est un programme qui peut être difficile à implanter dans un milieu car il implique tous les partenaires d'intervention impliqués dans l'écosystème de la famille.



**CHAPITRE 4**  
**PROPOSITION D'UNE INTERVENTION**

## 4. PROPOSITION D'UNE INTERVENTION

L'objectif du présent chapitre est de proposer une intervention pour les familles ayant des enfants TO en tenant compte du modèle conceptuel des inadaptations sociales proposé par Toupin *et al.*, 2000. À partir de ce modèle, les forces et limites des trois programmes d'intervention seront présentées.

### 4.1 Rappel du modèle explicatif

Le modèle conceptuel des inadaptations sociales de l'enfance dont il est question dans cet essai est utilisé au Québec par les services sociaux afin de définir et d'évaluer diverses problématiques. C'est un modèle général unique qui peut s'appliquer pour toutes formes d'inadaptations sociales. Celui-ci est un cadre d'analyse clair et systématique qui prend en considération plusieurs variables (conditions socio-familiales adverses, caractéristiques des parents, de l'enfant, fonctionnement de la famille, relation parents/enfant) pouvant influencer le comportement d'un jeune. Ce modèle permet de réaliser une analyse adaptée aux besoins de la famille et du jeune et facilite le suivi professionnel et développemental (Toupin *et al.*, 2000).

### 4.2 Forces et limites des programmes recensés

À partir de ce modèle conceptuel, nous avons fait l'analyse des forces et des limites de chaque programme.

#### 4.2.1 HNC

Pour ce qui est de Helping Noncompliant Child (HNC), il agit sur plusieurs facteurs de risques du TO. HNC intervient sur les conditions adverses intra-familiales. De fait, la mésentente conjugale est ciblée par le programme. Au plan familial, il intervient sur les comportements antisociaux des parents, sur le fonctionnement familial, sur les pratiques éducatives (punitions physiques) ainsi que sur l'attachement parent/enfant. Il agit au plan individuel, sur les comportements antisociaux, sur la consommation de drogues, sur la

délinquance, sur les déficits cognitifs et neurologiques, sur l'hyperactivité, l'agressivité, sur les problèmes de santé mentale et sur l'abandon scolaire.

Cependant, quelques facteurs de risque ont été délaissés. Tout d'abord, en ce qui concerne les conditions socio-familiales adverses, ce programme n'intervient pas auprès des conditions extra-familiales (réseau social de soutien, événements stressants, quartier avec violence, statut socioéconomique). Au plan familial, aucune intervention n'est effectuée sur les caractéristiques personnelles des parents et sur l'instabilité familiale. De plus, le suivi psychologique individuel est absent chez l'enfant et le parent. Les difficultés personnelles du jeune et de sa famille sont donc oubliées par le programme. Par ailleurs, il n'intervient pas sur le fait que l'enfant peut être rejeté par ses pairs ou qu'il peut s'affilier à des pairs déviants. Il est instauré seulement auprès de l'enfant et de sa famille, ce qui signifie que les comportements d'opposition ne diminuent pas nécessairement à l'école, car aucun lien n'est assuré entre les deux milieux.

#### 4.2.2 *PMT*

Concrètement, il est facile à utiliser et facilement adaptable au milieu familial. Il a des effets sur le fonctionnement familial, sur les pratiques éducatives des parents, sur les mauvais traitements physiques. Aussi, il prévient les difficultés qui pourraient survenir à long terme et il influence plus d'un comportement. La relation parent/enfant est ciblée par le programme. De plus, le lien entre le milieu familial et le milieu scolaire peut être effectué dépendamment des besoins.

Par contre, il n'y a pas d'intervention effectuée sur les conditions extra-familiales adverses. Au plan familial, une intervention est effectuée sur les conditions intra-familiales, mais aucune intervention n'est réalisée sur l'instabilité familiale et sur les caractéristiques personnelles des parents. C'est un programme qui s'intéresse peu aux facteurs pouvant influencer l'enfant. En effet, il cible uniquement le comportement. Il ne considère pas nécessairement les affects, le tempérament, le rejet par les pairs, bref, la situation personnelle du jeune. Des rencontres individuelles pourraient être effectuées

afin de faire un suivi psychologique et de vérifier l'adaptation de l'enfant au programme (Thompson *et al.*, 1996 dans Kadzin, 1997).

#### 4.2.3 TMS

La TMS prend en compte les principales conditions sociofamiliales adverses associées au TO. La mésentente conjugale, le divorce, la monoparentalité et la violence conjugale sont considérés par le programme. Au plan familial, tous les facteurs associés au TO chez les enfants sont pris en considération (caractéristiques des parents, pratiques éducatives, mauvais traitements physiques et sexuels, fonctionnement et instabilité familial). Au plan individuel, une intervention est effectuée pour diminuer le rejet par les pairs et l'association aux pairs déviants. Finalement, le programme TMS touche à la majorité des facteurs de risque du trouble oppositionnel relevé lors de l'analyse avec le modèle des inadaptations sociales (Toupin *et al.*, 2000).

Le programme TMS n'intervient pas directement sur les difficultés personnelles (tempérament, difficultés cognitives, langagières) de l'enfant. Il s'intéresse davantage à l'influence des différents systèmes sur ce dernier.

### 4.3 Proposition d'un programme d'intervention

Dans cette dernière section, nous proposerons l'intervention qui nous apparaît la plus pertinente pour répondre aux besoins des familles dans le contexte actuelle des Centres de Santé et de Services Sociaux du Québec (CSSS). Cette proposition portera sur les modalités générales d'interventions à privilégier et sur la démarche clinique qui devrait être appliquée auprès de ces familles.

#### 4.4 Description générale du programme

Pour les CSSS, nous croyons qu'une combinaison des différents programmes d'intervention, vu précédemment, pourrait être effectuée auprès des familles dont un enfant présente un TO. Tout d'abord, nous croyons qu'il est primordial d'évaluer la situation familiale, de planifier l'intervention et d'intervenir au plan individuel, familial, scolaire et communautaire.

##### 4.4.1 *Déroulement de l'intervention*

Avant d'implanter le programme d'intervention familial, il est primordial pour une organisation d'offrir une formation aux thérapeutes concernés afin qu'ils soient en mesure d'offrir une intervention sur mesure. Nous croyons qu'une formation sur l'approche multisystémique et sur les différentes techniques à utiliser avec les familles dont un enfant présente un trouble oppositionnel serait essentielle. De plus, les thérapeutes impliqués dans le programme devraient pouvoir bénéficier d'une supervision clinique à toutes les deux semaines pendant les premiers mois d'implantation du programme. En ce qui concerne la charge de dossiers des thérapeutes nous suggérons qu'ils aient une charge de dossiers d'environ huit familles.

Dans les lignes qui suivent nous présenterons les principales étapes à suivre dans l'intervention.

##### 4.4.2 *Étape 1 : Évaluation*

Au départ, l'intervenant devrait procéder à une analyse des besoins actuels de la famille et de l'enfant et documenter leur histoire de vie. Cette collecte d'information peut se faire à l'aide d'instruments de mesure, de faits d'observations, d'entrevues, etc. À cette étape d'analyse, certains instruments d'évaluation peuvent être passés auprès des membres de la famille, afin de vérifier s'il y a présence de problèmes de santé mentale ou

de d'autres problématiques qui mériteraient une plus grande investigation de la part d'un spécialiste. Si la pharmacothérapie est nécessaire elle devrait être combinée au programme d'intervention. Des instruments plus précis pourraient être passés aux parents sur les désaccords maritiaux, la satisfaction maritale, les relations familiales, etc. Cette collecte de données permettrait au thérapeute de se familiariser avec les membres de la famille et de comprendre la dynamique familiale. Nous proposons que cette analyse soit faite en se basant sur le modèle écologique (ontosystème, microsystème, macrosystème, mésosystème, exosystème). Par la suite, les interactions entre les différents systèmes pourraient être identifiées, ce qui permettrait à l'intervenant de cibler les interventions prioritaires. L'évaluation établirait donc le profil du sujet et de sa famille en dressant leurs forces et leurs limites. Les forces familiales seraient utilisées comme des leviers de changement pour la famille. Dans un contexte d'intervention communautaire, nous suggérons que le programme soit effectué à la maison afin d'influencer tous les systèmes avec lesquels la famille est en contact et de faciliter l'implication de certains membres de la famille plus difficiles à rejoindre.

#### 4.4.3 *Étape 2 : Planification de l'intervention*

Lorsque l'analyse globale serait terminée, le thérapeute pourrait procéder à la planification de son intervention. Cette planification permettrait de prévoir l'ensemble des dispositions à prendre pour le traitement. Les objectifs seraient fixés et les différents moyens à mettre en place pour les atteindre seraient identifiés. Ces objectifs d'intervention devraient être fixés à partir des besoins de la famille et du jeune. Le thérapeute apporterait du soutien dans le choix des objectifs, mais il ne les choisirait pas à leur place.

#### 4.4.4 *Étape 3 : Application de l'intervention*

La durée du programme pourrait varier entre 12 et 15 semaines selon chaque famille. Le nombre de session serait adapté en fonction du rythme de chaque famille.

Selon notre modèle théorique, les interventions devraient porter simultanément sur les plans : individuel, conjugale, familiale et au plan communautaire.

Nous conseillons aussi au thérapeute de rencontrer quelques fois au cours du programme les parents, l'enfant ayant un TO et la fratrie, s'il a lieu, en individuel. Le fait de rencontrer les participants, un à un, lui permettrait d'être à l'écoute de leurs besoins et d'adapter l'intervention en fonction de l'individu. L'entretien individuel permettrait d'accompagner plus facilement les participants vers le changement et de favoriser la relation thérapeute/client. Les difficultés personnelles de chaque membre de la famille seraient considérées et traitées dans l'intervention (délinquance, déficits cognitifs, langagiers, santé mentale, abandon scolaire, consommation de psychotropes, etc.).

Au plan familial, nous suggérons qu'une intervention familiale soit effectuée en fonction de l'analyse écosystémique du départ. Tout d'abord, les parents devraient apprendre à reconnaître les bons et les mauvais comportements de leur enfant et à émettre des consignes simples et précises. Ils pourraient utiliser des outils d'observation, afin de cibler plus facilement les comportements inadaptés de leur enfant. Ensuite, nous suggérons que les parents renforcent les comportements adaptés et qu'ils ignorent les comportements inadaptés. Les techniques d'intervention (retrait, renforcement positif, ignorance intentionnelle, etc.) devraient être données aux parents par des enseignements, des mises en situation et des activités. Pour l'enseignement de ces techniques d'intervention des rencontres de groupe de parents pourraient être réalisées, afin de limiter les coûts. Par la suite, le thérapeute serait en mesure de faire un suivi personnalisé en fonction des besoins familiaux.

Par ailleurs, la relation parent/enfant devrait être au cœur de l'intervention. Ainsi, des rencontres parent/enfant pourraient avoir lieu en compagnie du thérapeute. Le but principal de ces rencontres serait que le parent et l'enfant vivent des expériences positives. Le thérapeute enseignerait aux parents à avoir du plaisir avec son enfant et à prendre ses responsabilités parentales (soins de base, tâches ménagères).

De surcroît, des entretiens familiaux avec tous les membres de la famille pourraient avoir lieu. Ces rencontres familiales amélioreraient le fonctionnement général de la famille, permettrait de définir les rôles de chacun et de fixer des règles familiales. De plus, une intervention sur la communication entre les membres de la famille pourrait être effectuée, et ce en fonction de son type (émotionnelle, verbale, non verbale, circulaire). Des techniques de résolutions de problèmes et de conflits seraient enseignées aux membres de la famille. Finalement, le thérapeute laisserait aux parents le temps de s'adapter et d'intégrer les principaux concepts du programme.

De plus, pour réduire l'association aux pairs déviants, les parents devraient être informés que l'amélioration de la relation parent/enfant peut diminuer cette association. De fait, un enfant qui vit plus d'expériences positives avec ses parents est moins à risque de s'associer à des pairs déviants. Pour aider l'enfant à se créer un nouveau réseau d'amis, il faudrait le soutenir afin qu'il s'intègre dans des activités de quartier comme les activités sportives, les terrains de jeux et dans des activités parascolaires (natation, hockey, volley-ball, etc.). L'enfant pourrait donc faire de nombreuses rencontres et tisser de nouveaux liens avec de nouvelles personnes.

Nous suggérons aussi qu'un suivi scolaire soit effectué auprès des intervenants du milieu (directeurs, enseignants, psychoéducateurs, etc.). Tout d'abord, les facteurs du contexte scolaire (l'emplacement de l'enfant dans la classe, ses réussites académiques, la perception de ses collègues de classe, etc.) et la relation entre l'enseignant et l'enfant devraient être vérifiés, afin d'améliorer les conditions scolaires de l'enfant. Au plan familial, l'attitude des parents face à l'école serait aussi à considérer dans l'intervention, afin qu'ils constatent l'importance de l'éducation et qu'ils s'investissent dans le cheminement scolaire de leur enfant. L'enseignant devrait avoir les mêmes buts et moyens que les parents pour ainsi avoir une bonne collaboration de leur part. L'enfant pourrait participer à un programme d'habiletés sociales à raison de quelques fois par mois organisé par le milieu scolaire. L'enfant apprendrait comment entrer en relation avec les autres, à résoudre ses conflits, la gestion de sa colère, etc. L'enfant serait plus outillé à se faire des amis et à être moins rejetés par les autres.



Au plan de la communauté, il est important d'enrichir le réseau social de la famille. D'abord, une liste devrait être dressée de ce qui empêche la famille de développer son réseau social. Par la suite, des objectifs et des moyens pourraient être fixés afin de permettre à cette famille de s'épanouir dans la société. Par la fait même, les parents comprendraient l'importance d'avoir un réseau formel et informel de connaissances. Ils pourraient s'impliquer dans différents organismes, afin de faire de nouvelles connaissances et créer des liens. Selon leurs capacités, ils pourraient se trouver un emploi afin de briser leur isolement. Le fait de travailler leur permettrait de connaître d'autres personnes et d'augmenter leur niveau socioéconomique.

Finalement, nous croyons que dans le contexte actuel des Centres de Santé et des Services Sociaux du Québec, une telle approche avec la clientèle serait plus efficace à court et à long terme, car tous les systèmes de la famille sont touchés par ce type d'intervention. De plus, l'utilisation de cette dernière permettrait d'avoir un portrait juste de la situation familiale afin de faciliter l'intervention sur l'ensemble des facteurs influençant l'enfant. Ce type de programme d'intervention serait aussi à recommander pour d'autres clientèles, ce qui est très intéressant pour les services de première ligne.

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alvarez, H.K et Ollendick, T.H., (2003). Individual and psychological risk factors. Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors and treatment. 97-116.
- American Psychological Association (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.). Masson Paris, 117-121, (1<sup>re</sup>ed. 1973).
- Blanchet, L., Laurendeau, M-C., Paul, D., Saucier, J.-F. (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale*, Boucherville: Gaëtan Morin.
- Burke, J.D., Loeber, R., Birmaher, B. (2002). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: A review of the past 10 years, Part II. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (11), 1275-1293.
- Burns, G.L., Walsh, J.A., Patterson, D.R., Holte, C.S., Sommers-Flanagan, R., Parker, C.M. (1997). Internal Validity of the Disruptive Behavior Disorder Symptoms: Implications from Parent Ratings for a Dimensional Approach to Symptom Validity, *Journal, of Abnormal Child Psychology*, 25 (4), 307-309.
- Carlson, C.L., Tamm, L. et Hogan, A.E. (1999). The Child with Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in the Family dans H. C. Quay et A. E. Hogan (Eds.). *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, (139-155). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Cavell, T.A., (2001). Updating Our Approach To Parent Training 1: The Case Against Targeting Noncompliance. Département de Psychologie. *Science et pratique*, 8, 299-318.
- Ford, J.D., Thomas, J., Rascusin, R., Daviss, W.B., Rogers, K., Reiser, J., Schiffman, J. (1999). Trauma Exposure Among Children with Oppositional Defiant, Disorder and Attention Deficit-Hyperactivity Disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), 786-789.
- Frick. P.J., Lahey,B.B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M-A.G., Hanson, K. (1992). Familial Risk Factors to Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Parental Psychopathology and Maternal Parenting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 49-55.
- Greene, R.W., Ablon, J.S., Goring, J.C. (2003). A Transactional Model of Oppositional Behavior. Underpinnings of the Collaborative Problem Solving Approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 67-75.

- Grenne, R.W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M.C. Gring, J.C., & Faraone, S.V. (2002). Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction and Social Impairment in Referred Youth With Oppositional Defiant Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1214-1224.
- Grizenko, N., Sayegh, L., (1990). Evaluation of the Effectiveness of Psychodynamical Oriented Day Treatment Program for Children with Behavior Problems: A Pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35 (6), 519-526.
- Grizenko, N., Papineau, D., Sayegh, L. (1993). A Comparison of Day Treatment and Outpatient Treatment for Children with Disruptive Behavior Problems. *Canadian Journal Psychiatry*, 38 (6), 432-435.
- Grizenko, N. (1997). Outcome of Multimodal Day Treatment for Children with Severe Behavior Problems: A five years follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37 (7). 989-997.
- Hinshaw, S. P et Lee, S. (2003). Conduct and Oppositional Défiant Disorders. Dans Mash, E et Barkley, R. *Child psychopathology (2<sup>nd</sup> ed.)*. 144-199. NY: Guilford
- Henggeler, S.W, Schoenwald, S, K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., Cunningham, P. B., (1998). Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents : Treatment manuals for practitioners. The Guilford press. 287 pp.
- Henggeler, S.W, Schoenwald, S.K., Rowland, M.D., Cunningham, P.B., (2002). Serious Emotional Disturbance in Children and Adolescents. Multisystemic therapy. The Guilford press, New York. 260 pp.
- Hogan, E. A. (1999). Cognitive Functioning in Children with Oppositional Défiant Disorder and Conduct Disorder dans H. C. Quay et A. E. Hogan (Eds.). *Handbook of Disruptive Behaviour Disorders*, (317-335). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kann, T.R. et Fred J. Hanna (2000). Disruptive Behavior Disorders in Children and Adolescents: How Do Girls Differ From Boys? *Journal of counselling and Development*. 78 (3). p. 267-274.
- Kazdin, A.E., (1997). Parent Management Training: Evidence, Outcomes and Issues. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 36 (10), 1349-1356.
- Kadzin, A.E., (2005). Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Oxford University Press, Inc.410 pp.

A checker.

- Lahey, B.B., Loeber, R., Quay, H.C., Frick, P.J., et Grimm, J. (1992). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: Issues to be Resolved for DSM-IV, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31 (3), 539-546
- Ledingham, J.E. (1999) Children and Adolescents with Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in the Community. Experiences at School and with Peers, dans H. C. Quay et A. E. Hogan (Eds.). *Handbook of Disruptive Behaviour Disorders*. , (353-370). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Loeber, R., Keenan, K., Lahey, B.B., Green, S.M., et Thomas, C. (1993). Evidence for Developmentally Based Diagnoses of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder, *Journal of Abnormal Child Psychiatry*, 21 (4), 377-410.
- Mc Gee, R. & Williams, S. (1999). *Environnemental Risk Factors in Oppositional-Defiant disorder and Conduct Disorder*, dans H. C. Quay et A. E. Hogan (Eds.). *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*, (337-352). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- McMahon. J. R et Forehand, L.R.(2003). *Helping the Noncompliant Child: Family-Based Treatment for Oppositional Behavior*, (2<sup>e</sup> éd.). The Guilford press, New York, London. 313 pp (1<sup>ère</sup> éd., 1981)
- Ostrander, R. (2004). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. *The educator's guide to mental health issues in the classroom*. 267-286.
- Quay, C. H. et A.E. Hogan (1999) *Handbook of disruptive behavior disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 695pp.
- Ray, J.M. (1993). Oppositional Defiant Disorder. *American Journal of psychiatry*, 150, 1769-1778.
- Sanson, A. et Prior, M. (1998). Temperament and Behavioral Precursors to Oppositional Defiant Disorder and Conduct. *Handbook of Disruptive Behaviour Disorders*, (399-414). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Schoenwald, S.K. et S.W. Henggeler, (1999). Treatment of Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Home and Community Settings. *Handbook of Disruptive Behaviour Disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 475-494.
- Slutske, W.S., Cronk, N.J. et Nabors-Oberg, R.H., (2003). Familial and genetic factors. *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors and treatment*. 137-162.

- Toupin, J., Pauzé, R. et Déry, M. (2000). Modèle conceptuel des inadaptations sociales de l'enfance pour la définition et l'évaluation des activités d'intervention. *Les Cahiers de l'ACTIF*, no 288/289 et 290/291, 115-130.
- Vitaro, F et Gagnon, C. (1999). Le trouble oppositionnel chez l'enfant. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant, *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative* (p.207-229). Boucherville : Gaétan Morin.
- Webster-Stratton, C. (1993). Strategies For Helping Early School-Aged Children With Oppositional Defiant and Conduct Disorders: The Importance Of Home-School Partnerships. *School Psychology Review*, 22 (3). 437-457.
- Webster-Stratton, C. (1996) Early-Onset Conduct Problems: Does Gender Make a Difference? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (3). 540-551.
- Wenning, K, Nathan, P. et King S. (1993). Mood disorders in children with oppositional defiant disorder: A pilot study. *American Orthopsychiatric Association, Inc.* 63 (3). 295-299.

**ANNEXE A**

