

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
JOLANDE GAUDREULT

LES PERCEPTIONS DES RELATIONS FAMILIALES DE SIX ENFANTS
ATTEINTS DU TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ

FÉVRIER 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (PH.D.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES PERCEPTIONS DES RELATIONS FAMILIALES DE SIX ENFANTS ATTEINTS DU TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ

PAR

JOLANDE GAUDREAU

Mme Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D
Directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

M. Carl Lacharité, Ph.D, président du jury

Université du Québec à Trois-Rivières

M. René Marineau, Ph.D évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

M. Michel Lemay, Ph.D, évaluateur externe

Hôpital Ste-Justine de Montréal

Thèse soutenue le 18 Décembre 2009

Vous dites : c'est fatigant de fréquenter les enfants.

Vous avez raison.

*Vous ajoutez : Parce qu'il faut se mettre à leur niveau,
se baisser, s'incliner, se courber, se faire petit.*

Là, vous avez tort.

Ce n'est pas cela qui fatigue le plus.

C'est plutôt le fait d'être obligé de s'élever à la hauteur de leurs sentiments.

De s'étirer, de s'allonger, de se hisser sur la pointe des pieds : pour ne pas les blesser.

Janusz Korczak

Sommaire

De nos jours, le Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un des troubles les plus souvent diagnostiqués chez les enfants nord-américains d'âge scolaire. La prévalence de ce trouble oscille en effet entre 3 % et 7 % dans la population générale (American Psychiatric Association, 2003). Les publications actuelles montrent que ce trouble a de nombreux impacts dans la vie de l'enfant, et ce, tant au niveau affectif, social et scolaire mais également au niveau du fonctionnement familial. Jusqu'à maintenant, les recherches ont davantage porté sur la perception des parents ou des adultes entourant l'enfant ayant un TDAH. Ainsi, il semble que le point de vue du principal acteur, l'enfant, soit souvent négligé. L'objectif principal de cette étude était de mieux comprendre le vécu émotionnel des enfants ayant un TDAH au sein de leur famille en évaluant leur perception des relations familiales et du fonctionnement familial telles qu'intériorisées par l'enfant. La recherche a été réalisée avec six enfants présentant un TDAH âgés entre neuf et onze ans. Il y avait cinq garçons et une fille provenant de familles biparentales d'origine (trois enfants) et de familles recomposées (trois enfants) avec au moins un frère ou une sœur. Les instruments utilisés sont une *Entrevue Structurée sur l'enfant, son développement et son environnement*, le *Conners*, le *Dessin de la famille* et l'*Évaluation du système familial (FAST)*. À l'aide d'études de cas, les résultats de cette recherche ont permis de constater que l'intériorisation des expériences de vie de chacun de ces enfants a eu un impact considérable pour son développement affectif et relationnel. Par la suite, l'observation des convergences et divergences inter-sujets a permis de mettre en lumière que la majorité des enfants présente un certain niveau d'insécurité qui semble être lié à des enjeux relationnels. De plus, des indices graphiques d'immaturation affective, d'insécurité et de difficultés de contact avec l'environnement ont été notés dans le *Dessin de la famille* pour plusieurs des enfants. Finalement, les enfants de l'étude perçoivent les relations familiales dans le *FAST* comme étant généralement dysfonctionnelles, et ce, tant aux niveaux typique, idéal et conflictuel. Des difficultés dans la relation parent-enfant ont également été observées. Ces résultats soulèvent des questions fondamentales pour les interventions offertes aux enfants ayant un TDAH et à leur famille. Selon

le point de vue l'enfant, des interventions qui visent la relation parent-enfant pourraient être bénéfiques. Il serait pertinent dans des futures recherches de considérer tous les types de familles (biparentale d'origine ou recomposée, monoparentale, à garde partagée, de parents du même sexe, etc.) afin d'évaluer la perception de l'enfant ayant un TDAH sur les relations familiales.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des figures	ix
Liste des tableaux	xi
Liste des abréviations, des sigles et des acronymes	xii
Remerciements	xiii
Introduction	1
Contexte théorique	5
Trouble : déficit de l'attention et hyperactivité	6
Aperçu historique	6
Étiologies du Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH).....	10
Principales manifestations du TDAH	15
Critères diagnostiques du DSM-IV-TR.....	19
Évolution du trouble de l'enfance à l'âge adulte	21
Méthodes d'évaluation du TDAH	23
Méthodes d'intervention	26
La famille et les théories systémiques familiales.....	34
La famille et ses transformations récentes	34
L'approche systémique et structurale	37
Historique.....	37
Principales caractéristiques.....	39
La famille comme système	41
Les thérapies systémiques familiales	43
Les théories de la communication.....	43
L'approche structurale	48
La hiérarchie et la cohésion dans le fonctionnement familial	53
Hiérarchie	53
Cohésion	54
Études sur le fonctionnement familial.....	56
L'enfant présentant un TDAH et sa famille.....	64
Les impacts du TDAH sur la vie de l'enfant.....	64
Les caractéristiques familiales des enfants présentant un TDAH	68
La famille de l'enfant présentant un TDAH.....	68
Les relations parents-enfant ayant un TDAH	70

Les relations fraternelles chez les enfants présentant un TDAH	74
Le fonctionnement des familles d'enfants présentant un TDAH	77
Objectifs de l'étude	83
Pertinence	85
Méthode	86
Pré-expérimentation	87
Déroulement	90
Recrutement	91
Participants	92
Instruments de mesure	93
<i>Entrevue structurée sur l'enfant, son développement et son environnement</i>	93
<i>Conners</i>	94
<i>Dessin de la famille</i>	96
<i>L'évaluation du système familial (FAST)</i>	99
Les rapports d'évaluation	104
Analyse des études de cas	107
Résultats	111
Compréhension clinique des études de cas	112
Le cas d'Émile (enfant 1)	112
Le cas de Sabine (enfant 2)	116
Le cas de Frédéric (enfant 3)	121
Le cas d'Alix (enfant 4)	125
Le cas de Pierrot (enfant 5)	129
Le cas d'Anthony (enfant 6)	135
Caractéristiques des enfants et de leur famille	138
Dessin de la famille : équilibre affectif de l'enfant, cohésion, hiérarchie et satisfaction des relations familiales	141
Perceptions des relations familiales à l'aide du <i>FAST</i>	146
Les relations familiales typiques	146
Les relations familiales idéales	148
Les relations familiales conflictuelles	149
Discussion	151
Étude de cas	152
Caractéristiques des enfants et de leur famille	153
<i>Dessin de la famille</i> et équilibre affectif de l'enfant	158

Perception de l'enfant sur la cohésion et la hiérarchie au sein de sa famille.....	160
<i>Dessin de la famille</i> et fonctionnement familial.....	160
Le <i>FAST</i> et fonctionnement familial.....	161
Représentation typique.....	161
Représentation idéale.....	164
Représentation conflictuelle.....	165
Les retombées et les limites de l'étude.....	171
Conclusion.....	178
Références.....	182
Appendice A : Entrevue structurée sur l'enfant, son développement et son environnement.....	194
Appendice B : Feuille de notation du <i>Dessin de la famille</i>	205
Appendice C : Cahier de passation du <i>FAST</i> (version adaptée par Jolande Gaudreault, 2005).....	208
Appendice D : Grille de cotation de l'équilibre affectif de l'enfant et de la satisfaction dans les relations familiales dans le <i>Dessin de la famille</i>	215
Appendice E : Rapport d'étude de cas, Émile (enfant 1).....	218
Appendice F : Rapport d'étude de cas, Sabine (enfant 2).....	228
Appendice G : Rapport d'étude de cas, Frédéric (enfant 3).....	237
Appendice H : Rapport d'étude de cas, Alix (enfant 4).....	247
Appendice I : Rapport d'étude de cas, Pierrot (enfant 5).....	258
Appendice J : Rapport d'étude de cas, Anthony (enfant 6).....	270
Appendice K : Caractéristiques des enfants et de leur famille.....	282
Appendice L : <i>Dessin de la famille</i> – Résultats de la grille de cotation de l'équilibre affectif de l'enfant et de la satisfaction dans les relations familiales.....	285
Appendice M : <i>Dessin de la famille</i> – Grille de cotation de la cohésion, de la hiérarchie et de la satisfaction des relations familiales.....	289
Appendice N : Résultats de la grille de cotation de la cohésion, de la hiérarchie et de la satisfaction des relations familiales dans le <i>Dessin de la famille</i>	291
Appendice O : Représentations typiques des enfants.....	293
Appendice P : Représentations idéales des enfants.....	295
Appendice Q : Représentations conflictuelles des enfants.....	297

Liste des figures

Figure

1	Le FAST (Gehring, 2006, Document récupéré le 13 janvier 2006 sur http://www.fast-test.com/)	101
2	Caractéristiques graphiques de l'insécurité relevées dans le <i>Dessin de la famille</i>	143
3	Caractéristiques graphiques des difficultés de contact avec l'environnement relevées dans le <i>Dessin de la famille</i>	144
4	Caractéristiques des représentations typiques, idéales et conflictuelles dans le FAST	169
5	Les relations observables entre les différentes représentations du FAST	171
6	Génogramme, Émile, 7 ans	219
7	<i>Dessin de la famille</i> , Émile, 7 ans	222
8	Représentation typique d'Émile, 7 ans	223
9	Représentation idéale d'Émile, 7 ans	224
10	Représentation conflictuelle d'Émile, 7 ans	226
11	Génogramme, Sabine, 9 ans	229
12	<i>Dessin de la famille</i> , Sabine, 9 ans	231
13	Représentation typique de Sabine, 9 ans	233
14	Représentation idéale de Sabine, 9 ans	234
15	Représentation conflictuelle de Sabine, 9 ans.....	235
16	Génogramme, Frédéric, 11 ans	238
17	<i>Dessin de la famille</i> , Frédéric, 11 ans.....	240
18	Représentation typique de Frédéric, 11 ans	242
19	Représentation idéale de Frédéric, 11 ans	243
20	Représentation conflictuelle de Frédéric, 11 ans.....	244
21	Génogramme, Alix, 9 ans	248
22	<i>Dessin de la famille</i> , Alix, 9 ans	251
23	Représentation typique d'Alix, 9 ans.....	253
24	Représentation idéale d'Alix, 9 ans.....	254
25	Représentation conflictuelle d'Alix, 9 ans	255
26	Génogramme, Pierrot, 9 ans.....	259
27	<i>Dessin de la famille</i> , Pierrot, 9 ans	262
28	Représentation typique de Pierrot, 9 ans	264
29	Représentation idéale de Pierrot, 9 ans.....	266
30	Représentation conflictuelle de Pierrot, 9 ans	267

31	Génogramme, Anthony, 10 ans	271
32	<i>Dessin de la famille</i> , Anthony, 10 ans	275
33	Représentation typique d'Anthony, 10 ans	277
34	Représentation idéale d'Anthony, 10 ans	278
35	Représentation conflictuelle d'Anthony, 10 ans	279

Liste des tableaux

Tableau

1	Classification des types de structures familiales	104
2	Synthèse des données d'Émile (enfant 1)	227
3	Synthèse des données de Sabine (enfant 2).....	236
4	Synthèse des données de Frédéric (enfant 3).....	246
5	Synthèse des données d'Alix (enfant 4)	257
6	Synthèse des données de Pierrot (enfant 5)	269
7	Synthèse des données d'Anthony (enfant 6).....	281
8	Caractéristiques des enfants et de leur famille.....	283
9	Résultats de la grille de cotation de l'équilibre affectif de l'enfant et de la satisfaction dans les relations familiales dans le <i>Dessin de la famille</i>	286
10	Résultats de la grille de la cohésion, de la hiérarchie et de la satisfaction des relations familiales dans le <i>Dessin de la famille</i>	292
11	La perception des relations familiales typiques dans le <i>FAST</i>	294
12	La perception des relations familiales idéales dans le <i>FAST</i>	296
13	La perception des relations familiales conflictuelles dans le <i>FAST</i>	298

Liste des abréviations, des sigles et des acronymes

APA : American Psychiatric Association

APGAR : Score pour évaluer la santé du nouveau-né. Acronyme : Apparence (coloration), Pouls (fréquence cardiaque), Grimace (réflexe à l'irritation), Activité (tonus musculaire) et Respiration.

BPT : Behavioral Parent Training

CBCL : *Child Behavior CheckList*

CIM-10 : Classification internationale des maladies (10^e Éditions)

CMQ : Collège des médecins du Québec

CPIC-Y: Children's perception of interparental conflict scale for young children

CSSS : Centres de santé et de services sociaux

DEC : Diplôme d'études collégiales

DEP : Diplôme d'études professionnelles

DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^e édition, traduit et révisé)

EDC : *Échelle d'évaluation des dimensions du comportement*

FACE-II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale

FAD : Family Assessment Device

FAST : l'Évaluation du système familial

FEA : la Famille en animaux

FES : Family Environment Scale

OPQ : Ordre des psychologues du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PCRQ : Parent-Child Relationship Questionnaire

SPAT: Simulated phone argument task

TDAH : Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

TED : Trouble envahissant du développement

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier les familles et les psychologues scolaires, particulièrement Mme Chantale Bertrand et M. Jacques Boulay, qui ont bien voulu collaborer à cette recherche. Votre participation a été précieuse. Sans vous, ce projet n'aurait pu être achevé.

Je souhaite également remercier les membres de mon comité : M. René Marineau, Ph.D. et M. Carl Lacharité, Ph.D. pour leur support et leurs nombreux conseils, si judicieux et indispensables à la réalisation de ce projet. Merci également à ma directrice, Mme Colette Jourdan-Ionescu (C.J-I.), Ph.D., pour tout ce qu'elle m'a appris au cours de mon cheminement en psychologie, et ce, tant au plan personnel que professionnel. Son écoute, sa patience, son esprit critique, sa rigueur et surtout la confiance qu'elle a toujours eue en moi m'ont permis de mener à terme ce projet et d'en être fière. Merci également à Mme Émilie Chassé (É.C.) et à M. Sylvain Rouleau (S.R.), tous deux psychologues cliniciens auprès des enfants, pour leur aide dans la cotation des *Dessins de la famille*.

De plus, je souhaite profiter de cette occasion pour remercier chacun de mes mentors qui par leur sensibilité, leur écoute mais surtout leur amour pour leur travail m'ont permis de devenir la psychologue clinicienne que je suis aujourd'hui. Merci à vous : (feu) André, René, Elsa, Martine, Nadine et Brigitte. Chacun, à votre manière, vous avez marqué mon chemin et m'avez permis de grandir un peu plus chaque fois.

Finalement, j'aimerais remercier ma famille, mon conjoint et mes amis pour leur patience, leur soutien et leurs encouragements continus pendant toutes ces années de labeur. Papa, Maman, Antoine, Caro, Alain, Marc-Antoine, Jérôme, Julie et Christian : merci de n'avoir jamais cessé de croire en moi et d'enseigner ma vie à chaque instant passé avec vous.

Introduction

De nos jours, le Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est un des troubles les plus souvent diagnostiqués chez les enfants nord-américains d'âge scolaire. La prévalence de ce trouble oscille en effet entre 3 % et 7 % dans la population générale (American Psychiatric Association-APA, 2003). Ce trouble touche généralement plus les garçons que les filles d'âge scolaire, et ce, dans des proportions qui varient entre quatre à neuf garçons pour une fille (Befera & Barkley, 1985; Cohen, Clapperton, Gref, Tremblay, & Cameron, 1999; Dumas, 2007; Massé, 1999). La nature, les causes et les traitements de ce trouble questionnent encore aujourd'hui le monde scientifique et soulèvent des controverses, non seulement au sein de la communauté des chercheurs mais aussi dans la population générale.

D'une part, dans une société qui prône des valeurs telles que la performance, la productivité et un désir d'obtenir des solutions rapides et efficaces aux problèmes de santé, il est inévitable que ces aspects influencent et transparaissent dans le traitement des enfants atteints du Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité. Au Québec, on a observé dans la dernière décennie une augmentation importante de prescriptions de psychostimulants (ex : *Ritalin*®) chez les enfants d'âge scolaire. En effet, entre 1995 à 2003, une augmentation alarmante du nombre de prescriptions de psychostimulants aux enfants d'âge scolaire a été observée (Québec, CdM, 2004). Selon les auteurs québécois Guay, Lageix et Parent (2006), on observe des taux de prévalence du trouble allant jusqu'à 13,3 % chez les enfants d'âge scolaire. Comparativement à la prévalence inscrite dans le DSM-IV-TR qui est de 3 % à 7 %, ces taux sont excessivement élevés et suscitent de nombreuses interrogations sur les pratiques et les interventions des différents professionnels de la santé.

D'autre part, le nombre restreint d'enfants par famille et les transformations récentes et incessantes de la structure familiale dans notre société semblent également avoir des impacts dans la vie des jeunes. Quelle place accordons-nous à l'enfant dans notre société actuelle? Avons-nous perdu nos repères de ce qu'est l'enfance? Sommes-nous trop exigeants ou moins tolérants avec les enfants d'aujourd'hui? Ces questions sont importantes dans un contexte où le personnel de soutien (psychologues, orthopédagogues, éducateurs, etc.) dans les écoles ne cesse de diminuer. Ainsi, les familles avec un jeune en difficulté sont prises dans un tourbillon entre les conflits suscités par leur enfant à l'école, les demandes et critiques des enseignants ou des directions d'école, l'amour qu'ils ont pour leur enfant mais aussi leur désir que ce dernier soit « normal » ou du moins fonctionne « normalement » dans le système scolaire actuel. La solution devient rapidement la prise de médication pour calmer ou atténuer les problèmes. Cette recherche permettra de clarifier certains aspects mis en cause dans cette problématique si importante au sein de notre société

De plus, le point de vue du principal acteur, l'enfant, est souvent négligé. Où en sont les connaissances actuelles sur la compréhension du monde émotionnel et expérientiel de l'enfant ayant un TDAH, et ce, selon sa propre perception? Est-ce qu'une meilleure compréhension du vécu de l'enfant présentant un TDAH permettrait de mettre en place d'autres types d'intervention auprès de l'enfant et de sa famille? C'est dans cette optique que ce projet de recherche s'inscrit. Ainsi, l'objectif principal de cette étude clinique est de mieux comprendre le vécu émotionnel des enfants présentant un TDAH au sein de leur famille en évaluant leurs perceptions des relations familiales et du fonctionnement familial telles qu'elles sont intériorisées par l'enfant.

La première section de cette thèse présente un contexte théorique comprenant trois parties : une sur le TDAH, une autre sur la famille et les théories systémiques familiales et une dernière sur l'enfant présentant un TDAH et sa famille. La première brosse un portrait de l'histoire, de

l'étiologie, des caractéristiques, des méthodes d'évaluation de ce trouble, ainsi que de différents traitements recommandés. Dans la deuxième partie portant sur la famille et les théories systémiques familiales, une brève présentation des transformations récentes de la famille, l'histoire et les principales caractéristiques de l'approche systémique et structurale sont exposées. Ensuite, deux courants des thérapies systémiques familiales sont également présentés, la théorie de la communication et l'approche structurale, afin de permettre une meilleure compréhension du fonctionnement et des dysfonctionnements familiaux. On traite aussi des études sur le fonctionnement familial, pour mieux comprendre ce que la famille apporte à l'enfant. Finalement, la troisième partie du contexte théorique aborde les impacts du TDAH sur la vie de l'enfant, les caractéristiques des familles ayant un enfant présentant TDAH ainsi que les relations familiales.

La deuxième section de la thèse fait référence à la méthode employée. Elle contient le déroulement, le recrutement, la description des participants ainsi que les instruments de mesure utilisés. Le troisième chapitre de la recherche est constitué des résultats obtenus et le chapitre quatre, quant à lui, présente la discussion. Finalement, la conclusion et de nouvelles pistes de recherches viennent achever cette thèse.

Contexte théorique

[Il y a des choses de l'enfance que seule l'enfance connaît]

Colum McCann, Extrait de Zoli

TROUBLE : DÉFICIT DE L'ATTENTION ET HYPERACTIVITÉ

Un bref historique du TDAH et les hypothèses étiologiques seront présentées successivement dans cette partie du contexte théorique. On abordera ensuite les caractéristiques des enfants qui présentent ce trouble, pour terminer avec les méthodes d'évaluation et les différents traitements recommandés.

Aperçu historique

Il y a maintenant plus d'un siècle que le Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) soulève des interrogations et des polémiques. Sa définition, son diagnostic et son origine ne sont pas encore distinctement définis et sont loin de faire consensus dans le monde scientifique. Il est possible de relever dans les publications de nombreuses appellations telles qu' « instabilité psychomotrice », « hyperactivité », « *minimal brain damage syndrome* », « réactions hyperkinétiques » ou « déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » qui démontrent les discordes qui ont marqué le champ d'étude sur ce phénomène qu'est l'hyperactivité (Barkley, 1998; Bradley, Barkley, & Shapiro, 2006; Dumas, 1999),

Sandberg (2002) mentionne que les premières références aux troubles de comportements chez l'enfant qui étaient de nature hyperactive ont été trouvées dans les écrits de Hoffman en 1845, de Maodsley en 1867, ensuite dans ceux d'Irelan en 1877 et de Clusten en 1899. Cependant, la description la plus claire du désordre semble être apparue au début du 19^e siècle. En effet, c'est en 1902 que Still, un américain, décrit ses observations d'enfants démontrant des

comportements perturbateurs, de l'inattention et une activité motrice excessive (Barkley, 1998, 2003; Dubé, 1992; Sandberg, 2002). Il parle alors de « défaut du contrôle moral » (Barkley, 1998; Goldstein, Goldstein, Jones, Braswell, & Sheridan, 1998; Selikowitz, 2004). Il note que ces difficultés sont la conséquence d'une incapacité de l'enfant à internaliser les règles et les limites liées non seulement à une atteinte cérébrale (*brain injury*) mais également à un défaut héréditaire et à l'expérience de l'enfant avec son environnement (Barkley, 2003; Goldstein et al., 1998). Il observe également que ce type de difficultés touche davantage les garçons que les filles.

Sandberg (2002), dans sa recension des écrits, relève qu'à la même époque, Demoor, dans la documentation française parle de « chorée mentale » lorsqu'il observe une expression très vive des émotions, un manque d'attention, d'inhibition et un besoin de mouvements continuel.

En 1917 et 1918 suite à l'épidémie d'encéphalites ayant atteint les États-Unis et l'Europe, plusieurs enfants ont présenté des difficultés d'attention, de l'agitation et de l'impulsivité. Bref, des symptômes semblables aux TDAH qui ont soulevé une hypothèse de dommage cérébral (*brain damage*) (Barkley, 1998, 2003; Selikowitz, 2004). Par la suite, c'est l'hyperactivité et la distractibilité qui deviendront les manifestations clés d'un syndrome d'atteinte cérébrale. En effet, au cours des années 1950, une attention particulière est portée sur l'hyperactivité et l'agitation motrice excessive chez ces jeunes. Ainsi, le diagnostic de ce trouble se retrouve sous le nom de *Réactions Hyperkinétiques de l'enfance* dans la deuxième version du DSM, outil de classification des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie en 1968.

En 1980, dans la troisième édition du DSM, l'appellation de ce trouble change et devient *Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Cette catégorisation suggérait qu'il y avait avant tout un déficit de l'attention et que l'hyperactivité pouvait être présente ou non. Cette dernière était donc l'effet du déficit d'attention. L'apport du DSM-III (American Psychiatric

Association,1980) vient de ce que l'individu doit répondre à un certain nombre de critères (symptômes spécifiques) pour obtenir le diagnostic. Aujourd'hui, dans le DSM-IV-TR (APA, 2003), on retrouve ce diagnostic sous l'appellation du *Trouble de déficit de l'attention* et trois sous-types sont distingués : inattention prédominante, hyperactivité-impulsivité prédominante et type mixte. L'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité sont différenciés sans toutefois que l'un soit prédominant aux autres. Les critères diagnostiques de ce trouble présents dans le DSM-IV-TR seront présentés ultérieurement.

On observe que la position de l'Europe est différente concernant la symptomatologie de l'hyperactivité. L'accent est plutôt mis sur l'aspect psychoaffectif du trouble. En 1970, Ajuriaguerra mentionne que la symptomatologie associée au TDAH se développe généralement dans un contexte familial perturbé permettant ainsi à l'enfant de se protéger contre des émotions envahissantes d'anxiété ou de frustration (Dumas, 1999). Cette perspective plus psychanalytique correspond davantage à celle du DSM-II (réactions hyperkinétiques) où l'on considérait encore le rôle de l'environnement dans les différentes formes de perturbations. Cependant, ce courant (psychodynamique) ne teintera plus le manuel diagnostique américain dans les versions ultérieures. En effet, le DSM-III subira d'importantes transformations liées aux enjeux politiques et culturels de l'époque aux États-Unis telles que la désinstitutionalisation, le développement des industries pharmaceutiques, les débats sur l'homosexualité, etc.

Lors de l'établissement d'un diagnostic équivalent au TDAH, l'Europe utilise encore aujourd'hui un tout autre manuel diagnostique, celui de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) publié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La CIM-10 (OMS,1994) classifie les difficultés d'attention et d'hyperactivité des enfants sous la catégorie des troubles *hyperkinétiques*, mettant ainsi l'accent sur l'agitation. Cette catégorie se subdivise en deux troubles spécifiques, celui de *la perturbation de l'activité et de*

l'attention et celui du *trouble hyperkinétique* et du *trouble des conduites*, selon que l'enfant répond ou non aux critères d'un trouble de comportement. Comparativement au DSM-IV-TR, la CIM-10 exige un nombre plus élevé et plus varié de symptômes pour qu'un diagnostic puisse être posé.

Finalement, tant pour le TDAH que pour d'autres troubles que l'on retrouve dans ces manuels, il semble que les différents praticiens dans le monde continuent à définir ces catégories de manière différente. Le consensus sur l'origine et les caractéristiques du TDAH n'est donc pas encore atteint. Effectivement, ces manuels diagnostiques sont le reflet d'époques, de cultures, de choix idéologiques et de l'avancement des sciences, et ce, particulièrement dans le domaine pharmaceutique. De plus, il est à noter que cette approche plus descriptive des troubles mentaux basée sur la présence ou non de symptômes comporte ses limites et ses dangers. En effet, lorsqu'un diagnostic est posé, il affecte inévitablement la vie personnelle et sociale de l'individu et peut avoir des conséquences très lourdes. De plus, cette approche oublie de prendre en compte la réalité individuelle des personnes ayant des difficultés. Neufeld et Maté (2005), dans leur ouvrage intitulé *Retrouver son rôle de parent*, mentionnent que « les explications médicales atténuent nos sentiments de culpabilité, mais nous nuisent en réduisant toute la question à des concepts simplistes de physiologie cérébrale [...], sans tenir compte des relations de l'enfant avec ses pairs ou avec le monde des adultes » (p. 93). Les facteurs psychologiques et sociaux sont souvent trop négligés lors de diagnostics médicaux. Effectivement, dans le DSM-IV-TR, le diagnostic du TDAH se fait selon certains critères mais ne considère en aucun temps l'Axe IV permettant de rendre compte des problèmes psychosociaux et environnementaux pouvant influencer le diagnostic, le traitement et le pronostic du trouble. De plus, le DSM-IV-TR définit le TDAH ainsi que la plupart des troubles par leurs caractéristiques extérieures (symptômes présents ou non) et non pas par leur valeur émotionnelle (signification) dans la vie de l'individu (Maté, 2001).

Ainsi, il semble primordial de spécifier que dans un tel contexte, où les controverses sont nombreuses entourant l'existence et l'évaluation du TDAH et les interventions faites auprès des enfants qui le présentent, il sera important de rester prudent. En effet, l'évaluation des participants et l'utilisation du terme TDAH comme conclusion diagnostique peut mener à la négligence d'autres facteurs tels que les aspects psychosociaux ou affectifs, par exemple. Il ne faut pas oublier qu'au-delà d'un tel diagnostic, il y a une personne avec une histoire qui lui est propre et unique. Il sera donc difficile de généraliser le vécu des participants. Ceci sera à considérer dans les conclusions apportées à la fin de cette recherche clinique.

Étiologies du Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH)

Comme il a été possible d'observer à travers l'historique présenté ci-haut, les conceptions et l'étiologie du TDAH ont fait l'objet de nombreuses transformations au cours des dernières décennies. Aujourd'hui, la communauté scientifique s'entend sur la réelle existence de ce trouble ayant principalement une origine neurologique. En effet, en janvier 2002, lors de l'*International Consensus Statement on ADHD*, plusieurs spécialistes confirment les énoncés suivants concernant le TDAH (Barkley et al., 2002) :

1. Le diagnostic médical du TDAH est valide et ses conséquences peuvent être considérables pour l'individu qui en est atteint;
2. Le TDAH est un trouble marqué particulièrement par un déficit de l'inhibition du comportement et de l'attention;
3. La cause de ce trouble a été identifiée à une activité cérébrale diminuée, surtout dans la zone frontale du cortex cérébral.

Ainsi, le TDAH est donc un trouble reconnu. L'hyperactivité devient une véritable « maladie » lorsque l'agitation motrice est excessive, que les problèmes d'attention et de concentration perturbent la qualité de vie du sujet. Le TDAH est un trouble développemental qui évolue dans

50 % des cas de manière chronique (Barkley, 2006; Causse, 2006; Guay, Lageix, & Parent, 2006). L'étiologie de ce trouble est multifactorielle, et ce, malgré le fait qu'il existe un consensus concernant l'implication des déficits neurologiques. En effet, les auteurs reconnaissent généralement l'influence de la neurobiologie dans le TDAH mais plusieurs préconisent que cette théorie à elle seule ne peut expliquer l'origine de tous les cas de TDAH. On opte davantage pour une interaction entre les facteurs génétiques, environnementaux (étiologie psychosociale) et neurologiques (Barkley, 1998, 2003). Un survol de ces différents facteurs prédominants dans l'étiologie du TDAH ainsi que les interactions qu'ils peuvent avoir entre eux est présenté ici.

D'abord, au niveau neurologique (biologique et chimique), la documentation scientifique actuelle suggère qu'il y a un dysfonctionnement spécifique dans le TDAH au niveau de certaines zones des lobes frontaux où il y aurait une diminution de l'activité (Barkley, 1998; Guay et al., 2006; Rief, 2005). En effet, ces auteurs recensent les études réalisées à l'aide de techniques d'imagerie structurale et fonctionnelle qui ont révélé des anomalies dans les réseaux reliant les régions du cortex frontal avec les noyaux sous-corticaux. La présence de certains déséquilibres dans les systèmes dopaminergiques et noradrénergiques a également été notée. De plus, il semble que les médicaments agissant sur ces systèmes réduisent les symptômes du TDAH. Ainsi, l'altération du fonctionnement des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques est un état indispensable à l'efficacité de la médication dans le traitement du TDAH (Guay, Lageix, & Parent, 2006). Bref, selon les tenants de l'approche neurobiologique, ce trouble constituerait un retard dans le développement neurologique, qui entraîne la diminution de la réponse aux différents stimuli qui se présentent à l'individu. Cet état provoquerait ainsi une inefficacité des fonctions neurologiques pour le contrôle de soi (autocontrôle) et pour les comportements dirigés vers l'avenir (capacité de planification) (Barkley, 2006; Brown, 2005; Goldstein et al., 1998). En effet, une hypothèse de délai de maturation cérébrale, plus communément appelée immaturité cognitive, est souvent rapportée comme facteur explicatif du TDAH. Ceci s'observerait par un

volume plus petit du cerveau, du corps calleux ou du cervelet chez les sujets ayant un TDAH ainsi que par la présence d'une activité cérébrale semblable à celle d'enfants plus jeunes (Castellanos, 2001; Kinsbourne, 1973). Par ces différences, il semble que l'enfant ayant un TDAH manifeste plusieurs comportements semblables à ceux d'enfants en bas âge tels qu'une faible tolérance à la frustration, de la difficulté à attendre son tour, une labilité émotionnelle, etc.

Du point de vue génétique, les récentes études avec des jumeaux confirment la vulnérabilité génétique envers le TDAH. En effet, les recherches avec des jumeaux identiques démontrent que lorsqu'un des jumeaux est atteint du TDAH, le risque pour l'autre jumeau d'être aussi atteint varie entre 50 % à 90 % (Thapar & Scourfield, 2002). Les études avec les dizygotes (faux-jumeaux) évaluent ce même risque à 30 % (Barkley, 1998). En ce qui concerne la fratrie de l'enfant ayant un TDAH, il est estimé qu'environ 30 % des frères et des sœurs sont également atteints du TDAH. De plus, certains gènes ont maintenant été identifiés (DRD4 et DAT1), comme étant impliqués dans la production et le transport de la dopamine dans le cerveau et tel que mentionné ci-haut, cette molécule semble jouer un rôle important dans l'hyperactivité (Rief, 2005).

D'autres études ont démontré que l'hérédité serait un facteur important dans la prédiction du TDAH (Bradley et al., 2006; Lecomte & Poissant, 2006). En effet, les parents d'enfants présentant un TDAH seraient également affectés par ce trouble dans des proportions allant jusqu'à 25 % pour les pères et de 17 % à 25 % pour les mères. En conséquence, il semble que lorsqu'on retrouve dans l'histoire familiale la présence de TDAH, le risque de développer le trouble semble plus élevé. Toutefois, les tenants de la position environnementale pourraient largement discuter ces études. En effet, est-ce que c'est le facteur héréditaire qui explique ces puissantes proportions de TDAH dans une même famille? Ou est-ce que c'est la transmission du comportement qui s'est faite principalement par l'apprentissage et le modelage?

Ainsi, les partisans de l'approche psychosociale sont d'avis que les facteurs familiaux tels que les attitudes éducatives et le modelage influenceraient l'apparition des symptômes du TDAH. Cependant, il est largement reconnu que ces facteurs ne peuvent être considérés à eux seuls comme la cause unique du trouble (Bradley et al., 2006; Johnston & Mash, 2001). Néanmoins, ils sont considérés comme étant des facteurs environnementaux pouvant exacerber ou maintenir les symptômes de l'enfant hyperactif ou des facteurs de risque pour développer un trouble associé tels le trouble de la conduite ou de l'opposition (Bradley et al., 2006; Massé, 1999).

Les résultats de la méta-analyse de Lecomte et Poissant (2006) concernant les différents facteurs de risque associés au TDAH apparaissent fort intéressants. Ces résultats semblent appuyer la compréhension du comportement comme dépendant de l'inter-influence ou de l'interaction des différents facteurs génétiques et environnementaux. Ces auteurs ont colligé plus de 70 articles concernant l'étude des facteurs de risque reliés au TDAH. Il existe plusieurs facteurs rapportés comme étant en lien avec ce trouble tels que les aspects pré- et périnataux, les problèmes familiaux et conjugaux, les psychopathologies chez les membres de la famille, les comorbidités et l'hérédité.

Les facteurs pré- et périnataux comme la consommation d'alcool, de drogue et de cigarette pendant la grossesse, les complications durant la grossesse (éclampsie, stress de la mère) et lors de l'accouchement (prématurité, forceps, siège, etc.) ainsi que celles après la naissance (manque d'oxygène incubateur, maladie, etc.) étudiés tous ensemble expliqueraient, selon ces auteurs, 2 % de la variance du TDAH. Tandis qu'ils observent que les études sur l'environnement familial révèlent que les conflits familiaux et conjugaux sont plus courants, et ce, de manière significative, dans les familles TDAH et expliquent respectivement 18,7 % et 7,3 % de la variance. Il est à noter que ces aspects liés à l'influence de l'environnement familial et aux

interactions au sein de ces familles sont l'intérêt principal de ce travail de recherche. Ils seront donc davantage élaborés ultérieurement. Toujours selon cette même étude, la présence de comorbidités chez les enfants atteints du TDAH explique jusqu'à 27 % de la variance. Les hypothèses sont variables concernant l'origine du nombre élevé de comorbidités avec le TDAH tels que le Trouble oppositionnel, les Troubles Anxieux, les Troubles d'apprentissage, etc. Lecomte et Poissant (2006) mentionnent que certains auteurs appuient l'hypothèse que ces troubles ont des gènes communs avec le TDAH tandis que d'autres que ce sont des psychopathologies différentes.

En ce qui concerne les études sur les jumeaux et les enfants adoptés recensées par cette méta-analyse, elles corroborent les pourcentages présentés précédemment et soutiennent que le principal facteur associé au TDAH est l'hérédité. Ces différents résultats permettent de constater que chacun de ces facteurs ne peut expliquer à lui seul l'origine du TDAH laissant croire que des interactions entre les différentes étiologies surviennent fréquemment et qu'il est difficile de déterminer les apports respectifs de chacun des facteurs dans l'origine du TDAH.

Dans ce même ordre d'idées, Cohen et Guinard (2006) apportent un regard nouveau dans la compréhension du TDAH. En effet, dans leur article « Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : premiers résultats psychodynamiques d'une étude croisée », ces auteurs présentent des résultats d'une recherche pluridisciplinaire concernant l'étude du fonctionnement psychique d'enfants présentant un TDAH. Leur méthodologie réunit deux approches, la psychodynamique et la neuropsychologie, souvent considérées comme contradictoires afin d'obtenir un profil de fonctionnement chez les enfants ayant un TDAH et de cibler les axes de soins les plus adaptés. Le croisement de ces deux approches permet de se questionner différemment sur cette problématique non seulement lors de l'évaluation mais également au niveau des interventions proposées. En effet, tel que mentionné précédemment, il est possible

d'observer chez les enfants présentant un TDAH un délai de maturation neurologique qui expliquerait plusieurs manifestations comportementales (faible tolérance à la frustration, de la difficulté à attendre son tour, une labilité émotionnelle, etc.). Ainsi, pour les neuropsychologues, ce retard dans la maturation neurologique expliquerait les exigences de satisfaction immédiate des besoins chez les enfants ayant un TDAH, comme un bébé immature pour qui tout délai à la satisfaction de ses besoins est vécu comme intolérable. Généralement, le lobe frontal atteint un stade de maturation suffisant vers l'âge de sept ans pour permettre à l'enfant de rentrer dans les apprentissages scolaires. Cette phase correspond, en psychanalyse, à la période de latence où l'énergie pulsionnelle est déviée de l'usage « sexuel » afin d'être utilisée à d'autres fins. Ce croisement de perspective permet :

« de voir comment un même symptôme peut être compris sur plusieurs plans, non contradictoires : sur un plan neuropsychologique comme un dysfonctionnement des fonctions exécutives entraînant une impossibilité à différer la satisfaction; selon le modèle psychanalytique comme une impossibilité à mettre en latence les exigences pulsionnelles » (Cohen & Guinard, 2006, p. 280).

Finalement, les différentes perspectives souhaitant expliquer l'origine du TDAH sont incontestablement complémentaires dans le dépistage et l'évaluation de cette problématique. Cependant, sont-elles considérées ainsi lors de la mise en place de soins adaptés aux besoins des enfants et de leur famille? Voyons maintenant les principales manifestations du TDAH.

Principales manifestations du TDAH

Le Trouble déficitaire de l'attention couvre un large spectre de symptômes qui peuvent se manifester de manière très différente d'un enfant à l'autre. Cependant, il existe un consensus concernant une « triade symptomatique » caractérisant les enfants présentant un TDAH qui sont davantage atteints du type *mixte* ou du type *impulsif-hyperactif* (Albaret, Soppelsa, & Marquet-Doléac, 2000; Massé, Lanaris, & Couture, 2006). Cette recherche s'attardera davantage à ces deux derniers types car il est reconnu que ces enfants sont davantage dérangeants tant à la

maison qu'à l'école. Ils sont donc souvent référés plus tôt aux professionnels de la santé afin d'obtenir un diagnostic clair et une médication adéquate (Bouvard, 2006).

Premièrement, de par sa terminologie, le Trouble déficitaire de l'attention suggère que le déficit central est celui de l'*attention*. Afin de mieux comprendre le TDAH, il est souhaitable de connaître les processus inclus dans l'attention. Cette dernière se définit comme étant un *ensemble de composantes qui permettent à l'individu de sélectionner l'information pertinente et de la discriminer de celles moins appropriées en fonction de ses objectifs et de sa motivation* (Dumas, 1999; Gagné, 1988). Étant donné que le processus d'attention est un phénomène complexe, ayant plusieurs composantes, seuls certains de ces éléments seront présentés ci-dessous afin de mieux saisir les mécanismes impliqués dans l'attention. *L'éveil ou l'état d'alerte* est une prédisposition à l'attention. C'est ce qui permet à la personne, de par ses différents sens (ouïe, vue, odorat, toucher, goût), de recevoir et d'analyser l'information qu'elle reçoit (Goudreau & Poulin, 1999). *L'éveil* est donc primordial pour que les autres modes d'attention soient fonctionnels. Il existe divers types d'attention. Premièrement, il y a *l'attention sélective*, considérée comme le centre de l'attention. Elle est la capacité de l'individu de trier les informations qu'il reçoit, de manière consciente ou non, de sélectionner celles qui sont importantes et d'y porter attention sans se laisser distraire par d'autres types d'informations non pertinentes (Massé et al., 2006; Robitaille, Vézina, & Québec, 2003). Ainsi, en classe, l'attention sélective aide l'élève à écouter les consignes de son enseignante tout en faisant abstraction des stimuli qui l'entourent tels que les chuchotements des voisins, les bruits dans le corridor, les automobiles qui passent dans la rue, etc.

Deuxièmement, il y a *l'attention soutenue* qui est fortement liée à l'attention sélective. Elle permet à l'enfant, après la sélection du stimulus, de maintenir son attention sur ce même stimulus pendant une période variant entre 15 à 30 minutes (Barkley, 1997; Goudreau & Poulin, 1999).

L'élève peut alors persévérer dans une tâche, telle la lecture d'un texte, jusqu'à ce qu'elle soit terminée, et ce, malgré les distracteurs environnementaux (Larochelle, 2000).

Troisièmement, il y a *l'attention divisée ou partagée*. Ce processus attentionnel permet de répartir l'attention entre plusieurs stimuli et de les traiter de manière simultanée. Ainsi, il permet de faire deux choses à la fois comme écouter l'enseignant et prendre des notes. Par contre, pour y arriver, il est souhaitable qu'une des deux tâches soit réalisée de façon presque qu'automatique comme par exemple, l'écriture (Massé et al., 2006; Robitaille et al., 2003).

Finalement, il existe également la composante *distraktion* qui se subdivise en deux types : *interne et externe*. La *distractivité interne*, plus communément appelée « être dans la lune », est l'état où la personne se laisse distraire par des pensées ou par son imagination. La *distractivité externe*, quant à elle, est le fait de se laisser distraire par des stimuli externes peu importants, comme les bruits, et ne pas être capable de revenir à la tâche à laquelle on se consacrait auparavant. Chez les TDAH, cette difficulté s'expliquerait par un état d'hypervigilance à l'environnement (Massé et al., 2006; Robitaille et al., 2003).

Ainsi, les enfants ayant un TDAH auront beaucoup de difficultés à soutenir leur attention durant une période prolongée. À l'école, lorsqu'ils essaient de rester en place, ils se fatiguent et s'ennuient. Ils feront plusieurs erreurs d'inattention, seront facilement distraits et auront de la difficulté à organiser leur travail. À la maison, il semble qu'ils ne veulent pas obéir car ils ne respectent pas les consignes. En fait, ils n'ont pas entendu ou ne s'en souviennent tout simplement pas. Ils s'arrêtent fréquemment dans leurs devoirs ou dans leurs jeux, car ils sont constamment distraits par les stimulations de l'environnement externe.

Cependant, il est possible de remarquer dans la documentation un autre modèle explicatif des difficultés présentes dans le TDAH, il s'agit du modèle très connu de Barkley (1997). Cet auteur propose un modèle principalement orienté vers des déficits au niveau des fonctions exécutives qui met en relation le TDAH et les capacités d'autocontrôle. Barkley (1997) mentionne donc que les déficits attentionnels sont le simple résultat d'un trouble davantage dysexécutif. Ainsi, selon lui, le déficit primaire dans le TDAH est lié à une grande difficulté de l'individu à inhiber une réponse ou à retenir son impulsivité pour répondre à une situation, plus communément appelé *déficit d'inhibition de la réponse*. Barkley (1997) parle, alors, d'une certaine perte d'efficacité au niveau de fonctions exécutives telles que la *mémoire de travail non-verbale*, le *langage internalisé*, l'*autorégulation des émotions ou de l'affect* et la *reconstitution* (Barkley, 1997). Ces différentes fonctions permettent à l'individu de manipuler dans sa tête de l'information non-verbale et d'être capable ensuite de reproduire une séquence de gestes. Elles permettent également à l'enfant de se créer un discours intérieur afin d'intérioriser les règles, de se motiver, de réguler ses émotions ou ses impulsions pour arriver à accomplir une série d'actions ayant un but précis ou de reconstruire un message suite à une analyse et une synthèse des informations qu'il a reçues (Barkley, 1998; Guay & Laporte, 2006).

En conséquence, les hyperactifs montrent une énergie motrice ou verbale excessive et souvent mal dirigée. Les parents de ces enfants diront que ces derniers bougent trop, se déplacent en courant et ont de la difficulté à rester tranquilles (Barkley, 1998, 2003; Massé et al., 2006; Rief, 2005). Ils écoutent difficilement les consignes : les parents ou les enseignants doivent sans cesse répéter les règles à suivre et ceci ne serait pas lié à un désir d'opposition aux adultes (Massé, 1999). Ces manifestations sont principalement liées à la présence de difficulté d'inhibition motrice ou verbale, couramment appelée l'*hyperactivité*.

De plus, ces enfants présentent également de l'*impulsivité*. D'une part, ils ont de la difficulté à se contenir dans leurs mouvements et dans leurs déplacements. D'autre part, ils ont de la difficulté à contenir leurs réactions émotionnelles, qui peuvent être très vives suite à des frustrations. Ces jeunes sont à la recherche du plaisir immédiat : ils auront ainsi de la difficulté à attendre leur tour avant de parler, à prendre leur rang lors de l'entrée en classe, à partager et à coopérer, etc. (Dubé, 1992; Massé, 1999; Rief, 2005). Ces difficultés ont, sans contredit, des impacts importants dans la vie de l'enfant. Ces derniers seront présentés ultérieurement dans la section *L'enfant présentant un TDAH et sa famille*.

Critères diagnostiques du DSM-IV-TR

De nos jours, c'est principalement à l'aide des critères du DSM-IV-TR que nous établissons le diagnostic pour le TDAH. Pour émettre ce diagnostic, l'enfant doit répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2003, p.107-109, voir encadré sur la page suivante).

En somme, les critères diagnostiques du DSM-IV-TR permettent d'identifier trois types du Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité qui sont :

1. Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte
2. Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante
3. Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante,

A : Présence soit de (1), soit de (2) :

- (1) Six des symptômes suivants d'inattention (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

- (a) Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités
- (b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- (c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- (d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes)
- (e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- (f) Souvent, évite, à en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison)
- (g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (par exemple : jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils)
- (h) Souvent se laisse facilement distraire par des stimulus externes
- (i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

- (2) Six des symptômes suivants d'hyperactivité-impulsivité (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

- (a) Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège
- (b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis
- (c) Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, le symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice)
- (d) A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir
- (e) Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur des ressorts »
- (f) Parle souvent trop

Impulsivité

- (a) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- (b) A souvent du mal à attendre son tour
- (c) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (par exemple, fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

B : Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C : Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus environnements différents.

D : On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E : Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (par exemple, Trouble thymique, Trouble anxieux, Trouble dissociatif ou Trouble de la personnalité).

Tel que mentionné précédemment dans la section *Aperçu historique*, cette liste de comportements observables provient d'une approche plus descriptive des troubles mentaux qui comporte de sérieuses limites. Il faut donc rester prudent lors de l'établissement de tels diagnostics. En effet, la manifestation comportementale de ces symptômes peut être liée à différents enjeux affectifs et relationnels. Ces derniers se doivent d'être considérés lors de l'évaluation, du traitement et de l'âge de la personne présentant un TDAH.

Évolution du trouble de l'enfance à l'âge adulte

Les symptômes associés au TDAH varient et évoluent selon l'âge de la personne. En effet, certaines des difficultés seront plus intenses chez les enfants d'âge préscolaire et diminueront avec l'âge tandis que d'autres persisteront dans le temps. Pour un meilleur dépistage, il est important de connaître la variation et l'évolution de ces symptômes selon l'âge.

Il est maintenant possible d'identifier certains signes précurseurs du TDAH chez les tout-petits. En effet, les caractéristiques les plus souvent retrouvées chez les nourrissons sont la présence de problèmes de sommeil et d'alimentation, une sensibilité aux bruits et à la lumière, un besoin d'être constamment occupé et une humeur plus variable. En effet, ils peuvent passer du hurlement au calme, et ce, de manière imprévisible et sans raison apparente. De plus, ils ont tendance à moins sourire et à moins regarder leur mère mais ils ont, en général, un grand besoin d'attention (Bouvard, 2006; Bouvard, Le Heuzey, Mouren-Siméoni, & Abbou, 2002; Causse, 2006; Ross & Ross, 1982). Pendant la petite enfance, des retards au niveau du développement moteur ou du langage et dans l'apprentissage de la propreté peuvent être observés. Les enfants ont généralement une faible tolérance à la frustration, sont colériques et difficiles à calmer (Massé, 1999). Ils ont également souvent peu de notion du danger comparativement aux autres enfants de leur âge (Bouvard et al., 2002)

Les effets néfastes du TDAH chez les enfants sont souvent remarqués lors de l'entrée à l'école car les demandes de l'environnement concernant l'autocontrôle et l'attention sont plus élevées (Massé et al., 2006). Les enfants d'âge scolaire (6 à 11 ans) présentant un TDAH ont une activité motrice ou verbale importante, une labilité émotionnelle et de la difficulté à se concentrer. Ceci a de sérieux impacts dans leurs apprentissages et dans leurs relations tant avec les pairs qu'avec les adultes. En effet, plusieurs enfants ayant un TDAH développeront des troubles d'apprentissage *tels la dyslexie, la dysphasie, la dyspraxie, la dyscalculie, etc.* (Causse, 2006) ou un retard scolaire. Barkley (2005) estime que 25 à 50 % des enfants hyperactifs présentent un trouble d'apprentissage. De plus, on retrouve également des troubles émotionnels associés au TDAH. D'après Martin-Guehl (2005), 35,2 % de ces enfants présentent aussi un trouble oppositionnel, 25,8 % des troubles anxieux et 18,2 % des troubles dépressifs. Leurs comportements inadéquats (crises de colère, impolitesse, impulsivité, incapacité à attendre son tour ou à suivre les règles, etc.) provoquent également le rejet de la part des pairs pour près de 50 % d'entre eux (Massé, 1999). Les enfants présentant un TDAH demandent donc un encadrement et une supervision plus étroites de l'adulte comparativement aux autres enfants de leur âge. À la maison, la période des devoirs peut devenir très conflictuelle.

À l'adolescence, malgré le fait que 50 % à 80 % des enfants restent TDAH, leurs symptômes se transforment (Causse, 2006). L'hyperactivité motrice diminue et l'inattention passe au premier plan. Toutefois, on observe que l'hyperactivité reste présente mais se manifeste de manière plus internalisée, par la présence d'un sentiment de nervosité, d'anxiété et d'agitation mentale chez le jeune (Massé, 1999). De plus, le TDAH à l'adolescence peut évoluer vers d'autres types de troubles. Effectivement, les adolescents atteints du TDAH sont plus à risque d'avoir de nombreux échecs scolaires et de décrocher, de développer de la dépendance aux drogues ou à l'alcool et de se tourner vers de la délinquance, etc. (Bouvard, 2006; Bouvard et al., 2002).

À l'âge adulte, certaines difficultés de concentration, d'attention, d'organisation et d'accomplissement des tâches sont toujours observables. Il peut sembler ardu pour les adultes ayant un TDAH de suivre de longues discussions. Ils oublient leurs rendez-vous ou arrivent en retard et égarent souvent leurs effets personnels tels leurs clés, leur portefeuille, leur agenda, etc. (Maté, 2001; Vincent, 2007). L'agitation motrice se manifeste davantage par un sentiment de nervosité qu'ils décrivent souvent comme une incapacité à relaxer. Ils ont de la difficulté à rester en place lors de réunions ou sont impliqués dans mille et un projets sans toutefois les mener à terme. L'impulsivité peut être encore présente mais elle est mieux contrôlée qu'en bas âge. Les adultes présentant un TDAH prennent des décisions impulsives qui ont des impacts dans leur vie personnelle et professionnelle. Ils peuvent changer plus fréquemment d'emploi ou avoir besoin d'un emploi qui bouge (être représentant, par exemple) (Massé, 1999; Vincent, 2007). Il semble donc qu'il y ait une certaine continuité entre les symptômes présentés durant l'enfance des sujets atteints un TDAH et ceux de l'adulte, qui pour s'adapter doit trouver un mode de fonctionnement adapté.

Méthodes d'évaluation du TDAH

Au Québec, entre 1995 à 2003, une augmentation alarmante du nombre de prescriptions de psychostimulants aux enfants d'âge scolaire a été observée par le Conseil du Médicament (Québec, CdM, 2004). Chez les garçons âgés entre 6-9 ans, la prévalence s'élève jusqu'à 13,3 % et est de 12,7 % pour ceux âgés entre 10-14 ans (Guay, Lageix, & Parent, 2006). Comparativement à la prévalence inscrite dans le DSM-IV-TR qui est de 3 % à 7 %, ces taux sont excessivement élevés et suscitent de nombreuses questions concernant les méthodes d'évaluation et de traitement du TDAH au Québec.

La démarche classique d'évaluation du TDAH repose essentiellement sur la présence ou non de comportements reliés au TDAH dans les différents milieux de vie de l'enfant et comporte

plusieurs limites. Il est reconnu que l'enfant vivant des difficultés émotionnelles à la suite, par exemple, de la séparation de ses parents ou du décès d'un membre de la famille, ou présentant des troubles d'apprentissages spécifiques, peut aussi présenter des comportements perturbateurs pour manifester son désarroi ou pour éviter une tâche trop difficile. Les questionnaires d'observations ne permettent pas de faire la différence entre ces jeunes et ceux présentant réellement des difficultés d'attention et d'hyperactivité.

À la clinique des troubles de l'attention de l'Hôpital Rivières-des-Prairies où l'on accueille des jeunes référés par des médecins qui ont posé ou soupçonné un tel diagnostic, pour près de 40 % de ces jeunes, le diagnostic de TDAH n'est pas retenu suite à une évaluation complète comprenant des mesures comportementales, cognitives et une évaluation pédopsychiatrique (Guay, Lageix, & Parent, 2006). Ainsi, afin d'établir un tel diagnostic, il est primordial qu'une évaluation approfondie soit réalisée avec rigueur par les différents professionnels de la santé. Tel que recommandé dans le document réalisé conjointement par le Collège des Médecins (CMQ) et l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) en 2001, l'approche multidisciplinaire impliquant une collaboration étroite et l'échange d'informations entre les différents intervenants est à privilégier.

Donc, une évaluation psychosociale et psychométrique doit être réalisée pour permettre au médecin traitant d'avoir un portrait global de l'enfant au niveau de son fonctionnement intellectuel, scolaire et familial. Il est également souhaitable qu'une anamnèse auprès des parents soit réalisée pour examiner la présence de certains facteurs de risque pour ce type de trouble tels que : la présence d'un membre de la famille ayant le diagnostic TDAH ou d'autres désordres psychiatriques, les facteurs prénataux (par exemple : stress, consommation d'alcool ou de cigarette, mauvaise santé de la mère, etc.), le développement de l'enfant, son tempérament, etc. (Barkley, 1990; Brandau & Pretis, 2004; Goldstein et al., 1998; Rief, 2005). Il est à noter que l'anamnèse comporte généralement plusieurs questions pointues concernant le

développement de l'enfant et des facteurs de risque associés au TDAH. Cependant, il semble que l'on s'attarde peu aux aspects relationnels pouvant influencer le développement de l'enfant. La perception des parents et de l'enseignant doit être également prise en compte. Cet aspect se fait généralement à l'aide de questionnaires. Les plus utilisés au Québec sont l'échelle de comportements *Conner's- Révisée* (Conners, 1997, 2000) et le *Child Behavior Checklist-CBCL* (Achenbach, 1991).

Par la suite, le portrait de l'enfant sera complété à l'aide d'une évaluation psychologique comprenant au moins deux de ces trois volets : 1) une évaluation intellectuelle, qui permet de déceler si les difficultés de l'enfant ne découlent pas de problèmes d'apprentissage ou de problèmes cognitifs, 2) une évaluation des déficits attentionnels. En effet, au cours des dernières années sont apparues différents instruments permettant d'évaluer les déficits attentionnels de manière plus spécifique tels que le *Test of Everyday Attention for Children* (Tea-ch), instrument utilisé de plus en plus fréquemment pour le TDAH au Québec. Cependant, ce type d'instrument comporte également ses limites. Par exemple, il est moins sensible pour les jeunes enfants (6 ans) et pour les plus vieux (14-15 ans); il doit être passé dans un local bien insonorisé (ce qui n'est pas forcément le cas dans les écoles). 3) une évaluation affective. Celle-ci permet de s'assurer que les symptômes de l'enfant ne sont pas associés à un autre trouble (diagnostic différentiel). Il est à noter que l'évaluation affective est souhaitable et largement recommandée. Malheureusement, il semble qu'elle soit le volet de l'évaluation psychologique le plus souvent négligé par les praticiens travaillant auprès de cette clientèle et ce, pour différentes raisons. Parmi celles-ci, citons/on peut citer un manque de temps, de ressources ou de connaissance des instruments permettant une évaluation plus objective de cet aspect tels que les méthodes projectives thématiques et graphiques, etc.

Le processus d'évaluation doit se terminer par une synthèse des éléments amassés lors des diverses étapes et par une concertation entre les intervenants. Dans l'optique de mieux comprendre la réalité clinique de l'enfant et de lui proposer une prise en charge adaptée à ses besoins, il est primordial d'évaluer tous ces différents aspects et de favoriser une approche plus intégrative de ce trouble.

Méthodes d'intervention

Plusieurs types d'interventions ont été suggérés au cours du dernier siècle dans le traitement du TDAH. Certains ont été admis comme étant efficaces tandis que d'autres sont toujours en expérimentation. Considérant que le TDAH est un état relativement stable dans le temps, ce n'est pas la guérison qui est visée par les différents traitements mais plutôt une diminution des symptômes et la prévention des problèmes associés (problèmes d'apprentissage, opposition, anxiété ou dépression). Les principaux traitements sont présentés ici.

Premièrement, il est reconnu que le traitement principalement utilisé pour le TDAH est l'administration d'une médication spécifique soit de type psychostimulante ou non-psychostimulante. Plus d'un million d'enfants aux États-Unis reçoivent un psychostimulant pour traiter leur TDAH (Goldstein et al., 1998). Le médicament le plus populaire est le méthylphénidate, plus communément appelé *Ritalin*®. Ce nom est largement connu dans la population générale et on sait qu'il est prescrit pour l'hyperactivité. Cependant, ses effets et son mode d'action sur le cerveau restent encore nébuleux pour le monde scientifique (Brière & Savard, 2007). Un fait est incontestable, c'est que cette médication fonctionne dans le traitement du TDAH. Le *Ritalin*® a pour effets d'augmenter l'attention, la concentration et le contrôle de l'impulsivité tout en diminuant l'agitation motrice. Par le fait même, il a également un impact sur la mémoire et la coordination motrice. Il semble que le *Ritalin*® agisse sur le système nerveux

central comme un neurotransmetteur. Il bloque ou facilite la communication entre les cellules nerveuses en stimulant les régions du cerveau responsables de l'éveil et de la vigilance et en normalisant l'activité de certains autres secteurs (Barkley, 1998, 2006; Glanzman & Blum, 2007; Rief, 2005). Il a donc un effet sur la recapture ou les récepteurs des neurotransmetteurs afin que le taux de dopamine, entre autres, soit plus élevé dans la synapse et ainsi, améliore la transmission du message. Il existe différentes durées d'action selon la forme du *Ritalin*®. Il peut agir durant une courte période de temps, de trois à quatre heures ou agir sur une plus longue période (*Ritalin SR*®), qui s'estime à environ huit heures ou le *Concerta*®, agit jusqu'à 12 heures. Il existe plusieurs autres psychostimulants ayant des modes d'action différents du méthylphénidate. L'*Adderal*® et la *Dexedrine*® en sont des exemples.

Le *Strattera*® (*inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline*), l'*Imipramine* (*anti-dépresseur*), le *Risperdal*® (*neuroleptique*) sont quelques exemples de médicaments non-psychostimulants qui peuvent être utilisés dans le traitement du TDAH. L'utilisation de ces médicaments dépend généralement de la présence ou non de troubles associés chez l'enfant tels les troubles de l'humeur, un niveau d'anxiété élevé ou des crises de rage (Vantalon, 2005). Il est à noter que tous ces médicaments ont, en général, des effets secondaires plus ou moins importants. Ceux principalement reconnus sont : l'insomnie ou les troubles du sommeil, la perte d'appétit, les maux de tête, la bouche sèche, l'irritabilité, l'augmentation de la tension artérielle, etc. (Barkley, 1998, 2006; Glanzman & Blum, 2007; Rief, 2005).

La médication diminue plusieurs symptômes liés au TDAH mais elle ne règle pas tout. Elle n'agit pas directement sur les habiletés sociales, l'estime de soi et les difficultés d'apprentissage de l'enfant. Lorsque les comportements perturbateurs diminuent suite à la prise de médicament, l'enfant présentant un TDAH est alors plus réceptif à apprendre et à recevoir de l'aide. Dans ce cas, la médication aide à rendre les approches généralement utilisées en éducation plus

efficaces. C'est alors qu'on observe chez les jeunes atteints du TDAH une meilleure qualité du travail scolaire et une amélioration de leurs réactions face aux adultes. À ce moment, ils pourront peut-être vivre plus de succès dans leurs relations avec les autres ou au plan académique ce qui permettra de réparer leur estime de soi.

Cependant, l'utilisation de la médication comme seul traitement est à questionner. On y observe plusieurs limites. En effet, la médication ne permet pas à l'enfant d'élargir son inventaire de comportements adaptatifs pour pallier à ses difficultés d'inattention, d'organisation, d'agitation ou d'impulsivité. Elle ne permet pas non plus au jeune d'apprendre à gérer ses émotions et à s'accepter tel qu'il est. Au niveau familial, il est facile de s'imaginer qu'avant que le diagnostic ne soit posé, tous les membres ont pu être perturbés d'une manière ou d'une autre par les caractéristiques présentées par l'enfant ayant un TDAH. La médication, à elle seule, ne peut soutenir les membres de la famille dans leur compréhension et leur vécu en lien avec le TDAH. Il en est de même avec le personnel scolaire (enseignant ou autre). Que peut-on offrir comme traitement complémentaire à la médication? De plus, l'amélioration clinique observable chez les individus atteints du TDAH est seulement de 70 % avec le traitement pharmacologique (Bange, 2007; Bange & Siméoni-Mouren, 2005; Robitaille, 2003). Il reste donc 30 % des cas où la médication n'a aucun impact positif sur les symptômes associés au TDAH (Guay, Lageix et Parent, 2006). Qu'avons-nous à offrir comme traitement alternatif ou comme soutien à ces jeunes et à leur famille? La présentation des autres types de traitements pour le TDAH pourra peut-être répondre, en partie, aux questions posées.

Effectivement, la documentation scientifique fait référence à plusieurs autres types d'interventions utilisées dans le traitement du TDAH. Par exemple, les interventions comportementales, provenant de l'approche behaviorale en psychologie, sont fréquemment utilisées dans le traitement du TDAH. Elles consistent à modifier les comportements dérangeants

du jeune à l'aide de renforcements positifs ou de punitions (Bradley et al., 2006; Massé, 1999). Ce type d'intervention est généralement bénéfique. Au départ, ces techniques ont été utilisées auprès des enfants présentant un TDAH sans avoir de réels appuis théoriques. Leur efficacité était principalement reconnue auprès d'enfants présentant un retard mental ou ayant un Trouble envahissant du développement (TED). Ainsi, elles ont suscité l'intérêt des intervenants et les ont incité à les utiliser auprès d'enfants présentant des troubles du comportement (Bradley et al., 2006). Cependant, les découvertes des dernières années permettent de justifier théoriquement l'utilisation de telles techniques. En effet, le TDAH est lié à des déficits aux niveaux de l'inhibition de réponse et de l'autorégulation du comportement affectant la capacité de l'individu à se représenter, de manière interne, l'information qu'il reçoit et à maintenir la motivation d'un comportement dans un but précis. Ce type d'intervention permet donc de fournir à l'enfant, et ce, de manière externe, une représentation de l'information pour induire et orienter son comportement. Ceci augmente sa motivation par la présence de conséquences externes immédiates répétitives et ayant une signification plus importante pour l'enfant (Bradley et al., 2006). Cependant, il est largement reconnu que ces différentes interventions atteignent une plus grande efficacité lorsqu'elles sont utilisées dans plusieurs milieux de vie de l'enfant, par des intervenants naturels tels les parents et les enseignants et en combinaison avec un traitement pharmacologique (Bradley et al., 2006; Massé, 1999).

Par la suite, il y a également les traitements tels les thérapies cognitive-comportementales, l'entraînement direct de l'attention, des groupes d'habiletés sociales, des programmes de gestion des comportements en classe pour les enseignants ou pour les parents à la maison. Pour ces derniers, le programme le plus reconnu est celui de Barkley (1997), *Behavioral Parent Training* (BPT), qui comprend dix séances de rencontre pour les parents (d'une à deux heures/semaine), de manière individuelle ou en groupe. Il s'adresse davantage aux parents d'enfants de deux à 11 ans présentant des problèmes d'opposition et de provocation associés au TDAH. Au cours de

ces rencontres, différents thèmes sont abordés : les connaissances de base sur le TDAH, les causes des comportements d'opposition et de provocation, le développement et l'augmentation de l'attention parentale, les attentes liées au conformisme de l'enfant, l'établissement de « time-out » à la maison, la continuité entre l'école et la maison, la gestion future des mauvais comportements, etc. Il semble que ce programme soit efficace. En effet, une amélioration des comportements de l'enfant est observée en lien avec l'augmentation des compétences des parents dans la gestion des comportements de leur enfant (Anastopoulos, Shelton, DuPaul, & Guevremont, 1993; Sonuga-Barke, Daley, & Thompson, 2002), et ce, pour 64 % des familles. Toutefois, on note que c'est principalement les comportements agressifs et de provocation qui se sont améliorés et non l'attention et l'hyperactivité (Bradley et al., 2006). Par contre, il faut considérer qu'une fois de plus, ce type de programme est plus efficace s'il est combiné à d'autres types de traitements.

Ainsi, il semblerait que ce soit la combinaison de plusieurs types d'interventions qui offre un traitement optimal pour le TDAH. Cette combinaison est plus communément appelée l'intervention multimodale (Carlson, Pelham, Milich, & Dixon, 1992; Pelham, Wheeler, & Chronis, 1998; Phelps, Brown, & Power, 2002). Le traitement pharmacologique est généralement combiné à un traitement psychosocial ou comportemental regroupant différents types d'interventions directes auprès de l'enfant et dans ses différents milieux de vie (maison, école, service de garde). Ce type de traitement a comme objectifs d'augmenter les capacités d'organisation et de travail, de diminuer l'impulsivité et l'agitation tout en augmentant l'estime de soi et de permettre à l'enfant de développer ses habiletés sociales. Plusieurs études (Horn, Chatoor, & Conners, 1983; Horn, Jalongo, Pascoe, & Greenberg, 1991; Klein & Abikoff, 1997; MTA, 1999) démontrent que cette combinaison de traitements a de meilleurs résultats qu'un ou l'autre des traitements administré seul. De plus, il semble qu'elle permettrait de maintenir la médication à son minimum chez les enfants.

Cependant, il est à noter que le traitement multimodal présente également des limites. En effet, son efficacité est reconnue à court terme mais la question du maintien des apprentissages à long terme de l'enfant et de ses milieux de vie est toujours à démontrer. Les « follow up » de la MTA montrent que si les interventions comportementales ne sont pas maintenues, les effets s'estompent avec le temps (Rostein, 2008). De plus, il semble que cette combinaison de traitements psychosociaux et comportementaux soit extrêmement coûteuse et peu accessible tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, et ce, malgré ses nombreux avantages. Avec des taux allant jusqu'à 12 % d'enfants d'âge pré-solaire et scolaire prenant une médication pour le TDAH, tout en ne sachant pas les conséquences à long terme de ce type de traitement, la société québécoise doit se questionner et se positionner sur les soins qu'elle souhaite offrir à sa progéniture. À court terme, il semble facile de dire que la médication a une efficacité reconnue pour un coût moins élevé que les interventions psychologiques qui nécessitent beaucoup plus d'argent et d'investissement personnel. Mais qu'en est-il des coûts à long terme? En tant que société, sommes-nous prêts à soutenir un « abonnement à vie » à des médicaments tout en ne connaissant pas leurs conséquences à long terme et qui semblent ne pas toujours être pertinents pour tous les sujets?

Un bilan informel a été réalisé pour connaître les services offerts aux enfants ayant un TDAH et à leur famille dans la Capitale Nationale. Dans les CSSS (ou plus communément appelés CLSC) de la région, comprenant ceux de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord, aucun service ne semble être offert spécifiquement aux enfants présentant un TDAH et à leur famille. Pour obtenir des services, les familles doivent faire une demande au CLSC de leur quartier et par la suite, elles pourront bénéficier d'un suivi de type régulier offert par le programme famille-enfance-jeunesse. Présentement, il n'existe aucune trajectoire de services pour les enfants ayant un TDAH. Fait étonnant, puisque les références d'enfants présentant un TDAH représentent environ 30 % de leurs demandes.

Par la suite, les psychologues scolaires de la Commission scolaire de la Capitale ont également été consultés afin de connaître les services offerts dans leurs écoles respectives pour les enfants présentant un TDAH et leur famille. Seuls neuf des vingt psychologues scolaires travaillant avec les enfants du primaire ont répondu à la question. Parmi ceux-ci, la majorité (7/9) offre de la guidance parentale aux parents suite à une conclusion de TDAH lors d'une évaluation psychologique mais ce type d'intervention semble être offert sur quelques rencontres seulement. De plus, seuls quatre psychologues donnent des informations sur le trouble à l'enfant à l'aide de lectures, d'ateliers ou de techniques d'impacts. Cependant, quatre psychologues mentionnent que le programme *Attentix* est réalisé avec l'enfant avec l'aide de l'enseignant. Finalement, un seul psychologue offre des formations ou des conférences sur le TDAH aux parents, un suivi thérapeutique à l'enfant, des groupes d'habiletés sociales. Ainsi, il semble que peu de services multimodaux ou même d'accompagnement en dehors de la médication soient offerts dans la ville de Québec pour soutenir les enfants présentant un TDAH et leur famille.

Des recherches se poursuivent toujours à travers le monde afin de trouver d'autres types de traitements ou alternatives pour aider les enfants avec un TDAH. En effet, plusieurs d'entre elles rapportent des résultats intéressants permettant de décrire comme potentiellement efficaces différents types de traitements tels : le biofeedback, la remédiation cognitive, les programmes d'entraînement à la relaxation, le neurofeedback, les exercices d'intégration sensorielle, etc. Toutefois, ces recherches rapportent des études de cas ou des expériences avec de petits échantillons et n'ont pas pu être validées et généralisées. Elles sont donc toujours très controversées dans le monde scientifique. Finalement, il semblerait que les thérapies plus conventionnelles telles la thérapie par le jeu et les thérapies psychanalytiques se sont avérées inefficaces (Causse, 2006).

En conclusion, le faible nombre d'interventions directes autre que la médication auprès de l'enfant et de sa famille semble des plus questionnable et inquiétant dans une société qui ne cesse de vivre des changements et qui voit les problèmes de santé mentale augmenter chez les jeunes. Peut-être connaissons-nous mal ce que la famille apporte à l'enfant. L'exploration du vécu des familles semble être une voie incontournable à ce stade de la recherche. Une meilleure compréhension des phénomènes vécus au sein des familles apportera peut-être un éclairage nouveau dont il faudra tenir compte dans la compréhension et l'intervention auprès d'enfants présentant un TDAH.

LA FAMILLE ET LES THÉORIES SYSTÉMIQUES FAMILIALES

Dans une famille, on a beau avoir vécu les mêmes choses, on n'a pas les mêmes souvenirs.

Marie Darrieussecq

L'être humain est avant tout un être social, qui a besoin de relations avec les autres afin d'assurer sa survie et son évolution. La famille, milieu de vie de tout individu, a sans contredit un impact majeur dans son développement. En effet, les relations et les liens d'attachement entre les membres de la famille teintent le développement affectif et la personnalité de l'enfant. Dans ce chapitre, une brève présentation des transformations récentes de la famille est exposée. L'histoire, les principales caractéristiques de l'approche systémique et structurale, ainsi que les études sur le fonctionnement familial sont présentées afin de mieux comprendre ce que la famille apporte à l'enfant.

La famille et ses transformations récentes

La définition la plus simple de la famille est celle du dictionnaire Le Nouveau Petit Robert : « *Famille : personnes apparentées vivant sous le même toit, et spécialement, le père, la mère et les enfants* » (Robert, Rey-Debove, & Rey, 2004, p. 756). De plus, la famille n'existe pas seulement dans des conditions de liens de parenté et d'habitation commune. Elle a plusieurs autres caractéristiques et doit remplir certaines fonctions auprès des membres qui la composent. Dans son *Rapport sur la politique familiale au Québec*, Champagne (1985) donne une définition de la famille qui semble être plus appropriée et complète : « *La famille est un groupe parent(s)-enfant(s) unis par des liens multiples et variés pour se soutenir réciproquement au cours d'une vie et favoriser à leur source le développement des personnes et des sociétés* » (p. 34). La famille peut donc être composée de personnes de générations différentes (parents, enfants et

grands-parents) qui ont un certain niveau d'intimité et de relations entre eux, leur permettant d'évoluer et de s'aider dans les nombreux événements de la vie.

Au Québec, la famille a subi plusieurs transformations au cours des dernières décennies en relation avec l'urbanisation, l'accès à l'éducation, la chute de l'emprise de la religion, la révolution sexuelle des années 70, la mondialisation, la technologie, la montée de l'individualisme, etc. De la famille d'autrefois (dite traditionnelle) où la solidarité et le groupe familial avaient préséance sur les aspirations des individus, en passant par la famille moderne qui a mis de l'avant la fonction affective de la famille, la socialisation et les valeurs telles que la démocratie et l'épanouissement des individus, nous en sommes arrivés à une famille qui se désinstitutionnalise. C'est-à-dire qu'il y a de plus en plus d'unions libres, de divorces et d'enfants hors mariage. Nous sommes ainsi témoins de l'éclatement des familles et de l'affaiblissement de son rôle auprès de ses membres.

La famille dite « postmoderne » se démarque davantage par des valeurs telles que l'individualisme et l'hédonisme, l'individu passant avant le groupe, la recherche du plaisir et de la satisfaction immédiate des désirs étant au premier plan. En conséquence, il est possible d'observer de nouvelles structures familiales (par exemple : les familles biparentales d'origine ou nucléaires, monoparentales, élargies, recomposées, etc. (Lacourse, 2005; Morval, 1985). Il est à noter, que la rupture des liens sociaux a également été influencée par les nombreuses avancées technologiques telles les ordinateurs, Internet, les jeux vidéos, les nouvelles communications, etc. Ces technologies influencent sans contredit nos relations. D'une part, elles permettent d'obtenir de l'information de toutes sortes, et ce, à travers le monde. Les gens n'ont jamais été aussi informés et stimulés par l'information. D'autre part, elles limitent les contacts directs entre les personnes. Nous n'avons même plus besoin de sortir de nos maisons ou de nos milieux de travail pour se parler et se transmettre de l'information. Ainsi, elles nuisent également au développement des habiletés relationnelles des nouvelles générations.

Malgré toutes ces transformations, la famille demeure le premier groupe social de la majorité d'entre nous. C'est pourquoi elle est le siège de la socialisation de l'enfant. En effet, c'est au sein de ce groupe que l'enfant apprend les règles de base de la société dans laquelle il grandit, telles que les comportements socialement acceptables avec les autres dans différentes situations, la façon de communiquer et d'exprimer ses émotions (et ce, de sorte qu'elles aient un sens accepté par les autres), etc. (Satir & Fontaine, 2003). Morval (1985) évoque quatre fonctions principales remplies par la famille auprès de ses membres :

- alimenter ses membres tant au plan physique que psychologique;
- fournir un encadrement au développement de la personnalité de l'enfant;
- permettre à l'enfant d'expérimenter les différents rôles sociaux, de s'initier aux différentes institutions et aux mœurs de la société :
- garantir la transmission des éléments essentiels de la culture, tel que la langue.

En conséquence, la famille constitue un lieu d'apprentissage indispensable aux comportements individuels, aux pensées ainsi qu'à l'éducation de l'enfant (Satir & Fontaine, 2003). Afin d'assumer et de remplir ces différentes fonctions tout au long du cycle familial, la famille doit s'adapter aux nombreux besoins individuels de ses membres, du groupe et aux différents stress rencontrés dans la vie courante. C'est dans cette perspective que sera exploré l'impact des relations familiales dans le développement de l'individu.

En principe, la famille vit des changements suivant les différentes étapes de la vie de ses membres et se transformera au cours du cycle de vie familial. Les étapes du cycle de vie de la famille sont influencées par la naissance des enfants, l'avancement en âge de ses membres, les changements de rôle (étudiant, jeune adulte, retraité, etc.) ainsi que la mort des individus (Barker, 2007; Lacourse, 2005; Morval, 1985; Satir & Fontaine, 2003). En somme, ces étapes s'étendent de la constitution d'un couple (engagement) à la retraite et à la mort, en passant par la naissance

d'un ou plusieurs enfants, pour ensuite suivre les étapes de développement de ces derniers (âge préscolaire, scolaire, adolescence et jeune adulte) (Barker, 2007; Salem & Frenck, 2005).

Pratiquement, aucune famille ne traverse ces étapes sans vivre de stress et de conflits. La famille devient alors *non équilibrée* ou *instable* pour une période plus ou moins longue. Pecanha, Lacharité et Queiroz Pérez-Ramos (2003) parlent de *famille temporairement dysfonctionnelle*, lorsque cette dernière ne trouve pas de solution adaptée pour répondre à un stress passager lié au cycle de vie (par exemple : la crise d'adolescence du deuxième enfant). En règle générale, la famille ne restera pas déséquilibrée car elle réussira à s'adapter. Cependant, certaines familles n'y arriveront pas, et ce, pour différentes raisons, comme les familles reconnues comme ayant un fonctionnement familial dysfonctionnel. C'est le cas par exemple lorsque les parents font preuve de négligence chronique ou lorsqu'un des enfants a plus de pouvoir qu'un des parents, phénomène appelé *hiérarchie renversée*.

Afin de mieux comprendre les impacts des relations au sein d'une famille et du fonctionnement familial sur le développement de l'individu, explorons maintenant l'une des approches reconnues dans ce domaine, l'approche systémique. En effet, cette dernière permet de mettre en lumière les différentes difficultés que certaines familles peuvent rencontrer telles que le développement d'un membre symptomatique pour éviter les changements, les troubles de communication ou de structure familiale. Certains de ces éléments seront développés plus loin. Regardons d'abord ce qu'est l'approche systémique.

L'approche systémique et structurale

Historique

L'approche systémique a subi l'influence de différents mouvements, approches ou spécialités en psychologie tels que celle de l'approche psychodynamique, de la dynamique des groupes, du

mouvement de guidance parentale ou d'autres domaines, par exemple, l'important apport du travail social, qui a toujours démontré un sérieux intérêt pour les familles (Blanchette, 1999; Nichols & Schwartz, 1998; Salem & Frenck, 2005; Satir & Fontaine, 2003). C'est au cours des années 1920 que des cliniciens ont mis en évidence le rôle de la famille dans les problèmes psychiatriques. À cette époque, les autres membres de la famille étaient exclus du traitement du patient afin de contrer leur influence négative et, parfois même, destructrice. De nos jours, plusieurs hôpitaux psychiatriques procèdent toujours de cette manière. C'est vers la moitié du XX^e siècle que l'approche systémique s'est développée dans les sciences humaines et a apporté un nouveau regard sur l'importance de considérer la famille dans le traitement du malade (Albernhe & Albernhe, 2004; Nichols & Schwartz, 1998).

Tout d'abord, l'approche systémique s'inspire de la théorie générale des systèmes élaborée par Von Bertalanffy qui a vu le jour grâce à la science de la cybernétique (Albernhe & Albernhe, 2004; Montgomery & Fewer, 1988; Nichols & Schwartz, 1998; Von Bertalanffy, 1973). Cette dernière s'intéresse au rôle du passage de l'information pour permettre l'autorégulation du système. Elle n'étudie pas les objets ou les personnes, mais plutôt la manière dont ils se comportent ou interagissent entre eux. Elle ne cherche pas les causes ou les raisons, mais comment ils se transmettent l'information. La cybernétique s'inspire aussi des théories relatives aux communications et à l'autorégulation afin de mieux comprendre le traitement de l'information et l'interaction entre les différents organismes.

Plusieurs auteurs ont contribué à faire évoluer cette approche dont Bateson qui a été l'un des premiers auteurs à se demander dans quel système et contexte humain, un « tel » comportement observé chez un individu peut faire sens et Watzlawick et Beavin (1967) qui ont élaboré une théorie concernant la communication entre les individus. Voyons d'abord les concepts fondamentaux de la théorie des systèmes.

Principales caractéristiques

Comme il a été mentionné ci-haut, les théories systémiques ont été influencées par différentes approches mais ont pris naissance dans la théorie générale des systèmes de Von Bertalanffy inspiré de la cybernétique (Von Bertalanffy, 1973). Ainsi, un système est un ensemble d'éléments en interaction, régi par certaines règles et présentant une certaine complexité. Quatre caractéristiques sont présentes dans un système : sa *totalité*, sa *non-sommativité*, son *équifinalité*, et son *homéostasie* (Albernhé & Albernhé, 2004; Barker, 2007; Von Bertalanffy, 1973; Watzlawick, Helmick, Beavin, & Jackson, 1972).

- La *totalité* implique que le système est considéré comme un tout ayant une même intention, une même finalité. C'est un assemblage d'éléments interreliés entre eux et si un changement provient chez un élément, il résonnera sur l'ensemble du système et par le fait même, de manière indirecte, provoquera des changements chez les autres éléments. La famille peut être considérée comme un tout où, lorsqu'un changement se produit chez un des membres, il y aura inévitablement un impact sur les autres. C'est le cas de la maladie d'un membre de la famille, par exemple.
- La *non-sommativité*, quant à elle, signifie que la totalité du système ne correspond pas à la simple addition des éléments. « Le tout est plus que la somme des parties ». En effet, elle considère les multiples interactions entre ces derniers qui créeront les qualités émergentes du système. Par exemple, on dira que dans une relation de couple, $1+1 = 3$. C'est-à-dire qu'il y a les caractéristiques du conjoint et celles de la conjointe et qu'une interaction se crée entre ces caractéristiques, qui constituent plus que la somme des parties.

- L'*équifinalité* s'oppose au principe de causalité linéaire suggérant qu'il y a une seule cause possible pour un tel type d'effet (cause à effet). L'équifinalité signifie qu'il peut, au contraire, y avoir plusieurs causes à un même effet. Par exemple, les difficultés de comportement chez l'enfant peuvent provenir de la manifestation d'un lien d'attachement pauvre, d'un niveau d'anxiété élevé ou d'un désir de prise de pouvoir dans la relation. Donc, une même résultante – des difficultés de comportement chez l'enfant – peut être expliquée par différentes causes. De plus, l'équifinalité intègre également les notions d'interaction et d'influence mutuelle où A cause B et B par sa réaction va également affecter A, proposant ainsi une causalité davantage circulaire que linéaire.

- Finalement, *l'homéostasie* est la tendance du système ou de chacun de ses éléments à maintenir un état d'équilibre malgré les entrées et les sorties d'informations. Par exemple, lorsqu'un membre d'une famille décède accidentellement; au début, le système subira un déséquilibre. Par contre, les autres membres de la famille tenteront, par la suite, de préserver l'équilibre de la famille malgré cet événement.

Ces principes de la théorie générale des systèmes sont à la base de la construction de la première génération des théories systémiques, plus communément appelée celles de la première cybernétique où l'on cherche moins à connaître la cause des maladies qu'à modifier un symptôme ou un comportement présent. En fait, on considère l'ensemble des séquences de comportements dans leur totalité et on étudie l'absence ou la présence de régularité de cette séquence de comportements. Les théories systémiques familiales mettent l'accent sur les interactions entre les individus et pour modifier un comportement ou les interactions, elles cherchent à identifier et modifier des règles d'interaction et non, l'individu lui-même. Puisqu'un système tend à garder son équilibre, on cherchera comment les autres personnes entretiennent un comportement perturbé et comment le patient est devenu le symptôme d'un

dysfonctionnement familial afin de préserver la stabilité de sa famille. En intervention, on prendra des mesures pour empêcher le maintien, l'évolution et la réplique des comportements qui maintiennent le problème. Ces liens entre la théorie générale des systèmes et la famille seront davantage élaborés dans la section suivante. La principale différence avec les théories de la seconde cybernétique est qu'on se préoccupe du système observant. C'est-à-dire que le thérapeute ne joue plus un rôle simplement d'expert auprès de la famille, il fait partie intégrante du système qu'il observe. L'observé et l'observateur s'influencent donc mutuellement. Il s'agit d'un changement majeur pour l'intervention, l'analyse des situations ne porte plus sur ce qui se passe présentement, à l'extérieur, mais sur les échanges et la relation entre l'observé et l'observateur, sur ce qu'ils pensent et comment chacun définit la situation (Albernhe & Albernhe, 2004; Blanchette, 1999).

La famille comme système

S'appuyant sur les différents concepts présentés précédemment, la théorie générale des systèmes a permis de mieux comprendre la vie familiale et de la considérer dans toute sa richesse. La famille en tant que système correspond aux différentes caractéristiques mentionnées ci-haut où les propriétés sont plus grandes que la somme des parties, où les comportements de chacun des membres de la famille ont un impact sur les autres. Elle est régie par des règles et tend à maintenir un équilibre. Cependant, cet équilibre peut être compromis par différents événements de la vie (entrée à l'école, adolescence, divorce, mort d'un de ses membres, etc.) et chacun des membres de la famille tentera, à sa manière, de maintenir cet équilibre, et ce, de manière explicite ou implicite. Les relations et la communication entre les membres et entre les différents sous-systèmes donnent le pouls de cet équilibre.

Dans cette optique, la famille est donc perçue comme un système relationnel qui a une organisation, une structure, faite de rôles, de règles, de buts, de finalités et de triangles

s'établissant entre ses membres. Elle a la capacité de s'autoréguler, de s'auto-corriger, d'échanger de manière continue et circulaire afin de maintenir son équilibre, son homéostasie.

Il arrive parfois qu'un des membres de la famille développe un symptôme, celui-ci peut être très variable d'un individu à l'autre. On parle alors généralement du membre symptomatique de la famille. Ceci peut prendre la forme de trouble du comportement, de délinquance ou d'une maladie psychiatrique plus grave telles que la dépression, la schizophrénie, etc. Il est à noter que le symptôme est autant au service de l'individu que de la famille. En effet, d'un point de vue individuel, il apparaît quand le stress, ou le niveau d'anxiété, devient trop grand et dépasse les habiletés de la personne à y faire face. Par conséquent, le symptôme a également une fonction principale dans la famille, celle de maintenir l'équilibre ou l'homéostasie de cette dernière (Nichols & Schwartz, 1998). En effet, le symptôme peut être considéré comme une lutte de la famille contre un changement afin de maintenir un état d'équilibre connu et sécurisant, et ce, malgré le fait que le fonctionnement initial de la famille puisse être reconnu comme dysfonctionnel. Selon l'approche systémique, le symptôme ne se conçoit qu'à l'intérieur des (inter) relations entre la personne et son environnement. Ainsi, en considérant la famille comme un système, il est essentiel de regarder l'ensemble du portrait pour mieux saisir les relations et les difficultés de ce dernier.

Les familles dites « dysfonctionnelles » peuvent présenter plusieurs types de difficultés. Il est important de mentionner que c'est à travers le courant de l'École Palo Alto que la pensée systémique a permis de mieux comprendre les problèmes de santé mentale et que plusieurs nouveaux concepts se sont ajoutés à la théorie des systèmes (Alberne & Alberne, 2004). Plusieurs auteurs célèbres de l'approche systémique proviennent de cette École tels que Bateson, Haley, Jackson, Watzlawick et bien d'autres. L'essentiel de leurs études a porté sur la communication en général entre les individus. Ils ont également investigué les modalités

dysfonctionnelles de la communication dans les familles ayant un membre schizophrène. Des concepts – comme l'autorégulation, le feedback, la métacommunication, la théorie de la double contrainte, les frontières, la hiérarchie, etc. – ont ainsi vu le jour.

Les thérapies systémiques familiales

Il existe plusieurs types de thérapies systémiques familiales inspirées de différentes approches ou écoles de pensée. En effet, il y a le courant des théories de la communication, l'approche structurale, l'approche stratégique, l'approche expérientielle, les thérapies intergénérationnelles, les courants constructivistes, etc. (Alberne & Alberne, 2004; Barker, 2007; Miermont, 2004; Salem & Frenck, 2005). Malgré le fait que la théorie générale des systèmes soit à la base de ces types de thérapies systémiques familiales, il existe beaucoup de différences entre elles, et ce, à différents niveaux tels que dans leur conception du problème, de ce qui le cause et dans leurs techniques thérapeutiques. Par exemple, l'approche stratégique conçoit que c'est le blocage dans une seule manière de voir les choses qui explique le problème. Les thérapies intergénérationnelles, quant à elles, comprennent que les problèmes actuels trouvent leurs racines dans les conflits intériorisés de génération en génération tandis que l'approche constructiviste mentionne que la réalité perçue est une interprétation construite par et à travers la communication et que chacun est enfermé dans sa propre construction de la réalité. Il est donc impossible de présenter ici tous les types de thérapies systémiques, seuls les deux premiers courants de pensées, la théorie de la communication et l'approche structurale, seront exposés afin de nous servir d'éclairage dans la compréhension du fonctionnement et des dysfonctionnements familiaux.

Les théories de la communication

La théorie de la communication a émergé de l'École de Palo Alto. Les travaux de ce groupe de chercheurs, fondé par Gregory Bateson, ont principalement été inspirés par la démarche

systémique; ceci, tant dans leur approche de la communication que dans leurs techniques de thérapie. La théorie de la communication a contribué significativement à la compréhension des phénomènes impliqués dans la communication. Elle est fondée sur le principe *qu'il nous est impossible de ne pas communiquer*. En effet, tout comportement verbal et non-verbal, fait en présence d'une autre personne, a une valeur de communication (Alberne & Alberne, 2004; Barker, 2007; Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1986; Watzlawick & Beavin, 1967; Watzlawick, Jackson, & Beavin, 1972) De ce fait, lors d'une discussion entre deux personnes, un message verbal est transmis, il est accompagné de gestes (le non-verbal), d'un ton, de silences des personnes impliquées qui auront également des significations particulières dans l'interaction et le traitement de l'information. C'est ce qui est appelé les niveaux de message. Dans toute communication, il en existe deux : le *contenu*, ce qui est dit et le *relationnel*, ce qui accompagne le contenu ou comment le message est envoyé (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1972).

Toujours selon cette théorie, la *punctuation* de l'interaction est aussi un aspect important à considérer (Nichols & Schwartz, 1998). Lors d'un dialogue, il peut sembler que l'interaction coule de manière continue. Toutefois, une *punctuation* existe toujours entre les individus. Elle comprend au moins deux éléments : le *découpage* et le *regard* de l'interaction (Marc & Picard, 2004). La manière dont chacun découpe la séquence varie d'une personne à l'autre et ceci peut expliquer l'apparition de plusieurs différents. Le *regard*, quant à lui, fait référence au point de vue et à l'interprétation que chacun a sur le déroulement selon leurs références internes (valeurs, culture, expériences antérieures, etc.). Ainsi, ce qu'il est important de savoir, c'est que la *punctuation* organise l'ordre des interactions selon l'interprétation ou la définition que chacun a de la relation. Cette dernière peut être *symétrique* ou *complémentaire* (Nichols & Schwartz, 1998; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1972). L'interaction *symétrique*, plus communément appelée « comportement miroir » est basée sur l'égalité et les ressemblances entre les personnes. La relation *complémentaire*, quant à elle, met l'accent sur la différence entre les partenaires, qui

occupent des positions distinctes telles mère-enfant, autoritaire-docile, etc. Les troubles liés à ce type d'interaction seront élaborés plus loin.

Les difficultés à communiquer proviennent généralement des comportements familiaux dans lesquels l'enfant s'est développé (Satir & Fontaine, 2003). En effet, si les personnes qui fournissent un modèle à l'enfant, en l'occurrence ses parents, ne parviennent jamais à s'entendre, à accorder leurs messages de façon à ce qu'il n'y ait pas de confusion, l'enfant apprendra à communiquer aussi de manière confuse. Un message est généralement contradictoire, confus, lorsque le verbal et le non-verbal de l'émetteur ne sont pas congruents entre eux. Une personne peut dire une chose mais par son attitude et sa voix, elle paraît vouloir en dire une autre. Par exemple, « Je suis heureuse de te voir » mais le ton de voix et l'expression du visage expriment de la colère. C'est ce qu'on appelle : un message à *double niveau*. Dans ce cas, il est difficile pour la personne qui écoute l'énoncé de l'interpréter adéquatement et de réagir convenablement. Ce type de message est assez fréquent dans la vie de tous les jours mais lorsqu'il est trop souvent utilisé et à certaines conditions, il peut devenir problématique et créer ce qu'on appelle le *Doublebind* (la double contrainte ou le double lien) (Nichols & Schwartz, 1998; Satir, 1982; Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1986). Ce mode de communication est reconnu pour être le plus dysfonctionnel.

La théorie de la *double contrainte* dérivant de l'étude des effets du paradoxe dans l'interaction décrit par Bateson, Jackson, Haley et Weakland en 1956 distingue différents éléments qui la caractérisent. Elle implique deux personnes ou plus qui ont une relation dite «importante» comme celle que l'on retrouve dans une famille, dans les relations d'amitié, d'amour, etc. Dans un tel contexte d'appartenance, la personne est soumise de façon répétée, à des messages à *double niveau*. Alors, elle se retrouve dans une situation intolérable, où elle risque d'être punie si elle réagit selon ce qu'elle perçoit ou selon ce que l'autre lui demande.

Étant en situation de survie (dépendance à l'autre), elle ne peut, en aucun temps, commenter les contradictions auxquelles elle fait face (Marc & Picard, 2004; Morval, 1985; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1972). Ainsi, la personne devient conditionnée à ce type d'interaction, elle a la conviction que les relations se passent toujours de cette manière et elle aura tendance à reproduire ce schème dans ses interactions futures.

Il existe également des troubles de communication liés au type d'interaction entre les individus. Dans ce cas, les désaccords sont d'excellents indices pour mettre en lumière ces troubles puisqu'ils résultent généralement d'une confusion entre le contenu et la relation (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1972). Lorsque deux personnes doivent faire face à leurs désaccords, elles se retrouvent dans l'obligation de définir leur relation en termes de complémentarité ou de symétrie. Dans des relations dites « saines », les deux types d'interactions sont essentiels mais alternent selon les domaines. En présence d'une relation davantage symétrique, le risque est la rivalité. Dans ce cas, l'égalité entre les conjoints est rassurante seulement lorsque l'un se retrouve à être « juste un peu plus égal » que l'autre. Une escalade symétrique s'en suit par un enchaînement de conflits entre les individus. La relation complémentaire, quant à elle, devient pathologique lorsque la complémentarité est trop rigide. Watzlawick, Beavin et Jackson (1972) expliquent que :

Ceci survient quand une personne, X, veut que l'autre, Y confirme une définition de son moi, qui se retrouve en contradiction avec la manière dont Y voit X. La personne à qui on fait ce type de demande (Y) se trouve alors placée en face d'un dilemme très spécial : il faut qu'elle change la définition qu'elle se donne d'elle-même pour une définition qui complète et corrobore celle de X mais il arrive que X ne puisse faire ce type de changement (p. 106).

À titre d'exemple, le modèle relationnel « parent-enfant » établi dans la petite enfance est essentiel pour le développement de l'enfant et devra subir des modifications avec le temps mais si la mère ou l'enfant n'arrivent pas à redéfinir leur relation (rigidité), cette dernière pourra alors devenir pathologique. Sachant que l'adolescence est une période caractérisée par une recherche

de différenciation des jeunes face à leurs parents et par un besoin de devenir plus autonome, il est normal que des conflits émergent à ce moment dans la relation parent-enfant. Il est donc très important, tant pour la mère que pour le père, de modifier leur rôle selon les nouveaux besoins de leur jeune afin que leur relation retrouve un équilibre. Ceci devrait être réalisé en tenant compte de son besoin d'être reconnu comme une mère ou un père valorisant. Dans le cas inverse, où les parents ne modifient en rien leur attitude, la crise pourrait persister et la relation devenir pathologique. Par exemple, les difficultés de comportements de l'adolescent pourraient augmenter et n'être plus réservées au milieu familial et se manifesteraient aussi à l'école. Il pourrait démontrer une perte soudaine d'intérêt pour l'école, commencer à consommer des drogues douces, commettre des actes de vandalisme, etc. Ces comportements ne feraient qu'exacerber les conflits entre les parents et l'adolescent en raison d'un modèle relationnel de type complémentaire mais trop rigide ne pouvant s'adapter adéquatement aux changements et aux besoins de chacun des membres.

Il est donc clair que la communication joue un rôle primordial dans les relations familiales et qu'elle influence le développement de chacun des membres. En effet, les concepts passés en revue [*il est impossible de ne pas communiquer (tel que précisé précédemment)*], la *ponctuation* (découpage/regard), la *double contrainte* et les différents *modèles relationnels*] ont permis de mieux saisir l'influence de la communication dans le fonctionnement familial ainsi que ses dysfonctionnements liés aux différents troubles de la communication. Cependant, les relations humaines sont très complexes et peuvent soulever plusieurs ambiguïtés. Il est parfois très difficile de cibler les séquences des comportements et d'en saisir tout leur sens. Il est donc souhaitable, et ce, dans toutes situations, de prendre plusieurs angles d'observations pour mieux comprendre ce qu'il est réellement, à partir de la définition de chacun ou à l'aide de théories complémentaires, dans une approche plus intégrative des difficultés qu'une famille peut vivre. De cette manière, les ambiguïtés ou les incohérences de la dynamique familiale s'estompent et il est alors plus facile

d'en voir toute la richesse (Blanchette, 1999). L'approche structurale présentée ci-dessous permettra d'obtenir un éclairage complémentaire aux enjeux relationnels que l'on retrouve dans les familles. Par son regard sur les structures, les frontières et l'organisation familiale, elle nous permettra donc de mieux saisir le fonctionnement et l'influence de la dynamique familiale chez les individus.

L'approche structurale

Salvador Minuchin (1974) est le thérapeute familial qui a développé cette approche. Selon l'approche structurale, les problèmes de la famille ne sont pas seulement maintenus par les interactions. En effet, Minuchin cherchait à relier les symptômes à des configurations relationnelles ou à des structures familiales dysfonctionnelles. Cet auteur accordait beaucoup d'importance au contexte dans lequel survient le symptôme. La structure de la famille est celle d'un système socio-culturel ouvert et en continuelle transformation. C'est-à-dire qu'elle se développe en franchissant un certain nombre d'étapes ou de stades qui exigent une restructuration de la famille (Albernehe & Albernehe, 2004; Barker, 2007; Meynckens-Fourez & Henriquet-Duhamel, 2005; Minuchin, 1974). Il existe dans chaque famille des structures transactionnelles particulières qui renvoient à des règles précises de fonctionnement. Selon cet auteur, les problèmes sont le résultat d'une difficulté de la famille à s'adapter aux transitions et aux différentes étapes de la vie. Ces difficultés sont le résultat d'une structure dysfonctionnelle dans la famille, dont les positions et les frontières empêchent le système de s'adapter et d'aider la croissance de ses membres (Blanchette, 1999). Dans le courant plus conventionnel de l'approche systémique, le sens du symptôme fait référence au contexte dans lequel apparaît le message tandis que la fonction du symptôme renvoie aux conséquences et au rôle du sens dans la difficulté du système à maintenir son équilibre (Albernehe & Albernehe, 2004; Barker, 2007). Dans une optique structurale, le problème véritable est celui des configurations interactionnelles dysfonctionnelles qui résultent de frontières mal définies, des conduites insatisfaisantes, d'un

noyau concentré des tensions familiales focalisées sur une personne, etc. Bref, c'est une malformation structurale, qui est elle-même bâtie pour essayer d'assurer la survie du système (Meynckens-Fourez & Henriquet-Duhamel, 2005). Minuchin a donc introduit plusieurs construits permettant de mieux comprendre le fonctionnement familial tels que la notion de structure, la présence de sous-systèmes et de frontières au sein de la famille (Meynckens-Fourez & Henriquet-Duhamel, 2005; Nichols & Schwartz, 1998). Voyons en détail ce qu'apporte cette théorie à la compréhension du fonctionnement familial.

La structure de la famille se définit comme étant un arrangement de règles implicites ou explicites dirigeant les transactions entre les membres, se répétant et créant des patterns relationnels (Barker, 2007; Nichols & Schwartz, 1998). De plus, il existe au sein des familles différents sous-systèmes. Chaque membre de la famille représente en soi un sous-système au plan individuel. De plus, des dyades ou des plus grands groupes de personnes peuvent se rassembler pour former d'autres sous-systèmes selon leur rôle dans la famille, leur âge, leur sexe, leurs affinités, etc.

En général, on retrouve trois principaux sous-systèmes dans la famille. Il y a le sous-système familial, le parental et la fratrie (Gehring & Marti, 2000). Chacun de ces sous-ensembles de la famille est entouré d'une membrane invisible plus communément appelée *frontière*. Cette dernière distingue les différents systèmes entre eux et définit comment ils sont reliés les uns aux autres.

Les *frontières* servent essentiellement à protéger la différenciation des systèmes (Albernhé & Albernhé, 2004). Le concept de frontière dans cette approche n'est pas indépendant de la théorie de la communication. En effet, l'établissement des frontières est lié à la nature et à la quantité de communication verbale et non-verbale entre les individus (Barker, 2007). Un continuum allant de

rigide à diffus permet d'identifier les différents types de frontières que l'on retrouve dans les familles, et ce, selon leur niveau de perméabilité. Les frontières sont rigides lorsqu'elles sont très étanches et restrictives. Elles permettent donc peu de contact avec l'extérieur. Dans ce cas, les individus sont très indépendants les uns des autres mais sont aussi, par le fait même, très isolés. Les frontières dites diffuses sont floues et peu délimitées. Il est alors difficile pour le système de garder son intégrité, une confusion au niveau des rôles et des limites est alors présente (Nichols & Schwartz, 1998). Dans ces familles où les frontières sont floues, il est difficile pour une personne à l'extérieur du système de distinguer entre la mère et l'enfant celui qui a réellement le rôle du parent ou encore de distinguer le sous-système parental de celui de la fratrie (par exemple, des parents qui veulent être les amis de leurs enfants). Lorsque la perméabilité des frontières du système familial s'altère dans un sens comme dans l'autre, des problèmes de « territoire » et d'identité peuvent être observables. Ces derniers favorisent des relations de type fusionnel ou à l'inverse, un isolement important. Dans tous les cas, ce sont des conditions qui sont favorables à l'émergence de symptômes psychopathologiques chez un membre de la famille.

En 1974, Minuchin décrit plusieurs types de frontières ou de perturbations structurales dans les relations familiales triadiques, qui résultent de perturbations dans les rapports entre les parents qui peuvent induire ensuite des difficultés d'ajustement de l'enfant. Premièrement, les parents peuvent « détourner » leurs conflits sur l'enfant afin de préserver leur relation conjugale. Ainsi, ils travaillent ensemble pour renforcer le lien entre eux et mettre l'accent négativement sur leur enfant. Ce dernier est désigné comme le porteur des conflits entre eux. Deuxièmement, les parents peuvent faire de la *triangulation*. C'est-à-dire que l'un des parents tente de gagner l'appui ou la fidélité de l'enfant afin qu'il réponde au besoin de ce parent d'avoir une relation proche dans la famille. De cette manière, il crée des frontières intergénérationnelles floues et exclut l'autre

parent. Finalement, les relations familiales peuvent devenir tendues et éloignées indiquant davantage une faible structure familiale et des rapports désengagés.

Jusqu'à maintenant, il a été question des problèmes de démarcation des frontières au sein des différents sous-systèmes de la famille mais ce type de problème peut également s'installer dans la relation qu'a la famille avec l'environnement. Dans une famille ayant des frontières rigides et étanches avec l'extérieur, la séparation est mal supportée et devient souvent dramatique. Dans une famille où les frontières sont insuffisantes et inconsistantes, les échanges avec l'extérieur sont possibles mais ils existent peu entre les différents systèmes de la famille. Ainsi, un des membres de la famille (souvent l'enfant) cherchera à répondre à ses besoins en dehors du système familial et s'exposera de cette façon à de nombreux risques tels la consommation de drogue, des gestes de délinquance, etc. Dans ce type de famille, on peut également observer des problèmes de frontière au sein de la famille. En effet, le couple parental est souvent conflictuel et désinvesti sur le plan affectif. Il y a peu de solidarité, de soutien et de réconfort mutuel. Le système extérieur doit alors intervenir car l'encadrement de l'enfant est mince.

Dans la documentation scientifique, on décrit trois types de famille selon les caractéristiques de leurs frontières.

- Premièrement, il y a la famille dite « *enchevêtrée* » où les frontières individuelles sont brouillées et la différenciation est diffuse; la membrane séparant les différents sous-systèmes est trop perméable. Ainsi, le comportement de l'un affecte instantanément le comportement de l'autre et se répercute sur l'ensemble du système. On y observe souvent l'absence de frontières intergénérationnelles claires et un haut niveau de conflits y est présent. Dans ce type de famille, l'autonomie des membres est menacée et les enfants seront plus à risque de

développer des problèmes de type internalisé ou externalisé (Angel & Mazet, 2004; Davies, Cummings, & Winter, 2004; Morval, 1985; Salem & Frenck, 2005).

- Le deuxième type de famille est la famille dite « *désengagée* ». Cette fois, les frontières entre les membres sont trop rigides et inflexibles. L'autonomie est maximale. Leurs relations, quant à elles, sont distantes, émotionnellement froides et parfois même hostiles. Il y a également un haut niveau de conflits. Les membres peuvent difficilement demander de l'aide aux autres. Ainsi, ils deviennent aussi plus à risque de développer des problèmes psychologiques (Angel & Mazet, 2004; Davies et al., 2004; Morval, 1985; Salem & Frenck, 2005).

- Enfin, le troisième type de famille est la famille dite *saine* ou *fonctionnelle*. Les frontières au sein de cette dernière sont claires et délimitées de façon perméable favorisant ainsi les associations entre les mêmes tranches d'âges. Ceci facilite également la fluidité des relations entre les membres de générations différentes. Les relations entre les différents sous-systèmes sont plus harmonieuses et chaleureuses. Les membres de la famille peuvent avoir accès aux ressources et au soutien des autres sans que leur autonomie n'en soit menacée (Davies & al. 2004). Ce type de famille s'adapte de manière plus flexible aux besoins, généralement croissants, de ses membres (Peçanha, Lacharité & Pérez-Ramos, 2003). Les enfants dans ces familles développent un bon niveau de sécurité affective, de bonnes stratégies d'adaptation et d'ajustement psychologique.

Somme toute, la théorie structurale apporte des éléments importants à considérer dans l'analyse du fonctionnement familial tels les concepts de structure, d'organisation, de sous-systèmes, de frontières, de problèmes de territoire et d'identité qui semblent être liés et complémentaires aux théories de la communication. Ainsi, il a été possible d'identifier les différents dysfonctionnements observables dans le travail avec les familles. Il existe également

d'autres paramètres importants à considérer dans la compréhension des dynamiques familiales tels que la hiérarchie et la cohésion.

La hiérarchie et la cohésion dans le fonctionnement familial

Jusqu'à maintenant, il a été possible d'observer que la communication et les frontières au sein des familles ont un impact sur le fonctionnement de ces dernières. Ils ne sont toutefois pas les seuls. La hiérarchie et la cohésion sont des paramètres tout aussi importants. À la lumière des concepts évoqués précédemment, des liens entre la communication, les frontières, la hiérarchie et la cohésion dans les familles seront élaborés permettant ainsi de mieux comprendre leurs implications dans le fonctionnement familial.

Dans les études sur les systèmes familiaux, la *hiérarchie* et la *cohésion* sont utilisées pour évaluer la perception des membres d'une famille quant aux structures familiales (Gehring & Debry, 1995; Nichols & Schwartz, 1998). Ces concepts ne font pas l'unanimité. Plusieurs divergences d'opinion sur leur opérationnalisation et leur définition existent mais une entente existe quant à leur importance pour l'évaluation des systèmes familiaux (Fischer, Giblin, & Regas, 1983; Fischer, 1976). Voici quelques définitions.

Hiérarchie. La *hiérarchie* correspond à l'autorité et à la domination de chacun des membres de la famille. C'est le pouvoir que chacun a de prendre des décisions ou l'influence réciproque des membres au sein du système familial (Gehring, & Debry, 1995; Gehring, & Marti, 2000). Dans une famille, le pouvoir doit être réparti de manière équilibrée entre les différents sous-systèmes (individuel, parental, fraternel). Ceci ne veut surtout pas dire que chacun des membres doit avoir le même pouvoir indépendamment des événements. Au contraire, afin d'assurer la sécurité et le développement des enfants, le sous-système parental doit détenir un pouvoir de décision plus grand que celui des enfants (Salem & Frenck, 2005). Ceci n'implique pas que les

parents ont un pouvoir absolu et coercitif dans la famille. Leur pouvoir peut être comparable à la fonction d'un tuteur pour une plante, c'est-à-dire qu'il se doit d'être assez fort pour soutenir et même redresser au besoin, sans toutefois gêner ou porter atteinte au développement de l'enfant. Ceci n'est pas toujours facile à comprendre et à appliquer pour les parents. De toute évidence, plusieurs facteurs peuvent influencer la manière d'interagir du parent avec l'enfant. Le stress vécu au travail ou dans le couple, le tempérament de l'enfant, la personnalité du parent, le manque de soutien social en sont des exemples.

La *hiérarchie* dans la famille peut être un bon indicateur de la qualité des frontières entourant les différents sous-systèmes (individus, parents, enfants). Salem et Frenck (2005) mentionnent que l'autorité doit appartenir, et ce, de manière explicite, aux parents. Ainsi, toute ingérence, non réprimée, de l'enfant dans ce domaine reflète un dysfonctionnement du système familial. De plus, les auteurs précisent que ce type de dysfonctionnement est attribuable à des frontières intergénérationnelles trop perméables. C'est lorsque l'enfant semble avoir plus de pouvoir de décision qu'un de ses parents (c'est ce qu'on appelle hiérarchie inversée) ou lorsqu'il forme une alliance avec l'un de ces derniers que l'hypothèse d'une frontière dite « diffuse » peut être émise. Une intervention s'impose alors afin d'aider la famille à délimiter plus clairement les frontières entre ses membres et ainsi rétablir une hiérarchie dite « plus équilibrée ».

Cohésion. La cohésion peut également être considérée dans l'établissement de la qualité des frontières. Selon Gehring et Debry (1995), la cohésion se définit comme étant le lien ou l'attachement émotionnel entre les membres d'une famille qui peut être observable à travers le niveau de proximité entre chacun des membres et leur confiance les uns envers les autres. Une bonne cohésion familiale est observable lorsque les membres d'une famille sont proches, qu'ils savent qu'ils peuvent compter les uns sur les autres et partagent des intérêts communs. Cependant, lorsque la cohésion devient trop grande, la proximité des membres vient

compromettre l'identité et l'autonomie de chacun. Dans ce cas, il est possible de questionner la qualité des frontières qui est probablement diffuse. La cohésion familiale peut être également très faible. Les membres de la famille ne sont pas proches les uns des autres. Ils sont très indépendants et ne peuvent pas compter sur les autres. Dans cette situation, il est fort probable que nous soyons en présence de frontières dites « rigides ».

Il est également possible d'observer le niveau de cohésion entre les différents sous-systèmes. Comme il a déjà été souligné, les coalitions peuvent être néfastes dans le fonctionnement familial. Ceci peut être attribuable à des frontières diffuses entre le sous-système parental et celui de la fratrie impliquant par le fait même, une faible cohésion du premier. Toutefois, Montgomery et Fewer (1988) mentionnent que, parfois, les coalitions dans une famille peuvent démontrer l'unité et l'harmonie de cette dernière. Par exemple, une forte coalition entre les parents (cohésion élevée) renforce la frontière entourant ce sous-système qui aide à établir des limites claires avec les enfants, leur offrant ainsi un milieu plus sécurisant pour favoriser leur développement. Ces différents aspects sont à considérer lors d'interventions auprès des familles ayant comme objectif de restructurer les frontières de leurs sous-systèmes.

La *cohésion* peut également être liée à la nature de la communication dans la famille et implique le lien d'attachement entre les membres de la famille. Selon Noël et le Centre jeunesse de Montréal - Institut (2003), ce lien est un processus évolutif. L'attachement entre l'enfant et ses parents s'établit principalement au cours des deux premières années de vie mais par la suite, il doit être nourri de manière continue afin de le maintenir et de le protéger. Plusieurs événements de la vie courante peuvent le remettre en question. Le lien d'attachement se crée à travers la répétition de gestes donnés de la même personne, avec *constance* et *congruence* pour que la relation s'établisse et se solidifie graduellement (Noël & Centre jeunesse de Montréal - Institut, 2003). C'est à travers ces derniers aspects qu'intervient l'importance du type de communication

établi entre chacun des membres de la famille, puisque la communication est un phénomène complexe qui implique plusieurs variables.

Lorsque deux êtres se rencontrent et décident de former un couple, le type de communication et de relation qu'ils établiront ensemble sera essentiellement influencé par leur vécu dans leur famille respective. Par la suite, la nature de leur communication et leur relation de couple auront une influence sur la relation avec leurs propres enfants et par le fait même, sur le fonctionnement familial. Ainsi, un enfant qui grandit au sein d'une famille ayant des troubles de la communication (*double contrainte*, symétrie/complémentarité) où les messages sont souvent porteurs d'incongruence et manquent de constance, aura certainement plus de difficultés à développer un lien d'attachement avec ses parents. Il sera aussi possible d'observer une cohésion plus faible dans un sous-système parental où le lien d'attachement du couple est fragile. La cohésion familiale sera également plus faible si le lien d'attachement entre les parents et l'enfant est pauvre.

Finalement, il a été possible de constater que la *hiérarchie* et la *cohésion* ne sont pas indépendantes de la communication et des frontières établies dans la famille. Ce sont tous des éléments en interaction s'influçant les uns les autres et qu'il ne faut surtout pas négliger dans la compréhension de la dynamique familiale. Depuis la naissance de l'approche systémique, plusieurs études ont été réalisées afin de mieux saisir les caractéristiques et le fonctionnement familial. Voyons maintenant ce qu'elles ont montré.

Études sur le fonctionnement familial

Depuis l'avènement de l'approche systémique en sciences humaines, plusieurs études ont tenté de mieux comprendre le fonctionnement des familles (Amato, 1991; Davies & Cicchetti, 2004; Davies et al., 2004; Lindahl, Malik, Kaczynski, & Simons, 2004; McHale, 1995; McHale &

Rasmussen, 1998; Schermerhorn, Cummings, & Davies, 2008). Cependant, lorsqu'on essaie de comprendre les comportements ou la dynamique d'un système comme la famille, plusieurs limites existent étant donné la grande complexité observée. Le comportement humain, la psychologie de l'enfant et de la famille sont multidimensionnels et très compliqués. En effet, le comportement au niveau de la famille n'est pas seulement le prolongement du comportement manifesté par l'individu ou par les dyades, il provient d'une interaction continue et réciproque entre les membres. Plusieurs subtilités y sont présentes. Il est alors difficile d'en retirer des conclusions généralisables (Mandara, 2003; McHale, 1995). Il existe donc peu de mesures fiables et théoriquement significatives pour l'étude de la famille en entier et ces instruments d'évaluations n'appartiennent généralement pas aux mêmes théories (McHale, 1995).

Cependant, il existe différentes méthodes pour obtenir des informations sur le fonctionnement familial. On peut choisir d'étudier seulement un individu et obtenir son vécu et ses perceptions sur les relations au sein de sa famille ou étudier des dyades en particulier comme celle du couple ou de la relation parent-enfant. On peut également observer l'interaction entre la mère, le père et l'enfant. Certains vont préférer obtenir l'information en passant des questionnaires aux différents membres de la famille, d'autres vont observer directement les interactions entre les membres de la famille. Il est certain qu'il est plus avantageux d'obtenir l'information de différentes manières et de croiser les données. Une synthèse des différentes études concernant la relation conjugale et ses impacts sur l'enfant ainsi que les études sur le fonctionnement plus global de la famille sera ici présentée.

Tout d'abord, il est reconnu dans la documentation que la qualité des relations conjugales dans la famille a des impacts sur le développement de l'enfant (Amato, 1991; Cox & Paley, 2003; Davies et al., 2004; Johnson, Cowan, & Cowan, 1999; McHale & Neugebauer, 1998; McHale & Rasmussen, 1998). Inévitablement, le fonctionnement de l'enfant va se construire et se

développer au sein de son environnement familial. Ainsi, les patterns relationnels et la communication entre les membres vont influencer et façonner le développement de ce dernier. Les conflits conjugaux sont l'un des plus fiables prédicteurs de l'ajustement et de l'adaptation de l'enfant (McHale & Rasmussen, 1998). La division entre le couple parental est le cœur de la présence d'un environnement inconsistant. Si cette inconsistance et cette incohérence se produisent régulièrement, l'environnement familial devient un contenant pauvre de l'impulsivité et l'enfant est plus à risque de développement de problèmes psychologiques internalisés et externalisés.

McHale et Rasmussen (1998) font également référence aux faits que la dépression et les autres psychopathologies parentales, l'estime de soi, les représentations internes des relations et la satisfaction conjugale avant la naissance de l'enfant ont tous un impact dans l'ajustement de l'enfant durant la petite enfance. Ils observent que la dépression et la détresse d'un couple sont généralement les répercussions de luttes personnelles qui se transportent dans l'interaction avec leur enfant. Ces auteurs recensent également plusieurs autres facteurs influençant le développement de l'enfant tels la sensibilité parentale, l'interaction directe entre l'enfant et les parents, la sécurité affective en lien avec l'attachement et le style éducatif (le parentage).

Davies, Cummings et Winter (2004) mentionnent que le fonctionnement conjugal a un rôle à jouer dans la socialisation de l'enfant. L'exposition aux conflits conjugaux augmente la vulnérabilité de l'enfant à développer des difficultés émotionnelles, comportementales et d'adaptation. Lindahl et ses collaborateurs (2004) recensent une étude discutant du lien indirect entre l'hostilité dans le couple parental et les comportements agressifs des garçons sur leurs pairs dans l'observation de comportement de rejet du père dans l'interaction à trois (mère-père-enfant). Pour ces enfants présentant des difficultés, l'entrée à l'école est particulièrement difficile. Une mauvaise adaptation en bas âge augmente le risque d'échec scolaire, de rejet des pairs et

de trouble plus importants à l'adolescence et à l'âge adulte (Johnson et al., 1999). En effet, des liens entre des pauvres relations avec les parents durant l'enfance et l'état psychologique à l'âge adulte ont été démontrés.

Amato (1991), dans une recherche menée auprès de jeunes adultes, démontre que l'augmentation de la détresse psychologique est associée aux souvenirs de relations conjugales parentales négatives, à des incidents de violence entre les parents et entre les parents et l'enfant et à des difficultés financières. Il élabore également sur les différentes théories expliquant la dépression chez l'adulte. Que ce soit la psychanalyse, la théorie de l'attachement ou l'approche cognitive, il remarque que toutes considèrent que les problèmes familiaux précoces prédisposent à un moins grand bien être psychologique, et ce, malgré le fait que ces théories définissent de manières différentes les mécanismes impliqués dans la dépression.

De plus, la relation parent-enfant semble être également associée à la détresse conjugale. Cox et Paley (2003) mentionnent que les problèmes dans la relation parent-enfant se développent souvent dans un contexte de détresse conjugale. La relation avec les parents aide l'enfant à contrôler ses émotions, à réguler ses interactions avec son environnement et forme un attachement durable. Cependant, si la relation conjugale est fragilisée par la présence de conflits, ceci crée une fissure dans la structure et affecte la dyade conjugale, la triade parent-enfant, la famille en entier ainsi que le fonctionnement de l'enfant. Dans une perspective transactionnelle, l'enfant est un agent actif de son développement. Dans une situation où il subit un stress ou un malaise, l'enfant tentera de concilier, d'éviter ou de trouver un tout autre chemin pour diminuer cette tension et maintenir sa sécurité affective (Schermerhorn, Cummings, DeCarlo, & Davies, 2007). Schermerhorn et ses collaborateurs (2007) ont étudié l'influence de l'enfant dans la relation conjugale. Les principales conclusions de cette étude sont que les relations conjugales sont reliées aux réactions émotionnelles négatives de l'enfant qui, elles, sont associées à la

présence de comportements d'accommodement (essayer de détourner l'attention vers autre chose, de réconforter un ou les deux parents, montrer de la sympathie, essayer de trouver une solution avec eux, etc.) et désorganisés (agressions physiques ou verbales, mauvais comportements, se blesser, etc.). De plus, les comportements d'accommodements des enfants semblent diminuer les conflits conjugaux. Les comportements désorganisés, eux, augmentent la discorde conjugale et sont associés à un niveau plus élevé de problèmes d'ajustement de l'enfant.

Par la suite, il y a également les recherches portant davantage sur les attitudes de co-parentage, la dynamique familiale et les typologies de fonctionnement dans les familles (Cox & Paley, 2003; Davies et al., 2004; Johnson et al., 1999; Mandara, 2003; McHale & Rasmussen, 1998). McHale et Rasmussen (1998) ont examiné les liens à long terme entre la dynamique de co-parentage et celle de la famille durant l'enfance. Les processus familiaux avec un plus grand niveau d'hostilité et de compétition, présentant moins d'harmonie et plus d'anomalies dans le parentage dans la triade au temps 1, sont associés aux comportements de l'enfant et de co-parentage au temps 2. La présence d'un plus grand nombre d'anomalies de parentage, basées sur les différences entre les comportements chaleureux et l'implication du mari et de la femme durant l'interaction familiale au temps 1 est associée à un plus haut niveau d'anxiété chez l'enfant au temps 2, et ce, selon son enseignant ($p < .05$). La présence d'hostilité et de compétition et le peu d'harmonie familiale au temps 1, quant à eux, sont liés aux comportements agressifs chez l'enfant au temps 2 ($p < .05$). Ainsi, il semble que des processus familiaux destructeurs tels l'hostilité et la compétition sont des facteurs de risque de développement de problèmes externalisés chez l'enfant. Ces auteurs mentionnent également dans leur article que les processus familiaux constructeurs tels l'harmonie familiale, la collaboration et l'affection ont des effets positifs pour l'enfant et l'aident à développer des mécanismes d'adaptation plus adéquats et diminuent, par le fait même, les défenses internalisées et externalisées.

Lindahl et ses collaborateurs (2004), quant à eux, ont examiné la dynamique de « pouvoir » dans le couple parental et le fonctionnement familial en lien avec l'ajustement de l'enfant. Une gestion peu harmonieuse des conflits conjugaux a été liée à un moins grand soutien, à plus de coercition, de rejet et de retrait de l'enfant dans l'interaction à trois. La dynamique de pouvoir dans le couple parental expliquait plus d'un tiers des désaccords dans le fonctionnement de la famille suggérant ainsi un lien étroit entre la dynamique de pouvoir conjugal et le fonctionnement global de la famille. Dans plus de 70 % du temps, la prise de décision égalitaire dans le couple parental a été associée à un fonctionnement familial organisé et cohésif (équilibré). En ce qui concerne l'ajustement de l'enfant, les fonctionnements familiaux de type désengagé, peu cohésif ou avec des alliances intergénérationnelles ont été associés aux symptômes externalisés chez l'enfant, et ce, peu importe l'ethnie. Les enfants provenant de familles montrant un plus haut niveau de positivisme et d'intimité dans les relations conjugales et familiales n'avaient pas de problème de comportements.

Finalement, Davies et ses collaborateurs (2004) ont étudié les patterns relationnels en lien avec les profils systémiques du fonctionnement familial, l'insécurité émotionnelle des enfants dans la relation qu'ils ont avec leurs parents ainsi que leur ajustement (N=221). Suivant la théorie systémique, ils ont démontré que les familles se regroupent selon quatre types. Exactement comme présenté précédemment, il y a les familles *désengagées*, *enchevêtrées* et *adéquates*. Dans cette étude, les familles *désengagées* sont caractérisées par un haut niveau d'adversité et un faible soutien entre les sous-systèmes. Ensuite, il y a les familles *enchevêtrées*, qui sont caractérisées par de nombreux conflits parentaux, de contrôle psychologique et de discipline inconsistante synonymes de frontières diffuses nourrissant l'insécurité de l'enfant car aucune distance émotionnelle n'existe entre l'enfant et la détresse des parents. Les familles dites *adéquates*, quant à elles, possèdent un haut niveau de contrôle parental psychologique dans un contexte

familial plus large, sont chaleureuses et ont peu de conflits. Une quatrième catégorie s'ajoute à ces types de famille, les familles nommées *cohésives*. Ces familles sont également très chaleureuses et affectueuses. Elles se différencient des familles dites *adéquates* par leurs frontières bien définies mais surtout souples et flexibles.

Les auteurs de cette recherche ont utilisé différents instruments tels que le *Simulated phone argument task (SPAT)*, le *SPAT interview*, le *Children's perception of interparental conflict scale for young children (CPIC-Y)*, les *Survey assessments of interparental functioning and parenting*, le *CBCL* et le *TRF* pour mesurer le fonctionnement familial, l'insécurité émotionnelle et l'ajustement des enfants. Comparativement aux familles *cohésives* et selon l'évaluation de leurs parents, les enfants provenant de familles *enchevêtrées* présentent un niveau significativement plus élevé de problèmes internalisés et externalisés au temps 1 et 2 (p variant de $\leq .01$ à $\leq .001$). L'évaluation de ces enfants par les enseignants démontre un taux élevé de problèmes externalisés au temps 2 seulement ($p \leq .05$). Selon l'évaluation des parents et des enseignants au temps 1 et 2, les enfants de familles *désengagées* présenteraient plus de problèmes externalisés que les enfants de familles *cohésives* (p variant de $.05$ à $.001$). Finalement, les enfants de familles *adéquates* sont généralement semblables aux enfants des familles *cohésives*, à l'exception de la présence de problèmes externalisés au temps 2 lors de l'évaluation des enseignants ($p \leq .05$). Les enfants des familles *désengagées* et *enchevêtrées* présentent également plus de signes d'insécurité affective dans la relation avec leurs parents. Ainsi, il semblerait que le profil de fonctionnement familial influence le développement de la sécurité affective de l'enfant qui devient plus sujet à développer des problèmes psychologiques.

En conclusion, à travers la synthèse de différents résultats de recherches, il a été possible de constater que les relations dans les différents sous-systèmes de la famille peuvent avoir des impacts importants dans le développement de l'enfant. En effet, il a été facile de prendre

connaissance que la qualité des relations conjugales a des effets directs sur l'enfant tant au plan affectif, comportemental ou social. L'enfant ne fait pas qu'absorber les tensions du couple parental mais il est également un agent actif dans son développement. Il réagira aux interactions entre ses parents mais également entre ses parents et lui et contribuera, à part entière, à la dynamique familiale. Il semble également que l'organisation familiale a une contribution unique aux relations qu'on ne peut qu'observer qu'en présence de la famille en entier. L'évaluation du fonctionnement familial permet donc d'établir des types de familles ayant des patterns relationnels précis qui semblent avoir des incidences significatives dans le niveau de sécurité des enfants et dans la présence de problèmes psychologiques chez ces derniers. Ainsi, les interventions auprès des familles ne devraient plus être qu'une simple option mais une nécessité dans une société où les problèmes de santé mentale chez les jeunes ne cessent de croître. En effet, mais où en sont les études concernant des désordres plus spécifiques tels le TDAH?

L'ENFANT PRÉSENTANT UN TDAH ET SA FAMILLE

*Les familles heureuses se ressemblent toutes;
les familles malheureuses sont malheureuses chacune à sa façon.*

Léon Tolstoï

Dans cette partie, les impacts du TDAH sur la vie de l'enfant sont décrits. Ensuite, un portrait des principales caractéristiques familiales des enfants présentant un TDAH est brossé.

Les impacts du TDAH sur la vie de l'enfant

Comme il a été mentionné précédemment, le TDAH couvre un large spectre de symptômes. En général, les capacités d'attention de l'enfant sont limitées, et ce, à différents niveaux (attention soutenue et divisée, capacité de distraction). Ainsi, les enfants atteints du TDAH auront d'énormes difficultés à soutenir leur attention, auront de la difficulté à organiser leur travail, à intégrer les routines et seront constamment distraits par les stimulations de l'environnement. En plus de ces déficits, certains présenteront également de l'hyperactivité et de l'impulsivité qui se manifesteront par une activité motrice ou verbale abusive et souvent mal dirigée, par une difficulté à écouter les consignes et à contenir leurs mouvements et par des réactions émotionnelles, parfois très vives suite à des frustrations. En conséquence, ces différents symptômes auront des impacts importants dans la vie de l'enfant, qui aura à affronter de nombreux obstacles tous les jours, tant au niveau scolaire que socio-affectif.

Sur le plan scolaire, les enfants ayant un TDAH peuvent rencontrer plusieurs difficultés d'apprentissage en raison du fait qu'ils arrivent difficilement à se concentrer en classe et cumuleront sans cesse du retard dans les matières scolaires. En effet, près de 50 % des enfants atteints du TDAH présenteront des difficultés d'apprentissage comparativement à 5 % dans la population scolaire normale (Causse, 2006; Massé, 1999; Massé et al., 2006). Pour certains, ils

manifestent, en comorbidité, des troubles d'apprentissage plus spécifiques tels la dyslexie, la dyscalculie, la dysorthographe, la dysphasie et la dyspraxie (Causse, 2006). Les enfants ayant un TDAH sont donc plus vulnérables aux échecs scolaires et, à l'adolescence, ils seront plus à risque de décrocher de l'école.

Sur les plans social et émotionnel, les enfants atteints du TDAH auront plusieurs problèmes liés à leur faible niveau de tolérance à la frustration qui peut entraîner des désorganisations et de l'agressivité. Lorsqu'ils sont en colère ou frustrés, ce sont généralement leurs pairs qui vont en payer le prix. Ainsi, ces derniers vont rapidement les rejeter du fait qu'ils ne veulent pas subir ces différents comportements (Gagné, 1988; Margalit & Almougy, 1991; Massé, 1999; Mikami & Pfiffner, 2008). En effet, les études mentionnent que – par rapport aux enfants dits normaux – les enfants hyperactifs vivent plus d'expériences hostiles dans leurs relations sociales, de rejet des pairs et ont de la difficulté à se faire accepter par leurs enseignants (Margalit & Almougy, 1991; Spira & Fischel, 2005). Pelham et Bender (1982) ont démontré que les enfants présentant un TDAH ont tendance à émettre plus d'agressions verbales et physiques envers leurs pairs et qu'en groupe, ils présentent généralement plus de verbalisations et de comportements négatifs. Ceci semble avoir un impact sur l'appréciation que leurs pairs ont d'eux et sur leur niveau d'acceptation dans un groupe.

Certaines études ont démontré que le problème affectif le plus sérieux chez les personnes souffrant d'hyperactivité est la perte d'estime de soi (Falardeau, 1997; Offord, Boyle, & Racine, 1989). Ceci s'explique par le fait que l'entourage des enfants ayant un TDAH, suite à leurs comportements perturbateurs, leur retourne une image négative d'eux-mêmes. Dès lors, ils apprennent très rapidement qu'ils ne fonctionnent pas comme les autres enfants, qu'ils sont différents. Ils sont alors confrontés au fait qu'ils ne sont pas très doués dans leurs relations avec les différents membres de leur famille, avec leurs pairs et les adultes qui les entourent

(enseignants, éducatrices, etc.). Donc, ils vivent du rejet au quotidien, se sentent incompetents et développent rapidement une perception négative d'eux-mêmes qu'on remarque par une dévalorisation de soi voire même parfois par des affects dépressifs.

De plus, Cohen et Guinard (2006) ont observé, lors d'épreuves projectives, des manifestations d'hypervigilance et d'anxiété chez ces enfants qui nécessitent l'intervention contenante et répétée de l'adulte. Une majorité des sujets atteints du TDAH présentait également des fragilités au niveau de l'identité et de la représentation interne. Selon ces auteurs, ces résultats témoignent de la difficulté pour ces enfants à fonctionner seuls et de leur besoin d'étayage. Il est donc nécessaire de leur offrir un « étayage concret » au sein d'un investissement relationnel. La diminution des symptômes est primordiale dans le traitement du TDAH. Il est reconnu que le traitement médicamenteux y participe largement mais ces auteurs mentionnent qu'il est cependant essentiel de proposer un traitement relationnel sur lequel l'enfant peut prendre appui.

Cependant, certaines études ont examiné la perception de soi et les mécanismes de protection de soi des enfants présentant un TDAH (Diener & Milich, 1997; Hoza et al., 2004; Ohan & Johnston, 2002). En général, il semble que les enfants ayant un TDAH ont tendance à surévaluer leurs compétences et plus particulièrement celles qui sont les plus déficitaires (Hoza et al., 2004). Ce biais positif de la perception de soi aurait un rôle de protection de soi qui aide ces enfants à s'adapter aux expériences négatives et les protège d'affects dépressifs. Hoza et ses collaborateurs (2004) ont étudié la perception de soi de 487 enfants TDAH âgés entre sept et neuf ans et neuf mois comparativement aux enfants normaux (N=287). Les résultats de leur recherche démontrent, selon l'évaluation des enseignants, que les enfants ayant un TDAH surévaluent leurs compétences scolaires, sociales, sportives et comportementales comparativement aux enfants normaux ($p \leq .001$). Leurs résultats démontrent également que les

enfants ayant un TDAH et des problèmes de comportement présentent une plus grande illusion positive de soi dans le domaine comportemental tandis que ceux ayant des troubles d'apprentissage surévaluent leurs compétences dans les domaines scolaires. Les enfants ayant un TDAH et des symptômes dépressifs, quant à eux, ne diffèrent pas des enfants normaux dans leur évaluation de leurs compétences.

Les résultats d'Ohan et Johnston (2002) appuient également cette hypothèse de protection de soi. Ces chercheurs ont évalué l'impact de feedback positif sur l'évaluation de la performance. Les garçons TDAH qui reçoivent des feedbacks positifs de leur enseignant ont tendance à diminuer leur évaluation de leur performance comparativement aux garçons TDAH n'ayant pas reçu de feedbacks positifs. Ainsi, il semble qu'après avoir obtenu du succès, il est plus facile pour ces enfants d'enlever leur masque de perception de soi enflée et d'admettre leurs difficultés. Ils arrivent, par le fait même, à évaluer leur performance de manière plus conforme à la réalité.

Harter et Pike (1984), quant à eux, suggèrent que c'est l'immaturation cognitive des enfants présentant un TDAH qui expliquerait pourquoi ils ont un biais positif de leur perception de soi. Certaines limites cognitives semblent interagir avec les capacités de l'enfant à porter un jugement réaliste sur lui-même. Il semble que lorsqu'on demande à un jeune enfant d'estimer ses compétences, il a tendance à surestimer celle-ci. Ainsi, il est possible que les enfants atteints du TDAH aient une plus grande immaturité cognitive et qu'ils continuent à exhiber une perception de soi surestimée, et ce, même en vieillissant. Bref, il semble que les enfants présentant un TDAH ont tendance à surestimer leurs compétences afin de préserver une image de soi plus positive mais il n'est pas clair dans la documentation scientifique que ceci est un mécanisme de défense ou est le résultat de limites cognitives. Toutefois, il n'en est pas moins que l'estime de soi des enfants ayant un TDAH est souvent gravement amoindrie par les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien.

En conclusion, il a été possible de prendre connaissance des principaux impacts des différents symptômes du TDAH sur la vie de l'enfant. Qu'en est-il de leurs impacts sur les familles ayant un enfant présentant un TDAH?

Les caractéristiques familiales des enfants présentant un TDAH

La famille de l'enfant présentant un TDAH

Les familles d'enfants ayant un TDAH ont fait l'objet de plusieurs études dans le passé afin de pouvoir cibler leurs différences par rapport aux familles n'ayant pas d'enfants TDAH (Befera & Barkley, 1985; Brown & Pacini, 1989; Fischer, 1990; Johnston, 1996; Johnston & Mash, 2001). Comme il a été mentionné précédemment, il semble que les familles d'enfants atteints du TDAH présentent plus de difficultés d'ordre psychologique que les familles n'ayant pas d'enfants avec ce type de problématique. En effet, les familles d'enfants ayant un TDAH présentent plus de désordres psychologiques. Par exemple, les études de Befera et Barkley (1985) et de Brown et Pacini (1989) démontrent qu'il y a davantage de problèmes psychiatriques dans la famille élargie de l'enfant TDAH comparativement à celle des enfants normaux. Notons également qu'il y aurait deux fois plus de désordres psychologiques dans ce type de famille (Befera & Barkley, 1985). Il semble également que la santé psychologique des parents d'enfants ayant un TDAH soit plus fragile. Ils seraient plus enclins à développer des problèmes psychologiques. Effectivement, plusieurs études révèlent un taux élevé de dépression chez les parents d'enfants atteints du TDAH, et ce, particulièrement chez les mères (Befera & Barkley, 1985; Brown & Pacini, 1989; Chi & Hinshaw, 2002; West, Houghton, Douglas, Wall, & Whiting, 1999).

De plus, les niveaux de stress et de détresse des parents d'enfants hyperactifs sont significativement plus élevés si on les compare à ceux des parents d'enfants sans problème particulier (Befera & Barkley, 1985). Mash et Johnston (1983a) ont évalué le stress parental à

l'aide de l'*Index de Stress parental-PSI* (Abidin, 1983). Dans cette étude, les mères d'enfants atteints du TDAH rapportent avoir un niveau de stress plus élevé que celui des mères d'enfants normaux. Le stress vécu par les parents serait associé aux caractéristiques de l'enfant tels que l'impulsivité, l'inattention, le degré de distractibilité, etc. et interagirait avec les traits des parents (par exemple : leur sentiment dépressif, d'incompétence, d'isolement social, etc.). Ainsi, les enfants présentant un TDAH peuvent créer une certaine détresse chez leur mère et augmentent leurs besoins d'aide en santé mentale (Fischer, 1990).

Beck, Young et Tarnowski (1990) ont également démontré que les mères de garçons hyperactifs (dominant) rapportent significativement plus de stress ($p < .05$) dans leur relation avec leur enfant et les perçoivent comme ayant plus de problèmes de comportement que les mères d'enfants non-hyperactifs ou hyperactif-situationnels. Ces mères se perçoivent comme plus déprimées, moins compétentes, plus frustrée et isolées ($p < .05$) que les mères du groupe contrôle. Leur relation avec leur fils semble être alors moins valorisante et gratifiante.

Il n'y a pas que les comportements perturbateurs de l'enfant atteint du TDAH ou les caractéristiques personnelles des parents qui contribuent au stress parental. Les familles d'enfants présentant un TDAH rapportent avoir plus de facteurs de stress externes tels que le fait d'appartenir à une classe sociale défavorisée, de vivre dans un endroit indésirable et d'entretenir des relations plus négatives avec les différents milieux qui les entourent tels l'école, le service de garde, le voisinage, etc. (Bernier & Siegel, 1994; Fischer, 1990). On remarque également un soutien social plus pauvre chez les parents d'enfant atteints du TDAH. Ceci s'expliquerait par le fait que l'entourage perçoit l'enfant hyperactif comme difficile et se sent peu disposé à assumer les responsabilités liées au gardiennage de l'enfant (Woodward, Taylor, & Dowdney, 1998). Ces aspects sont des facteurs environnementaux qui peuvent effectivement entraîner un stress supplémentaire chez les parents d'enfant ayant un TDAH.

La satisfaction conjugale est un autre élément influençant le stress parental. Chez les parents d'enfant présentant un TDAH, on remarque un niveau moins élevé de satisfaction conjugale (Befera & Barkley, 1985; Brown & Pacini, 1989; Fischer, 1990; Johnston, 1996; Johnston & Mash, 2001). En effet, les données amassées par Befera et Barkley (1985) démontrent que les mères d'enfants ayant un TDAH rapportent avoir plus de discordes et de conflits conjugaux que les mères d'enfants sans problème. Il y a trois fois plus de séparations dans les familles ayant un enfant TDAH. En plus de vivre de nombreux conflits et de l'insatisfaction conjugale, les parents d'enfants atteints du TDAH ont tendance à blâmer leur enfant pour les problèmes familiaux (Johnston & Mash, 2001). Il a été démontré que le niveau de dysfonctionnement conjugal peut influencer directement (par modelage) et indirectement (par l'incohérence du parentage) les enfants et est fortement corrélé avec la présence de comportements déviants de ce dernier (Fischer, 1990; Johnston & Mash, 2001). Ainsi, il semble que le milieu familial de l'enfant ayant un TDAH soit plus enclin à vivre des difficultés et que des facteurs familiaux tels l'adversité familiale, le stress conjugal, la monoparentalité, les événements de vie stressants, la dépression chez la mère sont quelques prédicteurs de la présence et de la stabilité des problèmes de comportements de l'enfant dans le temps (Spira & Fischel, 2005).

Il est maintenant évident que les familles d'enfants présentant un TDAH ont des caractéristiques spécifiques. Ainsi, il semble très pertinent d'investiguer davantage les particularités des relations entre les parents et les enfants atteints du TDAH afin de mieux comprendre la réalité des relations au sein de ces familles.

Les relations parents-enfant TDAH

Nous savons que la nature très exigeante et stressante des comportements des enfants ayant un TDAH provoque chez leur entourage des réactions négatives qui perturbent fortement

les relations qu'ils entretiennent avec leur environnement (Johnston & Mash, 2001). Plusieurs études ont examiné les relations parents-enfants au sein de ces familles (Barkley, Karlsson, & Pollard, 1985; Befera & Barkley, 1985; Campbell, 1975; Gerdes, Hoza, & Pelham, 2003; Johnston, 1996; Johnston, Murray, Hinshaw, Pelham, & Hoza, 2002). Selon Befera et Barkley (1985), les observations de l'interaction mère-enfant en période de *jeu libre* décrivent les mères des garçons atteints du TDAH comme initiant moins de comportements d'interactions que les mères des filles présentant un TDAH. De plus, les garçons ayant un TDAH semblent recevoir plus d'ordres de leur mère que les garçons normaux. Durant une période où l'enfant a *une tâche à réaliser*, on remarque que les enfants présentant un TDAH sont moins accommodants, s'arrêtent plus fréquemment durant la tâche et sont plus distraits et négatifs que les enfants normaux. Les mères, quant à elles, répondent au manque de conformisme de leur enfant en donnant plus d'ordres et en faisant des remarques plus directives et négatives que ne le font les mères d'enfants normaux (Barkley et al., 1985; Befera & Barkley, 1985; Gerdes et al., 2003; Gomez & Sanson, 1994; Johnston, 1996). Ainsi, il semble y avoir plus de problèmes d'interactions entre les parents et l'enfant en période de tâche structurée.

Brown et Pacini (1989) mentionnent que la relation mère-enfant TDAH est appauvrie. Les mères des enfants ayant un TDAH prodiguent plus d'aide directe, passent plus de temps à contrôler, diriger et structurer leur enfant dans l'activité et donnent moins de réponses positives. De plus, certaines études mentionnent que les parents d'enfants présentant un TDAH ont moins d'aspirations pour leur enfant, sous-estiment les habiletés de ce dernier et utilisent des pratiques éducatives plus punitives et physiques (Brown & Pacini, 1989; Johnston & Mash, 2001). Dans leur étude réalisée auprès de 28 enfants TDAH, Woodward, Taylor et Dowdney (1998) ont démontré que les parents de ces enfants expriment davantage leurs sentiments négatifs envers leurs enfants, sont moins sujets à employer des méthodes de contrôle interne tel que le raisonnement et les encouragements positifs. Ils utilisent également plus de punitions physiques

lors de situations problématiques. Ces auteurs mentionnent aussi qu'un des meilleurs prédicteurs pour l'hyperactivité est la discipline agressive.

Avant de poursuivre sur les relations parents-enfants TDAH, il semble important d'aborder brièvement le rôle du père dans le développement de l'enfant. Les pères jouent un rôle important dans le développement de l'identité sexuelle, le développement cognitif, l'apprentissage du contrôle de l'agressivité et dans l'ajustement psychosocial des enfants (Paquette, 2004; Park, Dennis, Flyr, Morris, Killian, McDowell & Wild, 2004). Lorsque l'enfant est en bas âge, la fonction du père est de l'amener à se séparer de sa mère afin de donner, à l'enfant et à la mère, une limite au sein de cette relation qui est fusionnelle depuis plusieurs mois. En effet, le père impose une « loi de séparation » qui aidera l'enfant à se percevoir comme une personne distincte de sa mère. Cette séparation sera également importante dans l'apprentissage de la frustration car à ce moment, le père impose à son enfant de mettre en suspens sa recherche de gratification immédiate à ses besoins (Marcelli, 2003). La documentation révèle les bienfaits de l'engagement du père sur le développement de l'enfant (Dumont, & Paquette, 2008; Le Camus, & Zaouche-Gaudron, 1998; Paquette, 2004; Parke, 1996). Le père, par son rôle différent mais complémentaire à celui de la mère, permet donc à l'enfant de s'ouvrir et d'explorer le monde, d'acquérir des connaissances et de développer des capacités d'adaptation à l'environnement dans un contexte où il doit respecter des limites et des règles qui lui sont imposées (Paquette, Eugène, Dubeau et Gagnon, 2009). Ceci contribue également au sentiment de sécurité de l'enfant et au développement de son autonomie.

Cependant, certaines études démontrent que l'absence du père ou le peu d'engagement de ce dernier auprès de ses enfants contribuent au développement de problèmes externalisés (Denham, Woorkman, Cole, Weissbrod, Kendziora & Zahn-Waxler, 2000; Mott, Kowaleski-Jone & Menaghan, 1997; Trautmann-Villalba, Gschwendt, Schmidt & Laucht, 2005). Gerdes, Hoza et

Pelham (2003) se sont intéressés aux relations au sein des familles ayant un garçon atteint du TDAH en prenant en considération à la fois la relation mère-enfant et la relation père-enfant comparativement à un groupe contrôle. Les résultats au *Parent-Child Relationship Questionnaire (PCRQ)* indiquent que les mères et les pères des garçons ayant un TDAH perçoivent leur relation avec leur enfant plus négativement que ne le font les parents du groupe contrôle. Plus spécifiquement, les auteurs ont observé que les parents d'enfants hyperactifs exercent plus de contrôle et d'encadrement. Ils sont aussi plus autoritaires et exigeants et répondent moins positivement à leur enfant que les parents du groupe contrôle. Toutefois, selon cette étude, il semble ne pas y avoir de différence de perception entre les mères et les pères de garçons atteints du TDAH.

Une autre étude a examiné en laboratoire les différences dans les interactions dyadiques et triadiques des systèmes familiaux dans les familles avec un enfant hyperactif. Buhrmester, Camparo, Christensen, Gonzalez et Hinshaw (1992) ont observé que les familles de garçons atteints du TDAH sont effectivement plus aversives ($p < .01$) et exigeantes ($p < .05$) que les familles d'enfants normaux. Les garçons ayant un TDAH sont plus difficiles, résistants/évitants ($p < .01$) et opposants ($p < .05$) envers leurs parents. Ces derniers sont également plus demandants ($p < .01$), utilisent un pouvoir plus autoritaire ($p < .01$) et ont une moins bonne résolution de problèmes dans leurs discussions avec leur enfant. Les auteurs observent aussi un effet lié au sexe du parent. Les garçons présentant un TDAH ont plus de comportements négatifs, deviennent plus exigeants et aversifs envers leur mère qu'envers leur père ($p < .05$). Les mères d'enfants ayant un TDAH font plus de demandes et sont plus aversives dans les observations dyadiques ($p < .05$) que les pères d'enfants ayant un TDAH. Comparativement au groupe contrôle (pères d'enfants normaux), les pères d'enfants atteints du TDAH ne présentent pas de différences lorsqu'on observe seulement la relation père-fils. Cependant, ils deviennent beaucoup plus aversifs dans l'interaction à trois que les pères d'enfants normaux. Lors des

interactions en triade, les mères d'enfants présentant un TDAH diminuent leurs demandes envers leur garçon tandis que les pères augmentent leurs demandes afin de venir en aide à la mère. Ainsi, dans ces moments, le garçon ayant un TDAH démontre plus de résistance et d'évitement envers son père et vice versa, les pères deviennent alors plus aversifs envers leur fils, un cercle vicieux dans l'interaction semble alors s'installer. Ces différentes interactions semblent répondre au modèle de Patterson – *Coercion training* – où une séquence répétée de comportements négatifs et aversifs entre les membres d'une famille entraîne un cycle de contrainte d'interactions négatives entre les membres fragilisant encore plus le socle familial (Buhrmester et al., 1992; Gerdes et al., 2003; Woodward, Taylor & Dowdney, 1998). En somme, il semble évident que l'interaction parent-enfant est plus problématique lorsque l'enfant présente un Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (Fischer, 1990).

Les relations fraternelles chez les enfants présentant un TDAH

Il est reconnu que les relations avec les frères et les sœurs constituent un milieu important pour l'apprentissage de la socialisation chez l'enfant. En effet, elles offrent les premiers échanges avec un pair et permettent l'apprentissage de certaines règles sociales et de communication. Elles permettent à l'enfant d'apprendre à attendre son tour, à partager, à considérer l'autre dans ses choix, etc. La relation avec les frères ou les sœurs est une relation intensive où l'on apprend à négocier les conflits car on ne peut échapper à la relation comme on le pourrait avec un ami. Ainsi, la relation avec la fratrie influence le développement de l'enfant. Certaines études ont démontré que des relations positives avec la fratrie prédisaient un bas niveau de problème psychopathologique et amélioraient les habiletés sociales (Branje, van Lieshout, van Aken, & Haselager, 2004; Brody, 2004).

D'un autre côté, la relation avec la fratrie peut avoir des impacts négatifs. Par exemple, lorsque la fratrie a des comportements déviants, on observe une augmentation du risque d'abus

de drogue ou d'alcool à l'adolescence (Conger, Rueter, & Brody, 1996; Stormshak, Comeau, & Shepard, 2004). De plus, des études ont également révélé des impacts sur la fratrie lorsqu'un frère ou une sœur a une maladie chronique (Faux, 1993; Gallo, Breitmayer, Knafel, & Zoeller, 1993). Les membres de la fratrie peuvent être plus à risque de dépression, de vivre de l'anxiété, d'avoir du ressentiment ou de la culpabilité mais aussi peuvent avoir une meilleure estime d'eux-mêmes, de l'empathie et une plus grande maturité. L'observation de ces différents impacts de la relation avec la fratrie nous amène à questionner celle de l'enfant présentant un TDAH.

Comme il a été possible de le constater, que ce soit dans la relation avec ses parents ou ses pairs, les relations que l'enfant atteint du TDAH entretient avec son environnement comportent des caractéristiques négatives. Qu'en est-il de la relation avec ses frères ou sœurs? On remarque dans la documentation actuelle que ce phénomène a été très peu étudié. En effet, on ne recense que cinq études ayant abordé ce thème. Mash et Johnston (1983b) semblent avoir été les premiers à étudier la relation que les garçons atteints du TDAH avaient avec leur fratrie lors de jeux libres ou de tâches supervisées. Ils ont montré que les garçons hyperactifs ont plus de comportements négatifs que les garçons du groupe contrôle dans l'observation du jeu avec la fratrie ($p < .05$) et ce, indépendamment de l'âge de l'enfant. Durant le jeu libre, l'enfant ayant un TDAH est moins indépendant que les membres de sa fratrie ($p < .05$). Durant la tâche supervisée, ils initient plus d'interactions que la fratrie ($p < .05$). Finalement, le taux de comportements négatifs exhibés par les enfants hyperactifs et les membres de la fratrie ont été également fortement corrélés dans les deux situations d'observation [jeu ($p < .01$) et tâche ($p < .01$)].

Kendall (1999), quant à lui, a montré, dans une étude qualitative, que les impacts des comportements dérangeants des garçons ayant un TDAH sont vécus par la fratrie de trois manières soit comme victime, comme protecteur ou comme douloureux (perte). De plus, il a

observé que la fratrie de garçons atteints du TDAH rapporte plus de colère et de ressentiment lors des entrevues. Ensuite, l'étude de Greene et ses collaborateurs (2001) a démontré que les parents d'enfants présentant un TDAH rapportaient que les relations entre les frères et sœurs étaient significativement plus pauvres comparativement à celles que les parents des enfants normaux du groupe témoin décrivaient. Smith, Brown, Bunke, Blount et Christophersen (2002) observent une correspondance entre l'évaluation par les parents de problèmes externalisés chez leur enfant et l'auto-évaluation de ce dernier dans les conflits avec sa fratrie.

Finalement, dans une étude très récente, Mikami et Pfiffner (2008) ont évalué la qualité de la relation des enfants ayant un TDAH (N=77) avec leur fratrie comparativement à celle des enfants sans TDAH (N=14) âgés de cinq à 11 ans. Ils ont évalué les relations fraternelles à travers la perception de la mère, de l'enfant TDAH et celle des membres de la fratrie. Les instruments utilisés étaient le *SRQ-Brief*, le *Child symptom inventories* et le *Child Depression Inventory*. Leurs résultats ont montré que les relations fraternelles d'enfants présentant un TDAH sont plus conflictuelles que celles d'enfants sans problème ($p < .05$). De plus, ils ont également examiné la manière dont la comorbidité du TDAH avec des problèmes externalisés ou internalisés affecte la relation avec les frères ou sœurs. Les problèmes externalisés prédisent l'augmentation des conflits ($p < .05$) et la diminution de la chaleur et de la proximité ($p < .05$) tandis que les problèmes internalisés ne diminuent que la chaleur et la proximité dans la relation ($p < .05$).

En conséquence, il semble que les relations que l'enfant atteint du TDAH a avec ses frères ou sœurs comportent des caractéristiques tout comme celles avec ses parents ou ses pairs. Explorons maintenant la manière dont ces caractéristiques au sein des différents sous-systèmes vont influencer la dynamique familiale d'enfants présentant un TDAH.

Le fonctionnement des familles d'enfants présentant un TDAH

Comme il a été mentionné précédemment, les symptômes associés au TDAH ont des impacts directs sur le vécu de l'enfant, dans ses relations avec son environnement et plus particulièrement dans ses relations avec sa famille. Il a été possible d'observer les caractéristiques de la relation entre les parents et l'enfant atteint du TDAH. Considérant les principes de l'approche systémique, la présence de particularités chez l'enfant et au sein de la relation parent-enfant, auront des impacts sur les autres membres du système, sur le système en entier et donc sur le fonctionnement de la famille.

Effectivement, avoir un enfant en difficulté au sein d'une famille affecte inévitablement les autres membres de la famille et leurs relations entre eux. Il est reconnu que le climat familial est relié à l'adaptation et la mésadaptation sociale et scolaire de l'enfant. Plusieurs auteurs (Brown & Pacini, 1989; Gomez & Sanson, 1994; Margalit & Almoughy, 1991) ont examiné de plus près la perception des parents d'enfants hyperactifs sur leur fonctionnement familial. Ils ont observé que ces derniers perçoivent moins de cohésion au sein de leur famille et sentent moins de contrôle exercé comparativement aux parents d'enfants non-hyperactifs. On relève également qu'ils perçoivent leur famille comme étant moins indépendante, ayant des relations moins intenses et moins expressives en raison d'une liberté d'expression moins grande (Brown & Pacini, 1989).

Comme mentionné ci-haut, l'environnement familial de l'enfant hyperactif est considéré comme plus autoritaire et négatif (Celestin-Westreich, Ponjaert- Kristoffersen, & Celestin, 2000; Fischer, 1990). Woodward, Taylor et Dowdney (1998) ont examiné le parentage et la vie familiale des enfants présentant un TDAH. Ils ont observé que les parents d'enfants atteints du TDAH ont des stratégies d'adaptation pauvres, ont recours aux punitions physiques comme mesure disciplinaire et utilisent des stratégies parentales plus autoritaires que les parents d'enfants normaux.

Par la suite, certaines études ont démontré que les familles d'enfants ayant un TDAH ont une tendance plus élevée aux conflits, un niveau bas de cohésion et d'organisation familiale comparativement à des familles normales (Niederhofer, Hackenberg, & Lanzendorfer, 2004; Niederhofer, Hackenberg, Lanzendorfer, Staffen, & Mair, 2002). Effectivement, les familles d'enfants présentant un TDAH doivent relever plusieurs défis concernant les frontières, l'équilibre et le feedback au sein de la famille. Les frustrations que les familles rencontrent, surtout avec le monde extérieur (école, service de garde, CLSC, etc.), les convient à resserrer leurs frontières, diminuant ainsi leur potentiel d'obtenir et d'utiliser le feedback des autres systèmes. Ceci semble créer un terrain propice à développer des dysfonctionnements familiaux dans les interactions. Bernier et Siegel (1994) mentionnent que, dans l'optique de maintenir une homéostasie, lorsque la famille vit des moments de « sur-stress » ou de stress intenses, elle tend à trouver des solutions inefficaces à leurs problèmes. Elle est alors plus vulnérable à entrer dans un engrenage de relations dysfonctionnelles. Ainsi, il semble important de favoriser la collaboration entre les différents milieux. En plus de soutenir l'enfant, les parents, les enseignants, l'école ou tout autre système entourant l'enfant, cette collaboration permet d'améliorer la perception et la tolérance de chacun envers les différents comportements de l'enfant mais également des systèmes dont il fait partie intégrante (famille, école, quartier, etc.). Lange et ses collaborateurs (2005) mentionnent qu'un système social qui contient des membres plus tolérants à l'inattention, à l'hyperactivité et à l'impulsivité offre plus de structures, d'encadrement et d'opportunités favorables à développer des habiletés d'autocontrôle et d'autorégulation pour les enfants plus fragiles.

Dans ce même ordre d'idée, il est admis que l'apprentissage à réguler ses affects est central dans le développement affectif d'un enfant. Ceux qui auront plus de difficultés à gérer leurs émotions et à contrôler leur impulsivité seront plus à risque de développer des troubles psychologiques tels la dépression, l'anxiété et même le TDAH (Martel & Nigg, 2006).

Jacobvitz, Hazen, Curran et Hitchens (2004) ont tenté d'identifier les patterns d'interactions familiales qui interfèrent ou influencent l'apprentissage du contrôle des émotions et de l'impulsivité. Cette étude se penche sur le rôle des frontières familiales *perturbées* dans le développement de la dépression, de l'anxiété et du TDAH chez l'enfant. Il a déjà été mentionné que le concept de frontière découle de l'approche systémique mais plus précisément de la théorie structurale de Minuchin. Les frontières sont régies par des règles implicites qui contrôlent les interactions et les contacts entre les individus ou les systèmes. Elles dessinent ou façonnent les interactions à travers les différents systèmes : individuel, fraternel, conjugal et familial. Les frontières sont dites claires et flexibles au sein d'une famille lorsqu'elles permettent l'expression des émotions, des idées et des vulnérabilités des membres leur permettant ainsi de développer leur autonomie. Les frontières de la famille peuvent se briser ou devenir excessivement diffuses et auront divers impacts sur les membres de la famille (voir les types de dysfonctionnement familial exposés précédemment). Les familles ayant des frontières troublées remettent en question leur fonction de protection de l'enfant et contribuent au développement d'un attachement plus instable ou insécure. Les enfants ayant ce type d'attachement seront plus à risque de développer des problèmes internalisés ou externalisés.

Dans leur étude, Jacobvitz et ses collaborateurs (2004) ont trouvé que l'observation de patterns familiaux hostiles en bas âge (24 mois) prédit les symptômes TDAH à 7 ans ($p < .01$). Même si ces résultats sont cohérents avec les études démontrant un rapport entre les comportements TDAH de l'enfant et les conflits dans la relation mère-enfant, ils ne contribuent pas à expliquer si c'est l'interaction conflictuelle qui est la cause des symptômes TDAH ou si elle en est simplement la conséquence. De plus, il semble que les garçons qui ont des expériences familiales de frontières *enchevêtrées* développent davantage de symptômes TDAH. Quant à elles, les filles qui sont exposées à des patterns familiaux enchevêtrés ou désengagés

développent davantage de symptômes dépressifs durant l'enfance. Dans leur discussion, ces auteurs soulèvent qu'il est fort probable que la « spousefication » (l'identification au conjoint) soit davantage reliée au TDAH chez les garçons tandis que la parentification, quant à elle, serait liée à la dépression chez les filles.

Ainsi, l'impact du TDAH sur la dynamique familiale va au-delà des difficultés des parents à gérer les manifestations comportementales et relationnelles de leur enfant ayant un TDAH. Il semble y avoir une influence réciproque et cumulative entre les caractéristiques de l'enfant et la présence plus importante de plusieurs autres types de troubles au sein de la famille. L'évaluation de la perception familiale et des interactions semble donc être une composante à considérer dans ce trouble. Toutefois, dans l'optique de mieux comprendre le phénomène du TDAH, il serait pertinent d'étudier la perception de l'enfant sur son propre vécu au sein de sa famille.

Célestin-Westreich et ses collaborateurs (2000) semblent être parmi les premiers à avoir réalisé une étude de ce type, qu'ils qualifient d'«exploratoire». Cette étude s'inscrivait dans le cadre d'un projet de recherche plus large qui évaluait les rôles des différents intervenants dans l'évaluation psychologique de l'enfant et ce, à travers différentes modalités d'évaluation. Cependant, ils souhaitaient porter une attention particulière à l'expression de l'enfant. À l'aide du test de la *Famille en Animaux (FEA)*, ils ont exploré la perception de soi et de la famille d'enfants présentant un TDAH (N = 21) comparativement celle d'enfant d'un groupe contrôle (N = 21). Le test *FEA* est une épreuve projective, adaptée aux enfants âgés entre cinq et 12 ans, qui utilise la narration et le dessin comme mode d'investigation. Ce test comporte une consigne standardisée et un système de cotation objectivé qui a été réalisé lors d'une étude normative réalisée en milieu scolaire chez 380 enfants, âgés de cinq à neuf ans. Le test est structuré en quatre étapes : l'énumération des membres de la famille, l'*enchantement*, le *dessin de la famille d'animaux* et la narration (entrevue semi-structurée). Ils ont également utilisé le *Wechsler Intelligence Scale for*

Children-Revised et le *Coloured/Standard Progressive Matrice of Raven* pour évaluer le niveau de fonctionnement intellectuel du groupe d'enfants atteints du TDAH et du groupe contrôle afin d'aider à l'appariement des groupes. Les enfants ayant un TDAH ont été recrutés dans le Centre Hospitalier Universitaire et le Centre Médicopédagogique « Quadens » (Anvers-Belgique) et répondants aux critères DSM-III-TR. Les données concernant les enfants du groupe contrôle ont été recueillis dans des écoles élémentaires de la région Aversoise (Belgique). Les enfants de la population clinique ont été appariés aux enfants du groupe contrôle selon leur âge, leur sexe, leur niveau de fonctionnement intellectuel et selon des critères familiaux (composition et nombre d'enfants dans la famille et place de l'enfant dans la fratrie).

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants. Lors de l'énumération des membres de la famille, les enfants ayant un TDAH nomment plus souvent les membres de la fratrie en premier (40 %) que les enfants du groupe contrôle (30 %) ($p = .02$). Les enfants présentant un TDAH *oublie plus souvent de s'inclure* dans l'énumération des membres de la famille (57 %) comparativement aux enfants de la population non-clinique (50 %) ($p = .01$). Les auteurs observent également que les enfants ayant un TDAH ont *une représentation familiale moins différenciée* comparativement à celle des enfants normaux. Au niveau du dessin de la famille en animaux, le quart des dessins des enfants atteints du TDAH avait une *faible qualité graphique* et leur dessin de *l'animal représentant le soi* était *peu élaboré*. Au niveau du contenu à l'entrevue semi-structurée, il y avait peu de différences entre les deux groupes concernant le type de caractérisation des animaux. Les enfants présentant un TDAH attribuaient plus des caractéristiques descriptives comme « cet animal vit dans la forêt » que des caractéristiques positives « c'est un animal doux » ou négatives « c'est un animal méchant » tout comme les enfants contrôles. Cependant, aux autres questions de l'enquête, les enfants ayant un TDAH rapportent *moins d'attributions de nature affective positive, une plus grande préoccupation pour des thèmes « nourriciers », accordent moins fréquemment des expériences de bien-être à*

l'animal représentant le « soi » et plus de choix exprimant des ressemblances souhaitées plutôt que des ressemblances perçues dans la réalité dans l'explication des choix des animaux comparativement aux enfants du groupe contrôle. Finalement, les caractéristiques d'expression des enfants atteints du TDAH à travers les différentes parties du *FEA* révèlent des difficultés de « monitoring » (de planification et de contrôle socio-cognitif) que ceux-ci peuvent vivre, des préoccupations affectives liées au besoin d'être nourri, soigné et aimé ainsi qu'une perception de soi négative.

Cependant, cette étude n'est qu'exploratoire et les chercheurs n'ont que peu de points de comparaison dans la documentation scientifique actuelle. De plus, malgré qu'elle soit des plus intéressantes concernant la perception de l'enfant atteint du TDAH sur sa famille telle qu'intériorisée par ce dernier, elle n'apporte pas d'éléments spécifiques sur son regard et sa compréhension du fonctionnement familial. C'est ainsi que se dessine le contenu de la présente étude où, nous explorerons davantage dans les prochains chapitres la perception de l'enfant ayant un TDAH sur les relations familiales.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude clinique est de mieux comprendre le vécu émotionnel des enfants présentant un TDAH au sein de leur famille en évaluant leur perception des relations familiales et du fonctionnement familial telles qu'elles sont intériorisées par l'enfant.

Cette recherche de type qualitative prendra la forme d'une étude psychodiagnostique de cas multiples afin de décrire les différences ou les similitudes entre les représentations de soi, du fonctionnement familial et des différents sous-systèmes de six enfants présentant un TDAH provenant de familles biparentales (origine et recomposée).

Cette étude permettra également de mettre en relation les caractéristiques de l'enfant, de sa famille avec la perception de l'enfant sur les relations familiales et le fonctionnement familial. De manière plus générale, la perception se définit comme étant « un ensemble des mécanismes par lesquels l'organisme prend connaissance du monde et de son environnement sur la base des informations élaborées par les sens » (Bloch, 1997, p. 898). Dans le *Dictionnaire de Psychologie* (Doron et Parot, 2007), les auteurs mentionnent que la perception (des faits psychologiques interpersonnels) correspond à la « manière dont l'individu explique, par des facteurs dispositionnels (internes) ou situationnels (externes), les événements dont il est l'acteur ou l'observateur » (p. 530). Ainsi, « le sujet est l'expert de l'expérience, qui lui est tout à fait subjective et unique, à partir de laquelle il recherche et fait sens » (Méthot, 2009, p. 13). Les représentations mentales découlent de nos perceptions. En effet, « les représentations sont des modèles intériorisés que le sujet construit de son environnement et de ses actions sur cet environnement » (Bloch & Tamisier, 1999, p. 799). L'individu se sert de ces modèles comme source d'information ainsi que pour réguler et planifier ses conduites. L'ensemble de ces processus permet également à l'individu de se donner une connaissance de lui-même; en d'autres termes, de ce qu'il perçoit de lui-même.

Ainsi, afin de répondre à l'objectif principal de cette étude clinique, c'est-à-dire de mieux comprendre le vécu émotionnel des enfants ayant un TDAH au sein de leur famille, l'approche qualitative s'imposait d'elle-même. En effet, la recherche qualitative se base sur la réalité construite par l'individu. Les chercheurs qualitatifs sont intéressés à comprendre comment les individus donnent un sens à leur monde et à leurs expériences (Merriam, 1998). Merriam (1998) mentionne que l'étude de cas est généralement utilisée pour comprendre le sens et les détails du vécu des personnes impliquées tel que perçu par ces derniers. L'étude de cas permet donc d'investiguer un phénomène contemporain dans son contexte réel particulièrement lorsque les frontières entre le phénomène et son contexte ne sont pas clairement définies (Yin, 2003). En plus de répondre à ces critères, la rareté des sujets et le fait que ce thème a été peu étudié jusqu'à maintenant justifiaient le choix d'utiliser l'étude de cas comme stratégie de recherche. L'intention de cette étude psychodiagnostique à cas multiples est globale, c'est-à-dire qu'elle tentera de décrire, d'interpréter, d'analyser et de critiquer afin d'illustrer la complexité du phénomène à l'étude, d'examiner ses patterns et mettre l'accent sur le traitement holistique du phénomène. Les études de cas ne permettent pas de grandes généralisations mais il est possible de mettre en lumière certaines tendances existant entre les sujets.

La présente étude tentera donc d'examiner la perception des enfants atteints du TDAH sur la cohésion et la hiérarchie au sein de leur famille ainsi que sur le fonctionnement global de la famille. Les enfants de cette étude perçoivent-ils la présence de cohésion et de hiérarchie dans leurs relations familiales? Le fonctionnement familial est-il, à leurs yeux, équilibré ou dysfonctionnel? La perception des relations familiales de ces enfants soulève-t-elle d'autres caractéristiques liées aux enjeux relationnels dans la famille?

Pertinence

Compte tenu du peu de connaissances acquises dans ce domaine jusqu'à maintenant, ce projet permettra d'élargir ce champ de connaissances sur le TDAH. Il permettra également d'atteindre une meilleure compréhension du monde émotionnel et expérientiel de l'enfant, et ce, selon sa propre perception. Aussi, une mise en place d'interventions plus adaptées selon les conceptions que l'enfant atteint du TDAH a de lui-même et de sa famille sera possible.

Methode

Cette section de la thèse fait référence à la méthode employée dans cette étude clinique qui a été réalisée sur plusieurs années. Premièrement, la chercheuse a eu le souci de faire une pré-expérimentation afin de vérifier sa méthode et la pertinence des instruments choisis. Cette étape indispensable à la réalisation de ce projet sera donc présentée en premier lieu. Par la suite, le déroulement, le recrutement, la description des participants ainsi que les instruments de mesure utilisés seront également présentés.

Pré-expérimentation

Au printemps et à l'été 2005, une pré-expérimentation a été réalisée afin de vérifier les conditions, les modalités d'évaluation ainsi que les critères de sélection des participants pour la réalisation de ce projet. À ce moment, les enfants ont été sélectionnés grâce à l'aide d'une psychologue de la Commission Scolaire des Hautes-Rivières de la région du Richelieu, après avoir obtenu le consentement des directions des écoles. Cette psychologue devait repérer, dans les écoles, les enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH et prenant une médication psychostimulante durant les heures de classe. De préférence, ces derniers devaient avoir été évalués, au niveau psychologique, par cette psychologue. À cette étape, 25 enfants (20 garçons dont un couple de jumeaux identiques et 5 filles) ayant un diagnostic de TDAH ont été sélectionnés. Par la suite, la psychologue scolaire a téléphoné aux parents de ces enfants afin de leur présenter le projet. Parmi ces 25 familles, sept parents ont refusé de participer à la recherche. Une entente avec les autres parents a été prise concernant le fait qu'ils recevraient une demande d'autorisation pour communiquer les renseignements à la chercheuse qu'ils devaient signer et retourner à l'école. Après réception de ce formulaire, la chercheuse a pris connaissance des dossiers psychologiques des enfants. Parmi ces derniers, trois enfants semblaient présenter un TDAH – type inattention prédominante. Étant donné que la chercheuse souhaitait cibler les enfants ayant un diagnostic TDAH de type mixte ou hyperactivité-impulsivité prédominante, ces derniers ont été exclus de cette étude clinique.

Des 15 cas d'enfants susceptibles de participer à la recherche clinique, huit mères, dont une de jumeaux, donc de neuf enfants ont été contactées par téléphone (au hasard). Lors du premier contact téléphonique, deux mères ont mentionné que leur enfant n'avait finalement jamais reçu le diagnostic médical du TDAH et ne prenait pas de médication. Ainsi, seulement six mères ont été rencontrées afin de réaliser la première étape de cette étude (présentation du projet, signature du consentement, *entrevue semi-structurée concernant le développement de l'enfant* et un questionnaire sur les comportements de l'enfant, le *Conners*). Le temps consacré à cette rencontre varie entre 1 heure et 1 heure 30 minutes, selon la collaboration du parent. Les évaluations auront été réalisées sur une période de quelques mois (24/08/05 au 11/11/05). Lors de cette étape, la chercheuse a remarqué différentes lacunes à son entrevue structurée sur le développement de l'enfant. Ainsi, plusieurs modifications ont dû être apportées à cette dernière permettant ainsi d'obtenir une standardisation de l'entrevue. Par exemple, des questions concernant l'historique du diagnostic du TDAH ont été ajoutées (qu'est-ce qui a fait que vous avez décidé de consulter pour votre enfant? Quels services avez-vous reçus pour votre enfant et votre famille suite au diagnostic? Etc.). De plus, d'autres questions ouvertes ont été ajoutées concernant le fonctionnement familial selon le point de vue des parents telles que « De manière générale, comment décririez-vous votre famille? Ou Pouvez-vous décrire une scène typique de votre famille? Etc.»

Après, la deuxième étape a débuté. À l'époque, en raison de la période des vacances estivales, seulement cinq enfants ont pu être rencontrés. Cependant, il est à noter que les deux autres enfants ont pu être relancés au moment de l'expérimentation car ils répondaient aux critères de sélection de la chercheuse suite à la pré-expérimentation. L'évaluation des enfants lors de la pré-expérimentation a permis à la chercheuse d'apporter certaines modifications dans la passation de l'instrument *Évaluation du système familial (FAST)* telles que la simplification des consignes, de l'enquête et l'ajout d'images pour identifier l'expression de chacun des

personnages. Par exemple, dans la version originale du *FAST*, la deuxième personne du pluriel (Vous) est utilisée lors des consignes. La chercheuse a décidé d'utiliser un langage plus commun au Québec avec des enfants en employant la deuxième personne du singulier (Tu). Ensuite, certaines questions de l'enquête ont été également modifiées afin qu'elles soient plus faciles à comprendre pour l'enfant. Ceci permettait d'extraire plus d'informations sur la situation représentée par l'enfant. La question 1 de la représentation typique « *Est-ce que cette représentation correspond à une situation réelle? Si oui, laquelle?* » a été remplacée par « *Demander à l'enfant de décrire la situation qu'il a représentée (qui est présent? qu'est-ce qui se passe? Si elle correspond à une situation réelle)* ». Par la suite, en plus de demander que signifie la direction des regards de chacune des figurines, la chercheuse a choisi d'ajouter des pictogrammes afin que l'enfant puisse facilement identifier l'émotion exprimée par chacun des personnages impliqués dans la situation qu'il a choisi de représenter.

La pré-expérimentation a également permis d'identifier des critères de sélection plus spécifiques concernant la structure familiale. En effet, lors de ces démarches, il a été possible de constater que dans les familles de type monoparental, il est difficile d'évaluer le fonctionnement familial à l'aide du *FAST* avec des critères d'évaluation équivalents à ceux des familles biparentales d'origine ou recomposées. En effet, le *FAST* permet d'évaluer le fonctionnement familial à trois niveaux (familial, sous-système parental et sous-système fratrie) selon deux principaux concepts, la cohésion et la hiérarchie de la famille, et ce, lors de trois situations (typique, idéale et conflictuelle). Étant donné qu'il n'y a pas de dyade parentale (sous-système parent) et que l'autorité parentale repose seulement sur un adulte dans la famille de type monoparental, on ne peut pas évaluer les relations et le fonctionnement de ce sous-système impliqué tel qu'évalué dans les familles biparentales. Dans l'optique de mieux connaître la perception de l'enfant sur le fonctionnement de sa famille, il est intéressant de prendre en compte sa vision personnelle sur le sous-système parental et de comparer ses représentations d'une

situation à l'autre (typique, idéale, conflictuelle), donc la décision de réduire les critères de sélection des participants en considérant la structure familiale s'est donc imposée à la chercheuse.

Ainsi, seules les familles biparentales, qu'elles soient d'origine ou recomposées, pourront faire partie de la présente étude et par le fait même, la chercheuse obtiendra des critères d'évaluation équivalents entre les enfants. De plus, il est à considérer que ces catégories (biparentale d'origine et recomposée) sont représentatives de la population québécoise. En effet, en 2001, les familles avec conjoint regroupent près de 77.4 % des familles avec enfants au Québec comparativement à 22.5 % pour les familles monoparentales. Parmi les familles avec conjoint, 42.5 % ont des enfants âgés entre 5 et 14 ans (Institut de la statistique, 2003) Cependant, il est à noter que le taux de famille biparentale diminue grandement lorsque l'on considère seulement les familles avec un enfant atteint du TDAH. En effet, tel que mentionné précédemment, il y a jusqu'à trois fois plus de séparations dans les familles ayant un enfant présentant un TDAH (Brown & Pacini, 1989; Fischer, 1990).

Déroulement

Afin d'obtenir le consentement libre et éclairé des participants, l'évaluatrice a pris environ une dizaine de minutes lors de la première rencontre avec les parents pour leur présenter et leur expliquer les différents aspects du formulaire (Appendice A). On parle ici :

- de l'objectif du projet → mieux connaître le vécu des enfants atteints du Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité au sein de leur famille dans le but d'améliorer le soutien et les interventions auprès des familles;
- du déroulement des rencontres avec eux et avec leur enfant;
- de l'utilisation et de la confidentialité des données amassées;

- des bénéfices retirés (peu au plan personnel mais plus importants au niveau de l'avancement des connaissances dans ce domaine);
- de la participation volontaire;
- de la possibilité de refuser et de se retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur;
- des recours possibles en cas de plainte éthique.

Toutes les considérations éthiques ont été respectées lors du déroulement de cette étude clinique (certificat d'éthique, consentement libre et éclairé des participants, confidentialité des données, etc.). Ce projet de recherche a donc été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-05-99-06.05 a été émis le 24 mai 2005 ainsi qu'une prolongation durant l'été 2008.

Recrutement

Le recrutement des sujets s'est échelonné sur plusieurs mois, c'est-à-dire entre l'automne 2005 et l'automne 2008. Durant ces années d'expérimentation, plusieurs démarches ont été réalisées pour solliciter les psychologues des milieux scolaires et de la pratique privée à participer à la recherche. En effet, le projet de recherche a été présenté à plusieurs d'entre eux lors de leurs réunions mensuelles ou par contacts téléphoniques ou par courriels. Ceux ayant démontrés un certain intérêt ont été relancés à plusieurs reprises afin de vérifier s'ils n'avaient pas des familles correspondant aux participants recherchés. Le recrutement s'est déroulé de la même manière que lors de la pré-expérimentation, c'est-à-dire que le psychologue devait repérer, dans ses écoles, les enfants répondant aux critères de sélection des participants de la recherche. Par la suite, le psychologue téléphonait aux parents de ces enfants afin de leur présenter le projet. Les parents souhaitant participer à la recherche recevaient une demande d'autorisation à communiquer les renseignements à la chercheuse qu'ils devaient signer et

retourner au psychologue. Après réception de ce formulaire, la chercheuse prenait connaissance du dossier psychologique de l'enfant et contactait les parents afin de prévoir les rencontres nécessaires à l'expérimentation.

Finalement, les principales difficultés rencontrées s'avèrent être celles reliées au recrutement des participants. Dans un premier temps, la spécificité du critère de sélection concernant la bi-parentalité de la famille de l'enfant cible ont rendu cette tâche beaucoup plus ardue que prévu. En effet, tel que mentionné ci-haut, les familles d'enfants présentant un TDAH vivent de nombreux conflits et se séparent généralement plus souvent que les familles d'enfants sans problème. Ainsi, il a été très laborieux pour la chercheuse de trouver des familles répondants à ce critère. De plus, la collaboration avec les milieux tant scolaires que privés a aussi été difficile principalement en raison du manque de temps et de la surcharge de travail des psychologues œuvrant dans ces milieux. Ainsi, le nombre de participant à la recherche est un *nombre de convenance* étant donné les difficultés de recrutement.

Participants

La recherche clinique a été réalisée avec six enfants (N=6) âgés entre neuf et onze ans ayant un diagnostic de Trouble déficitaire de l'attention de type mixte ou hyperactivité-impulsivité prédominante. Tous prennent une médication de type psychostimulant (Ritalin® ou Concerta®) comme traitement du TDAH.

Parmi ces enfants, il y avait cinq garçons et une fille provenant de familles biparentales d'origine (trois enfants) et de familles recomposées (trois autres enfants) avec au moins un frère ou une sœur. Il est à noter que les enfants cibles (TDAH) vivent tous dans leur famille d'origine mais que celle-ci est considérée comme étant recomposée car un (ou plusieurs) membre(s) de la fratrie provient(nent) d'une union antérieure d'un des deux parents.

Ces familles résident toutes dans la province de Québec mais proviennent de régions différentes : deux familles sont de la Montérégie, trois sont de la Mauricie et une famille est de la Capitale-Nationale. Le revenu familial varie entre 25 000 \$ à 45 000\$ et plus.

Instruments de mesure

Dans cette étude clinique à cas multiple, la collecte des données s'est réalisée à l'aide de différents instruments. Dans un premier temps, les parents participant à la recherche sont rencontrés par la chercheuse pour une entrevue structurée (inspirée du *Questionnaire sur l'enfant, son développement et son environnement* de Bissonnette, adapté par Gaudreault, 2005) et doivent ensuite répondre au questionnaire *Conners* (CPRS-R :L) (Conners, 1997/2000). Les tests suivants sont administrés aux enfants : le *Dessin de la famille* (Corman, 1964; Morgenstern, 1937) et l'Évaluation du système familial - *FAST* (Gerhing, & Debry, 1995). Par la suite, les données obtenues à ces différents instruments seront interprétées et recueillies dans un rapport d'évaluation. Ce dernier permettra à la chercheuse de trianguler les différentes sources d'informations, d'analyser et de décrire la situation de chacun des enfants pour ensuite en arriver à retirer des convergences ou des divergences inter-sujets.

Entrevue structurée sur l'enfant, son développement et son environnement

L'entrevue structurée (Gaudreault, 2005, Appendice A) est inspirée d'un questionnaire utilisé par Bissonnette en 2004 afin d'organiser l'entrevue avec les parents et de recenser les principaux éléments de l'histoire développementale de l'enfant et de sa famille. En effet, cette entrevue permet de recueillir des informations générales concernant le sexe, l'âge de l'enfant, de la mère, du père et des membres de la fratrie, le type de structure familiale (famille biparentale d'origine ou recomposée), les conditions socio-économiques de la famille, les antécédents familiaux, l'histoire développementale de l'enfant, etc.

Des questions plus spécifiques sur l'hyperactivité sont posées concernant la date et le motif de consultation pour l'enfant, les professionnels rencontrés, etc. Ensuite, des questions ouvertes abordent davantage la perception des parents sur les comportements de leur enfant, la description de leur relation avec ce dernier ainsi que les relations familiales en général. Finalement, afin de mieux connaître le fonctionnement familial et les attitudes parentales, des questions sur le nombre d'heures par semaine passées avec l'enfant, les pratiques éducatives (punitions et récompenses) sont également posées aux parents de l'enfant cible.

La durée de passation de ce questionnaire varie entre 40 minutes et une heure selon la collaboration des parents. Il doit être administré, de préférence, aux deux parents de l'enfant. Une interprétation qualitative des données de ce questionnaire est réalisée afin de faire ressortir les principales caractéristiques familiales de l'échantillon et de mettre en lumière l'impact des différents événements de la vie de l'enfant sur la perception qu'il a de lui-même et de sa famille.

Conners

Le questionnaire utilisé dans cette recherche – l'Échelle d'évaluation *Conners* pour le parent-révisée : version longue (CPRS-R :L; Conners, 1997/2000) – est rempli par le ou les parents selon la perception qu'ils ont de leur enfant lorsque celui-ci *n'est pas sous médication*. Ce questionnaire permet de connaître l'intensité des symptômes associés aux TDAH selon la perception des parents. L'utilisation de cet instrument permet également d'identifier si l'enfant cible répond, en partie, aux critères diagnostiques du TDAH. Le temps d'administration de ce questionnaire est d'environ 15 minutes. Il comporte 80 items sur les comportements de l'enfant de trois à 17 ans. C'est une échelle de type Likert où le parent doit évaluer chaque item selon quatre degrés d'intensité représentés par des valeurs de 0 (pas du tout) à 3 (énormément). Le questionnaire est composé de 14 échelles au total comprenant 7 *sous-échelles* spécifiques aux symptômes de l'enfant :

- oppositionnel (10 items);
- problème cognitifs/inattention (12 items);
- hyperactivité (9 items);
- gêne/anxiété (8 items);
- perfectionnisme (7 items);
- problèmes sociaux (5 items);
- psychosomatique (6 items);

et 7 échelles totales :

- Index *Conners'* de Déficit d'attention- hyperactivité (12 items);
- Index Global *Conners'* (IGC) : Total (10 items) comprenant deux dimensions :
 - IGC : Agité/impulsif (7 items) et
 - IGC : Labilité émotionnelle (3 items)
- DSM-IV : Total (18 items) comprenant également deux échelles DSM-IV :
 - Inattentif (9 items);
 - Hyperactivité-impulsif (9 items).

Lors de la cotation, il faut, dans un premier temps, inscrire les scores encadrés par le répondant pour chaque item dans les cases correspondantes à l'intérieur du questionnaire. Un nombre prédéterminé d'items définit chacune des sous-échelles et échelles totales. La somme obtenue (score brut) pour chacune d'entre elles doit être transformée en *score T*. Par la suite, ces *scores-T* permettent d'établir un profil de l'enfant selon son âge.

Afin qu'une échelle soit considérée comme significative, l'enfant doit au moins atteindre un *score T* de 65. Pour émettre l'hypothèse d'un Trouble de déficit d'attention/hyperactivité, l'enfant doit donc obtenir un score supérieur à 65 à l'échelle *Index Conners DA-H*.

La version révisée de ce questionnaire inclut également des items directement liés aux critères du DSM-IV pour ce trouble. Ces derniers sont identifiés par des flèches qui doivent être cochées lorsque le répondant a encadré le degré d'intensité « énormément » (cote 3). Ces sous-échelles suggèrent un diagnostic possible selon le DSM-IV lorsque l'enfant atteint un seuil de six critères sur neuf (zone rouge).

Le *Conners* est le questionnaire le plus souvent utilisé au niveau de la clinique et de la recherche dans le domaine du Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité en raison, entre autres, de ses bonnes propriétés psychométriques. Les coefficients de cohérence interne sont hautement satisfaisants ($r = .73$ à $.94$) tandis que ceux concernant la fidélité test-retest (intervalle de six à huit semaines) varient de moyen à hautement satisfaisants ($r = .47$ à $.85$, $p < .05$) selon les sous-échelles. En ce qui concerne la validité factorielle, les corrélations varient de faible à moyenne pour les sept sous-échelles. La moyenne des inter-corrélations des garçons est $.34$ et celle des filles est $.32$.

Dessin de la famille

Ce test graphique est administré aux enfants participant à la recherche car il permet de faire une analyse plus approfondie des relations familiales telles qu'elles sont intériorisées par l'enfant (Corman, 1964; Morgenstern, 1937). Il est reconnu que le dessin est un moyen d'expression naturel et universel propre à l'être humain (Royer, 1995). Le jeune enfant, par curiosité, souhaite faire l'expérience de manipuler un crayon, car il a vu un adulte ou une personne de son entourage le faire. Il comprend rapidement que son geste laisse une trace et lui donne l'impression de posséder un certain « pouvoir » sur les objets. Par la suite, les gribouillis deviendront des coups de crayon plus précis qui évolueront vers des œuvres graphiques empreintes d'intentions et d'affects (Royer, 1995). Ayant parfois peu de mots pour exprimer son vécu, le dessin donne l'occasion à l'enfant d'exprimer et d'extérioriser sa vie intérieure. Dans ce

protocole de recherche, l'emploi du dessin contribue d'abord à établir plus facilement un lien de confiance car la situation d'évaluation commencera avec une situation connue.

Donc, dans l'objectif de mieux connaître les perceptions de l'enfant sur les relations familiales, la décision de demander au sujet un dessin s'est prescrite par elle-même. Le test du *Dessin de la famille* donne des indices graphiques et relationnels qui permettent de mieux saisir le vécu de l'enfant dans sa famille. Comment imagine-t-il sa place dans la famille? Quelles sont les caractéristiques qu'il attribue à chacun des membres de la famille? Quelle est son image de la réalité familiale? Quelles personnes ont des liens plus étroits entre elles? À quelle personne s'identifie-t-il? Etc. On peut également se servir d'indicateurs de valorisation ou de dévalorisation des personnages comme, par exemple, la taille et les détails (du visage, des vêtements, des bijoux, etc.) des personnages afin de mieux connaître la perception de l'enfant sur les membres de sa famille.

Le matériel utilisé pour cette épreuve est une feuille blanche, un crayon de bois et des crayons de couleurs (12). L'utilisation de règle n'est pas permise. Le temps de réalisation pour cette épreuve peut être très variable (généralement entre cinq et 15 minutes). Lors de l'administration de ce test, il est important de s'assurer d'un bon climat affectif où l'individu peut s'exprimer. Il faut prendre le temps de bien préparer l'épreuve et de l'expliquer au sujet. La feuille doit être placée à l'horizontale et la consigne donnée à l'enfant est « Dessine ta famille » et l'évaluateur doit répondre par « Comme tu veux » à toutes les questions éventuelles de l'enfant. Toutefois, il peut arriver qu'après lui avoir donné les directives, l'enfant refuse de dessiner en affirmant qu'il n'est pas capable, qu'il n'est pas bon dessinateur. Il est important de le motiver en lui mentionnant que ce n'est pas un concours de dessin, mais bien une tâche nous permettant de mieux le connaître, le comprendre.

Toutes les observations par rapport à la réalisation du dessin telles que le temps de latence, le temps de réalisation, la latéralisation, le sens de la feuille respecté ou non, la constitution de la famille, l'ordre des éléments dessinés, les verbalisations pendant la passation, l'observation du comportement non-verbal du dessinateur doivent être notés sur une feuille à part (voir Appendice B). Ensuite, lorsque l'enfant a terminé sa production, les questions suivantes lui sont posées : Qui est le plus gentil dans cette famille? Qui est le moins gentil de cette famille? Qui est le plus heureux dans cette famille? Qui est le moins heureux dans cette famille? Qui aimerais-tu être dans cette famille? Et pourquoi?

La cotation du dessin se fait à l'aide de différents concepts tirés de la grille élaborée par Jourdan-Ionescu et Lachance (2000). Lors de l'interprétation des dessins, les premiers éléments à considérer sont de type formel tels que l'apparence globale du dessin, la séquence, le tracé, les détails, etc. Par la suite, il faut regarder les éléments du contenu qui sont : 1) la correspondance au réel, 2) la présence des détails essentiels ainsi que leurs proportions et 3) les détails ajoutés (appropriés ou pas). Enfin, il est important d'observer l'impression générale et clinique du dessin (dimension affective du dessin).

Plusieurs études réalisées à l'aide de ce test révèlent une sensibilité liée à l'âge et au sexe (Abate, 1994; Dubuc & Dudek, 1994; O'Brien & Patton, 1974). En ce qui concerne sa validité, elle a été démontrée à l'aide de différentes techniques. Shaw (1990) et Lieberman (1992) sont des auteurs qui ont montré la validité du *Dessin de la famille en Action* en le comparant à certaines méthodes objectives (*Semantic Differential Family Scale*, *Family Environnement Scale*, *Parental Bonding Instrument*). Cependant, il est à noter que lorsque les éléments du dessin sont analysés de manière isolée, il est plus difficile d'établir une validité. La fidélité du test a été démontrée par différents auteurs (Conant, 1989; Morval, 1974). Selon le système de cotation, la fidélité inter-

juge peut être très élevée. La fidélité test-retest, quant à elle, semble avoir des résultats moins constants en lien avec les changements d'humeur du dessinateur.

L'évaluation du système familial (FAST)

Élaboré par Gerhing et Debry (1995), cet instrument permet d'évaluer le système familial selon la perception de l'enfant. Le *FAST* est une technique de placement de figurines tridimensionnelles sur une surface pré-établie qui permet d'évaluer, tant au niveau quantitatif que qualitatif, de manière individuelle ou en groupe, les perceptions des structures relationnelles familiales, et ce, dans différentes situations.

Ce test est fondé sur la théorie systémique et structurale des familles. Contrairement aux méthodes classiques, cette technique de placement de figurines fournit une représentation spatiale des relations familiales permettant une analyse des perceptions individuelles et collectives des structures familiales, mais également une observation standardisée des interactions. Il permettra donc d'obtenir la perception des enfants de l'étude sur la structure relationnelle au sein de la famille, du couple parental et des membres de la fratrie et ce, de manière simple et économique. Ce test peut être appliqué à des enfants d'âge préscolaire et scolaire avec une plus grande facilité que les questionnaires. Le *FAST* a été construit avec deux objectifs : 1) décrire les problèmes psychosociaux en termes systémiques, 2) faciliter la planification, la réalisation et l'évaluation des interventions thérapeutiques. Ainsi, cet instrument aidera à mettre en lumière les enjeux relationnels au sein de la famille selon le point de vue de l'enfant. Il permettra également d'établir des objectifs de travail à considérer lors des interventions auprès de la famille. Il répond donc à l'objectif principal de cette étude clinique d'évaluer la perception des enfants sur leurs relations familiales et le fonctionnement familial tels qu'intériorisés par ces derniers.

Le matériel, quant à lui, comprend :

- un damier carré monochrome (45 cm X 45 cm) divisé en 9 rangées et 9 colonnes (81 cases de 5 cm X 5 cm chacune) que l'on localise selon les coordonnées de 1/1 à 9/9;
- six figurines masculines et six féminines de huit cm de hauteur et sur lesquelles un visage est dessiné (yeux et bouche);
- 3 couples de figurines de couleurs (orange, violette et vert).
 - *Il est à noter que ces figurines ne seront pas utilisées dans le cadre de cette recherche étant donné le nombre limité de figurines pour chacune des couleurs pouvant complexifier la tâche de représentation de l'enfant. De plus, les auteurs du FAST transmettent peu d'informations concernant leur interprétation.*
- et 18 blocs cylindriques en bois en trois hauteurs différentes (1,5 cm, 3 cm, 4,5 cm). Une représentation familiale à l'aide du matériel du FAST est illustrée dans la Figure 1.

Le temps d'administration de ce test est d'environ 20 minutes. Les deux dimensions prises en compte dans cet instrument sont la *cohésion* et la *hiérarchie* de la famille et de ses sous-systèmes (parental et fratrie). Lors de la passation, le sujet est invité à représenter les relations familiales selon sa perception, et ce, dans trois contextes familiaux différents : 1) les relations habituelles (Représentation typique), 2) comment il voudrait qu'elles soient (Représentation idéale) et 3) en situation de conflit (Représentation conflictuelle). Afin de montrer au participant comment s'illustre la *cohésion* avec le FAST, l'expérimentateur doit placer sur le damier deux figurines et expliquer que la distance entre elles démontre à quel point elles s'entendent bien ou

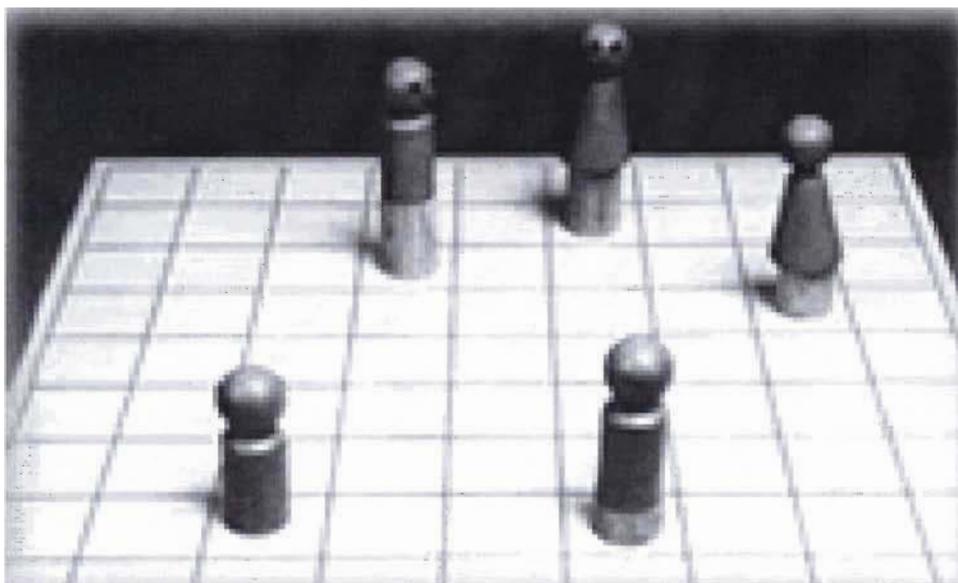


Figure.1. Le FAST (Gehring, 2006, Document récupéré le 13 janvier 2006 sur <http://www.fast-test.com/>).

non. L'expérimentateur s'assure également que le sujet a bien compris qu'il peut utiliser toutes les cases du damier et que les coordonnées sont sans importance. La seule chose qui importe est la distance entre les figurines. Par la suite, en utilisant les blocs de différentes grandeurs pour élever les figures, l'expérimentateur explique comment représenter la *hiérarchie* entre les membres de la famille.

Après, le participant peut commencer la tâche en faisant la représentation typique de sa famille. Lorsque le sujet a terminé cette étape et qu'il ne désire plus y apporter de modifications, l'expérimentateur doit identifier lequel des membres de la famille est représenté par chacune des figurines et transcrire les informations sur le formulaire. Ensuite, une entrevue concernant la représentation typique est réalisé avec le sujet et comprend des questions telles que « Parle-moi de la situation que tu as représentée? Comment se sentent chacun des membres de la famille dans cette situation? Etc. » (Appendice C). Cette même procédure est reproduite avec le participant pour les représentations idéale et conflictuelle.

En ce qui concerne la cotation et l'interprétation du *FAST*, la *cohésion* et la *hiérarchie*, dans la famille et dans les sous-systèmes, sont évaluées selon trois catégories : **faible, moyenne et élevée**. La *cohésion* s'évalue par la distance entre les figurines sur la planche. Afin de distinguer le niveau de *cohésion familiale*, on utilise comme système de référence un carré de 3 X 3 cases. Si toutes les figurines se trouvent dans le carré, on considère que le niveau de *cohésion* est **moyen ou élevé**. Si une figurine se trouve à l'extérieur, la *cohésion* est alors cotée comme **faible**. La procédure de cotation pour la *cohésion des sous-systèmes familiaux* est la suivante : lorsque les figures parentales se trouvent dans des cases directement adjacentes, la *cohésion* est alors **supérieure**; si elles se retrouvent dans des cases voisines selon la diagonale, la *cohésion* est **moyenne** tandis que lorsque les figurines ne se touchent par aucun côté, la *cohésion* est dite **faible**. Les sous-systèmes fratrie sont cotés selon les mêmes critères que la dyade parentale. On observe une **coalition intergénérationnelle** lorsque la cohésion est plus grande entre les dyades parents-enfants que dans la dyade parentale.

La *hiérarchie* est évaluée selon la différence de hauteur entre les figurines placées sur la planche. Au niveau familial, la *hiérarchie* est calculée par la différence entre le pouvoir attribué aux parents dans le sous-système parental et le pouvoir attribué aux enfants dans le sous-système fratrie. Si dans ces deux sous-systèmes les figurines n'ont pas la même hauteur, on calcule la différence entre la moins haute d'entre elles (parent le moins puissant) et la plus haute (enfant le plus puissant). Un **haut** niveau de *hiérarchie* équivaut à une différence égale à trois petits blocs ou plus tandis qu'un **moyen** niveau de *hiérarchie* correspond à une différence égale à un ou deux petits blocs. Lorsqu'il n'y a pas de différence de hauteur entre les figurines, on note alors un **faible** niveau de *hiérarchie familiale*. On peut également observer une **hiérarchie renversée** qui se cote lorsqu'un enfant a plus de puissance/pouvoir qu'un des parents. La

hiérarchie du sous-système parental et du sous-système fratrie est cotée avec les mêmes critères qu'au niveau familial.

Une classification des types de structures relationnelles peut être également notée en combinant la *cohésion* et la *hiérarchie*. On distingue alors trois groupes de relations qui sont équilibrée (E), instable (In) et non équilibrée (Ne) (Tableau 1).

Des études réalisées entre 1985 et 1988 par Gehring et ses collaborateurs de l'Université de Stanford (Californie) ont évalué les qualités psychométriques du *FAST* sur un échantillon de 598 répondants non-cliniques (48 % de filles, 52 % garçons) issus de familles appartenant à la classe moyenne et comptant de trois à six membres (Gehring & Debry, 1995). Des parents, des enfants (âge moyen 11,5 ans), des adolescents et des étudiants universitaires ont participé à cette recherche dans des proportions respectives de 29 %, 41 %, 22 % et 8 %. L'indépendance de la *cohésion* et de la *hiérarchie* a été démontrée par des analyses corrélationnelles ($r = .001$ à $.017$). Gehring et Feldman (1988) ont vérifié la fidélité test-retest sur les représentations au *FAST* de 165 enfants et adolescents âgés entre 9 à 12 ans. L'instrument a fait preuve de stabilité dans le temps pour un intervalle d'une semaine ($r = .62$ *cohésion* et $r = .72$ *hiérarchie*). De plus, ils ont utilisé la validité convergente comme critère de validité externe qu'ils ont établie à l'aide du *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale-FACE-III* (Olson, Portner, & Bell, 1982) ($r = .47$ *cohésion*; $r = .21$ *hiérarchie*) et du *Family Environment Scale-FES* (Moos & Moos, 1974) ($r = .49$ *cohésion*; $r = .27$ *hiérarchie*).

Tableau 1

Classification des types de structures familiales

HIÉRARCHIE	Élevée	Ne	In	Ne
	Moyenne	In	E	E
	Faible	Ne	In	Ne
		Faible	Moyenne	Élevée
COHÉSION				

Les rapports d'évaluation

À la suite des rencontres avec les parents et l'enfant cible, un rapport de type psychologique a été rédigé afin de recenser les résultats obtenus aux différents instruments (*entrevue structurée, Conners, Dessin de la famille et FAST*). Une interprétation a également été réalisée pour certains instruments tels que le *Conners*, le *Dessin de la famille* et le *FAST*. Un tableau synthèse des résultats par instruments est également présenté à la fin du rapport. Ce dernier comporte sept sections :

➤ *Description de l'enfant et de sa famille*

Cette première section présente les caractéristiques principales de l'enfant et de sa famille; c'est-à-dire l'âge de l'enfant, son rang dans la famille et son niveau scolaire, l'âge et l'occupation des parents, les caractéristiques des membres de la fratrie et le niveau socio-économique de la famille. Un génogramme est également présenté afin de mieux visualiser la structure familiale.

➤ *Historique du diagnostic*

Cette section présente l'histoire liée au Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. L'âge où l'enfant a reçu le diagnostic, le motif de référence, les résultats de l'évaluation psychologique au niveau cognitif, comportemental et affectif (s'il y a lieu) et les services que la famille a reçus après le diagnostic de TDAH sont ici présentés.

➤ *Histoire développementale de l'enfant*

Les principales particularités de l'anamnèse sont exposées dans cette section. Les informations concernant le développement pré- et périnatal, de la petite enfance, les conditions de santé de l'enfant, les antécédents familiaux et les événements importants ont été recueillies lors de l'entrevue avec les parents.

➤ *Description des relations de l'enfant cible avec son environnement selon le point de vue des parents*

Dans cette partie du rapport, un portrait des caractéristiques de chacun des membres de la famille et les relations entre eux-ci sont décrits. De plus, une brève description du temps passé par l'enfant cible avec ses parents et du style d'encadrement que ces derniers lui offrent est présentée.

➤ *Conners*

Les résultats au questionnaire *Conners* rempli par les parents de l'enfant sont décrits ainsi qu'une interprétation de ces derniers en lien avec le TDAH.

➤ *Perception des relations familiales selon l'enfant cible*

La sixième section comprend tout ce qui concerne l'évaluation de la perception de l'enfant sur les relations au sein de sa famille. Elle se divise en deux points : *Dessin de la famille* et le

FAST. Premièrement, les observations lors de la réalisation du dessin, l'interprétation des caractéristiques de la représentation et de l'enquête du *Dessin de la famille* sont présentées. En plus de la chercheuse, la cotation et l'interprétation du *Dessin de la famille* ont été validées par deux psychologues cliniciennes d'expérience (C.J-I. et É.C.) et ayant une riche expertise auprès des enfants afin d'obtenir un consensus sur l'interprétation des dessins. Par la suite, les résultats tant quantitatifs que qualitatifs (enquête) obtenus au *FAST* lors de la représentation typique, idéale et conflictuelle sont également exposés.

➤ *Tableau synthèse*

Finalement, un tableau synthèse des données significatives aux différents instruments est présenté. Dans ce tableau, la chercheuse a tenté de faire ressortir les éléments importants du rapport d'évaluation. Premièrement, on retrouve dans la section de *l'Identification de l'enfant et de sa famille*, la constitution de la famille comprenant l'âge et le niveau de scolarité de chacun des membres de la famille, la stabilité du couple parental, le type de famille et la qualité du niveau socio-économique. Ensuite, la section sur *l'Histoire du diagnostic* de l'enfant permet de voir rapidement quel type de diagnostic l'enfant a reçu, les principales difficultés ou déficits rencontrés en bas âge chez ce dernier et l'efficacité du traitement. La section *Anamnèse* présente les éléments significatifs selon les facteurs de risque ou de protection associés au développement du TDAH ou de difficultés affectives chez les enfants. Par exemple, les facteurs prénataux (par exemple : stress, consommation d'alcool ou de cigarettes, santé pauvre de la mère, etc.), l'adaptation des parents après l'accouchement, le développement de l'enfant, son tempérament, des événements importants, les antécédents familiaux, etc. (Barkley, 1990; Brandau & Pretis, 2004; Goldstein et al., 1998; Rief, 2005). Par la suite, la section *Observation de l'enfant* présente les éléments observés lors de l'entrevue avec l'enfant dans la prise de contact avec celui-ci et la perception des parents sur les comportements de l'enfant en lien avec les résultats au *Conners* et leur correspondance avec le diagnostic TDAH. Les deux dernières

sections présentent les résultats significatifs de l'interprétation du *Dessin de la famille* et du *FAST*.

Analyse des études de cas

Les rapports d'évaluation de chacun des enfants ont par la suite été analysés par la chercheuse afin d'en faire ressortir les éléments importants ainsi qu'une compréhension clinique de la réalité de chacun des enfants. La chercheuse est avant tout une psychologue clinicienne spécialisée en enfance, ce qui lui permettait d'analyser les données obtenues sous un angle clinique. À l'aide du rapport d'étude de cas et du tableau synthèse des données de chacun des enfants, la chercheuse a tenté de mettre en relation l'histoire développementale de l'enfant, les caractéristiques individuelles de ce dernier ainsi que la perception qu'il a de lui-même et des relations familiales obtenues à l'aide du *Dessin de la famille* et du *FAST*. Par exemple, est-ce que l'histoire développementale permet de constater des caractéristiques ou des facteurs de risque liés au TDAH? Est-ce que la présence d'indices graphiques d'insécurité ou de méfiance s'explique, en partie, par un lien d'attachement entre les parents et l'enfant qui a été compromis par des événements stressants ou par des caractéristiques liés à l'enfant ou aux parents en bas âge? Si oui, quel est son impact dans la perception que l'enfant a des relations familiales? Est-ce que les caractéristiques individuelles de l'enfant telles que ses capacités intellectuelles ou ses difficultés de langage, par exemple, peuvent avoir influencé son développement, sa compréhension du monde et même l'établissement du diagnostic TDAH? Est-ce que les résultats obtenus au *FAST* aux niveaux de la représentation typique, idéale et conflictuelle s'inscrivent dans des enjeux développementaux actuels pour l'enfant tels la prise d'autonomie, le besoin d'individuation, etc.? Ou peuvent-ils être associés à d'autres types d'enjeux affectifs ou relationnels liés à leur vécu particulier? Quels sont les liens possibles entre la perception que l'enfant a des relations familiales, de la cohésion et de la hiérarchie dans la famille avec son histoire développementale et l'établissement du TDAH? Etc. C'est ce type de question qui a

orienté la chercheuse dans l'analyse des études de cas et a permis à cette dernière d'obtenir une compréhension clinique du vécu expérientiel de chaque enfant.

De plus, les rapports et la compréhension clinique de chacun des cas ont également été validés par une autre psychologue clinicienne d'expérience (C.J.-I.) travaillant depuis de nombreuses années auprès des enfants. Ainsi, un consensus a pu être obtenu sur l'interprétation clinique des études de cas à l'aide de cette psychologue. Les synthèses cliniques de ces études de cas sont présentées dans les *Résultats*. Malheureusement, la participation des parents et de l'enfant dans la validation des rapports synthèse n'a pas pu être obtenue pour les six enfants. En effet, suite à l'évaluation auprès de l'enfant et de sa famille, une rencontre de remise de résultats a été offerte aux parents. Cependant, peu de parents ont souhaité l'obtenir. Seules trois familles ont été rencontrées suite à l'évaluation. Les principaux résultats leur ont été remis. Ces parents étaient entièrement d'accord avec les résultats obtenus. Ils reconnaissaient leur enfant et leur famille dans les propos de l'évaluatrice. Ils ont également souhaité obtenir des recommandations pour améliorer leurs relations avec l'enfant cible et leurs relations familiales. De plus, au cours de ces mêmes remises de résultats, l'enfant cible a également été rencontré pour valider les résultats de l'évaluation. En général, les enfants étaient aussi en accord avec les éléments présentés de la compréhension clinique de leur perception des relations familiales. Les rapports synthèse n'ont pu être validés par les trois autres familles n'ayant jamais répondu aux messages téléphoniques laissés par la chercheuse pour la remise des résultats.

Ensuite, à partir des résultats obtenus lors des études de cas, la chercheuse a tenté de faire ressortir les convergences et divergences inter-sujets au niveau des caractéristiques des enfants et de leurs familles, du *Dessin de la famille* et du *FAST*. Ceci a permis d'établir des points en commun entre les sujets non pas dans le but d'obtenir des généralisations étant donné le petit nombre de sujets mais plutôt dans l'optique d'aller au-delà de l'analyse individuelle afin de vérifier

si des convergences pouvaient ressortir. Cette vision plus globale permettra de mettre en lumière des indices auxquels les cliniciens devront porter une attention plus particulière au moment de l'évaluation et lors de la mise en place d'intervention auprès de ces enfants.

Il est à noter qu'une grille de cotation pour le *Dessin de la famille*, inspirée de celle de Jourdan-Ionescu et Lachance (2000), a été réalisée afin de coter chacun des dessins selon des critères précis dans le but d'évaluer l'équilibre affectif de l'enfant et sa satisfaction dans les relations familiales. La chercheuse a fait un premier jet de cette grille avec les éléments qu'elle jugeait pertinents pour évaluer l'équilibre affectif et la satisfaction dans les relations familiales tels que *dessin relativement centré, distribution régulière des personnages, attitude positive devant la tâche, etc.* Par la suite, cette grille a été validée par deux psychologues cliniciennes (C.J-I. et É.C). C'est-à-dire que ces dernières ont examiné la grille, ont confirmé la pertinence des critères proposés et suggéré d'autres critères afin d'obtenir une grille plus objective de l'évaluation de l'équilibre affectif et de la satisfaction des relations familiales.

La chercheuse a alors coté chacun des dessins selon les différents critères en notant leur présence ou non dans le dessin de l'enfant. Par la suite, les dessins ont également été cotés par un autre psychologue clinicien (S.R.), (Appendice D). Les résultats de chacune des cotations ont été comparés afin de vérifier leur concordance. En général, les résultats du psychologue et de la chercheuse coïncidaient sauf pour quelques éléments. Par exemple, les traits de certaines caractéristiques des personnages tels que la bouche, les yeux ou le nez d'un ou deux dessins. Suite à une discussion sur leur perception et leur critère de cotation, les deux cotateurs en sont arrivés à un consensus quasi parfait des résultats.

De plus, une catégorisation des caractéristiques graphiques du *Dessin de la famille* a été réalisée. Par la suite, la chercheuse a établi des critères parmi ceux du *Dessin de la famille*

pouvant être reliés à la *cohésion* et à la *hiérarchie* dans la famille. La *cohésion familiale* s'observe par la représentation de tous les membres de la famille, d'une distance raisonnable (proximité) entre les personnages, d'un partage d'activités, d'un signe d'appartenance et des verbalisations positives lors de l'enquête concernant la famille. La *hiérarchie*, quant à elle, se définit par la présence de différences générationnelles, sexuelles et de verbalisations indiquant qu'un adulte adopte un rôle parental.

En ce qui concerne les résultats au *FAST*, les convergences et divergences entre les sujets ont également été relevées à l'aide des études de cas. Toutefois, une analyse thématique sera également effectuée concernant les résultats obtenus lors de l'enquête des différentes représentations (typique, idéale et conflictuelle) à l'aide de la compréhension clinique et du tableau synthèse de chacun des enfants.

Résultats

Compréhension clinique des études de cas

Le cas d'Émile (enfant 1)

Émile est un jeune garçon de sept ans et est en deuxième année du primaire. Il est l'aîné d'une famille de trois enfants. Il habite présentement avec sa mère (38 ans, maîtrise), son père (40 ans, baccalauréat), sa sœur (3 ans ½) et son frère (2 ans) dans une maison unifamiliale (12 pièces) en milieu urbain. Les parents d'Émile sont mariés depuis près de 13 ans mais forment un couple depuis au moins 20 ans.

À la lumière du rapport d'étude de cas présenté à l'Appendice E, il est possible de mieux comprendre le vécu et la perception d'Émile au sein de sa famille. D'abord, le *Dessin de la famille* permet d'observer qu'Émile est un garçon présentant une *certaine immaturité affective* et une *insécurité* qui influencent non seulement ses relations avec les membres de sa famille mais également celles avec son environnement. En effet, les indices graphiques du *Dessin de la famille* d'Émile démontrent que ce garçon a tendance à être *méfiant, rigide et agressif envers les autres*. Ces aspects de sa personnalité ont probablement été influencés par son vécu affectif en lien avec ses expériences relationnelles et les événements stressants.

Effectivement, il est possible de constater que *l'établissement du lien d'attachement* entre Émile et ses parents a probablement été plus long étant donné les difficultés rencontrées par ces derniers au cours des premiers mois de vie de l'enfant. Par exemple, *les tensions élevées dans le couple, le tempérament de l'enfant* (pleurs, cris, sommeil léger, etc.), *difficultés d'allaitement, une hospitalisation impliquant une séparation et une crainte* (angoisse) *de perdre l'enfant*, etc. Par la suite, les caractéristiques d'Émile (*tempérament*) ont continué d'influencer son développement et ses relations. La mère de l'enfant a eu des difficultés à concilier la famille et le

travail lorsque son fils avait trois ans. Elle a consulté un psychologue car elle se sentait épuisée (*épuisement de la mère*). À cette époque, elle était moins disponible pour son enfant qui a toujours demandé beaucoup d'attention.

De plus, l'entrée à la garderie a également été difficile pour Émile qui était très impulsif, agité, opposant, etc. Les intervenants du service de garde ne savaient pas comment agir et encadrer Émile. Ils se sentaient démunis et peu outillés devant les comportements de cet enfant. Émile a également vécu du rejet de ses pairs qui ne voulaient pas jouer avec lui en raison de son agressivité et de son imprévisibilité. Ainsi, *Émile n'a pas pu faire facilement confiance à l'environnement et à se sentir en sécurité, ceci explique, en partie, sa méfiance et son insécurité observable encore aujourd'hui*. Les difficultés qu'Émile a rencontrées en milieu de garde et lors de l'entrée à l'école s'inscrivent également dans les événements de vie ayant influencé le développement de la personnalité d'Émile et qui aujourd'hui le rendent plus *méfiant, agressif, insécure et rigide* face aux demandes de l'environnement.

Dans l'histoire développementale d'Émile, il a été possible de constater la présence de plusieurs caractéristiques confirmant l'existence d'un TDAH chez l'enfant en lien avec une étiologie davantage neurologique. En effet, dès sa naissance, Émile semblait avoir un *tempérament plus difficile* que les autres enfants. *Il demandait beaucoup d'attention, faisait des crises sans raison apparente, était sensible aux sons et à la lumière, semblait difficile à décoder et avait des sautes d'humeur*. En vieillissant, Émile a continué à présenter *plusieurs comportements d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité*. De plus, les résultats au *Connors* lors de l'évaluation du TDAH confirment également l'existence chez Émile de plusieurs difficultés comportementales, et ce, tant à l'école qu'à la maison. Dans ce même ordre d'idées, les nombreux effets bénéfiques et quasi immédiats de la *médication* chez Émile témoignent également de la présence de déficits au niveau neurologique.

Toutefois, il est possible d'observer que la perception qu'Émile a de la dynamique familiale peut également influencer son développement affectif et sa personnalité en lien avec son Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. Au départ, Émile est plutôt défensif concernant le thème de la famille, il se dévoile peu. Au niveau du quotidien, il semble qu'Émile soit relativement satisfait des relations familiales. Il perçoit la structure familiale comme équilibrée, il semble apprécier passer du temps en famille et plus particulièrement avec son père. Par contre, on observe qu'Émile a une toute autre perception de la *cohésion* du couple *parental* et de la *cohésion* de la *fratrie* qui sont plutôt **faibles**. De plus, on note également des *coalitions intergénérationnelles* (mère-fille, père-fils) suggérant des *frontières intergénérationnelles* plutôt **floues**. Cependant, ceci peut s'expliquer par le fait qu'Émile a choisi de montrer un moment agréable passé en famille où il se sent bien et où il s'identifie davantage à son père. En effet, on note des indices démontrant qu'Émile a le désir de se rapprocher de son père, ce qui peut être en lien avec la période de développement qu'il traverse présentement. Il ressent un besoin d'identification à la figure paternelle et de reconnaissance par cette dernière. La mise à distance de la mère dans la situation représentée peut s'expliquer par le besoin d'Émile de s'éloigner de la figure maternelle attirante et par le fait même angoissant. Sa petite sœur est éloignée en raison de la rivalité fraternelle qu'Émile entretient auprès de cette dernière.

La *hiérarchie* du sous-système *parental*, quant à elle, est **faible** selon Émile. Émile perçoit une répartition égale du pouvoir entre ses parents qui soutient un modèle relationnel davantage égalitaire entre les hommes et les femmes. Cependant, une rivalité fraternelle importante existe entre sa sœur et lui. Émile est agacé par sa sœur qui parfois devient envahissante. Toutefois, le sous-système *fratrie* est **moyennement hiérarchisé** puisqu'Émile considère avoir un peu plus de pouvoir que sa sœur dans la famille en raison de sa *différence d'âge avec cette dernière* et de son *désir d'être reconnu*.

D'un point de vue idéal, on observe qu'Émile aimerait que *la proximité* (la cohésion) entre les membres de la famille soit **plus grande** favorisant ainsi un espace plus défini entre chaque individu. Il semble qu'Émile ait besoin de frontières relationnelles mieux définies au sein de la famille, et ce, particulièrement au niveau de la fratrie. Émile semble aimer mieux se retrouver seul dans ses affaires, faire des choses qu'il aime que d'être en relation avec les autres membres de la famille. Ce comportement démontre la difficulté d'Émile d'être en relation avec d'autres personnes. De plus, cela lui permet également d'avoir un sentiment de contrôle plus élevé sur son environnement et sur ses relations, ce qui peut être rassurant. Par contre, on observe également qu'il aimerait que la *hiérarchie* dans la famille soit moins **grande**. Il aimerait avoir plus de pouvoir de décision dans la famille. Il se met au même niveau que sa mère, ainsi les *frontières intergénérationnelles deviennent plus imprécises*. Par contre, il diminue le pouvoir de son père dans la famille confirmant qu'Émile souhaite être davantage reconnu comme un grand. Ainsi, les relations familiales idéales se trouvent à être *moins équilibrées et moins hiérarchisées* que dans les relations typiques.

Les conflits qui sont les plus préoccupants pour Émile sont ceux entre les membres de la fratrie, plus précisément entre sa sœur et lui, en raison d'une trop grande proximité entre eux. La *cohésion* du sous-système *fratrie* est **très élevée** tandis que la *hiérarchie* est **faible**, ce qui semble être en partie la cause du conflit. La situation représentée par Émile illustre, une fois de plus, son besoin d'avoir un espace bien à lui. C'est le manque de limite de sa sœur qui fait qu'il la repousse et qu'un conflit éclate entre eux. À ce moment, c'est seulement la mère qui intervient pour régler le conflit. L'absence du père est à questionner dans cette représentation. Est-il tout simplement absent lors des conflits ou n'a-t-il aucun rôle à jouer dans l'établissement des limites dans l'encadrement de ses enfants, et ce, selon le point de vue d'Émile? Les relations familiales conflictuelles sont considérées par Émile comme étant *équilibrées*. Ceci porte à croire que dans ce type de situation, Émile considère *l'encadrement et la structure de la famille comme étant*

adéquats. Cependant, les conflits semblent nourrir chez Émile une *perception de soi négative* car il arrive difficilement à contrôler ses réactions. Tel que mentionné précédemment, Émile reconnaît dans ces moments un *rôle important à sa mère* dans la résolution du conflit et dans l'établissement des limites. Finalement, certains éléments liés à des enjeux œdipiens ont été observés dans les différentes représentations d'Émile.

Le cas de Sabine (enfant 2)

Sabine est une jeune fille de neuf ans et est en troisième année du primaire. Elle est l'aînée d'une famille de deux enfants. Elle habite présentement avec sa mère (36 ans, secondaire V), son père (40 ans, secondaire IV) et son frère (7 ans) dans une maison en milieu urbain. Les parents de Sabine sont mariés depuis près de 16 ans mais ils forment un couple depuis au moins 20 ans.

À la lumière du rapport d'étude de cas présenté à l'Appendice F, il est possible de mieux comprendre le vécu et la perception de Sabine des relations au sein de sa famille. Premièrement, il est à noter que Sabine est une jeune fille présentant *certaines limites intellectuelles et une insécurité* qui influencent non seulement ses relations avec les membres de sa famille mais également celles avec son environnement. En effet, Sabine semble avoir de la *difficulté à entrer en relation avec les autres*. Elle est *timide et réservée*. Les indices graphiques du *Dessin de la famille* indiquent que Sabine a tendance à *être méfiante, à être rigide ou en contrôle et à avoir une énergie non orientée vers son entourage*. Ces aspects de sa personnalité ont probablement été influencés par son vécu affectif en lien avec ses expériences relationnelles et les événements stressants.

Sabine est née à 36 semaines. C'est-à-dire quelques semaines avant la date prévue pour les 40 semaines de gestation. Elle n'est pas considérée comme un bébé prématuré. Cependant, elle

a dû passer quelques jours dans un incubateur après sa naissance. Des données sont manquantes concernant les raisons qui ont motivé les médecins à faire ce choix. Il est donc impossible d'affirmer que Sabine a subi une souffrance à la naissance qui aurait influencé son développement neurologique ultérieur. Toutefois, il est possible d'émettre l'hypothèse que la prise de contact entre Sabine et ses parents a été influencée par cette séparation. Les parents de Sabine n'ont pas eu le même privilège que d'autres parents de prendre soin de leur bébé dès les premiers jours influençant, par le fait même, l'établissement du lien d'attachement.

Ensuite, il a été possible d'observer que la mère de Sabine avait une *attitude surprotectrice* lorsque cette dernière était en bas âge, attitude pouvant être mise en lien avec le vécu des premiers jours. Elle était constamment auprès de sa fille et elles ont vécu très peu de séparations avant l'entrée à la pré-maternelle. Cette séparation semble avoir été angoissante pour l'enfant qui était très réticente à aller à la pré-maternelle et avait besoin d'être rassurée par ses parents. Ces manifestations *d'insécurité* et *d'anxiété* semblent être toujours présentes aujourd'hui chez Sabine. Lors de séparations, elle demande d'être enlacée par ses parents plusieurs fois avant de partir. Les résultats obtenus à l'aide du questionnaire *Connors* vont également dans le même sens (les échelles *géné-anxieux* et *psychosomatisations* obtiennent des scores de difficulté significative de **niveau sévère**).

De plus, il est possible de constater que Sabine présente certaines *limites cognitives qui peuvent avoir un impact au niveau de sa compréhension des événements*. Ainsi, elle peut avoir plus de difficultés que les enfants de son âge à faire des liens entre différents éléments et à résoudre des problèmes. Sa perception des situations en est donc affectée. Le fait de ne pas toujours bien comprendre les questions ou les événements peut influencer et augmenter le niveau d'anxiété de Sabine. Alors, elle semble opter davantage pour des comportements d'inhibition puisqu'elle a peu confiance en ses capacités et craint de faire des erreurs. Présentant

un certain niveau d'anxiété, Sabine est donc moins disponible aux apprentissages en classe, ses capacités d'attention et de concentration sont donc amoindries.

En plus des difficultés liées à sa naissance et de l'aspect héréditaire, il semble que Sabine ait eu des modèles parentaux qui ont également influencé son développement. Les parents de la fillette ont clairement mentionné que Sabine avait plusieurs points en commun avec eux, qui expliquent, en partie, son tempérament. En effet, tant le père que la mère se disent *impatiens* et ayant un *caractère fort*. Donc, il est plausible que Sabine ait grandi dans un environnement où, parfois, les réactions de ses parents étaient imprévisibles ou impulsives en raison de leur tempérament et de leur humeur variable. Il semble que Sabine ait eu des modèles de résolution de conflits parfois peu efficaces et qu'elle ait copié certains de ces comportements. Ces éléments ont probablement contribué à nourrir un certain niveau d'insécurité chez elle.

Ainsi, l'histoire développementale de Sabine ne permet pas d'identifier facilement des caractéristiques confirmant l'existence d'un TDAH de type mixte chez l'enfant. En effet, Sabine ne semble pas avoir présenté en bas âge de comportements perturbateurs. Elle était un bébé facile et calme selon les parents. Ensuite, il a été possible d'observer que les résultats au questionnaire « maison » sur les comportements d'inattention et d'hyperactivité rempli seulement par l'enseignante au moment de l'évaluation donnaient peu d'indices concernant l'hyperactivité mais plusieurs concernant les critères d'inattention.

Dans ce même ordre d'idée, *l'effet de la médication* semble minime au niveau des capacités d'attention et de concentration de Sabine et ne semble pas avoir d'impacts aux niveaux des capacités d'apprentissages de l'enfant. De plus, Sabine a un *fonctionnement intellectuel homogène inférieur* à celui des enfants de son âge influençant sa capacité à analyser et à comprendre les informations données en classe. Les apprentissages sont alors plus ardues pour

Sabine générant de l'anxiété et affectant par le fait même ses capacités de concentration, d'attention et d'organisation en classe.

Cependant, il est à noter que des *facteurs psychosociaux* tels que les *modèles parentaux* (*impatience, imprévisibilité, humeur variable des parents*) en lien avec la *composante génétique* au niveau du *tempérament* et la *surprotection de la mère* pouvant être liée à la *naissance précoce* et la *séparation mère-enfant* après la naissance (incubateur) soient des circonstances de vie ayant influencé le développement de la personnalité de Sabine. En effet, ils semblent avoir alimenté l'*anxiété* chez elle qui aujourd'hui la rend plus *insécure, réservée, méfiante, rigide* ou *en contrôle* et *ayant peu d'énergie orientée vers son entourage*. Ainsi, il se peut que Sabine se sente seulement en confiance dans son environnement familial où elle a plusieurs repères et elle peut ainsi davantage se permettre d'être plus agitée et d'humeur plus variable (labilité émotionnelle).

En général, au niveau familial, il a été possible d'observer qu'au quotidien Sabine perçoit les relations au sein de sa famille comme étant moins satisfaisantes car elles sont généralement *non équilibrées*, et ce, à travers les différents sous-systèmes. Selon Sabine, le lien d'attachement (cohésion) entre les membres de la famille semble être **élevé** mais la répartition du pouvoir (hiérarchie) est **faible** dans la famille. Malgré une ambiance familiale qui semble chaleureuse et où le respect des choix de chacun semble régner, les limites entre les différents sous-systèmes sont **floues**. Étant donné la présence, dans le *Dessin de la famille*, de certains indices d'enjeux œdipiens chez Sabine (*peu de différence générationnelle, crainte de la castration, désir de rapprochement avec son père, ambivalence entre le désir d'identification et la rivalité à la mère*), il est possible d'émettre l'hypothèse que la distribution égale du pouvoir entre les différents personnages soit une *projection du désir de Sabine d'être considérée et reconnue comme une grande* au sein de sa famille. Considérant la présence d'éléments œdipiens chez Sabine, des frontières **floues** peuvent nuire à la résolution de ces enjeux chez la fillette la mettant plus à

risque de développer des difficultés psychologiques telles de l'anxiété, de l'angoisse de séparation, une faible estime d'elle-même, de la culpabilité, etc. Par le fait même, lorsque les frontières sont imprécises entre les différents sous-systèmes, elles sont l'indice de dysfonctionnement familial et possiblement d'un manque de limites et d'encadrement des parents au quotidien. Ainsi, elles peuvent générer de l'insécurité chez les enfants.

D'un point de vue idéal, on observe que Sabine représente une situation semblable à celle des relations typiques où la *cohésion* entre les membres est **élevée**. Par contre, dans cette représentation, Sabine accorde plus de pouvoir aux enfants qu'aux parents illustrant ainsi une **hiérarchie renversée**. Il semble, qu'une fois de plus, Sabine souhaite avoir *plus de pouvoir de décision* dans la famille et ainsi être considérée *comme une grande* au sein de sa famille. Cependant, il est à noter que la représentation idéale de Sabine illustre une scène de jeu familial où les parents peuvent, en effet, accorder plus de privilège et de pouvoir à leur enfant afin de leur faire plaisir. Ensuite, on note également la présence d'un *désir de rapprochement à son père*. Sabine positionne les figurines en dyade. Elle forme une équipe avec son père et son frère en forme une autre avec sa mère.

Il a été possible de constater que la dynamique familiale semble plus saine en situation de conflit selon la perception de l'enfant. En effet, Sabine représente un conflit entre les parents et les enfants où les parents retrouvent leur pouvoir et interviennent de manière satisfaisante selon la fillette. Ils semblent mettre des limites claires et des conséquences aux comportements de leurs enfants. La *cohésion familiale* devient alors **faible** et les relations familiales sont **moyennement hiérarchiques**. Lors de conflits, la structure relationnelle est donc **instable**. Il n'existe plus de hiérarchie renversée. Les parents ont plus de pouvoir que les enfants. Ils semblent mettre des limites claires et des conséquences aux comportements de leurs enfants. À la suite du conflit, Sabine présente ses excuses à ses parents pour ses mauvais comportements.

Parfois, il est possible que ce soit ses parents qui fassent le retour auprès des enfants pour connaître et comprendre pourquoi ils ont agi ainsi. *Sabine semble vivre de la culpabilité et elle est la seule de sa famille à se sentir triste lors d'une telle situation.*

Le cas de Frédéric (enfant 3)

Frédéric est un jeune garçon de 11 ans et il est en cinquième année du primaire. Il est le benjamin d'une famille de deux enfants. Il habite présentement avec sa mère (47 ans, secondaire III), son père (46 ans, DEP) et son frère (17 ans, secondaire IV) dans une maison unifamiliale en milieu urbain. Les parents de Frédéric sont mariés depuis près de 20 ans.

À la lumière du rapport d'étude de cas présenté à l'Appendice G, il est possible de mieux comprendre le vécu et la perception de Frédéric des relations familiales. D'abord, le *Dessin de la famille* permet d'observer que Frédéric est un garçon présentant une certaine *immaturité affective* et *une insécurité* qui influencent non seulement ses relations avec les membres de sa famille mais également celles avec son environnement. Les indices graphiques du *Dessin de la famille* indiquent que Frédéric a tendance à être *méfiant, rigide, insécure* et *sensible à la critique*. Ces aspects de sa personnalité ont probablement été influencés par son vécu affectif en lien avec ses expériences relationnelles et les événements stressants.

En effet, tout au long de sa petite enfance, Frédéric a toujours été en présence de sa mère. Cette dernière mentionnait qu'elle a pu se consacrer entièrement au benjamin puisque l'aîné entrait à l'école à l'époque. En dehors des relations avec son grand frère, Frédéric semble n'avoir eu que très peu de contacts avec d'autres enfants avant l'âge de cinq ans. Étant donné leur différence d'âge, les deux frères n'étaient pas dans les mêmes enjeux développementaux. Cela peut expliquer, en partie, la rivalité et les conflits qui persistent dans la fratrie aujourd'hui. En effet, la mère de l'enfant a mentionné que Frédéric provoquait sans cesse son grand frère

lorsqu'il était plus jeune. En fait, il ne semblait pas savoir comment entrer en relation avec son frère. Il était plutôt *envahissant dans ses contacts* et ne savait pas quand s'arrêter. Les caractéristiques de Frédéric (*tempérament impulsif, agité et sensible*) sont également à considérer dans son développement et dans l'établissement de ses relations. De plus, les contacts limités avec l'environnement extérieur peuvent avoir également influencé les *capacités d'adaptation* de Frédéric lors de son entrée en garderie.

Par la suite, la mère de Frédéric nomme franchement qu'elle avait de la *difficulté à mettre des limites claires à ses enfants*, qu'elle en laissait passer lorsque son conjoint n'était pas présent. Il est alors possible d'émettre l'hypothèse que, dans sa petite enfance, Frédéric a grandi dans un *environnement instable, où l'encadrement était variable et avec peu de limites claires*. Cela nourrit généralement un *sentiment d'insécurité* chez les enfants influençant le développement de leur attachement. Ainsi, il semble que Frédéric n'ait pu faire facilement confiance à son environnement, cela explique, en partie, sa *méfiance* et son *insécurité observables* encore aujourd'hui. De plus, présentant déjà des caractéristiques (insécurité, manque de limites dans ses relations) au niveau des enjeux d'attachement, lorsque Frédéric a dû être séparé de sa mère pour aller en garderie, cela a suscité une angoisse importante chez lui. Il a donc réagi et est devenu *plus agressif dans ses relations*.

Dans l'histoire développementale de Frédéric, il a été possible de constater la présence de plusieurs caractéristiques confirmant l'existence d'un TDAH chez l'enfant en lien avec une étiologie multifactorielle. Malgré le fait que Frédéric ait été un bébé facile et calme, il a présenté dès son jeune âge des comportements perturbateurs. En effet, la mère de Frédéric présente le *tempérament* de son fils comme étant *variable*. C'est-à-dire qu'il est soit calme ou soit agité et impulsif. De plus, les résultats au *Conners* au moment de l'évaluation du TDAH confirment l'existence de difficultés comportementales chez Frédéric, et ce, davantage à l'école. Cependant,

il est à noter que la mère de Frédéric semble avoir toujours minimisé les difficultés de son fils à la maison. Ceci explique que les résultats au questionnaire peuvent avoir été affectés. En effet, seules les échelles *d'hyperactivité* et *d'hyperactivité-impulsivité* selon les critères DSM-IV s'avèrent *légèrement* significatives. Dans ce même ordre d'idée, les nombreux effets bénéfiques et quasi immédiats de la *médication* chez Frédéric témoignent également de la présence de déficits au niveau neurologique.

Cependant, il est à noter que des *facteurs psychosociaux* semblent avoir également influencé le développement d'un TDAH et la présence d'*insécurité* chez Frédéric en lien avec l'existence de défis au niveau de l'attachement. Effectivement, comme il a été possible d'observer dans le rapport d'étude de cas *l'instabilité du milieu familial, les colères du père, les difficultés d'encadrement et d'établissement de limites claires et cohérentes des parents, l'entrée difficile à la garderie et à l'école* s'inscrivent également dans les événements de vie ayant influencé le développement de la personnalité de Frédéric ainsi que la présence de symptômes du TDAH chez lui. Ces événements semblent rendre Frédéric plus *méfiant, insécure, rigide* et *ayant des sentiments d'inadéquations* devant les demandes de l'environnement.

Toutefois, il est possible d'observer que la perception qu'a Frédéric de la dynamique familiale peut également avoir influencé son développement affectif et sa personnalité. Au départ, Frédéric est plutôt défensif concernant le thème de la famille et semble ambivalent à dévoiler sa vraie perception des relations familiales au quotidien. Après quelques minutes, il annule sa première représentation démontrant qu'ils ont peu de relations et d'échanges entre eux. Cela étant trop douloureux à reconnaître pour l'enfant, il choisit alors d'enjoliver la situation et de représenter un bon moment passé en famille (idéalisation des relations). Ainsi, il est possible de croire que Frédéric n'est pas entièrement satisfait des relations au sein de sa famille, et ce, malgré le fait qu'il représente la structure familiale comme *équilibrée*. Il semble avoir tendance à minimiser la

situation afin de présenter une image plus positive des relations familiales. Cependant, Frédéric reconnaît le rôle hiérarchique et éducatif de ses parents. Lors de sa représentation idéale, il augmente la *cohésion* de la famille et maintient la *hiérarchie*.

Par contre, on observe que Frédéric a une toute autre perception de la *hiérarchie* au niveau de la *fratrie* qui se retrouve à être plutôt **faible**. Toutefois, étant donnée la différence d'âge entre Frédéric et son frère, il se pourrait que cela ne reflète pas la réalité. En effet, son frère ayant 17 ans, il est fort probable qu'il ait plus de pouvoir dans la famille. Cela peut expliquer le fait que Frédéric ait projeté son désir d'être égal à son grand frère dans la famille.

D'un point de vue idéal, on observe que Frédéric reproduit un schéma semblable aux relations typiques. Il aimerait que la *proximité (la cohésion) soit plus importante entre les membres de la famille*. Il semble que Frédéric ait *besoin que le lien d'attachement soit encore plus étroit afin de créer davantage de moments de communication entre eux*. On observe que la *hiérarchie* reste semblable. Ainsi, il semble que Frédéric *respecte le lien hiérarchique* dans la famille dont il a besoin sauf pour la fratrie où il aimerait une fois de plus avoir le même pouvoir que son frère.

Du point de vue de Frédéric, les relations conflictuelles sont provoquées par un conflit entre le père et les enfants. Frédéric se souvient de conflits importants lorsqu'il était en bas âge (5-6 ans) avec son père. Ce dernier devenait très en colère lorsque ses enfants ne l'écoutaient pas. Frédéric mentionne que son père « *pétait sa coche* » et finissait par partir de la maison. Il est à considérer que ces informations n'ont pu être validées par les parents. Cependant, il semble que ce type de situation se produit encore aujourd'hui. Il est clair que ces événements ont également influencé le développement affectif de Frédéric. Ainsi, il est possible de faire le constat que *les crises de colère du père s'inscrivent également dans un environnement instable et imprévisible*.

De plus, selon les souvenirs de Frédéric, ces premiers événements se sont produits parallèlement à son entrée à l'école. En conséquence, nous envisageons l'hypothèse que ces événements aient contribué à augmenter le *sentiment d'insécurité* et *d'anxiété* de Frédéric, qui pouvait difficilement faire confiance à son environnement.

Lors des conflits, la *cohésion* familiale, parentale et de la fratrie est **faible**. La *hiérarchie* familiale et parentale sont, quant à elles, **moyennement** hiérarchisées alors que celle de la fratrie reste **faible**. C'est la *mère* des enfants *qui a un peu plus de pouvoir* et *qui intervient pour régler le conflit parent-enfant*. De plus, on note que les parents ne font aucun retour sur la situation de conflits avec les enfants, les laissant probablement dans une impasse et dans l'attente que le temps arrange les choses. Les relations familiales conflictuelles sont donc considérées par Frédéric comme étant **instables**. Cela porte à croire que *ce type de situation génère chez Frédéric de l'anxiété* et, par le fait même, nourrisse son insécurité et sa culpabilité puisqu'il ne connaît pas la suite des événements, les conséquences ou l'évolution du conflit, comme par exemple, à quel moment et dans quel état son père va revenir à la maison. Est-ce qu'il va être encore en colère contre eux? Finalement, on observe également que Frédéric ressent de la culpabilité suite aux événements et souhaite changer ses comportements la prochaine fois que cette situation se produira. Cela a probablement des impacts sur *sa perception de lui-même, sa confiance en lui, sa capacité à résoudre les conflits* ainsi que son *rapport à l'autorité*.

Le cas d'Alix (enfant 4)

Alix est un jeune garçon de 9 ans qui débute la 4^e année du primaire au moment de l'évaluation. Il est le benjamin d'une famille recomposée de trois enfants. Alix habite présentement avec sa mère (39 ans, DEC), son père (38 ans, sec. IV), son demi-frère (17 ans) et sa sœur (13 ans) dans une maison unifamiliale en milieu urbain. Les parents d'Alix sont conjoints de fait depuis près de 15 ans. Le demi-frère d'Alix est né d'une union précédente du père. Il

habite avec eux, à temps plein, depuis seulement deux ans. Auparavant, le père avait la garde durant les vacances et une fin de semaine sur deux durant l'année scolaire.

À la lumière du rapport d'étude de cas présenté à l'Appendice H, il est possible de mieux comprendre le vécu et la perception d'Alix au sein de sa famille. Premièrement, le *Dessin de la famille* permet d'observer qu'Alix est un garçon présentant une certaine *immaturité affective* et *une sensibilité à son environnement* qui influencent non seulement ses relations avec les membres de sa famille, mais également celles avec son environnement.

En effet, les indices graphiques du *Dessin de la famille* indiquent qu'Alix a tendance à être *méfiant* et *rigide*, à *avoir une énergie peu orientée vers l'environnement* et un *grand désir de plaire*. Ces aspects de sa personnalité ont probablement été influencés par son vécu affectif en lien avec ses expériences relationnelles et les événements stressants. L'histoire développementale d'Alix ne permet pas d'identifier facilement des indices de la présence d'un TDAH chez l'enfant. En effet, tout au long de sa petite enfance, Alix n'a pas présenté de problème de comportements. Selon ses parents, il était quelque peu actif mais surtout curieux. Cependant, sa mère mentionne qu'il était un enfant plutôt paresseux, qu'il se fiait constamment à elle, et ce, malgré le fait qu'il avait la capacité de faire les choses par lui-même. Toutefois, elle mentionne aussi qu'elle a tendance à être « mère poule ». Ainsi, elle va souvent au devant de ses enfants.

Cependant, il est à noter que des *facteurs psychosociaux* semblent avoir influencé le développement affectif et de la personnalité d'Alix. Étant donné qu'il est le « bébé » de la famille, il est possible d'émettre l'hypothèse que *l'attitude d'Alix alimente et valide le rôle protecteur de sa mère et vice versa, la réponse de sa mère nourrit également le désir d'Alix de se faire prendre en charge. Ainsi, Alix aurait des gains à être moins autonome et dépendant de son environnement.*

En conséquence, lorsqu'il est entré à l'école, Alix n'était probablement pas assez autonome, mature et toujours dans la notion de plaisir immédiat, ne pouvant se conformer aux exigences du milieu scolaire. Cela explique, en partie, son agitation en classe ainsi que ses difficultés à s'organiser et à se sentir concerné par les règles. Étant peu disponible aux apprentissages, Alix a donc cumulé du retard. Cependant, certains indices cognitifs concernant la présence d'un TDAH ont été soulevés par le psychologue scolaire. Lors de l'évaluation psychologique, Alix a de la difficulté à maintenir un certain *niveau d'attention, de concentration* ainsi qu'à *exercer sa mémorisation* à court terme au niveau auditif. Au plan *verbal*, Alix a également une *faible capacité à exprimer sa compréhension*.

Toutefois, il est possible d'observer que la perception qu'a Alix de la dynamique familiale peut également avoir influencé son développement affectif et sa personnalité. Présentement, on remarque chez Alix *une certaine ambivalence devant le désir de grandir qui est associé, d'une part, à la phase développementale (latence) dans laquelle il se retrouve, et d'autre part, à la dynamique familiale*. Lors de l'évaluation, à l'aide du FAST, on observe qu'Alix est très sensible aux interactions entre ses parents et les membres de sa fratrie. Ces derniers se retrouvent dans une phase développementale bien différente de la sienne, l'adolescence. La principale caractéristique de cette période est le désir de différenciation de l'enfant avec ses parents. Ainsi, les interactions au sein de la famille semblent être plus conflictuelles depuis un certain temps et elles influencent l'attitude d'Alix. Malgré le fait qu'il démontre un désir de devenir grand et d'avoir les privilèges associés, *Alix se conforme davantage aux limites imposées par ses parents probablement pour éviter des conflits éventuels et parce qu'il est conscient de l'impact de ces derniers (rejet de son père et tensions dans la famille)*.

En général, Alix a la perception que les relations au sein de la famille sont **instables**. C'est-à-dire que la *cohésion*, le lien d'attachement entre les membres de la famille est de niveau **faible** et

que la répartition du pouvoir (hiérarchie) est **moyennement** hiérarchisée dans la famille. Par contre, on observe qu'Alix considère que ses parents ont une *cohésion élevée* entre eux mais aussi une *hiérarchie* également **élevée** où son père a plus de pouvoir que sa mère. En effet, il semble que ce soit le père d'Alix qui arrive à maintenir les limites auprès de ses enfants. En ce qui concerne le sous-système *fratrie*, la *cohésion* est **moyenne** tandis que la *hiérarchie* est **élevée**. Étant donné la différence d'âge entre Alix et sa fratrie (sœur et demi-frère), il est normal qu'ils aient plus de pouvoir dans la famille. Il semble qu'Alix ait une perception réaliste de la dynamique familiale.

D'un point de vue idéal, on observe qu'Alix reproduit un schéma très différent de celui des relations typiques. Il aimerait que *les membres de la famille soient plus près les uns des autres*. *En effet, il augmente la proximité (la cohésion) entre eux*. Il semble qu'Alix ait besoin que le lien d'attachement soit encore plus étroit afin de créer davantage de moments de communication entre eux et surtout moins de conflits. On observe une **hiérarchie renversée** où Alix s'attribue plus de pouvoir que ses parents, où les frontières deviennent plus **floues**. Au début, il se dit en colère contre ses parents. Ensuite, il dit vouloir ne pas être en conflit mais avoir un plus grand pouvoir de décision dans la famille.

Les relations conflictuelles, du point de vue d'Alix, sont provoquées par un conflit entre son père et son demi-frère. À ce moment, la *cohésion familiale* est **faible** ainsi que le sous-système *fratrie* tandis que le sous-système *parental* a un niveau de *cohésion moyen*. Le niveau de *hiérarchie familiale* est **moyen** tandis que celui du sous-système *parental* et de la *fratrie* sont **élevés**. La représentation conflictuelle d'Alix permet d'observer, au plan *familial*, que la structure relationnelle est **instable** ainsi que celle du sous-système *parental* tandis que celle du sous-système *fratrie* est **non équilibrée**. Cependant, on remarque que *la différence d'âge entre les enfants et la structure familiale (recomposée) influencent la gestion des conflits, la cohésion et la*

hiérarchie familiale. En effet, le noyau familial d'origine de l'enfant cible se retrouve très proche les uns des autres pendant que le demi-frère d'Alix est à l'écart. De plus, c'est seulement le père qui intervient auprès de l'aîné de la famille probablement parce que c'est son fils biologique. Ainsi, il est possible de croire qu'Alix est sensible à la colère de son père et au fait que son demi-frère doit partir de la maison quand il ne se comporte pas correctement. Ceci peut expliquer qu'Alix présente une certaine ambivalence dans son désir d'identification à une figure masculine. D'une part, par son désir d'identification à son père, il ne souhaite pas le mettre en colère et vivre un rejet éventuel. D'autre part, il manifeste également un désir d'identification à son grand frère qui a plus d'autonomie et de pouvoir décisionnel dans ce qu'il peut faire mais qui risque d'être rejeté. Enfin, ce type de situations influence également l'ambivalence d'Alix entre grandir ou rester petit.

Le cas de Pierrot (enfant 5)

Pierrot est un jeune garçon de 9 ans. Au moment de l'évaluation, il est en 3^e année du primaire dans une classe spéciale pour les troubles de comportement. Pierrot est le benjamin d'une famille recomposée de cinq enfants. Il habite présentement avec sa mère (51 ans, secondaire V), son père (50 ans, DEC), son demi-frère (19 ans) et sa demi-sœur (14 ans). Sa demi-sœur (18 ans), quant à elle, habite une semaine sur deux avec eux. L'aînée de la famille (28 ans), demi-sœur de Pierrot, n'habite pas avec eux. Cependant, elle a habité avec Pierrot jusqu'à qu'il ait trois ans. Les demi-sœurs et le demi-frère de Pierrot proviennent d'unions précédentes de ses deux parents. En effet, les deux aînés (demi-sœur, 28 ans et demi-frère, 19 ans) sont nés d'une union de la mère de Pierrot avec un autre homme. La demi-sœur de 18 ans est de la même mère mais pas du même père que les deux premiers enfants et que Pierrot. Finalement, la demi-sœur de 14 ans, quant à elle, provient d'une union précédente du père de Pierrot dont la femme est décédée lorsque l'adolescente était en bas âge. Ils habitent dans une

maison de type unifamilial en milieu urbain. Les parents de Pierrot sont conjoints de fait depuis près de 11 ans.

À la lumière du rapport d'étude de cas présenté à l'Appendice I, il nous est possible de mieux comprendre le vécu et la perception de Pierrot des relations au sein de sa famille. Premièrement, Pierrot est un garçon présentant une certaine *immaturité affective* et une *sensibilité à son environnement* qui influencent ses relations avec les membres de sa famille et celles avec son environnement. En effet, Pierrot a tendance à *être méfiant*, à *être insécure* et *anxieux*, à *se replier sur lui-même devant les obstacles* et à *vivre des sentiments d'inadéquation*. Ces aspects de sa personnalité ont probablement été influencés par son vécu affectif en lien avec ses expériences relationnelles et les événements stressants.

D'abord, la mère de Pierrot a rencontré certaines difficultés durant sa grossesse et à l'accouchement qui peuvent être considérés comme des facteurs de risque dans le développement de l'enfant. Elle a fait d'abord du *diabète de grossesse*. Ensuite, Pierrot a manqué d'oxygène (*anoxie*) à la naissance. Malgré que Pierrot ait obtenu un APGAR normal, cette souffrance à sa naissance peut avoir eu un impact sur son développement physique et affectif.

Dans ce même ordre d'idée, Pierrot a également été *hospitalisé* à six semaines pour un virus dont on ne connaît pas l'origine. Il est impossible de statuer si ce dernier a eu un impact sur le développement cognitif de l'enfant. Toutefois, il est possible d'émettre l'hypothèse que cette séparation précoce dans la vie de l'enfant ait pu nuire au développement du *lien d'attachement* entre Pierrot et ses parents. Cela, en interaction avec d'autres facteurs, peut expliquer, en partie, le *sentiment d'insécurité* que l'on observe chez Pierrot aujourd'hui.

Par la suite, au plan familial, on remarque que Pierrot est le benjamin d'une famille recomposée où plusieurs enfants proviennent d'unions précédentes des parents. Ils ont chacun leur histoire concernant l'établissement des relations au sein de la famille. Effectivement, les deux aînés de la famille sont issus de la première union de la mère de Pierrot. Ils ont vécu pratiquement à temps complet avec celle-ci et fréquentaient peu leur père. Ils ont dû s'adapter aux deux unions suivantes de leur mère. La demi-sœur de 18 ans, quant à elle, a grandi avec ses deux parents mais selon un arrangement de garde partagée à part égale. Elle a aussi dû s'ajuster à l'union actuelle de sa mère avec le père de Pierrot. Ensuite, il y a la demi-sœur de 14 ans qui a également grandi avec ses deux parents, et ce, jusqu'à ce que la maladie emporte sa mère. Donc, la séparation de ses parents n'a pas été causée par des difficultés conjugales mais par la dissolution de l'union à la suite du décès de la mère. Après le deuil, elle a dû accepter la nouvelle union de son père et s'adapter à la réalité de la famille recomposée et à la naissance d'un petit frère. Ces différentes séparations influencent, sans contredit, l'établissement de nouvelles relations. Pierrot est le seul enfant de cette famille à vivre avec ses deux parents biologiques.

D'une part, cette situation comporte certains avantages pour Pierrot. Il a continuellement accès à ses deux parents, lui offrant plus de stabilité, de proximité et d'occasions d'échanger avec eux. Il a aussi une relation privilégiée avec ces derniers par rapport aux autres membres de sa fratrie. D'autre part, il y a aussi certains inconvénients tel celui de se retrouver plus facilement dans une situation de conflit de loyauté entre ses parents et de la vivre en direct.

En effet, on a pu observer que Pierrot démontre un *désir de rapprochement et d'identification à son père*. Par contre, sa mère mentionne clairement qu'il est dérangent pour elle de voir son fils se rapprocher de son père. Il est possible de présumer que Pierrot ressent cette jalousie ou cette tension. Ceci peut nourrir son insécurité ou son ambivalence, ne sachant pas si ses

comportements peuvent générer un rejet de sa mère. Malgré qu'il désire tout de même plaire à sa mère, il se retrouve coincé entre ce désir et celui de répondre à son besoin de proximité avec son père.

De plus, on a également remarqué que Pierrot a commencé à se rapprocher de son père au moment de l'entrée à l'école. Il est aussi devenu plus opposant, selon la mère, à cette époque. Présentant certains enjeux au plan de l'attachement, la séparation et l'entrée à l'école ont-elles été trop angoissantes pour cet enfant? Pierrot s'est retrouvé dans un nouvel environnement où la méfiance était de mise. Il semble qu'il ait choisi de mettre à distance les personnes s'approchant de lui et voulant entrer en relation. Dans ce contexte, où il vivait un certain stress, Pierrot n'était donc pas disponible aux apprentissages.

Dans ce même ordre d'idée, la situation d'une famille recomposée peut entraîner des difficultés chez Pierrot à se créer des repères clairs concernant les relations familiales. Il connaît les différentes possibilités s'offrant à lui si ses parents se séparent et étant donné les tensions conjugales actuelles, ceci peut générer de l'anxiété chez l'enfant. Il a été possible d'observer, lors de conflit entre ses parents que Pierrot a tendance à se replier sur lui-même puisque l'angoisse devient trop importante pour lui.

Présentement, on remarque chez Pierrot un *niveau d'anxiété élevé, de l'insécurité* et une *image de soi négative* qui semble être associées aux difficultés qu'il a rencontrées non seulement au plan comportemental mais également par la dynamique familiale dans laquelle il évolue. Lors de l'évaluation à l'aide du *FAST*, Pierrot dit s'entendre moins bien que les autres personnes avec les membres de sa famille. Par contre, il mentionne qu'il trouve difficile de se séparer d'eux. Il démontre un désir de rapprochement avec son père et d'affection des autres membres de sa famille. Cependant, il se perçoit comme étant la personne qui empêche les rapprochements au

sein de sa famille. Il se surnomme le « diable ». Par la suite, on observe que le climat des relations typiques semble **instable** selon Pierrot. Il perçoit sa mère en colère, son père et son demi-frère heureux, une de ses demi-sœurs fatiguée tandis que l'autre demi-sœur et lui sont tristes.

En ce qui concerne la *cohésion* et la *hiérarchie familiales*, elles sont perçues comme étant **faibles** par l'enfant produisant une structure relationnelle **non équilibrée**. Le sous-système *parental*, quant à lui, a une **faible cohésion** mais une *hiérarchie élevée*. En effet, les caractéristiques de la mère de Pierrot sont mises en évidence dans cette section et donnent des indices sur la perception qu'a l'enfant de sa relation avec cette dernière. Elle obtient le score le plus élevé de pouvoir dans la famille car, selon Pierrot, elle décide tout. Il la considère aussi comme étant *méchante*. Elle semble dominer tant dans les relations familiales que dans sa relation avec son conjoint. On observe donc une structure relationnelle aussi **non équilibrée** au sein du sous-système *parental*. Les relations du sous-système *fratrie* sont également **non équilibrées** mais elles peuvent s'expliquer par la différence d'âge entre les membres.

D'un point de vue idéal, on constate que Pierrot reproduit un schéma différent de celui des relations typiques. Il aimerait que la proximité (la cohésion) entre les membres de la famille soit plus grande. Il semble que Pierrot ait besoin que le lien d'attachement soit encore plus étroit afin de créer davantage de moments de communication entre eux et surtout moins de conflits. On observe que le degré de *hiérarchie* est quasi absent. Pierrot souhaite qu'il n'y ait pas de différence de pouvoir entre les membres de sa famille. De cette manière, Pierrot ne reconnaît pas les différences générationnelles et les rôles entre chaque membre de la famille afin de maintenir un cadre et des limites sécurisants. Alors, on obtient encore une structure relationnelle **non équilibrée**.

Les relations conflictuelles, du point de vue de Pierrot, sont provoquées par un conflit entre son père et sa mère. À ce moment, la *cohésion familiale* est **faible** ainsi que celles du sous-système *parental* et de la *fratrie*. Le niveau de *hiérarchie familiale, parentale* et de la *fratrie* sont aussi **faibles**. La représentation conflictuelle de Pierrot a une structure relationnelle **non équilibrée**, et ce, à travers les différents sous-systèmes. Les conflits au sein de la cellule parentale semblent avoir un impact considérable sur Pierrot. Il se perçoit, une fois de plus, comme étant l'initiateur des problèmes en raison de ses *mauvais* comportements. Considérant le tempérament des parents de Pierrot, l'irritabilité et l'humeur variable de sa mère et le caractère parfois explosif de son père, il est certain que ces facteurs ont influencé le développement affectif de Pierrot.

Ainsi, il est possible de faire le constat que les querelles du couple et les tensions familiales qui en découlent s'inscrivent également dans un environnement instable et imprévisible. En conséquence, on peut émettre l'hypothèse que ces événements ont contribué à augmenter le sentiment d'insécurité et d'anxiété de Pierrot pouvant difficilement faire confiance à son environnement.

Finalement, il semble que le TDAH chez Pierrot soit de cause multifactorielle. Les résultats importants de la médication démontrent une étiologie davantage neurologique. Cependant, il a été possible d'observer la présence et l'impact de plusieurs facteurs psychosociaux dans le développement de Pierrot tels que *les modèles parentaux* (impatience, imprévisibilité, humeur variable) *en lien avec la composante génétique au niveau du tempérament, une dynamique familiale particulière, un lien d'attachement insécure, etc.* Cela a certainement favorisé le développement de symptômes du TDAH chez l'enfant.

Le cas d'Anthony (enfant 6)

Anthony est un jeune garçon de dix ans et est en quatrième année du primaire dans une classe à deux niveaux (3^e et 4^e année). Il est le deuxième d'une famille de trois enfants. Il habite présentement avec sa mère (32 ans, DEC), son père (32 ans, équivalence de secondaire V), son demi-frère (12 ans), sa sœur (6 ans) et son oncle (24 ans, vivant avec eux depuis seulement une semaine) dans une maison unifamiliale (environ 8 ½ pièces) en milieu urbain. Il est à noter que le demi-frère d'Anthony était bébé lorsque sa mère a connu son conjoint actuel. Il a donc été élevé par le couple et n'a jamais vraiment eu de contact avec son père biologique. Ainsi, les parents d'Anthony sont conjoints de fait depuis près de 12 ans.

À la lumière du rapport d'étude de cas présenté à l'Appendice J, il est possible de mieux comprendre le vécu et la perception d'Anthony au sein de sa famille. Premièrement, le *Dessin de la famille* permet d'observer qu'Anthony est un garçon présentant une *certaine immaturité affective* et une *faible estime de soi* qui influencent non seulement ses relations avec les membres de sa famille mais également celles avec son environnement. En effet, les indices graphiques du *Dessin de la famille* indiquent qu'Anthony a tendance à être *timide*, à *se replier sur lui-même*, à *manquer d'assurance*, à *être sensible à la critique*, à *présenter une tendance dépressive* et *de l'anxiété*. Ces aspects de sa personnalité ont probablement été influencés par son vécu affectif en lien avec ses expériences relationnelles et les événements de la vie.

Il a été possible de constater dans l'anamnèse d'Anthony qu'il n'y a pas eu de facteurs de risque durant la grossesse et l'accouchement ayant influencé le développement de l'enfant. De plus, il semble qu'Anthony ne présentait pas de comportements perturbateurs en bas âge à part celui d'un tempérament difficile. Cependant, les retards d'apprentissage au niveau du langage qu'Anthony a eu ont certainement influencé sa capacité à entrer en relation avec les autres et à exprimer ce qu'il vit et ce dont il a besoin. Il est à noter qu'à la maison, Anthony ne semble pas

avoir souffert de ce retard étant donné qu'il a toujours eu une relation privilégiée avec sa mère qui était *surprotectrice* et allait au-devant de ses enfants. Puisque sa mère était généralement à l'écoute d'Anthony et le comprenait malgré ses difficultés de langage, Anthony ne rencontrait pas de frustration à ne pas s'exprimer correctement à la maison car ses besoins étaient facilement comblés. De plus, la mère a mentionné avoir eu de la difficulté à *mettre ses limites aux enfants lorsqu'ils étaient plus petits*. Ainsi, *l'attitude de surprotection de la mère et sa difficulté à mettre ses limites* ont certainement contribué au *manque de maturité* d'Anthony, à *sa difficulté à respecter l'autorité* et à *sa difficulté à demander de l'aide* lorsqu'il se retrouve en difficulté. Les *difficultés*, tant au niveau des *apprentissages* qu'au niveau *relationnel (pairs, enseignants)*, qu'Anthony a rencontrées s'inscrivent également dans les événements de vie ayant influencé le développement de la personnalité d'Anthony et aujourd'hui, le rendent plus *timide, anxieux, manquant d'assurance* et *désirant avoir un certain contrôle sur l'environnement*.

De plus, il est possible de constater qu'Anthony présente certaines *limites cognitives qui peuvent avoir un impact au niveau de ses capacités d'apprentissage, de raisonnement, de mobilisation de ses ressources face à des situations nouvelles*. Ainsi, il peut avoir plus de difficultés que les enfants de son âge à faire des liens entre différents éléments et à résoudre des problèmes. Sa perception des situations peut en être affectée. Le fait de ne pas toujours bien comprendre ce qu'il doit faire ou comment s'organiser peut influencer et augmenter le niveau d'anxiété d'Anthony. Ayant de la difficulté à demander de l'aide, il semble davantage opter pour des comportements perturbateurs et impulsifs puisqu'il a peu confiance en ses capacités et ne veut pas être confronté à l'échec. Présentant un certain niveau d'anxiété, Anthony est donc moins disponible aux apprentissages en classe, ses capacités d'attention et de concentration sont donc amoindries. Ses difficultés semblent avoir un impact important sur la perception qu'Anthony a de lui-même.

De plus, l'aspect héréditaire est également à considérer dans le cas d'Anthony. En effet, son père mentionne qu'Anthony lui ressemble lorsqu'il était plus jeune. Monsieur a aussi eu des difficultés de comportement lorsqu'il était à l'école et il se dit « direct » lorsqu'il a quelque chose à dire. Madame, quant à elle, mentionne qu'elle peut avoir des sautes d'humeur lorsqu'elle est plus stressée. Dans ces moments, elle est plus impatiente avec les enfants. Ainsi, il semble qu'Anthony ait eu des modèles parentaux qui ont également influencé son développement. Donc, il est plausible qu'Anthony ait grandi dans un environnement où, parfois, les réactions de ses parents étaient imprévisibles ou impulsives en raison de leur tempérament et de leur humeur variable. Il semble qu'Anthony ait eu des modèles de résolution de conflits parfois peu efficaces et qu'il ait copié certains de ces comportements. Ces éléments ont probablement contribué à nourrir un certain niveau d'insécurité chez ce dernier.

En général, Anthony perçoit les relations familiales comme étant **instables**. C'est-à-dire que le lien d'attachement (cohésion) entre les membres de la famille est **faible** mais qu'il y a présence d'une certaine *hiérarchie*. Le *rôle du père* dans le maintien des limites semble être important et répondre au besoin d'Anthony. En effet, ce dernier perçoit la structure du couple *parental* comme étant **équilibrée** et la *cohésion* entre ses parents comme importante. Cependant, il est possible d'observer que le demi-frère d'Anthony (aîné) est celui ayant le moins de pouvoir dans la famille dans la vie de tous les jours. Il est également celui qui ne provient pas du même noyau familial. De plus, il existe une rivalité fraternelle, surtout entre les deux frères. Dans la représentation typique, Anthony se retrouve près de sa mère mettant en évidence le lien privilégié (la proximité) qu'il a avec cette dernière. Cependant, lors de l'enquête, on observe des indices démontrant qu'Anthony a le *désir de se rapprocher de son père*, ce qui peut être en lien avec la période de développement qu'il traverse présentement. Il ressent un besoin *d'identification à la figure paternelle et de reconnaissance* par cette dernière.

D'un point de vue idéal, Anthony aimerait que les membres de la famille soient plus près les uns des autres (cohésion) confirmant un besoin de proximité chez Anthony. Par contre, on observe également qu'il aimerait que la *hiérarchie* dans la famille soit moins **grande**. Il aimerait qu'il y ait une répartition égale du pouvoir de décision dans la famille. En effet, il met tous les membres de sa famille au même niveau ainsi les *frontières intergénérationnelles deviennent plus imprécises*. Les relations familiales se trouvent à être une fois de plus **instables**. Lors de l'enquête, Anthony mentionne les changements que chacun des membres de la famille doit apporter dans ses comportements ou humeur. Ses parents doivent être de bonne humeur au départ. Anthony doit faire ce qu'on lui demande (se lever quand c'est le temps et ne pas déranger les autres), son demi-frère doit arrêter de le frapper et sa sœur doit arrêter de chialer. Ces éléments donnent des informations supplémentaires concernant l'ambiance familiale.

Les conflits qui sont les plus préoccupants pour Anthony sont ceux entre ses parents. En effet, il mentionne que ses parents se sont déjà séparés et que la famille s'est retrouvée divisé en deux. Son père est parti seul pendant que les enfants sont restés avec la mère. La *cohésion* et la *hiérarchie* familiales sont **très faibles** révélant une structure familiale **non équilibrée**. Il semble alors qu'il y ait une plus grande confusion dans les frontières et les rôles de chacun. Un fait intéressant est observable, lors de situations de conflit, le sous-système *fratrie* se retrouve avec une *cohésion très élevée* comparativement aux autres systèmes et formant un noyau autour de la mère. Finalement, il semble évident qu'Anthony est *sensible* aux changements de son environnement et que les évènements stressants ont un impact important dans l'état affectif de l'enfant (identification de son humeur).

Caractéristiques des enfants et de leur famille

L'Appendice K permet d'observer les principales caractéristiques des enfants et des familles ayant participé à la recherche. Il est possible de noter que quatre enfants (2, 4, 5 et 6) présentent

des facteurs de risque pré ou périnataux. Par exemple, la mère de l'enfant a consommé des cigarettes durant sa grossesse ou a fait du diabète de grossesse, l'enfant est venu au monde prématurément, a souffert d'anoxie à la naissance ou a eu besoin d'être dans un incubateur après sa naissance. Cependant, un seul enfant (enfant 1) présente plusieurs caractéristiques pouvant être reliées au TDAH lorsqu'il était nourrisson telles que des *problèmes de sommeil et d'alimentation, de la sensibilité aux bruits et à la lumière, une humeur variable, un tempérament difficile, des pleurs*.

En ce qui concerne le développement de la petite enfance des enfants, on remarque que certains enfants ont montré des particularités pouvant être reliées à la présence du TDAH telles qu'une *faible tolérance à la frustration* (1, 3 et 5), de *l'impulsivité* (1, 3, 5, et 6) et une *activité motrice ou verbale importante* (1, 3, 4). De plus, trois enfants (2, 3 et 5) ont eu ou ont toujours des *problèmes de sommeil*. Par exemple, ils ont un sommeil agité, se réveillent souvent ou ont de la difficulté à s'endormir. On note également que deux enfants (5 et 6) ont eu *des retards de développement dans la sphère du langage* ayant influencé leur capacité à exprimer leurs besoins et à se faire comprendre de leur environnement. L'apprentissage de la propreté s'est bien déroulé pour la majorité des enfants à l'exception de l'enfant 1.

Par la suite, l'anamnèse et les données de l'évaluation psychologique ont permis d'obtenir des informations supplémentaires sur l'historique lié au diagnostic du TDAH, les capacités cognitives de l'enfant et la perception de l'environnement sur les comportements des enfants. Tous les enfants ont eu une *adaptation difficile* lors de l'entrée à l'école. Lors de l'évaluation psychologique, quatre enfants (1, 3, 4 et 6) présentaient des *symptômes du Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité dans plusieurs de leurs milieux de vie* comparativement à deux (2 et 5) qui présentaient ces symptômes seulement à l'école. Trois enfants (2, 5 et 6) ont un fonctionnement intellectuel avec des *déficits cognitifs importants*. Parmi ceux-ci, deux enfants ont

eu des retards de développement dans la sphère du langage (5 et 6). Toutefois, quatre enfants (3, 4, 5 et 6) ont des indices cognitifs dévoilant des *difficultés d'attention et de concentration*. Enfin, la médication semble avoir eu des effets positifs pour cinq des enfants (1, 3, 4, 5 et 6). En effet, pour la majorité des enfants, les parents ou l'enfant ont mentionné lors de l'évaluation que la médication avait eu des effets bénéfiques pour l'enfant au niveau d'une augmentation de ses capacités d'attention et de concentration, d'une diminution de son agitation, de son impulsivité et une amélioration de ses résultats scolaires. Ainsi, seule l'enfant 2 ne semble pas avoir répondu positivement à la médication. Ses capacités d'attention et de concentration ne se sont pas améliorées et ses résultats scolaires restent moyens. Cependant, il est aussi à noter que les effets de la médication pour l'enfant 5 se restreignent principalement au niveau de son impulsivité. Les parents mentionnent que l'opposition est toujours aussi présente chez leur garçon.

Ensuite, les enfants et les familles de cette recherche présentent certaines particularités. En effet, quatre des six mères (2, 3, 4 et 6) se décrivent comme étant *surprotectrices* de leur enfant et ayant eu de la *difficulté à mettre des limites* à leur enfant lorsqu'il était en bas âge. On observe également chez cinq enfants (1, 2, 3, 5 et 6), la présence *d'anxiété ou d'insécurité* qui semble être liée à des enjeux d'attachement (attachement de type insécurisé). Parmi ces derniers, deux enfants (#1 et 5) ont eu une *hospitalisation* en bas âge qui semble avoir eu un impact important dans leur développement et dans l'établissement du lien d'attachement avec leurs parents. De plus, ces deux enfants font également de l'asthme. Pour les enfants 2, 3 et 6, la présence *d'anxiété ou d'insécurité* semble être davantage liée à de *l'angoisse de séparation*. Effectivement, ces trois enfants présentent des difficultés à se séparer de leurs parents. Par exemple, ils ne veulent pas dormir ailleurs que chez eux ou ils ont besoin d'être rassurés lors des séparations. Les parents mentionnent également qu'ils appréhendent les situations nouvelles ou les sorties. Enfin, il est à noter que les enfants 2 et 3 sont de ceux qui présentent aussi des *problèmes de*

sommeil (difficulté d'endormissement). Finalement, aucun enfant n'a d'antécédent familial clair d'un diagnostic de TDAH. Cependant, cinq parents mentionnent avoir plusieurs ressemblances (traits de personnalité) avec leur enfant en lien avec des caractéristiques liées au TDAH tels que *l'hyperactivité, l'inattention, l'impulsivité, des difficultés à l'école*, etc. permettant d'envisager l'hypothèse de *facteurs héréditaires*.

Dessin de la famille : équilibre affectif de l'enfant,
cohésion, hiérarchie et satisfaction des relations familiales

Dans un premier temps, le *Dessin de la famille* a permis de mieux comprendre le vécu affectif de chacun des enfants. Par la suite, une grille, inspirée de celle de Lachance et Jourdan-Ionescu (1999), a été réalisée afin de coter chacun des dessins selon des critères précis dans le but d'évaluer l'équilibre affectif de l'enfant. Cette grille a été validée par trois psychologues cliniciennes (la chercheuse, C.J-I. et É.C.) et les dessins cotés par la chercheuse et un psychologue clinicien (S.R.) (Appendice D). L'Appendice L présente les résultats compilés des six enfants.

Tout d'abord, peu d'enfants ont centré leurs dessins (2, 3 et 4) et ont respecté une proportion raisonnable entre le dessin et la page (2 et 3) indiquant qu'ils ont utilisé le lieu de projection du moi et ont un certain équilibre. Ensuite, quatre des enfants (2, 3, 4 et 6) ont distribué leurs personnages de manière régulière.

L'enfant 2 (la seule fille) se démarque des autres enfants par le niveau d'investissement supérieur de son dessin : son dessin est évolué, bien investi et fait preuve d'une certaine maturité affective. Par contre, les garçons, quant à eux, obtiennent très peu de critères (< 5/11), ceci permettant d'établir que leurs dessins sont peu évolués, peu investis et par le fait même dévoilent la présence *d'immaturité* chez ces sujets comparativement aux enfants de leur âge. Les

proportions des différents détails corporels (tête/taille, bras/tronc, jambes/tronc) sont également peu respectées chez plusieurs des enfants appuyant une fois de plus la présence d'*immaturité* chez les sujets.

En ce qui concerne la présence de stéréotypies, les cinq garçons ont représenté les différents personnages de leur famille avec plusieurs caractéristiques qui signalent certaines difficultés affectives. Parmi celles-ci, nous retrouvons des stéréotypies aux principaux traits du visage (yeux, nez, bouche), au cou, aux bras et aux mains dans les dessins de plusieurs enfants indiquant des zones de conflits. Ces stéréotypies font ressortir deux catégories principales :

- ✓ *Insécurité* regroupe les interprétations suivantes : peu de sécurité personnelle, manque d'assurance, peur, anxiété et rigidité.
- ✓ *Contact avec l'environnement difficile* regroupe les interprétations suivantes : énergie non orientée envers l'environnement, difficulté de contact social, méfiance, inhibition, repli sur soi, timidité et agressivité.

Les Figures 2 et 3 présentent une modélisation des principales caractéristiques graphiques associées à l'insécurité et au contact difficile avec l'environnement.

Dans un deuxième temps, la chercheuse a établi des critères parmi ceux du *Dessin de la famille* pouvant être reliés à la cohésion et à la hiérarchie dans la famille (Appendice M). La cohésion familiale s'observe par la représentation de tous les membres de la famille, d'une

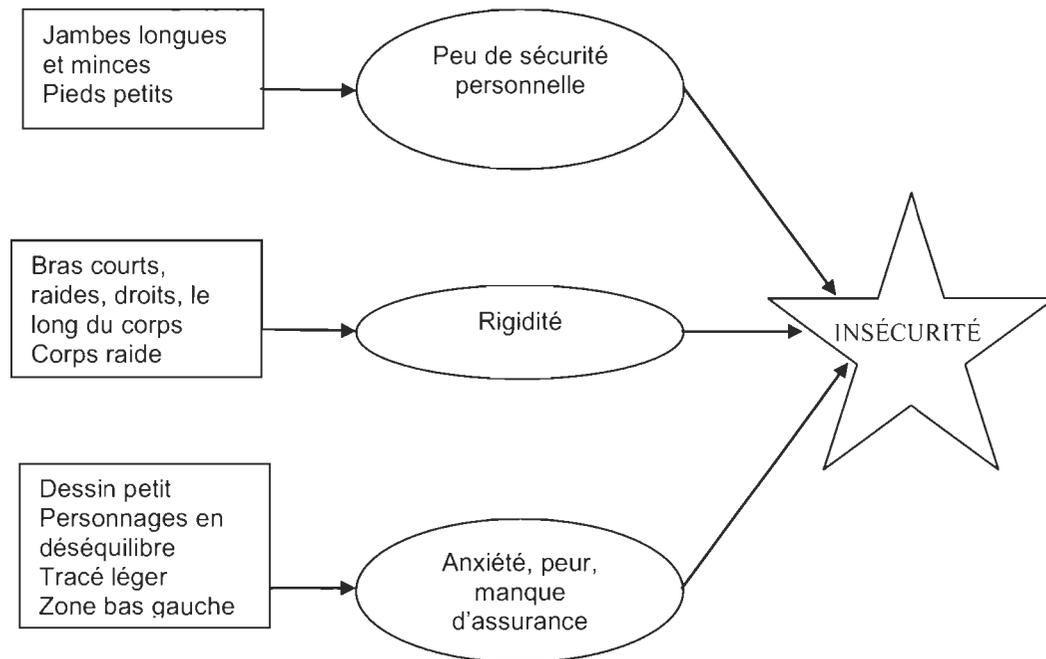


Figure 2. Caractéristiques graphiques de l'insécurité relevées dans le *Dessin de la famille*.

distance raisonnable (proximité) entre les personnages, d'un partage d'activité, d'un signe d'appartenance et des verbalisations positives lors de l'enquête concernant la famille. Les résultats sont présentés à l'Appendice N. Une seule enfant (2) répond à tous ces critères suggérant qu'elle perçoit sa famille comme ayant une *cohésion familiale* pouvant être décrite comme supérieure. Ensuite, on observe que la majorité des enfants semble reconnaître une certaine cohésion familiale révélant un lien ou d'un attachement émotionnel entre les membres d'une famille qui peut être observé à travers la proximité entre chacun des membres et la représentation de tous les membres de la famille dans le dessin.

Cependant, lors de l'enquête, seuls trois enfants mentionnent partager une activité avec un ou des membres de la famille (2, 3, 6) et démontrent des signes d'appartenance (2, 4, 6) entre

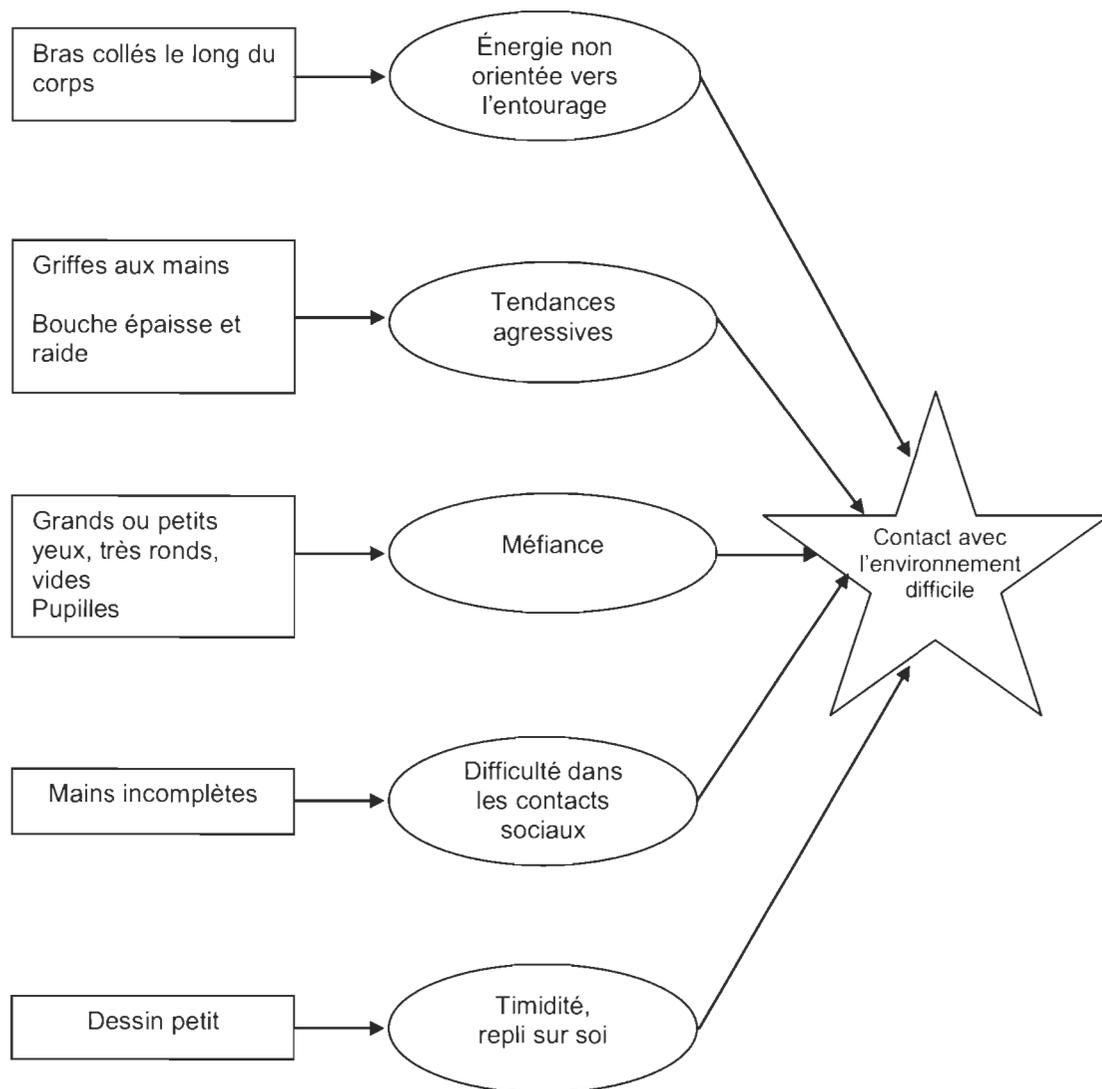


Figure 3. Caractéristiques graphiques des difficultés de contact avec l'environnement relevées dans le *Dessin de la famille*.

les membres de la famille. De plus, seuls deux enfants (2, 3) ont eu des verbalisations positives telles que : « *Tout le monde est heureux* », « *Papa, maman, c'est les deux qui sont gentils avec nous autres* », « *Les quatre, on est heureux. Des fois, on fait des sorties. On fait une bonne famille!* » suggérant que ces enfants reconnaissent une plus grande *cohésion familiale*. Ainsi, les

enfants de cette étude semblent percevoir une certaine cohésion entre les membres de leur famille. Cependant, pour certains d'entre eux, elle est plutôt partielle. En effet, elle semble faire davantage référence aux liens familiaux (attachement) entre les membres de la famille correspondant à une cohésion familiale moyenne.

En ce qui concerne la présence de hiérarchie dans le *Dessin de la famille*, elle se définit par la présence ou non de *différences générationnelles*, *sexuelles* et de *verbalisations* indiquant qu'un adulte adopte un rôle parental. Deux enfants (4 et 6) seulement répondent à ces trois critères démontrant qu'ils reconnaissent la hiérarchie du rôle parental. Il est toutefois possible d'observer dans les dessins de l'enfant 2 la présence de *différences générationnelles et sexuelles* tandis que pour les trois autres enfants (1, 3, 5), il y a seulement des *différences générationnelles*. Ainsi, il semble que les enfants de cette étude perçoivent tous la *différence générationnelle*. Ils sont donc conscients d'une *hiérarchie parentale*. Par contre, la notion de rôles parentaux complémentaires (père + mère) ne semble pas claire étant donné la non représentation des *différences sexuelles* pour la moitié d'entre eux. Ainsi, considérant ces trois critères : *différences générationnelles*, *sexuelles* et *verbalisations* indiquant qu'un adulte adopte un rôle parental bien défini, il est possible de conclure que la majorité des enfants (4/6) de cette étude expriment dans leur dessin de la famille une *perception partielle du rôle parental hiérarchique*.

Cependant, il est à noter que la majorité des enfants retire une *satisfaction* des relations familiales (2, 3, 4, 6). En effet, il est possible d'observer dans les dessins de ces enfants une atmosphère chaleureuse et un équilibre entre l'expression d'émotions ou de verbalisations positives et négatives.

Toutefois, les enfants 1 et 5 se distinguent des autres enfants dans leur perception des relations au sein de leur famille. En effet, ils ont peu ou pas de critères permettant d'établir que l'enfant perçoit une *cohésion* et de la *hiérarchie* entre les membres de sa famille. Par le fait même, il semble que les relations familiales soient *moins satisfaisantes* pour ces enfants (absence de verbalisations positives et présence de plusieurs verbalisations négatives). Par exemple, l'enfant mentionne que sa mère est méchante, qu'elle n'arrête pas de sacrer ou que sa petite sœur n'arrête pas de leur faire mal, etc.

Regardons maintenant ce que le *FAST* permet de mettre en relief concernant la perception des relations familiales des enfants de l'étude.

Perceptions des relations familiales à l'aide du *FAST*

Dans les études de cas, l'évaluation de la perception des relations familiales à l'aide du *FAST* a permis de mieux comprendre la représentation de la dynamique familiale intériorisée par chacun des enfants. Cette section présentera les convergences et les divergences entre les sujets concernant leurs représentations typique, idéale et conflictuelle des relations familiales.

Les relations familiales typiques

La représentation des relations typiques permet d'obtenir la perception des enfants de la dynamique familiale sous différents angles : sous-système familial, parental et de la fratrie dans la vie de tous les jours. L'appendice O présente les résultats par enfant.

Un seul enfant se démarque des autres par sa perception positive des relations au niveau familial et parental. En effet, l'enfant 3 perçoit les relations au sein de sa famille et au niveau du sous-système parental comme étant équilibrées, c'est-à-dire davantage fonctionnelles.

L'enfant 1 perçoit également les relations au niveau *familial* comme étant **équilibrées** mais il ne les perçoit pas ainsi au niveau *parental* (non équilibrés). De plus, on observe la présence de *coalitions intergénérationnelles* dans la représentation de cet enfant (indice de frontières floues) ainsi que dans celle de l'enfant 5.

Les quatre autres enfants perçoivent les relations familiales comme étant plutôt *dysfonctionnelles* (deux non équilibrées et deux instables). Par contre, l'enfant 6 perçoit quand même les relations entre ses parents comme étant **équilibrées** indiquant que le couple parental a une bonne *cohésion* et une *hiérarchie modérée*.

Tous les enfants perçoivent les relations au sein de la *fratrie* comme étant *dysfonctionnelles* (trois non équilibrées, trois instables). De plus, on n'observe aucune *hiérarchie renversée* dans les représentations.

Lors de l'enquête concernant la représentation typique, différents thèmes ont été abordés par les enfants tels que constaté dans la compréhension clinique et le tableau synthèse de chacun d'eux (Tableaux 2 à 7). Il est possible d'observer certaines convergences parmi ceux-ci. Premièrement, le *rôle* (ou la place) *du père* pour quatre des enfants (1, 4, 5, 6) est important dans la dynamique familiale et s'exprime par un désir manifeste de rapprochement à ce dernier, par le respect de son autorité dans l'application des conséquences ou un attachement plus particulier.

Ensuite, trois enfants (2, 3, 5) abordent des thèmes reliés à *l'insécurité* tels que les séparations difficiles et la sensibilité aux changements dans l'environnement. Deux enfants (1, 3) sont plutôt *défensifs* lors de la représentation et dans leurs réponses à l'enquête concernant les relations familiales au quotidien. Finalement, l'enfant 5 se distingue des autres enfants par ses

réponses qui révèlent une *perception de soi négative, une faible estime de soi, un sentiment d'exclusion de la famille et la présence d'affects dépressifs.*

Les relations familiales idéales

La perception des enfants ayant un TDAH sur les relations familiales tels qu'ils souhaiteraient qu'elles soient est présentée à l'Appendice P. L'enfant 3 se distingue encore des autres enfants car sa représentation reste identique à celle de la représentation typique et il est le seul à percevoir les relations au sein de sa *famille* et au niveau *parental* comme étant *fonctionnelles*. Ainsi, il semblerait que cet enfant soit satisfait des relations familiales. Cependant, lorsque l'on regarde ses résultats individuels, on constate qu'il a été observé que ce jeune était plutôt défensif concernant le thème de la famille. En effet, lors de la représentation typique, il commence par mettre sur le damier chacun des membres de sa famille de façon très éloignée et isolée les uns des autres et après quelques secondes de réflexion, il décide de les rapprocher les uns des autres dans la représentation idéale. L'hésitation du départ lors de la représentation est à questionner soulevant l'hypothèse que la réalité quotidienne des relations familiales est trop douloureuse pour l'enfant et qu'il a choisi de représenter un bon moment passé en famille (idéalisation des relations). Dans ce cas, ceci invaliderait sa perception des relations familiales typiques comme étant fonctionnelles et satisfaisantes.

De plus, il est à noter que l'enfant 5 conserve également la même représentation que lors des relations habituelles. Ceci implique que les relations typiques correspondent à l'idéal que l'enfant souhaiterait que les relations soient dans sa famille. Ainsi, il est possible de conclure que ce jeune est relativement satisfait des relations familiales même si elles se caractérisent par des *dysfonctionnements*.

Ensuite, il est possible d'observer certaines différences dans la perception des enfants comparativement à celles des représentations typiques. Les quatre autres enfants souhaiteraient que les relations *familiales* (trois non équilibrées, un instable) et *parentales* (trois non équilibrées, un instable) soient encore plus *dysfonctionnelles*. De plus, trois enfants souhaiteraient avoir plus de pouvoir que leurs parents (hiérarchie renversée) indiquant des *frontières intergénérationnelles floues* au niveau de la *hiérarchie*.

Certaines convergences dans les thèmes abordés lors de l'enquête ou en lien avec les différences dans les représentations peuvent être observées dans les tableaux synthèse des enfants. Effectivement, quatre enfants (1, 2, 4, 5) désirent avoir *plus de pouvoir dans la famille* ou *souhaitent être reconnus comme des grands*. Ensuite, trois enfants (3, 5, 6) semblent revendiquer un *besoin d'attention* et de *proximité* plus grand entre les membres de la famille lors de la représentation idéale.

Les relations familiales conflictuelles

L'appendice Q présente les résultats des représentations conflictuelles des enfants. En ce qui concerne le type de conflit auquel l'enfant fait référence, on note que : trois enfants représentent un conflit *entre les parents et les enfants*, deux enfants évoquent un conflit *entre les parents* et un seul enfant renvoie à un conflit entre les membres de la *fratrie*. On remarque également la diminution de la *cohésion* chez deux familles tandis que le niveau de *hiérarchie* reste stable pour les quatre autres familles. La majorité des enfants perçoit les relations au sein du sous-système *parental* davantage *dysfonctionnelles* (deux non équilibrées, trois instables, une non disponible). Les relations dans la *fratrie* sont tout aussi *dysfonctionnelles* mais se concentrent toutes dans la catégorie non équilibrée (cohésion faible ou élevé X hiérarchie faible ou élevée). Finalement, les *coalitions intergénérationnelles* sont davantage représentées. En

effet, quatre enfants perçoivent des frontières **floues** où la dyade parentale est moins *cohésive* que n'importe laquelle des dyades parents-enfants.

En ce qui concerne les thèmes abordés lors de l'enquête et observés dans les tableaux synthèses des enfants, on constate que les situations conflictuelles révèlent un *environnement insécurisant* pour quatre des enfants (3, 4, 5, 6) où le type de conflit est soit entre les parents et les enfants ou entre les parents seulement car les réactions des parents sont imprévisibles pour l'enfant (départ de la maison du père, séparation temporaire des parents, père renvoie son enfant de la maison, conflit entre les parents contamine le reste de la famille). De plus, on remarque chez l'enfant 2 et l'enfant 3 qu'ils augmentent tous les deux la hiérarchie dans leur représentation conflictuelle comparativement à leur représentation idéale ou typique suggérant ainsi que l'autorité parentale répond à un besoin d'encadrement et est sécurisant chez ces enfants notamment dans le cadre des conflits. Ensuite, on observe que la *mère a un rôle important* dans les représentations conflictuelles de trois enfants (1, 3, 4). En effet, la mère aide à la résolution du conflit dans la fratrie pour l'enfant 1. Pour l'enfant 3, c'est la mère qui préserve le lien entre le père et les enfants et pour l'enfant 4, la mère supporte le père dans l'application des conséquences dans un conflit de type parent/enfant. Finalement, le troisième thème répertorié est la *perception négative de soi et la culpabilité* vécu par trois des enfants (2, 3, 5) indiquant que les conflits ont un impact négatif sur la perception que ces derniers ont d'eux-mêmes car ils s'attribuent une part de responsabilité dans ce qui est arrivé.

Discussion

Les résultats sont discutés afin de mieux comprendre le phénomène étudié. Dans un premier temps, les résultats individuels des enfants sont relevés et commentés. Ensuite, les convergences et divergences les plus importantes entre les six sujets sont présentées et rapprochées des données relevées dans les écrits. Les retombées possibles de l'étude et les applications des résultats sont exposées. Finalement, les forces et faiblesses de cette recherche sont présentées.

Étude de cas

Dans un premier temps, la présentation de la compréhension clinique de chacun des enfants de l'étude a permis de mieux comprendre leur réalité individuelle. L'investigation approfondie de chacun des cas a mis en évidence l'importance de faire une évaluation globale de la situation de l'enfant. D'une part, il a été observé que les facteurs environnementaux ont des impacts considérables dans le développement de ces enfants. La constitution de la famille, la qualité de la relation du couple parental, l'expérience des parents lorsque l'enfant est en bas âge, la présence de fratrie et les relations entre les différents membres de la famille en sont quelques exemples.

D'autre part, il a été mis en évidence que l'intériorisation des expériences de vie de chacun des enfants TDAH participant à cette recherche a un impact considérable sur son développement affectif qui influence à son tour sa perception des événements et de ses relations avec son entourage. Donc, malgré un diagnostic commun, ces enfants ont chacun un vécu expérientiel distinct de celui des autres qui devrait être reconnu et considéré dans l'intervention auprès de ces enfants. Ainsi, il semble que lorsque la réalité individuelle de l'enfant présentant un TDAH est considérée, l'élaboration et la mise en place d'interventions complémentaires à la médication sont primordiales afin de soutenir et d'accompagner l'enfant dans son développement.

Caractéristiques de l'enfant et de sa famille

Un seul enfant dans l'étude (enfant 1) a présenté des caractéristiques pouvant être reliées au TDAH lorsqu'il était nourrisson. En effet, les cinq autres enfants n'ont pas présenté de *problèmes de sommeil et d'alimentation, ni de sensibilité aux bruits et à la lumière, ni d'humeur variable, de tempérament difficile ou des pleurs intenses* lorsqu'ils étaient nourrissons contrairement aux études ayant répertorié certains signes précurseurs du TDAH chez les tout-petits (Bouvard, 2006; Bouvard et al., 2002; Causse, 2006; Ross & Ross, 1982).

De plus, il a déjà été mentionné que des retards de développement peuvent être observés dans la petite enfance des enfants atteints du TDAH au niveau du langage, de la motricité et de l'apprentissage de la propreté. Dans la présente étude, peu d'enfants présentent ces types de retards. Effectivement, on a pu observer que seulement deux enfants (5 et 6) ont eu *des retards de développement dans la sphère du langage* ayant influencé leur capacité à exprimer leurs besoins et à se faire comprendre de leur environnement. En ce qui concerne l'apprentissage de la propreté, il s'est bien déroulé pour la majorité des enfants à l'exception de l'enfant 1. Toutefois, plusieurs enfants ont présenté des particularités comportementales telles qu'une *faible tolérance à la frustration, de l'impulsivité* et une *activité motrice ou verbale importante* lorsqu'ils étaient petits tels que mentionné dans les écrits de Massé (1999).

Ensuite, il est possible d'observer que tous les enfants ont eu une *adaptation difficile* lors de l'entrée à l'école, et ce, selon la perception de leurs parents. Ainsi, il semblerait que ces résultats corroborent les faits observés dans la documentation mentionnant que les effets néfastes du TDAH chez les enfants sont souvent remarqués lors de l'entrée à l'école. Les demandes de l'environnement scolaire concernant l'autocontrôle et l'attention étant généralement plus élevées, les enfants ayant un TDAH n'arrivent pas à répondre à ses requêtes et auront tendance à avoir plus de comportements dérangeants en classe (Massé et al., 2006).

Dans ce même ordre d'idées, il est important de mentionner qu'il est également reconnu que l'entrée à l'école des enfants fait aussi partie des événements de vie pouvant compromettre l'équilibre du système familial. Ainsi, est-ce que c'est la combinaison de cette étape du cycle de vie familiale, où la famille vit une crise temporaire, et des caractéristiques de l'enfant liés au TDAH qui augmente considérablement les difficultés d'adaptation de l'enfant lors de l'entrée à l'école? Si oui, il serait alors important que le dépistage des enfants à risque se fasse tôt afin de mettre en place des interventions familiales lors de l'entrée à l'école afin de soutenir l'enfant et sa famille dans cette nouvelle étape de la vie.

Par la suite, les évaluations psychodiagnostiques de ces enfants ont révélé que quatre enfants (1, 3, 4 et 6) présentaient des *symptômes du Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité dans plusieurs de leurs milieux de vie (école et maison)* tel qu'exigé dans les critères DSM-IV-TR (c : Présence d'un certain degré de gêne fonctionnel lié aux symptômes dans deux environnements différents ou plus). Cependant, il est à souligner que deux des enfants (2 et 5) de la présente recherche ont été diagnostiqués avec un TDAH malgré le fait qu'ils présentaient des symptômes seulement dans un milieu de vie, à l'école, selon les observateurs sollicités à l'époque de l'évaluation. Or, sachant que les questionnaires utilisés dans le dépistage du TDAH (*Conners* ou autre) sont des outils qui mettent en relief la perception subjective des observateurs sur les comportements de l'enfant, une question se pose lorsqu'il n'y a peu ou pas de correspondance entre les résultats des différents répondants. Quelle perception est la plus juste de la situation? Celle des parents ou celle de l'enseignant ou de l'éducateur? Actuellement, il semble que ce soit le médecin, le psychologue ou le pédopsychiatre qui doive trancher selon les différents résultats obtenus lors du processus d'évaluation. Cependant, lorsque ce type de divergence ou d'incohérence existe entre les différentes personnes qui côtoient l'enfant au quotidien, la responsabilité du clinicien ne serait-elle pas de questionner davantage et de

suggérer des interventions préalables à un tel diagnostic afin d'éliminer les facteurs, souvent nombreux (conflits parentaux, difficulté d'adaptation, présence d'anxiété ou d'insécurité, manque d'encadrement, etc.), pouvant influencer la présence de comportements perturbateurs chez l'enfant d'âge scolaire?

Toutefois, la médication semble avoir eu des effets positifs pour cinq des enfants (1, 3, 4, 5 et 6) corroborant les études ayant observé une amélioration clinique chez les individus atteints du TDAH chez 70 % d'entre eux avec le traitement pharmacologique (Bange & Siméoni-Mouren, 2005; Robitaille, 2003). Ainsi, un des enfants (5) n'ayant pas manifesté de comportements liés au TDAH dans plusieurs milieux semble avoir bien répondu à la médication au niveau de la diminution de son impulsivité. Par contre, il est à noter que les comportements d'opposition, quant à eux, sont toujours présents. De plus, l'efficacité de la médication a longtemps été la « preuve » de la présence du TDAH chez la personne. Par contre, la situation de l'enfant 2 reste à questionner étant donné que la médication semble n'avoir aucun effet bénéfique. Sommes-nous en présence d'un cas de TDAH qui ne répond pas à la médication (30 %) ou en présence d'un autre type de difficulté, tel qu'un trouble d'apprentissage spécifique qui n'aurait pas dû entraîner une telle médication?

Par la suite, il a été possible d'observer chez cinq enfants (1, 2, 3, 5 et 6) la présence *d'anxiété ou d'insécurité* qui semble être liée à des enjeux d'attachement (attachement de type insécurisé). La documentation scientifique mentionne que l'on retrouve plusieurs troubles émotionnels associés au TDAH dont les troubles anxieux dans 25,8 % des cas (Martin-Guehl, 2005). Cependant, les enfants de cette étude n'ont pas reçu de diagnostic comorbide dans ce sens. Il est toutefois clair qu'ils vivent des difficultés affectives importantes.

Dans ce même ordre d'idée, l'attitude des mères de cette étude a pu avoir un impact dans le style d'attachement et le niveau de sécurité de leur enfant. En effet, quatre mères (2, 3, 4 et 6) de cette recherche se décrivent comme étant *surprotectrices* avec leur enfant et ayant eu de la *difficulté à mettre des limites* à leur enfant lorsqu'il était jeune. Il a déjà été mentionné que le lien d'attachement est un processus évolutif, qui s'établit entre l'enfant et ses parents, principalement au cours des premières années de vie mais qui doit par la suite être nourri de manière continue afin de le maintenir et de le protéger (Noël & Centre jeunesse de Montréal - Institut, 2003). La mère joue un rôle primordial durant cette période. C'est aussi au cours de ses premières années de vie que l'enfant fait l'apprentissage de l'autocontrôle et de la gestion des frustrations. Le lien d'attachement se crée à travers la répétition de gestes donnés de la même personne, avec *constance* et *congruence* pour que la relation s'établisse et se solidifie graduellement (Noël & Centre jeunesse de Montréal - Institut, 2003). Quels sont les impacts des inconsistances et des incohérences dans la réponse aux besoins et à la détresse de l'enfant? Il a été possible de constater que l'incohérence et l'inconsistance au sein du couple parental est le cœur d'un environnement inconsistant. Qu'en est-il de la relation à la mère lorsque celle-ci a une couleur de surprotection d'un côté et de l'autre, d'un manque de contenant?

Les mères de cette recherche ont voulu bien faire en étant au-devant de leur enfant, et ce, pour différentes raisons. L'impulsivité et l'agitation de leur enfant ont peut-être aussi contribué au développement du désir de surprotection chez la mère. Les études (Pacini & Brown, 1989; Buhrmester, Camparo, Christensen, Gonzalez, & Hinshaw, 1992) sur les relations mère-enfant ont démontré que les mères des enfants ayant un TDAH prodiguent plus d'aide directe, passent plus de temps à contrôler, diriger, structurer leur enfant dans l'activité, font plus de demandes et sont plus aversives. Les garçons ayant un TDAH, quant à eux, ont plus de comportements négatifs, deviennent plus exigeants et aversifs envers leur mère. Il est donc fort probable que la relation mère-enfant se teinte progressivement d'une ambivalence et que l'attachement en soit

affecté. En effet, Brown et Pacini (1989) mentionnent que la relation mère-enfant TDAH est en effet plus pauvre. Il est ainsi possible d'affirmer que la surprotection et le manque de limites claires des mères de cette recherche peuvent contribuer à un environnement inconsistant devenant un contenant pauvre de l'impulsivité; l'enfant devenant plus à risque de développer des problèmes psychologiques internalisés et externalisés.

De plus, Cloutier et Renaud (1990) mentionnent que pour assurer un développement harmonieux de la personnalité de l'enfant, les parents doivent trouver un équilibre dans leurs interventions auprès de l'enfant entre le laisser-faire, qui encourage l'autonomie, et la surprotection, qui favorise la dépendance. Les parents qui surinvestissent cette deuxième option nuisent au développement de leur enfant. On observe, en effet, chez les enfants de parents surprotecteurs (c'est-à-dire des parents qui accompagnent l'enfant lorsque ce n'est pas nécessaire, ou qui sont incapables d'expliquer clairement leurs attentes à leurs enfants) des comportements et des attitudes sans objectifs, des difficultés à entrer en relation et à s'allier à des pairs. Ces enfants sont plus dépendants et passifs malgré le fait qu'on puisse observer une activité comportementale, mais cette dernière est sans but (Cloutier & Renaud, 1990). Ces aspects peuvent ressembler à certaines caractéristiques du TDAH, où l'enfant montre une énergie motrice ou verbale excessive mais souvent mal dirigée, une difficulté dans ses relations sociales étant donnée sa maladresse et son impulsivité qui affectent ses habiletés sociales. Ainsi, il se pourrait que nous soyons en présence d'une influence réciproque entre la surprotection des mères et la manifestation comportementale de certains symptômes liés au TDAH.

Finalement, les résultats de cette étude ont permis d'observer la contribution de *facteurs héréditaires* dans la présence de TDAH chez les enfants de la recherche. En effet, cinq des parents mentionnent avoir plusieurs ressemblances (traits de personnalité) avec leur enfant en lien avec des caractéristiques liées au TDAH telles que l'hyperactivité, l'inattention, l'impulsivité,

les difficultés scolaires, etc. Ces résultats vont dans le sens de nombreuses études montrant que l'hérédité est le facteur le plus important dans la prédiction du TDAH (Bradley et al., 2006; Lecomte & Poissant, 2006).

Dessin de la famille et équilibre affectif de l'enfant

L'épreuve graphique du *Dessin de la famille* a fait ressortir chez cinq des enfants la présence d'*immaturité affective*. Cette caractéristique des enfants TDAH ayant participé à cette étude corrobore les écrits de Célestin-Westreich et de ses collaborateurs (2000). Dans leur étude sur la perception de soi et de la famille d'enfants ayant un TDAH, ces auteurs ont observé des caractéristiques pouvant être liées à de l'immaturité affective dans l'épreuve *La famille en animaux (FEA)* telles que *des dessins peu élaborés de l'animal représentant le soi et une plus grande préoccupation par des thèmes « nourriciers »*. De plus, il est reconnu que les enfants ayant ce type de problématique présentent des comportements immatures comparativement aux enfants du même âge. Cette immaturité est généralement associée à une immaturité cognitive liée à un délai dans la maturation cérébrale qui s'observe par un volume plus petit du cerveau, du corps calleux ou du cervelet chez les sujets TDAH. Il est donc possible que la présence d'immaturité affective soit également associée à cette immaturité cognitive qui influence la gestion des émotions.

Par la suite, il a également été possible de constater dans les particularités des *Dessins de la famille* que deux catégories d'interprétation en découlaient. Les dessins des enfants de cette recherche se distinguent par la présence d'indices graphiques évoquant la présence d'*insécurité* et d'une *difficulté de contact avec l'environnement*. La difficulté à entrer en relation avec les autres et la présence d'insécurité peuvent être interreliées. En effet, il est reconnu dans la documentation scientifique que les caractéristiques liées au TDAH telles la faible tolérance à la frustration, l'impulsivité, l'agressivité ont des impacts sérieux dans les relations qu'ils ont avec

leur entourage. En effet, des études démontrent que les enfants hyperactifs vivent plus d'expériences hostiles dans leurs relations sociales, du rejet de leurs pairs et qu'ils ont de la difficulté à se faire accepter par leurs enseignants (Gagné, 1988; Margalit & Almougy, 1991; Massé, 1999). De plus, les relations familiales sont généralement plus conflictuelles dans les familles d'enfants atteints du TDAH et mettent ces enfants plus à risque de vivre du rejet au quotidien. Leur développement affectif ne peut qu'être affecté dans un environnement familial et social plutôt hostile et réactif à leurs comportements.

Ces thèmes vont également dans le même sens que les résultats de Cohen et Guinard (2006) qui ont observé des manifestations d'hypervigilance et d'anxiété chez des enfants présentant un TDAH lors d'épreuves projectives. Ainsi, il semble que ces différents résultats soulèvent des interrogations sur le développement affectif de ces enfants.

La naissance est la première séparation que vit l'enfant. Il perd la sécurité de la vie fœtale qui lui permettait de vivre et de grandir dans un milieu protégé. À partir de ce moment, l'enfant doit utiliser tous les moyens mis à sa disposition (les pleurs, les cris, le fait de s'agripper, la succion, etc.) pour entrer en relation avec son environnement afin de survivre. Le processus d'attachement entre la mère et l'enfant est alors enclenché. L'enfant ayant un TDAH se doit de faire de même mais avec des caractéristiques qui lui sont propres et qui peuvent avoir un impact dans sa manière d'interagir avec ses parents. Ainsi, il semblerait que l'enfant atteint du TDAH ait de nombreux défis à relever au plan relationnel dès sa naissance, et ce, toute sa vie. Donc, se pourrait-il que les caractéristiques de l'enfant présentant un TDAH influencent le processus d'attachement en bas âge qui, à son tour, exacerbe les symptômes du TDAH et crée par le fait même, de l'insécurité chez ces enfants et une difficulté à entrer en relation avec les autres? Donc, se pourrait-il que les caractéristiques de l'enfant TDAH influencent le processus d'attachement en bas âge qui, à son tour, exacerbe les symptômes du TDAH et crée par le fait

même, de l'insécurité chez ces enfants et une difficulté à entrer en relation avec les autres? La présence d'un TDAH influence-t-elle le processus d'attachement?

Quoi qu'il en soit, il semble que du point de vue des enfants TDAH de cette recherche, l'insécurité et les enjeux relationnels (contact difficile avec l'environnement) cohabitent dans l'intériorisation du monde qui les entoure et qu'ils devraient constituer une cible incontournable d'intervention auprès de ces enfants. Qu'en est-il maintenant de la perception de ces enfants sur le fonctionnement de la famille?

Perception de l'enfant sur la cohésion et la hiérarchie au sein de sa famille

Dessin de la famille et fonctionnement familial

Dans un premier temps, explorons la perception des enfants TDAH de cette étude concernant le fonctionnement familial. D'abord, il a été montré que la majorité de ces enfants reconnaissent une certaine *cohésion familiale* révélant la présence d'un lien ou d'un attachement émotionnel entre les membres de leur famille. Cependant, la perception de cette *cohésion* semble plutôt *partielle*. En effet, elle semble faire davantage référence aux liens familiaux (attachement) entre les membres de la famille correspondant à une *cohésion familiale moyenne*. Ces résultats ne corroborent pas ceux obtenus dans la documentation jusqu'à maintenant du point de vue des parents d'enfants ayant un TDAH qui perçoivent leur famille comme ayant moins de cohésion que les familles d'enfants normaux (Brown, & Pacini, 1989; Hachenberg & Lanzendörfer, 2004, Niederhofer & al., 2002). Ainsi, il semblerait que les enfants de cette recherche perçoivent une *cohésion* qui est plutôt *satisfaisante* entre les membres de leur famille, et ce, selon les indices du *Dessin de la famille*.

En ce qui a trait à la *hiérarchie*, si l'on considère les trois critères du *Dessin de la famille* : différences générationnelles, sexuelles et verbalisations indiquant qu'un adulte adopte un rôle

parental bien défini, seuls deux enfants de l'étude reconnaissent complètement la hiérarchie du rôle parental tandis que les quatre autres enfants ont une perception seulement *partielle du rôle parental hiérarchique*. Les familles ayant des frontières troublées remettent en question leur fonction de protection de l'enfant et contribuent au développement d'un attachement plus instable ou insécuré. De plus, les enfants ayant ce type d'attachement seront plus à risque de développer des problèmes internalisés ou externalisés. Ainsi, la perception des frontières inter-générationnelles partielles de la majorité des enfants de cette étude est à questionner.

Le FAST et fonctionnement familial

Dans un deuxième temps, voici la perception des enfants TDAH de cette étude sur le fonctionnement familial évalué à l'aide du *FAST*. Comme il a déjà été décrit, le *FAST* a permis d'évaluer la perception des enfants sur le fonctionnement de leur famille selon trois représentations (typique, idéale et conflictuelle), en plus d'obtenir leur perception sur le fonctionnement des sous-systèmes parental et de la fratrie.

Représentation typique

En ce qui a trait à la représentation quotidienne (typique) des relations familiales des participants à la recherche, il a été possible d'observer que quatre d'entre eux perçoivent les relations *familiales, parentales et fraternelles* comme étant davantage *dysfonctionnelles* : c'est-à-dire **non équilibrées** ou **instables**¹. Ainsi, selon le point de vue de l'enfant atteint du TDAH, ces résultats vont dans le même sens que ceux des deux études suisses sur le *FAST* (Gehring & Marti, 1993; Marti & Gehring, 1992) ayant comparé des répondants d'âge scolaire clinique et non-clinique. La clientèle clinique était alors plus hétérogène car elle était composée d'enfants

¹ *Rappel* : La combinaison de la cohésion et de la hiérarchie permet d'établir le *type de structure relationnelle* au niveau familial, parental et fraternel. Une structure relationnelle est considérée *équilibrée* lorsque la cohésion est cotée moyenne ou élevée et que la hiérarchie est cotée moyenne. Une structure *instable* s'obtient de deux manières. Premièrement, lorsque la cohésion est moyenne et la hiérarchie est cotée faible ou élevée. Deuxièmement, lorsque la cohésion est faible et que la hiérarchie est cotée moyenne. Finalement, une structure relationnelle est considérée comme non équilibrée lorsqu'on obtient des valeurs extrêmes aux deux dimensions.

présentant différents problèmes psychosociaux selon la CIM-10 (trouble de développement, trouble du comportement, trouble affectif, etc.). Lors de ces études, les patients représentaient plus fréquemment que les autres enfants une structure relationnelle familiale non équilibrée.

En ce qui a trait aux thèmes abordés lors de l'enquête et recensés dans les tableaux synthèses de chacun des enfants, *le rôle* (ou la place) *du père* est dominant ainsi que *l'insécurité*. L'importance du *rôle du père* dans la dynamique familiale s'exprime soit par un désir manifeste de rapprochement, un attachement plus particulier à ce dernier ou un respect de son autorité. Sachant que le père joue un rôle primordial dans le développement de l'enfant, il semble important de s'attarder un peu plus longuement sur ce thème. Tel que mentionné précédemment dans le contexte théorique, la fonction première du père, lorsque l'enfant est en bas âge est d'amener l'enfant à se séparer de sa mère afin de lui donner, ainsi qu'à la mère, une limite au sein de cette relation qui est fusionnelle depuis plusieurs mois. En effet, le père impose une « loi de séparation » qui aidera l'enfant à se percevoir comme une personne distincte de sa mère. Cette séparation est importante dans l'apprentissage de la frustration puisque le père impose à son enfant de mettre en suspens sa recherche de gratification immédiate à ses besoins (Marcelli, 2003). La documentation révèle les bienfaits de l'engagement du père sur le développement de l'enfant (Dumont, & Paquette, 2008; Le Camus, & Zaouche-Gaudron, 1998; Paquette, 2004; Parke, 1996). Les pères jouent un rôle dans le développement de l'identité sexuelle, le développement cognitif, l'apprentissage du contrôle de l'agressivité et dans l'ajustement psychosocial des enfants (Paquette, 2004; Park & al, 2004). De plus, par son rôle complémentaire à celui de la mère, le père permet à l'enfant de s'ouvrir et d'explorer le monde, d'acquérir des connaissances et de développer des capacités d'adaptation à l'environnement dans un contexte où il doit respecter des limites et des règles qui lui sont imposées (Paquette, & al., 2009). Ceci contribue également au sentiment de sécurité de l'enfant et au développement de son autonomie. Dans le contexte de la présente recherche menée avec des familles biparentales,

il semble que la perception de l'importance du rôle du père par les enfants ayant un TDAH s'exprimant par un désir manifeste de rapprochement, un attachement plus particulier au père ou un respect de son autorité corroborent les études sur l'apport du père dans le développement de l'enfant. De plus, ceci enrichit la compréhension du TDAH et apporte des éléments intéressants pour la prise en charge de ces jeunes en difficulté.

En effet, certaines études démontrent que l'absence du père ou le peu d'engagement de ce dernier auprès de ses enfants contribuent au développement de problèmes externalisés (Denham, & al., 2000; Mott, & al., 1997; Trautmann-Villalba, & al., 2005). Ainsi, selon la perception des enfants de l'étude, leur père joue un rôle primordial dans la dynamique familiale au quotidien. Le père a une place importante aux yeux de leur enfant mais de quelle manière? Comment son rôle contribue-t-il au développement de la personnalité de l'enfant, de sa perception qu'il a de lui-même ou au niveau du développement du TDAH ? D'une part, le désir manifeste de rapprochement et l'attachement plus particulier au père peuvent être expliqués, en partie, par le fait que l'échantillon de l'étude comprend cinq garçons sur six enfants, tous âgés entre neuf et onze ans. Ainsi, il est fort probable que ces caractéristiques de la relation père-enfant soient davantage associées au stade développemental que ces garçons traversent, désirant s'identifier à la figure masculine. D'autre part, le respect de l'autorité du père s'inscrit dans un développement « normal » de l'apprentissage des règles et des limites qui est grandement supporté par la présence du père. Ainsi, la présence du père serait-elle un facteur de protection pour ces enfants ? Si oui, l'implication du père lors du traitement sera donc essentielle et favorisera sans doute la résilience de ces enfants. Cependant, des questions restent toujours sans réponse telles que : « Quelle est la contribution du père dans la perception qu'ont les enfants de l'étude sur les relations non-équilibrées ou instables au sein de leur famille? Quel est l'apport du père dans la présence d'*insécurité* chez ces enfants? Ou bien dans les difficultés de

contact avec leur environnement présenté précédemment dans le dessin de la famille ?
L'importance ou l'engagement du père est-elle constante ou non auprès de son enfant? Etc.

Le thème de *l'insécurité* est une fois de plus questionnant étant donné qu'il est associé aux séparations difficiles et la sensibilité de l'enfant aux changements dans son environnement. Selon le point de vue des enfants TDAH de cette étude, il semble que l'environnement familial soit dysfonctionnel et génère chez ces derniers de l'insécurité. Ces résultats corroborent les écrits de Davies et al (2004) mentionnant que les enfants de familles *désengagées et enchevêtrées* présentent plus de signes d'insécurité affective dans la relation avec leurs parents. Ainsi, il semblerait que le profil de fonctionnement familial influence le développement de la sécurité affective de l'enfant qui devient plus sujet à développer des problèmes psychologiques et comportementaux comme le TDAH.

Représentation idéale

Par la suite, il a été possible d'observer dans la représentation idéale que quatre enfants souhaitaient que les relations familiales (trois non équilibrées, une instable) et parentales (trois non équilibrées, une instable) soient davantage dysfonctionnelles.

D'une part, certains enfants souhaitaient avoir plus de pouvoir que leurs parents (hiérarchie renversée) indiquant des frontières intergénérationnelles **floues** au niveau de la *hiérarchie*. Ce fait est questionnant étant donné qu'il remet en cause les frontières au sein de la famille. La présence d'un *désir de pouvoir plus grand* chez l'enfant peut être associée à un *désir de reconnaissance* ou à un *désir de contrôle*. La première possibilité suggère que l'enfant ne sent pas que tout son potentiel est reconnu par son entourage et revendique une plus grande autonomie qui peut être en réaction à de la surprotection, par exemple. Ceci implique que le système familial devra se réajuster selon les demandes de l'enfant afin de lui offrir la place dont il a besoin pour s'actualiser.

Cependant, la deuxième éventualité implique plutôt des enjeux d'attachement chez l'enfant. Un désir de pouvoir plus grand peut exprimer que l'enfant lui-même veut contrôler et se rassurer lui-même face aux situations anxiogènes. Dans ce cas, il est primordial que les parents conservent leur pouvoir décisionnel afin de montrer à l'enfant qu'ils sont le guide à suivre. Ceci permettra, par le fait même, de rassurer et de sécuriser l'enfant. En effet, tel que mentionné par Salem et Frenck (2005), dans ce type de situation, l'autorité doit appartenir, et ce, de manière explicite, aux parents. Ainsi, toute ingérence non réprimée de l'enfant dans ce domaine reflète un dysfonctionnement du système familial et nécessitera une intervention afin d'aider la famille à délimiter plus clairement les frontières entre ses membres. Elle sera ainsi plus à même de rétablir une hiérarchie dite « plus équilibrée ».

D'autre part, trois enfants (3, 5, 6) ont également revendiqué un *besoin d'attention* et de *proximité* plus grand entre les membres de la famille lors de la représentation idéale. La perception de ces enfants est intéressante puisqu'elle diverge de celles recueillies par Gehring et Marti (1993). Marti et Gehring (1992) mentionnaient, en effet, que les patients ont une image peu cohésive de la famille et des sous-systèmes lors de leur représentation idéale tandis que leur population non-clinique avait une image plus cohésive. Les résultats de trois enfants de l'étude se rapprochent donc davantage de ceux de la population non-clinique des deux études de référence car ils recherchent lors de la représentation idéale une plus grande cohésion entre les membres de la famille.

Représentation conflictuelle

Lors de la représentation conflictuelle, on a observé que trois enfants ont représenté un conflit *entre les parents et les enfants* (50 %), deux enfants évoquent un conflit *entre les parents* (33 %) et un seul enfant renvoie à un conflit entre les membres de la *fratrie* (17 %). La majorité

des enfants perçoit les relations lors d'un conflit au sein du sous-système *parental* comme davantage *dysfonctionnelles* (deux non équilibrées, trois instables, une non-disponible). Selon les études sur le *FAST* mentionnées précédemment (Gehring et Marti, 1993; Marti et Gehring, 1992), leur population clinique et non-clinique ne divergeaient pas lors de leur représentation conflictuelle. Ils ont observé plus souvent une faible cohésion ainsi qu'une hiérarchie faible dans les représentations des répondants, c'est-à-dire une structure relationnelle davantage **non équilibrée**. De plus, les conflits représentés par les enfants étaient de type fratrie, parental et parent-enfant dans des proportions respectives de 42 %, 32 % et 26 %. Ainsi, les enfants de cette étude se distinguent par une répartition de représentation structurale tant **non équilibrée qu'instable**, par une fréquence élevée de conflit de type *parent-enfant* (50%) et une faible présence de conflit de type *fratrie* (17%).

Dans le cas où les problèmes dans la relation parent-enfant se développent souvent dans un contexte de détresse conjugale (Cox et Paley, 2003) et qu'il existe effectivement une plus grande insatisfaction conjugale dans les familles ayant un enfant présentant un TDAH (Befera & Barkley, 1985; Fischer, 1990; Johnston, 1996; Johnston & Mash, 2001; Pacini & Brown, 1989), les représentations conflictuelles des enfants de l'étude sont à questionner. Sommes-nous en présence d'un déplacement de cette insatisfaction conjugale dans la relation parent-enfant?

Considérons que la relation avec les parents aide l'enfant à contrôler ses émotions, à réguler ses interactions avec son environnement et forme un attachement durable. Si la relation conjugale est fragilisée par la présence de conflits, ceci crée une fissure dans la structure et affecte la dyade conjugale, la triade parent-enfant, la famille en entier ainsi que le fonctionnement de l'enfant. Selon leur perception, ces enfants seraient effectivement plus à risque de dysfonctionnements familiaux en situation conflictuelle.

Par la suite, il a été possible d'observer que l'environnement familial de quatre enfants de l'étude était *insécurisant* lors de conflit. En effet, le type de conflit retrouvé était soit entre les parents et les enfants ou entre les parents seulement et les réactions de ces derniers étaient imprévisibles pour l'enfant (départ de la maison du père, séparation temporaire des parents, père renvoyant son enfant de la maison, conflit entre les parents contaminant le reste de la famille). Ensuite, on observe également que la *mère a un rôle important* dans les représentations conflictuelles de trois enfants (enfants 1, 3, 4). En effet, elle aide à la résolution du conflit dans la fratrie, préserve le lien entre le père et les enfants et supporte le père dans l'application des conséquences dans un conflit de type parent/enfant.

Ensuite, les *coalitions intergénérationnelles* sont surreprésentées. En effet, quatre enfants perçoivent des frontières **floues** avec une dyade parentale moins cohésive que n'importe laquelle des dyades parents-enfants. Donc, selon le point de vue de l'enfant, lors de situations conflictuelles des coalitions intergénérationnelles se produisent dans ces familles. Ainsi, les frontières sont diffuses, floues et peu délimitées. Il est alors difficile pour le système de garder son intégrité, une confusion au niveau des rôles et des limites est alors présente (Barker, 2007; Nichols & Schwartz, 1998). Dans tous les cas, ce sont des conditions qui sont favorables à l'émergence de symptômes psychopathologiques chez un membre de la famille et qui sont néfastes au fonctionnement familial.

De plus, il a été possible d'observer – aussi bien dans les représentations typique, idéale et conflictuelle des enfants de l'étude – que leurs relations avec les membres de leur fratrie sont *dysfonctionnelles*. Ces résultats confirment ceux obtenus par les études (Greene et al., 2001; Mikami & Pfiffner, 2008; Smith et al., 2002) sur les relations fraternelles d'enfants atteints du TDAH montrant que les problèmes externalisés affectent la relation aux frères et aux sœurs,

prédisent l'augmentation des conflits, la diminution de la chaleur et de la proximité et l'affaiblissement de cette relation.

La Figure 4 présente les principales caractéristiques des représentations typiques, idéales et conflictuelles des enfants de l'étude. Tel que mentionné précédemment, on observe qu'au quotidien, le *père a un rôle important* dans la famille selon le point de vue des enfants. En effet, ces derniers démontrent soit un désir de rapprochement au père, un respect face à son autorité ou un attachement particulier à lui. Au niveau idéal, on remarque que l'enfant semble revendiquer un autre type de place dans la famille. Il souhaite obtenir *plus de pouvoir* ou *être davantage reconnu*. Toutefois, les motivations qui nourrissent ce désir ne sont pas clairement définies (besoin de contrôle ou besoin de reconnaissance). En situation conflictuelle, c'est la *mère* qui a un *rôle plus important* dans la famille selon le point de vue de l'enfant. Ensuite, on note également la présence *d'insécurité* dans la représentation typique correspondant au vécu de certains enfants ayant de la difficulté à vivre les séparations et présentant une sensibilité aux changements dans l'environnement. Lors de la représentation idéale, les enfants semblent vouloir se rassurer en manifestant un *besoin d'attention* et de *proximité* entre les membres de la famille. Cependant, on observe que dans la représentation conflictuelle l'environnement semble

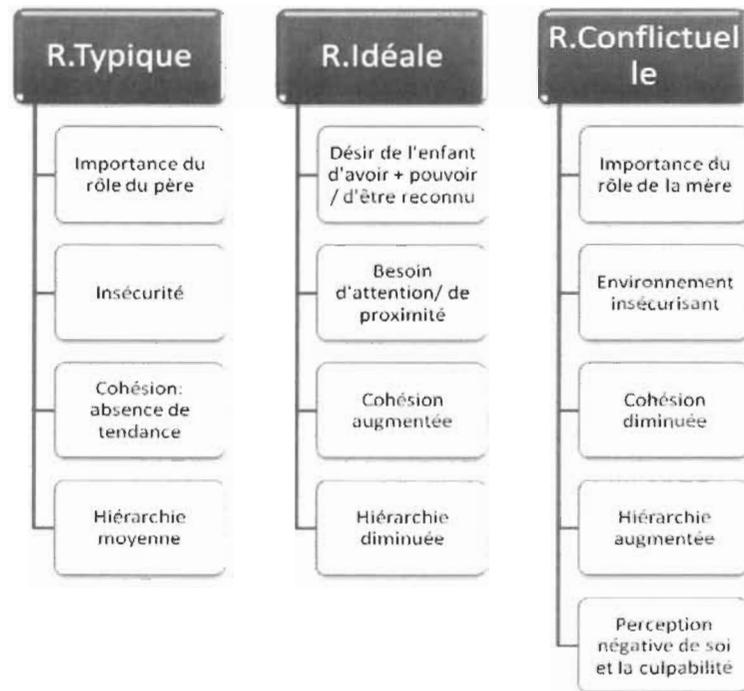


Figure 4. Caractéristiques des représentations typiques, idéales et conflictuelles dans le FAST.

devenir *insécurisant* pour les enfants en raison des réactions imprévisibles des parents, l'enfant a aussi une *perception négative* de lui-même et vit des sentiments de *culpabilité*.

Au niveau de la *cohésion*, il n'y a pas de tendance générale dans la représentation typique. Toutefois, on remarque que la *cohésion* augmente lors de la représentation idéale et diminue lors de la représentation conflictuelle. La *hiérarchie* est moyenne ou élevée chez la plupart des enfants lors de la représentation typique, elle diminue lors de la représentation idéale et augmente, finalement, lors de conflits.

Finalement, il est possible d'observer, dans la Figure 5, certaines relations au sein et entre les différentes représentations (typique, idéale, conflictuelle). La reconnaissance de l'importance du *rôle du père* dans les relations quotidiennes peut être liée à la perception d'un

niveau de *hiérarchie moyenne*. Au niveau idéal, la place que l'enfant revendique dans la famille par son *désir d'être reconnu* ou *d'avoir plus de pouvoir* influence également sa perception de la *hiérarchie familiale*. Tandis qu'au niveau conflictuel, le *rôle de la mère* devient plus important et influence par le fait même la perception du niveau de *hiérarchie familiale*. La présence du thème *d'insécurité* chez certains enfants dans la représentation typique peut être liée au *désir d'avoir plus de pouvoir* et *plus d'attention*. Le *besoin d'attention* influence la *cohésion familiale* dans l'idéal de l'enfant. Finalement, l'environnement *insécurisant* présent lors de conflits peut influencer les liens dans la famille (diminution de la cohésion familiale). Lorsque les liens familiaux sont ébranlés, ils peuvent à leur tour alimenter l'impression que l'environnement est plus insécurisant. Un environnement *insécurisant* entraîne la présence *d'insécurité* chez les enfants et une *perception de soi négative*. Ainsi, il semble que les perceptions des relations familiales des enfants au niveau typique, idéal et conflictuel sont interreliées, ne peuvent être considérées indépendamment les unes des autres et permettent de comprendre le vécu de l'enfant présentant un TDAH.

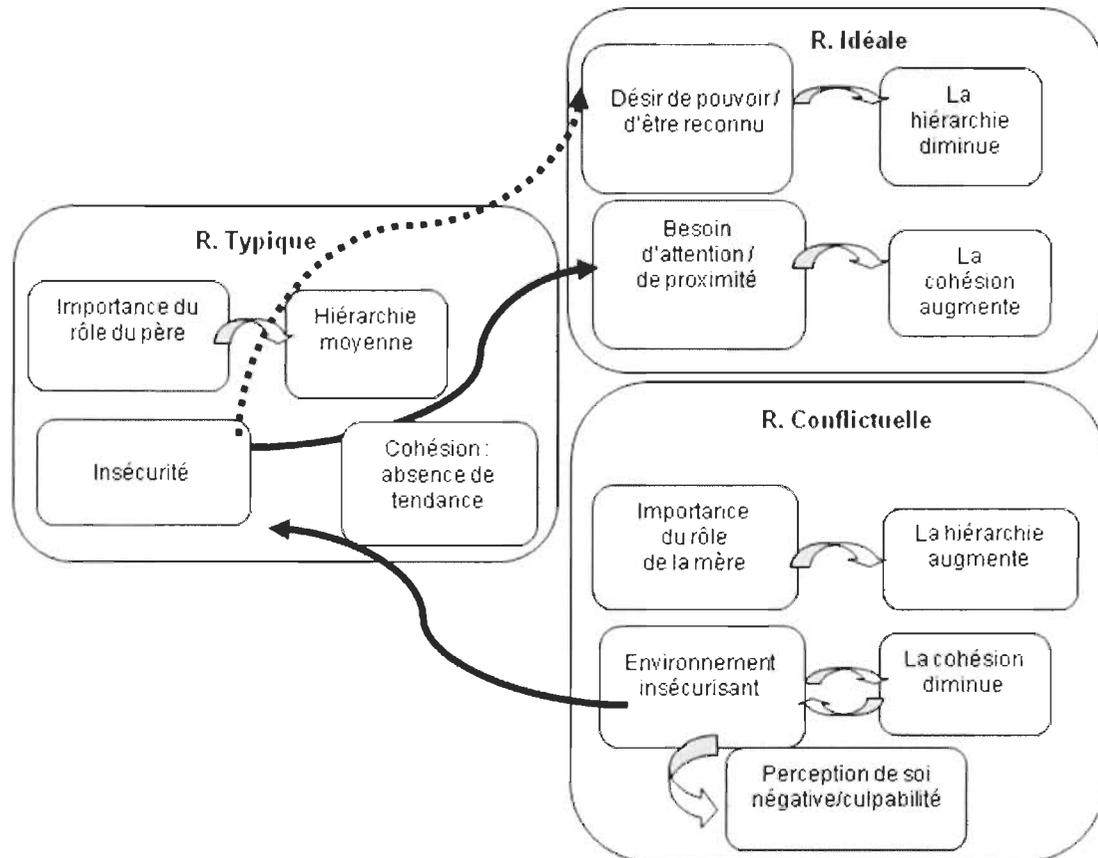


Figure 5. Les relations observables entre les différentes représentations du FAST.

Les retombées et les limites de l'étude

Cette recherche a permis de mieux comprendre le vécu et la perception de l'enfant présentant un TDAH sur les relations familiales. En considérant la réalité individuelle de ces enfants, il semble primordial d'élaborer et de mettre en place des interventions complémentaires à la médication afin de soutenir et d'accompagner l'enfant dans son développement. De plus, compte tenu de la présence chez ces enfants de difficultés d'adaptation lors de l'entrée à l'école, il est important de réaliser un dépistage en bas âge des enfants à risque afin de mettre en place

des interventions familiales préparant l'entrée à l'école. Ceci permettrait de soutenir davantage l'enfant et sa famille dans cette nouvelle étape de la vie et de réduire la probabilité que l'enfant ne développe un trouble. Ce dépistage précoce devrait être envisagé dans une perspective de prévention des difficultés comportementales, affectives et d'adaptation chez les enfants et non, dans un modèle plutôt curatif tel que l'organisation actuelle des services de santé le conçoit. En effet, dans une perspective davantage médicale et curative, le dépistage précoce comporte des risques de stigmatisation de l'enfant, de sa famille mais surtout de médicalisation précoce de l'enfant présentant des caractéristiques liées au TDAH. Cette avenue serait problématique. Tel que mentionné précédemment, le traitement du TDAH à l'aide de la médication ne règle pas tout et les conséquences et les coûts à long terme restent inconnus. Ainsi, à la lumière des résultats de l'étude, il serait pertinent que les intervenants travaillant auprès d'enfants en difficultés soient sensibilisés à ces risques et se questionnent sur l'orientation actuelle des services afin de proposer des modèles différents d'interventions et plus bénéfiques à long terme pour l'enfant, sa famille et la société.

Par la suite, les résultats montrent que du point de vue des enfants TDAH de cette étude, *l'insécurité* et les *enjeux relationnels* cohabitent dans leur intériorisation du monde qui les entoure. Ces enfants perçoivent également des difficultés aux niveaux du fonctionnement familial et dans la relation parent-enfant. Ainsi, il semble évident que lorsque l'on considère le point de vue de ces enfants, ces enjeux relationnels deviennent des cibles incontournables d'interventions auprès de ces enfants et de leur famille. Dans ce contexte, la médication n'est certainement pas le seul traitement à envisager. Il a déjà été mentionné que la combinaison de plusieurs types d'interventions offre un traitement optimal pour le TDAH (intervention de type multimodale). Le traitement pharmacologique est généralement combiné à un traitement psychosocial ou comportemental regroupant différents types d'interventions directes auprès de l'enfant et dans ses différents milieux de vie (maison, école, service de garde). Ce type de traitement a comme

objectifs d'augmenter les capacités d'organisation et de travail, de diminuer l'impulsivité et l'agitation tout en augmentant l'estime de soi et de permettre à l'enfant de développer ses habiletés sociales. Il existe également des programmes de gestion des comportements à la maison pour les parents (Barkley, 1997). Cependant, ces différentes méthodes d'intervention ne travaillent pas directement la relation parent-enfant ou le fonctionnement familial. Il semble donc important de donner une réponse différente dans le traitement du TDAH qui ne vise pas seulement l'enfant mais la famille toute entière. En effet, il semble primordial de remettre en équilibre l'ensemble des liens à l'intérieur de la famille. De plus, cette réponse doit être, à chaque fois, articulée de manière individuelle selon les besoins de l'enfant et de sa famille. Les différents professionnels s'intéressant au TDAH devraient se questionner sur leurs méthodes d'intervention afin de mieux répondre aux besoins de ces enfants tels qu'exprimés dans notre étude.

Des recommandations spécifiques et concrètes ont pu être retirées de la compréhension clinique de chacun des enfants ainsi que dans les conclusions plus générales de l'étude. Voici quelques exemples de recommandations (X étant l'enfant cible):

- L'enfant X a besoin d'un milieu sécurisant avec des limites claires et constantes pour qu'il puisse développer un sentiment de sécurité et de confiance en lui. Ainsi, la guidance parentale serait pertinente afin d'aider les parents à mieux comprendre les comportements de leur enfant et à les soutenir dans l'établissement d'un cadre disciplinaire adéquat et stable pour répondre aux besoins de X. Le soutien auprès des parents touche différents aspects concernant le développement de leurs compétences parentales tels:
 - Mettre en place un encadrement avec des limites claires et cohérentes afin de rétablir les frontières et de favoriser le sentiment de sécurité chez l'enfant.
 - Aider les parents à mettre des mots sur les comportements de l'enfant. Lorsque X a des comportements hors normes (agressivité, manque de limites dans ses

relations, agitation), il serait intéressant de mettre des mots sur ces comportements et d'émettre une hypothèse sur la cause afin de l'aider à identifier ce qu'il vit. Par exemple, *tu sembles très excité aujourd'hui, est-ce que tu es nerveux de partir en fin de semaine? Ou d'aller à l'école ?*

- Renforcer l'implication du père et diminuer la « surprotection » de la mère.
 - Aider les parents à mieux s'accorder, à prendre conscience de leurs enjeux relationnels ainsi que ceux de leur enfant et de la dynamique familiale.
 - Soutenir les parents afin qu'ils interviennent en prévention et dans leur zone de confort afin de diminuer les réactions affectives (neutralité) pouvant être interprétées par l'enfant comme du rejet;
 - Soutenir les parents afin qu'ils refusent les comportements inacceptables (par exemple, donner des coups, insulter, briser) et insistent sur le respect réciproque. Il est nécessaire qu'il y ait des conséquences claires et qu'ils mentionnent à l'enfant qu'il n'est pas une mauvaise personne mais qu'il a fait un mauvais choix afin de diminuer la honte et rétablir des sentiments davantage de culpabilité.
- Des rencontres familiales seraient également pertinentes afin de travailler les frontières et les enjeux relationnels dans l'ici et maintenant et de soutenir chacun des membres de la famille dans l'expression de leurs sentiments et dans leur compréhension de la dynamique familiale,
 - Il serait souhaitable de poursuivre les moments privilégiés avec son père étant donné son désir de rapprochement et d'identification de X.
 - Étant donné la différence d'âge entre les membres de la fratrie et que X manifeste clairement son besoin d'espace personnel (frontière), il serait intéressant d'instaurer au quotidien des moments dans un endroit précis où X peut réaliser ses activités sans être dérangé et retrouver son calme.

- De plus, il est souhaitable que les parents poursuivent leurs interventions lorsqu'un conflit éclate entre X et sa sœur afin de départager la responsabilité de chacun et de rétablir les limites (frontières) entre eux.
- X bénéficierait d'un suivi en psychologie afin d'apprendre à reconnaître, vivre et à exprimer ses émotions en plus d'améliorer son estime de soi. Ceci lui permettrait également d'avoir un lieu à lui où il pourrait apprendre s'exprimer sans craintes, à comprendre et à identifier ce qu'il vit à l'intérieur de lui.

Cependant, la mise en place de ce type d'intervention demande sans contredit un investissement important de chacun des membres de la famille. Pour ce faire, un lien de confiance doit exister entre les intervenants et la famille. Dans un contexte où l'organisation actuelle des services prône davantage l'intervention à court terme, il semble difficile de mettre en place les conditions gagnantes à ce type d'intervention. En effet, l'offre de service de traitement à court terme est un obstacle important à la mise en place d'intervention travaillant la relation parent-enfant et les enjeux relationnels au sein de la famille puisqu'elle favorise l'apprentissage de techniques éducatives au détriment de l'exploration plus approfondie des enjeux relationnels. De plus, dans le contexte actuel, les familles souhaitant obtenir une aide à moyen-long terme doivent aller au privé et cela implique des coûts importants n'étant pas accessibles à tous. Ainsi, la question de coût à court, moyen ou long terme des traitements actuellement offerts aux enfants présentant un TDAH et à leur famille est une fois de plus soulevée.

Évidemment, plusieurs limites existent dans cette étude et influencent les résultats. Tout d'abord, les études de cas permettent de comprendre des phénomènes plus complexes mais la généralisation des résultats est une des principales lacunes de cette stratégie de recherche. De plus, le petit nombre d'enfants, la catégorie restreinte d'âge choisi (9-11 ans) et la proportion inégale de garçons et de fille dans l'échantillon font en sorte que celui-ci n'est pas représentatif

d'une population d'enfants atteints du TDAH. La difficulté à recruter des sujets est une autre limite importante de l'étude. Cette limite pose de nombreuses questions concernant l'intérêt des milieux de pratique et des parents à l'égard du sujet de cette recherche concernant la perception de l'enfant ayant un TDAH sur ses relations familiales. Est-ce que le point de vue de l'enfant ne semble pas important aux yeux des adultes qui l'entourent reflétant des enjeux plus larges dans la société actuelle? Quelle est la place de l'enfant? Est-ce que la dominance de l'atteinte cérébrale dans le TDAH fait que nous perdons de vue les besoins de l'enfant derrière le TDAH? Est-ce que les familles craignent de se faire juger? Etc. Enfin, les familles ayant participé à la recherche étaient volontaires et donc possiblement plus ouvertes à recevoir de l'aide concernant les difficultés de leur enfant. Cependant, cet aspect reste limité étant donné que seulement la moitié des parents ont manifesté un intérêt lors de la remise des résultats et des recommandations suite à l'expérimentation.

De plus, considérant les nombreux changements et transformations dans la société québécoise, la notion de « famille » est difficilement généralisable. En effet, les familles d'aujourd'hui ont des parcours de vie très différents les unes des autres. Un biais de sélection a inévitablement eu lieu lors de la sélection des sujets puisque la chercheuse a choisi un corridor d'exclusion et d'inclusion afin d'obtenir des familles biparentales (origine ou recomposée). Ces dernières ne représentent que partiellement la réalité quotidienne des familles québécoises d'aujourd'hui où les familles monoparentales, à garde partagée, de parents du même sexe, etc. sont de plus en plus nombreuses.

Par la suite, le choix des instruments comporte également des limites. En relation avec une méthode plus qualitative, la chercheuse aurait pu valider les résultats aux différentes épreuves (*Dessin de la famille et FAST*) à l'aide de questionnaires davantage standardisés tels que *Family Assessment Device-FAD* (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) et *Family Adaptability and Cohesion*

Evaluation Scale-FACES III (Olson et al., 1982). Les points de vue des parents et des membres de la fratrie auraient également pu être explorés afin de vérifier les convergences et divergences de perception entre les sujets, et ce, tant à l'aide du *Dessin de la famille* que du *FAST*. Finalement, les études psychométriques du *FAST* ont été réalisées chez un échantillon californien et non québécois. Ainsi, les résultats obtenus sont à interpréter avec prudence car il pourrait exister des différences dans la perception du fonctionnement familial. Dans de futures recherches, il serait intéressant de valider cet instrument auprès d'une population d'enfants québécois afin d'obtenir la perception des enfants de la province sur le fonctionnement familial.

Conclusion

Cette thèse avait comme objectif principal de mieux comprendre le vécu émotionnel des enfants atteints du TDAH au sein de leur famille en évaluant leur perception des relations familiales et du fonctionnement familial telles qu'elle est intériorisée par l'enfant. Dans un premier temps, à l'aide des études de cas, les résultats de cette recherche ont permis d'apporter un éclairage nouveau sur le vécu affectif et relationnel d'enfants atteint du TDAH (mixte ou avec impulsivité-hyperactivité prédominante). En effet, il a été possible de constater que l'intériorisation des expériences de vie de chacun de ces enfants a eu un impact considérable dans leur développement affectif et relationnel. Il a également été observé que, malgré un diagnostic commun, les enfants de l'étude ont chacun un vécu expérientiel distinct de celui des autres et que celui-ci devrait être reconnu et considéré dans une intervention individualisée auprès de ces enfants et de leur famille.

Dans un deuxième temps, l'observation des convergences et divergences inter-sujets a permis de mettre en lumière les principales caractéristiques de ces enfants et de leur famille ainsi que différents thèmes à travers les études de cas, le *Dessin de la famille* et le *FAST*. En effet, il a été possible de noter que peu d'enfants présentaient des caractéristiques pouvant être reliées au TDAH lorsqu'ils étaient nourrissons. Toutefois, plusieurs enfants ont présenté durant la petite enfance des comportements tels qu'une faible tolérance à la frustration, de l'impulsivité, de l'agitation et une trop grande activité verbale. L'adaptation lors de l'entrée à l'école semble avoir été difficile pour tous les enfants. L'utilisation de la médication a également été efficace pour plusieurs d'entre eux. Malgré cela, il a été possible d'observer que la majorité des enfants présente un certain niveau *d'insécurité* qui semble être lié à des enjeux relationnels. Plusieurs mères se décrivaient comme étant *surprotectrices* et ayant de la *difficulté à mettre des limites*. Il a donc été remarqué que l'attitude des mères peut avoir contribué à un environnement imprévisible

et incohérent. De plus, les caractéristiques des enfants semblent également avoir influencé l'accordage mère-enfant et par le fait même, généré un attachement possiblement insécurisé.

À l'aide des indices graphiques, le *Dessin de la famille* a permis de constater la présence d'*immaturité affective*, d'*insécurité* et de *difficultés de contact avec l'environnement* pour plusieurs des enfants. Il a été démontré que ces différents aspects peuvent être associés au processus d'attachement chez les enfants présentant un TDAH. Ainsi, il semble que du point de vue des enfants TDAH de cette recherche, l'insécurité et les enjeux relationnels cohabitent dans l'intériorisation du monde qui les entoure. Il a également été possible de constater, à l'aide du *Dessin de la famille*, que les enfants de l'étude perçoivent la *cohésion familiale* de manière *partielle*. Toutefois, il semble que ces enfants en retirent une certaine satisfaction. Au niveau de la *hiérarchie familiale*, il a été démontré que la majorité des enfants de l'étude perçoivent que *partiellement* le rôle parental suggérant que les frontières dans ces familles semblent **floues** aux yeux des enfants.

Par la suite, le *FAST* a permis d'observer la perception des enfants selon le type de représentation demandée (typique, idéale ou conflictuelle). Les enfants de l'étude perçoivent les relations au sein de leur famille comme étant *dysfonctionnelles*, et ce, tant au quotidien que dans leur perception idéale des relations et lors d'un conflit. Plusieurs thèmes ont été soulevés tels que l'importance du *rôle du père* au quotidien, le *désir de pouvoir*, *d'être reconnu* et de *proximité* dans l'idéal des enfants et l'importance du *rôle de la mère* lors des conflits. Cependant, il a été noté que les perceptions des relations familiales des enfants aux niveaux typique, idéal et conflictuel sont interreliées et ne peuvent être considérées indépendamment les unes des autres.

Finalement, cette étude aide à mieux comprendre le vécu affectif et relationnel des enfants ayant un diagnostic de TDAH et vivant dans une famille biparentale. Les résultats aux deux

instruments utilisés (*Dessin de la famille* et *FAST*) permettent de montrer que les enfants de l'étude perçoivent des difficultés aux niveaux du fonctionnement familial et dans la relation parent-enfant qui permettent de questionner les interventions généralement utilisées avec ce type de problématique. Il semble que des interventions qui visent davantage la relation parent-enfant pourraient être bénéfiques selon le point de vue et les besoins de l'enfant.

Il serait pertinent dans de futures recherches de considérer tous les types de familles (biparentale d'origine ou recomposée, monoparentale, à garde partagée, de parents du même sexe, etc.) afin d'évaluer la perception de l'enfant sur les relations familiales.

Références

- Abate, M. A. (1994). Kinetic Family Drawing. *Dissertation Abstracts International*, 55 (3-B), 1175.
- Abidin, R. R. (1983). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's Health Care*, 11 (2), 70-73.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative Guide to the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington, VT : University of Vermont.
- Albaret, J. M., Soppelsa, R., & Marquet-Doléac, J. (2000). Intérêt du test d'appariement d'images dans le diagnostic de la composante impulsivité du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité : Étude comparative. *A.N.A.E. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 12 (3), 98-102.
- Albernhe, K., & Albernhe, T. (2004). *Les thérapies familiales systémiques*. Paris : Masson.
- Amato, P. R. (1991). Psychological distress and the recall of childhood family characteristics. *Journal of Marriage & the Family*, 53 (4), 1011-1019.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. : Paris : Masson.
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul, G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder : Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21 (5), 581-596.
- Angel, P., & Mazet, P. (2004). *Guérir les souffrances familiales : 50 spécialistes répondent*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bange, F. (2007). *Vivre et communiquer avec un enfant hyperactif*. Paris : InterEditions-Dunod.
- Bange, F., & Siméoni-Mouren, M. C. (2005). Le points de vue du prescripteur. Dans J. Fabien (Éd.), *L'hyperactivité en débat* (pp. 158). Ramonville-Saint-Agne (Haute-Garonne) Erès.
- Barker, P. (2007). *Basic family therapy*. Oxford, Angleterre; Ames, Iowa : Blackwell Pub.
- Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder : A handbook* Barkley. New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York, NY, US : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York : Guilford.
- Barkley, R. A. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Dans R. A. Barkley & E. J. Mash (Éds.), *Child psychopathology (2nd ed.)*. (pp. 75-143). New York : Guilford Press.

- Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment*. New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A. (Éd.). (2005). *Attention-Deficit hyperactivity Disorder : A handbook for Diagnosis and Treatment* (3 Éd.). New York : Guilford Press.
- Barkley, R. A., Cook, E. H., Dulcan, M., Campbell, S., Prior, M., Atkins, M., et al. (2002). Consensus statement on ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11 (2), 96-98.
- Barkley, R. A., Karlsson, J., & Pollard, S. (1985). Effects of age on the mother-child interactions of ADD-H and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13 (4), 631-637.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Beck, S. J., Young, G. H., & Tarnowski, K. J. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 558-565.
- Befera, M. S., & Barkley, R. A. (1985). Hyperactive and normal girls and boys : Mother-child interaction, parent psychiatric status and child psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26 (3), 439-452.
- Bernier, J. C., & Siegel, D. H. (1994). Attention-deficit hyperactivity disorder : A family and ecological systems perspective. *Families in Society*, 75 (3), 142-151.
- Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Bloch, H. (1997). *Dictionnaire fondamental de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Bloch, H., & Tamisier, J.-C. (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Bouvard, M.-P. (2006). *L'hyperactivité de l'enfance à l'âge adulte*. Rueil-Malmaison, France : Doin.
- Bouvard, M.-P., Le Heuzey, M.-F., Mouren-Siméoni, M.-C., & Abbou, H. (2002). *L'Hyperactivité : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Doin.
- Bradley, S. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2006). Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. Dans E. J. Mash & R. A. Barkley (Éds.), *Treatment of childhood disorders* (3 éd.), 65-136. New York : The Guilford Press.
- Brandau, H., & Pretis, M. (2004). Early identification and systemic educational intervention for young children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (AD/HD). *European Journal of Special Needs Education*, 19 (1), 17-31.
- Branje, S. J. T., van Lieshout, C. F. M., van Aken, M. A. G., & Haselager, G. J. T. (2004). Perceived support in sibling relationships and adolescent adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (8), 1385-1396.
- Brière, F., & Savard, C. (2007). *Les alternatives au Ritalin*. Montréal : Caractère.
- Brody, G. H. (2004). Siblings' Direct and Indirect Contributions to Child Development. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (3), 124-126.

- Brown, R. T., & Pacini, J. N. (1989). Perceived family functioning, marital status, and depression in parents of boys with attention deficit disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 22 (9), 581-587.
- Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder : The unfocused mind in children and adults*. New Haven, CT, US : Yale University Press.
- Buhrmester, D., Camparo, L., Christensen, A., Gonzalez, L. S., & Hinshaw, S. P. (1992). Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. *Developmental Psychology*, 28 (3), 500-509.
- Campbell, J. D. (1975). Illness is a point of view : The development of children's concepts of illness. *Child Development*, 46 (1), 92-100.
- Carlson, C. L., Pelham, W. E., Milich, R., & Dixon, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 (2), 213-232.
- Castellanos, F. X. (2001). Neural substrates of attention-deficit hyperactivity disorder. *Advance in Neurology*, 85, 197-2006.
- Causse, C. (2006). *Vivre avec un enfant hyperactif : le guide indispensable aux parents et aux enseignants confrontés à l'hyperactivité*. Monaco : Alpen.
- Celestin Westreich, S., Ponjaert Kristoffersen, I., & Celestin, L. P. (2000). Children with ADHD and their families : An exploratory study from the child's perspective / L'enfant TDA/H et sa famille : Une etude explorative de la perspective de l'enfant. *Revue Canadienne de Psycho Education*, 29 (2), 207-221.
- Champagne, M., & Québec. Comité de la consultation sur la politique familiale. (1985). *Le soutien collectif reclame pour les familles québécoises: consultation sur la politique familiale : Première partie*. Quebec : Ministère du Conseil executif Secretariat a la politique familiale.
- Chi, T. C., & Hinshaw, S. P. (2002). Mother-child relationships of children with ADHD : The role of maternal depressive symptoms and depression-related distortions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (4), 387-400.
- Cloutier et Renaud (1990) *Psychologie de l'enfant*. Gaetan morin éditeur, Mtl. 776 p
- CMQ, & OPQ. (2001). *Le trouble de l'attention/hyperactivité et l'usage des stimulants du système nerveux central. Lignes directrices du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec*. (pp. 26). Montréal.
- Cohen, D., Clapperton, I., Gref, P., Tremblay, Y. & Cameron, S. (1999) Déficit d'attention/hyperactivité : Perceptions des acteurs et utilisation de psychostimulants », *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, Québec*, p.45.
- Cohen, A., Guinard, M. (2006) Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: premiers résultats psychodynamiques d'une étude croisée. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.*, 54, 277-283.
- Conant, M. S. (1989). Toward the validation of the kinetic Family Drawing. *Dissertation Abstracts International*, 50 (2-B), 743.

- Conger, R. D., Rueter, M. A., & Brody, G. H. (1996). Siblings, parents, and peers : A longitudinal study of social influences in adolescent risk for alcohol use and abuse. Dans *Sibling relationships : Their causes and consequences*. (pp. 1-30). Westport, CT US : Ablex Publishing.
- Conners., K. (19972000). *Échelle d'évaluation Conners pour le parent - révisé, Version brève (CPRS-R :S) ou longue (CPRS-R :L) (traduit par J. Renauld, P. Oigny et S. Robinson)*. Toronto, Ontario : MHS.
- Corman, L. (1964). *Le test du dessin de famille dans la pratique médico-pédagogique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Cox, M. J., & Paley, B. (2003). Understanding families as systems. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (5), 193-196.
- Davies, P. T., & Cicchetti, D. (2004). Toward an integration of family systems and developmental psychopathology approaches. *Development And Psychopathology*, 16 (3), 477-481.
- Davies, P. T., Cummings, E. M., & Winter, M. A. (2004). Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental subsystem, and child psychological problems. *Development And Psychopathology*, 16 (3), 525-550.
- Denham, S., Workman, E., Cole, P., Weissbrod, C., Kendziora, K., & Zahn-Waxler, C. (2000) Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: the role of parental socialization and emotion expression. *Development and Psychopathology*, 12 (1), 23-45.
- Diener, M. B., & Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder : A test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26 (3), 256-265.
- Doron, R., & Parot, F. (Éds.). (2007). *Dictionnaire de psychologie (2^e éd.)*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dubé, R. (1992). *Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant*. Boucherville, Québec : G. Morin.
- Dubuc, B., & Dudek, S. (1994). Le développement de production d'un dessin chez les enfants de l'école élémentaire. *Enfance*, 2, 189-200.
- Dumas, J. E. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles, Be : De Boeck Université.
- Dumont, C., & Paquette, D. (2008) L'attachement père-enfant et l'engagement paternel: deux concepts centraux pour mieux prédire le développement de l'enfant. *Revue de psychoéducation*, 37 (1), 27-46.0
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Falardeau, G. (1997). *Les enfants hyperactifs et lunatiques*. Montréal : Le Jour.
- Faux, S. (1993). Siblings of children with chronic physical and cognitive disabilities. *Journal of Pediatric Nursing*, 8, 305-317.
- Fischer, B. L., Giblin, P. R., & Regas, S. J. (1983). Healthy family functioning/goals of family therapy II : An assessment of what therapist say and do. *The American Journal of Family Therapy*, 11, 41-54.

- Fischer, L. (1976). Dimensions of family assessment : A critical review. . *Journal of Marriage and Family Counseling*, 13, 367-382.
- Fischer, M. (1990). Parenting stress and the child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (4), 337-346.
- Gagné, P.-P. (1988). *L'hyperactivité : problématique et stratégies*. Montréal : Conseil québécois pour l'enfance et la jeunesse.
- Gallo, A., Breitmayer, B., Knafl, K., & Zoeller, L. (1993). Mother's perceptions of sibling adjustment and family life in childhood chronic illness. *Journal of Pediatric Nursing*, 8, 318-324.
- Gaudreault, J. (2005). Entrevue structurée sur l'enfant, son développement et son environnement. Inspiré du questionnaire de Bissonnette, 2004. Document inédit. Université du Québec à Trois-Rivières, UQTR.
- Gehring, T. M., & Debry, M. (1995). *L'évaluation du Système Familial : Le FAST*. Braine-Le-Château : Editions ATM.
- Gehring, T. M., & Feldman, S. S. (1988). Adolescents' perceptions of family cohesion and power. A methodological study of Family System Test. *Journal of Adolescence Research*, 3, 33-52.
- Gehring, T. M., & Marti, D. (1993). The Family System Test : Differences in perception of family structures between nonclinical and clinical children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 34, 363-377.
- Gehring, T. M., & Marti, D. (2000). Evaluation of family structures with figure placement techniques. *Psychological Reports*, 87 (2), 664-666.
- Gerdes, A. C., Hoza, B., & Pelham, W. E. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder boys' relationships with their mothers and fathers : Child, mother, and father perceptions. *Development and Psychopathology*, 15 (2), 363-382.
- Glanzman, M. M., & Blum, N. J. (2007). Attention deficits and hyperactivity. Dans M. L. Batshaw, L. Pellegrino & N. J. Roizen (Éds.), *Children with disabilities* (6th éd.), 345-365. Baltimore, Maryland : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Goldstein, S., Goldstein, M., Jones, C. B., Braswell, L., & Sheridan, S. M. (1998). *Managing attention deficit hyperactivity disorder in children : A guide for practitioners*. New York : J. Wiley.
- Gomez, R., & Sanson, A. V. (1994). Mother-child interactions and noncompliance in hyperactive boys with and without conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (3), 477-490.
- Goudreau, R., & Poulin, P. C. (1999). Cadre de référence théorique sur le TDAH. Document non publié.
- Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Mick, E., DuPre, E. P., Fine, C. S., Goring, J.G. (2001). Social impairment in girls with ADHD : Patterns, gender comparisons, and correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40 (6), 704-710.
- Guay, M.-C., Lageix, P., & Parent, V. (2006). Proposition d'une démarche évaluative du TDAH. Dans N. Chevalier, M.-C. Guay, L. Essiambre & A. c.-f. p. I. a. d. sciences (Éds.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser*. 3-16. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- Guay, M.-C., & Laporte, P. (2006). Profil cognitif des jeunes avec un TDAH. Dans N. Chevalier, M.-C. Guay, L. Essiambre & s. Association canadienne-française pour l'avancement des (Éds.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser*. 37-55 . Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Harter, S., & Pike, R. (1984). The pictorial scale of Perceived Competence and Social Acceptance for Young Children. *Child Development*, 55 (6), 1969-1982.
- Horn, W. F., Chatoor, I., & Conners, C. K. (1983). Additive effects of Dexedrine and self-control training : A multiple assessment. *Behavior Modification*, 7 (3), 383-402.
- Horn, W. F., Jalongo, N. S., Pascoe, J. M., & Greenberg, G. (1991). Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30 (2), 233-240.
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Jr., Molina, B. S. G., Abikoff, H.B., Epstein, J.N., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J.M., Wigal, T.(2004). Self-Perceptions of Competence in Children With ADHD and Comparison Children. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 72 (3), 382-391.
- Institut de la statistique, Q. (2003). *Enfants dans les familles selon la structure de la famille et l'âge des enfants, Québec, 1981-2001*. Québec. Document consulté le 15 mars 2006.de http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/famls_mengs_niv_vie/menage_famille/men_fam_enf/familles/tableau_19.htm.
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M., & Hitchens, K. (2004). Observations of early triadic family interactions : Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention-deficit/hyperactivity disorder in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 16 (3), 577-592.
- Johnson, V. K., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1999). Children's Classroom Behavior : The Unique Contribution of Family Organization. *Journal of Family Psychology*, 13 (3), 355-371.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (1), 85-104.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder : Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4 (3), 183-207.
- Johnston, C., Murray, C., Hinshaw, S. P., Pelham, W. E., Jr., & Hoza, B. (2002). Responsiveness in interactions of mothers and sons with ADHD : Relations to maternal and child characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (1), 77-88.
- Jourdan-Ionescu, C., & Lachance, J. (2000). *Le dessin de la famille : présentation, grille de cotation, éléments d'interprétation*. Paris : Éditions et applications psychologiques.
- Kendall, J. (1999). Sibling accounts of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Family Process*, 38 (1), 117-136.
- Kinsbourne, M. (1973). Minimal brain dysfunction as a neurodevelopmental lag. *Annales New York Academy of Sciences*, 205, 268-273.

- Klein, R. G., & Abikoff, H. (1997). Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2 (2), 89-114.
- Lacourse, M.-T. (2005). *Famille et société*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M., Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27 (1), 76-96.
- Larochelle, M. (2000). *Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) : une application du cadre théorique de l'attention de Posner et Raichle*. Essai en psychologie, Université Laval.
- Lecomte, S., & Poissant, H. (2006). Facteurs de risque du TDAH. Dans N. Chevalier, M.-C. Guay, L. Essiambre & s. Association canadienne-française pour l'avancement des (Éds.), *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : soigner, éduquer, surtout valoriser*. 17-36, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Lieberman, F. R. B. (1992). Validity of the Kinetic Family Drawings as a measurement of the perception of family relationships and family dynamics (parental care). *Dissertation Abstracts International*, 53 (6-B), 3203.
- Lindahl, K. M., Malik, N. M., Kaczynski, K., & Simons, J. S. (2004). Couple power dynamics, systemic family functioning, and child adjustment : A test of a mediational model in a multiethnic sample. *Development and Psychopathology*, 16 (3), 609-630.
- Mandara, J. (2003). The typological approach in child and family psychology : A review of theory, methods, and researchs. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (2), 129-146.
- Marc, E., & Picard, D. (2004). *L'école de Palo Alto. Un nouveau regard sur les relations humaines* (3 ed.). Paris : Éditions RETZ.
- Marcelli, D. (2003) *L'enfant, chef de la famille. L'autorité de l'infantile*. Paris: Albin Michel.302 p.
- Margalit, M., & Almougy, K. (1991). Classroom behavior and family climate in students with learning disabilities and hyperactive behavior. *Journal of Learning Disabilities*, 24 (7), 406-412.
- Martel, M. & Nigg, J.T. (2006) Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortfull control, resiliency, and emotionnaly. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (11), 1175-1183.
- Marti, D., & Gehring, T. M. (1992). Is there a relationship between children's mental disorders and their ideal family constructs? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 490-494.
- Martin-Guehl, C. (2005). Comorbidité avec les troubles de comportements et les troubles émotionnels. Dans V. Vantalon (Éd.), *L'hyperactivité de l'enfant*. (pp. 47-54). Montrouge (Hauts-de-Seine) : John Libbey Eurotext.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983a). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 51 (1), 86-99.
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1983b). Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12 (1), 91-99.

- Massé, L. (1999). Le déficit de l'attention/hyperactivité. Dans E. Habimana (Éd.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*. 163-181. Boucherville : Gaetan Morin.
- Massé, L., Lanaris, C., & Couture, C. (2006). Le trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH). Dans L. Massé, N. Desbiens & C. Lanaris (Éds.), *Les troubles du comportement à l'école : prévention, évaluation et intervention*. 5-16. Montréal : G. Morin éditeur.
- Maté, G. (2001). *L'esprit dispersé : comprendre et traiter les troubles de la concentration*. Montréal : Éditions de l'Homme.
- McHale, J. P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy : The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31 (6), 985-996.
- McHale, J. P., & Neugebauer, A. (1998). Parents' reports on the Child Adaptive Behavior Inventory predict 4-year-olds' playground behavior. *Early Education and Development*, 9 (3), 307-322.
- McHale, J. P., & Rasmussen, J. L. (1998). Coparental and family group-level dynamics during infancy : Early family precursors of child and family functioning during preschool. *Development and Psychopathology*, 10 (1), 39-59.
- Méthot, L. (2009). *Jeunes avec stimulateur - Volume 2 : Étude principale*. Thèse de doctorat en psychologie inédite, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Meynckens-Fourez, M., & Henriquet-Duhamel, M.-C. (2005). *Dans le dédale des thérapies familiales : un manuel systémique*. Paris : Érès.
- Miermont, J. (2004). *Thérapies familiales et psychiatrie*. Rueil-Malmaison : Doin.
- Minuchin, S (1974) *Families en thérapie*. Trad. : M. du Ranquet et M. Wajeman. Paris: Éditions universitaires, 1983
- Mikami, A. Y., & Pfiffner, L. J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11 (4), 482-492.
- Montgomery, J., & Fewer, W. (1988). *Family systems and beyond*. New York : Human Sciences Press.
- Moos, R., & Moos, B. (1974). *Family Environment Scale Manual : Development, Applications, Research*. CA : Consulting Psychologist Press.
- Morgenstern, S. (1937). *La psychanalyse infantile*. Paris : Denoël.
- Morval, M. (1974). À propos de l'interprétation du dessin de la famille. *Revue de psychologie et des Sciences de l'Éducation*, 9 (4), 457-473.
- Morval, M. (1985). *Psychologie de la famille*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Mott, F.L., Kowaleski-Jones, L., & Menaghan, E.G (1997) Paternal Absence and child Behavior: Does a Child's Gender Make a Difference? *Journal of Marriage and the Family*, 59 (1), 103-118.
- MTA. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategie for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- Neufeld, G., & Maté, G. (2005). *Retrouver son rôle de parent*. Montréal : Éditions de l'Homme.

- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1998). *Family therapy : concepts and methods*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Niederhofer, H., Hackenberg, B., & Lanzendorfer, K. (2004). Family conflict tendency and ADHD. *Psychological Reports, 94* (2), 577-580.
- Niederhofer, H., Hackenberg, B., Lanzendorfer, K., Staffen, W., & Mair, A. (2002). Family coherence and ADHD. *Psychological Reports, 91* (1), 123-126.
- Noël, L., & Centre jeunesse de Montréal - Institut, (2003). *Je m'attache, nous nous attachons : le lien entre*. Montréal : Éditions Sciences et culture.
- O'Brien, R. P., & Patton, W. F. (1974). Development of an objective scoring method for the Kinetic Family Drawings (KFD). *Journal of Personality Assessment, 38* (2), 156-164.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. (1989). Ontario Child Health Study : Correlates of disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28* (6), 856-860.
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31* (2), 230-241.
- Olson, D. H., Portner, J., & Bell, R. Q. (1982). *FACES II : Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Minnesota : University of Minnesota.
- OMS (1994). *Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche (CIM-10)*. Paris : Masson.
- Paquette, D. (2004) Le rôle du père dans la capacité du garçon à gérer son agressivité. *Revue de psychoéducation et d'orientation, 33* (1), 61-73.
- Paquette, D., Eugène, M.M., Dubeau, D., & Gagnon, M-N (2009) *Les pères ont-ils une influence spécifique sur le développement des enfants? 99-118*. Dans Dubeau, D., Devault, A., & Forget, G. (2009) *La paternité au XXI siècle*. Les presses de l'Université Laval, Québec. 488p.
- Parke, R.D. (1996) *Fatherhood*. Harvard University Press. 319 pp.
- Parke, R.D., Dennis, J., Flyr, M.L., Morris, K.L., Killian, C., McDowell, D.J., & Wild, M. (2004) Fathering and Children's Peer Relationships. 307-340. Dans Lamb, M.E. (4Éd). *The role of the father in child development*. Hoboken, US. 538 p.
- Pecanha, D. L., Lacharité, C., & de Queiroz Pérez-Ramos, A. M. (2003). Une méthode systémique d'évaluation du fonctionnement familial : études portant sur des familles d'enfants asthmatiques. *Revue Québécoise de Psychologie, 24* (2), 89-113.
- Pelham, W. E., & Bender, M. E. (1982). Peer relationships in hyperactive children : Description and treatment. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities, 1*, 365-436.
- Pelham, W. E., Jr., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 27* (2), 190-205.
- Phelps, L., Brown, R. T., & Power, T. J. (2002). *Pediatric psychopharmacology : Combining medical and psychosocial interventions*. Washington, DC.

- Québec. (2004). *CdM express : ressource électronique bulletin*. Sainte-Foy, Québec : Conseil du médicament.
- Rief, S. F. (2005). *How to reach and teach children with ADD/ADHD. Pratical techniques, strategies, and interventions*. (2nd edition ed.). San Francisco : Jossey-Bass.
- Robert, P., Rey-Debove, J., & Rey, A. (2004). *Le nouveau petit Robert : dictionnaire alphabéti texte remanié et amplifié sous la direction de Josett*. Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Robert, Stake. E. (1995) *The art of case study research*. Sage publications London 192 p.
- Robitaille, C. (2003). Le point sur le ritalin. Page consultée le 15 mars 2006 de <http://www.quebectel.com/qt/usagers/charrob/rita.htm>.
- Robitaille, C., Vézina, N., & Québec. (2003). *TDAH : trouble de déficit de l'attention hyperactivité : agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes : document de soutien à la formation : connaissances et interventions*. Québec : Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux.
- Ross, D. M., & Ross, S. A. (1982). *Hyperactivity : Current issues, research ans theory*. New York : John Wiley & Sons.
- Rostein, A. L. (2008). *Multimodal treatment of ADHD : Reviewing the Evidence as a Guide Clinical Practices*. Communications présentées en 2008 à l'ADHD Conference, Improving Outcomes : Through Research and Discipline Intergration, Toronto.
- Royer, J. (1995). Théories et pratiques psychologiques concernant le dessin de l'enfant. *Psychologie et Psychométrie*, 16 (4), 79-97.
- Salem, G., & Frenck, N. (2005). *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris : Masson.
- Sandberg, S. (2002). *Hyperactivity and attention disorders of childhood*. Cambridge, Angleterre; New York : Cambridge University Press.
- Satir, V., & Fontaine, P. (2003). *Thérapie du couple et de la famille : thérapie familiale*. Bruges : Desclée de Brouwer.
- Schermerhorn, A. C., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2008). Children's representations of multiple family relationships : Organizational structure and development in early childhood. *Journal of Family Psychology*, 22 (1), 89-101.
- Schermerhorn, A. C., Cummings, E. M., DeCarlo, C. A., & Davies, P. T. (2007). Children's influence in the marital relationship. *journal of Family Psychology*, 21 (2), 259-269.
- Selikowitz, M. (2004). *ADHD : The facts*. New York : Oxford university press.
- Selvini-P, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1986). *Paradoxe et contre-paradoxe. Un nouveau mode thérapeutique face aux familles à transaction schizophrénique*. Paris : Les Éditions ESF.
- Shaw, J. G. (1990). A developmental study on the Kinetic family drawing for a nonclinic, black child population in the Midwestern region of United States. *Dissertation Abstracts International*, 50 (10-B), 4797.

- Smith, A. J., Brown, R. T., Bunke, V., Blount, R. L., & Christophersen, E. (2002). Psychosocial adjustment and peer competence of siblings of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 5 (3), 165-177.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (6), 696-702.
- Spira, E. G., & Fischel, J. E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development : A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (7), 755-773.
- Stormshak, E. A., Comeau, C. A., & Shepard, S. A. (2004). The Relative Contribution of Sibling Deviance and Peer Deviance in the Prediction of Substance Use Across Middle Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (6), 635-649.
- Thapar, A., & Scourfield, J. (2002). Childhood disorder. Dans M. P, M. J. Owens & Gottesmand (Éds.), *Psychiatric genetics and genomics* (2 éd., pp. 154-180) : Oxford University Press.
- Trautmann-Villalba, P., Gschwendt, M., Schmidt, M.H, & Laucht, M. (2006) Father-infant interaction patterns as precursors of children's later externalizing behavior problems. A longitudinal study over 11 years. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (6), 344-349.
- Vantalou, V. (2005). *L'hyperactivité de l'enfant*. Montrouge (Hauts-de-Seine) : John Libbey Eurotext.
- Vincent, A. (2007). *Mon cerveau a encore besoin de lunettes : le TDAH chez l'adulte*. Le Gardeur, Québec : Impact.
- Von Bertalanffy, L. (1973) *Théorie générale des systèmes*. Paris: Dunod
- Watzlawick, P., & Beavin, J. (1967). Some formal aspects of communication. *American Behavioral Scientist*, 10 (8), 4-8.
- Watzlawick, P., Helmick-Beavin, J., & Jackson, D. D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Éditions du Seuil.
- West, J., Houghton, S., Douglas, G., Wall, M., & Whiting, K. (1999). Levels of self-reported depression among mothers of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 3 (3), 135-140.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (2), 161-169.
- Yin, Robert. K. (2003) *Case study research; Design and methods*. (3rd ed).. Sage publications London.179 p.

Appendice A
Entrevue structurée sur l'enfant, son développement et son environnement
(Gaudreault, 2005)

**Entrevue structurée sur l'enfant, son développement et son environnement
(Gaudreault, 2005)**

Date : _____

Nom, prénom de l'enfant : _____

Nom, prénom du parent répondant : _____

1. HISTORIQUE du diagnostic du trouble de déficit de l'Attention avec hyperactivité (TDAH)

1.1 Qu'est-ce qui a fait que vous avez décidé de consulter pour votre enfant?

1.2 Quel âge votre enfant avait-il?

1.3 Quels professionnels avez-vous consulté pour votre enfant?

1.4 Qui a établi le diagnostic de TDAH?

1.5 Quels services avez-vous reçus pour votre enfant et votre famille suite au diagnostic TDAH?

2. INFORMATIONS GÉNÉRALES

2.1 L'enfant cible

NOM et PRÉNOM de l'enfant : _____
.Sexe : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

.Rang familial : _____
 .Statut de l'enfant : 1- Légitime 2- Adopté / Le sait-il? _____
 Milieu de vie actuel de l'enfant;
 Famille d'origine Mère
 Père Famille reconstituée
 Famille d'accueil Autres (spécifiez : _____)

*nombre d'années en couple : _____

* Faire **généogramme** de la famille

2.2 Particularité des membres de la famille

	Père	Mère
Nom :	_____	_____
Date de naissance :	_____	_____
État civil :	_____	_____
Scolarité :	_____	_____
Occupation :	_____	_____
État de santé :	_____	_____

	Fratrie	
Nom :	_____	_____
Date de naissance :	_____	_____
État civil :	_____	_____
Scolarité :	_____	_____
Occupation :	_____	_____
État de santé :	_____	_____
Reste-il à la maison :	_____	_____

	Autres personnes au foyer	
Nom :	_____	_____
Date de naissance :	_____	_____
État civil :	_____	_____
Scolarité :	_____	_____
Occupation :	_____	_____
Degré de parenté :	_____	_____
Rôle dans la famille :	_____	_____

Y a-t-il un membre de la famille décédé? Oui Non

Si oui, lequel : _____

Quel âge avait l'enfant : _____

Comment a-t-il réagi? _____

2.3 Conditions matérielles

<input type="checkbox"/> Milieu urbain	Revenu familial
<input type="checkbox"/> Banlieue	<input type="checkbox"/> Entre 5000\$ et 15 000\$
<input type="checkbox"/> Milieu rural _____	<input type="checkbox"/> Entre 15 000\$ et 24 000\$
<input type="checkbox"/> Maison privée	<input type="checkbox"/> Entre 25 000\$ et 34 000\$
<input type="checkbox"/> Logement	<input type="checkbox"/> Entre 35 000\$ et 44 000\$
Nombre de pièces : _____	<input type="checkbox"/> 45 000\$ et plus

L'enfant partage-t-il sa chambre? Oui Non

Avec qui? _____

Mobilité de la famille

Nombre de déménagements : _____ depuis la naissance de l'enfant cible.

3. INFORMATIONS CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT PREMIER

3.1 Développement pré-natal

GROSSESSE : désirée prévue
 non désirée imprévue

Vécu pendant la grossesse : (Événements importants; anxiété face à la venue de l'enfant; maladie du père, etc.).

Habitudes durant la grossesse pour la mère (alimentation, consommation d'alcool, de cigarette, de café, etc.)

3.2 Informations péri-natales

Travail pré-accouchement : Durée : _____ heures
 Facile difficile normal

Particularité de l'accouchement :

Naissance :

À terme Nombre de semaines de gestation : _____

Prématurée de _____ semaine

Après terme de _____ mois

Respiration spontanée : Oui Non

Accouchement:

Complications (Circulaire du cordon, Siège, Anoxie, Autres...) :

Poids du bébé à la naissance : _____
 Taille du bébé à la naissance : _____
 . Cotation de l'APGAR : ____/10

4. INFORMATIONS POSTNATALES

4.1 Comportement de la mère après la grossesse

ATTITUDE : Calme Nerveuse Irritable Sécure
 A-t-elle travaillé à l'extérieur pendant la grossesse? _____
 Durée du congé de maternité : _____
 Retour sur le marché du travail : Oui Non
 Si oui, quel âge avait l'enfant? _____

4.2 Comportement du père après la grossesse

ATTITUDE : Calme Nerveux Irritable Sécure
 Intérêt porté à l'enfant : _____
 Commentaires : _____

4.3 Comportement du couple après la grossesse

(Changement au niveau du couple, adaptation, présence de conflits, etc.)

4.4 Décrire comment était votre bébé entre 0 à 1 an (tempérament, sommeil, alimentation, votre relation avec ce dernier, etc.)

Mère :

Père :

5. Développement de l'enfant

5.1 Âge de la marche : _____

Apprentissage : Facile Difficile Précisez : _____

5.2 Âge de la propreté

Diurne : _____ ans

Nocturne : _____ ans

Apprentissage : Facile Difficile Précisez : _____

Techniques utilisées : _____

Difficultés actuelles de l'enfant à ce sujet : _____

5.3 Âge des premiers mots : _____ Âge des premières phrases : _____

L'enfant a-t-il des particularités au niveau du langage : _____

5.4 Sommeil entre 0- 1 an? (Habitudes, cauchemars, somnambulisme, etc.)

5.5 Autres aspects (spécifier)

5.6 Décrire comment était votre enfant entre 1an et 5 ans et votre relation avec lui.

Mère :

Père :

6. SANTÉ DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE**6.1 Maladies – accidents**

L'enfant a-t-il présenté les maladies suivantes (asthme, rougeole, eczéma, méningite, convulsions, otites, etc.), indiquer l'âge et la fréquence :

6.2 Hospitalisation

L'enfant a-t-il été hospitalisé? Oui Non

Durée : _____

Âge de l'enfant : _____

Cause : _____

Réactions durant l'hospitalisation : _____

Réactions au retour dans la famille : _____

6.3 Accident

A-t-il déjà été victime d'accident? Oui Non

À quel âge : _____

Quelle sorte d'accident? _____

Réactions de l'enfant : _____

6.4 État actuel de santé

Poids : _____

Taille : _____

(Référence en percentile : _____)

*A-t-il des troubles de la parole : Oui Non

Si oui, lesquels : _____

*Entend-t-il bien : Oui Non

*A-t-il déjà passé un examen de l'ouïe : Oui Non

*A-t-il déjà passé un examen de la vue : Oui Non

Doit-il porter des lunettes : Oui Non

*A-t-il des allergies : Oui Non

Lesquelles : _____

*Comment est son sommeil : Calme Agité

À quelle heure se couche-t-il le soir? _____

Est-il habitué à une ou deux siestes aucune

*Alimentation – mange-t-il bien? Oui Non

Spécifier _____

6.5 Décrire comment se passe l'heure du couché et l'heure des repas?

6.6 Maladies familiales

Maladies psychiatriques diagnostiquées: Oui Non

(tr. Bipolaire, schizophrénie, dépression, bégaiement, tics, etc.)

Lesquelles : _____

Parenté avec l'enfant : _____

Antécédents de TDAH Oui Non

Parenté avec l'enfant : _____

Handicap intellectuel : Oui Non

Lesquelles : _____

Parenté avec l'enfant : _____

Handicap moteur : Oui Non

Lesquelles : _____

Parenté avec l'enfant : _____

Commentaires :

6.7 Autres les maladies diagnostiquées, avez-vous déjà consulté un professionnel tels qu'un psychologue ou un travailleur social? Oui Non

Spécifiez : _____

7. RELATIONS DE L'ENFANT AVEC SON ENVIRONNEMENT**Relations avec les parents et la fratrie (vérifiez le rôle de chacun des parents)****7.1 De manière générale, comment décririez-vous votre famille? (les relations et les caractéristiques de chacun des membres)**

7.2 Décrire une scène *typique* dans votre famille?

7.3 À quel parent votre enfant vous fait-il penser?

Pourquoi?

7.4 Comment votre enfant a-t-il réagit la première fois qu'il s'est séparé de vous?

Spécifier : _____

Face à la mère
 Spécifier : _____

Face à sa fratrie
 Spécifier : _____

8. PARTICULARITÉS DE L'ENFANT

Traits

8.1 Traits de caractère les plus saillants (dominants) :

8.2 Est-il agressif? Oui Non

Si oui, dans quelles circonstances?

Et face à qui?

8.3 Obéit-il facilement à la maison? _____

8.4 Quels sont ses intérêts?

8.5 Nommer les Qualités/les défauts votre enfant?

8.6 Comment l'enfant réagit-il face à l'adulte

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recherche sa compagnie | <input type="checkbox"/> Cherche à capter l'attention |
| <input type="checkbox"/> Est cordial(e) | <input type="checkbox"/> Accepte parfois les conseils |
| <input type="checkbox"/> Essaie de s'affirmer | <input type="checkbox"/> Distant(e) |
| <input type="checkbox"/> Très indépendant(e) | <input type="checkbox"/> Évite tout contact, etc.) |

Spécifiez : _____

8.7 Décrire ses relations avec les amis (es)

Aime-t-il la compagnie? _____

A-t-il des ami(e)s? Oui Non

Les commande-t-il? Oui Non

Change-t-il souvent d'ami(e)s? Oui Non

Préfère-t-il jouer avec des enfants

*plus jeune? Oui Non

*plus vieux? Oui Non

*de son âge? Oui Non

Considérez-vous que votre enfant est populaire auprès des autres enfants? Oui Non

Spécifiez : _____

Votre enfant est-il ou a-t-il été victime de rejet par ses pairs? Oui Non

Spécifiez : _____

De manière générale, comment se comporte-t-il avec ses amis?

8.8 Décrire l'entrée à l'école de votre enfant (réaction à la séparation, attitude face aux tâches scolaires, agitation, etc.) Pour chaque année scolaire jusqu'à aujourd'hui (maternelle, 1^{ière}, 2^e, 3^e, etc.)

9. Événements importants au cours du développement de l'enfant? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Ont-ils influencé le développement de l'enfant?

Appendice B

Feuille de notation du Dessin de la famille

DESSIN DE LA FAMILLE

Date : _____

D'identification de l'enfant : _____

Observations par rapport à la réalisation du dessin

a. Temps de latence (temps écoulé entre la consigne et le début du dessin) : _____

b. Temps de réalisation : _____

c. Latéralisation (droitier, gaucher) : _____

d. Sens de la feuille (tel que suggéré par l'examineur ou non) : _____

e. Constitution de la famille :

f. Ordre des éléments dessinés :

g. Verbalisations effectuées pendant la passation :

h. Observations du comportement non-verbal du dessinateur (en lien ou non avec la tâche) :

Enquête

1. Qui est le plus gentil dans cette famille? Pourquoi?

2. Qui est le moins gentil de cette famille? Pourquoi?

3. Qui est le plus heureux dans cette famille? Pourquoi?

4. Qui est le moins heureux dans cette famille? Pourquoi?

5. Qui aimerais-tu être dans cette famille? Pourquoi?

*Cahier de passation du FAST
(version adaptée par Jolande Gaudreau, 2005)*

Appendice C

FAST- CONSIGNES ADAPTÉES
par Jolande Gaudreault 2005

Date : _____

d'identification de l'enfant : _____

À l'aide du damier, des figurines et des blocs (Er montre le matériel) tu peux montrer **dans quelle mesure les membres de ta famille sont proches les uns des autres. Tu peux aussi montrer quel pouvoir ou quelle influence chacun détient dans la famille.**

Y'a pas de bonnes ou mauvaises réponses

Er fait une démonstration à l'aide du matériel. Il explique d'abord la représentation de la cohésion.

« Il y a des figurines hommes et femmes. On voit bien leurs visages. Ces personnages représentent les membres de ta famille. En les plaçant sur le damier, tu peux montrer à quel point ils s'entendent bien. Tu peux utiliser toutes les cases du damier. »

Er place 2 figurines dans des cases adjacentes du damier (distance min.) et dit :

« De cette façon, ça veut dire que les 2 membres de la famille sont très proches l'un de l'autre et qu'ils s'entendent bien. »

Er place ensuite 2 figurines dans des cases voisines l'une de l'autre en diagonale (2^e distances min.) puis il les déplace, chacune dans un des coins opposés du damier (distance max), et dit :

« Plus les 2 figurines sont loin l'une de l'autre, plus elles sont distantes, moins proches dans leur relation. Si tu places les figurines sur les coins opposés (comme ça), ça signifie que les 2 personnes de la famille ne sont pas du tout proches l'une de l'autre. »

Er s'assure que le sujet a bien compris qu'il peut *utiliser toutes les cases* du damier et que les *coordonnées sont sans importance*. La seule chose qui importe est la distance entre les figurines.

Er montre, en faisant tourner les figurines, qu'elles peuvent regarder dans toutes les directions, et dit :

« Les figurines peuvent se regarder *directement (dans les yeux), indirectement ou détourner leur regard l'une de l'autre.* »

Aucune explication n'est donnée quant à la signification de la direction du regard. Er explique alors, en utilisant les 2 figurines qui se trouvent sur le damier, comment représenter la *hiérarchie*.

« Voici des blocs de bois de 3 grandeurs différentes à l'aide desquels tu peux augmenter la taille des personnages/des membres de ta famille. Ces blocs permettent de faire apparaître le *pouvoir* ou l'*influence* dans la famille de chacun des membres. Plus une figurine est grande, plus son pouvoir, son influence est important dans la famille. Tu peux utiliser autant de blocs que tu veux pour élever/grandir les personnages. »

Er n'agrandit qu'une des 2 figurines. Il utilise pour cela l'un des blocs les plus petits (agrandissement minimum et différence de hauteur minimale) et dit :

« **Si je mets les personnages comme ça, cela veut dire que les membres de la famille représentés ici ont peu ou pas de pouvoir ou d'influence** (Er montre les figurines correspondantes) **et qu'il n'existe entre eux que peu de différence de hiérarchie/pouvoir »**

En utilisant les blocs, Er montre ensuite qu'on peut donner aux figurines des hauteurs différentes et dit :

« **Plus les hauteurs des figurines sont différentes, plus leur relation est hiérarchique, certaines personnes peuvent avoir plus ou moins de pouvoir dans la famille»**

Er élève encore les deux figurines de telle sorte qu'elles soient à égalité, et dit :

« **Quand 2 figurines ont la même hauteur, ça veut dire que leur pouvoir ou leur influence est équilibré ou égal dans la famille.»**

Er s'assure que le sujet a bien compris qu'il peut employer autant de blocs qu'il le souhaite et de toutes les grandeurs et que la *hiérarchie* est rendue par les *différences de hauteur* entre les figurines.

Ensuite, Er répond aux questions éventuelles des sujets.

Selon 3 parties : représentations de situations typiques, idéales et conflictuelles, suivies chacune d'une interview de follow up.

1. Représentation typique

Après avoir donné les informations préliminaires, Er montre le matériel que le sujet a en face de lui et dit :

« **Maintenant, j'aimerais que tu représentes les relations dans ta famille telles qu'elles sont d'habitude, dans la vie de tous les jours. Place d'abord les figurines sur le damier de manière à ce que l'on voit dans quelle mesure les membres de ta famille sont proches les uns des autres »**

Dès que le sujet a fini de placer les figurines, Er dit :

« **J'aimerais que tu utilises les blocs de bois pour montrer quel pouvoir ou quel influence chaque membre détient d'habitude dans la famille. »**

Aussitôt que la Représentation Typique (RT) est en place et que le sujet ne désire plus y apporter de modifications, Er la transcrit sur le formulaire sous le titre « Représentation de la famille » (p.3).

N.B. Pour autant que les figurines placées sur le damier ne correspondent pas à la composition réelle de la famille (addition ou omission de personnages), on peut recommencer la représentation typique après avoir réalisé la représentation conflictuelle.

Interview concernant la représentation typique

Après avoir complété le protocole, Er pose au sujet les 4 questions suivantes au sujet de la représentation de la famille :

- « **Faire décrire la situation représentée par l'enfant (Qui est représenté? Qu'est-ce qui se passe?)** »

- « **À quel moment c'est comme ça à la maison ? combien de fois ça arrive par jour ou par semaine?** »

- « **Est-ce que les relations ont toujours été comme ça dans ta famille? Si non, comment elles étaient avant, qu'est-ce qui a changé ?**

- « **Dis-moi (à l'aide de ces icônes) quelle est l'expression de chaque personnage sur le damier? Dans quelle direction regarde-t-il ?**

2. Représentation idéale

Er invite le sujet à se représenter les relations dans sa famille telles qu'elles pourraient être idéalement.

« Les relations dans une famille ne sont pas toujours idéales. J'aimerais savoir comment tu souhaiterais / aimerais que les relations soient dans ta famille.

Que voudrais-tu changer aux relations habituelles dans ta famille pour qu'elles correspondent à l'image idéale que tu t'en fais? »

Après cela, Er montre le matériel que le sujet a devant lui et dit :

« J'aimerais maintenant que tu représentes les situations telles que tu souhaiterais ou aimerais qu'elles soient idéalement selon toi. Places d'abord les figurines sur le damier et occupes-toi ensuite de leur hauteur. »

Aussitôt que la Représentation Idéale (RI) est en place et que le sujet ne désire plus y apporter de modifications, Er la transcrit sur le formulaire sous le titre « Représentation de la famille » (p.3).

N.B. Pour autant que les figurines placées sur le damier ne correspondent pas à la composition réelle de la famille (addition ou omission de personnages), on peut recommencer la représentation typique après avoir réalisé la représentation conflictuelle.

Interview concernant la représentation Idéale

Après avoir complété le protocole, Er pose au sujet les 4 questions suivantes au sujet de la représentation de la famille :

- **« Faire décrire la situation représentée par l'enfant (qui? Q'est-ce qui se passe?) »**

- **« Est-ce que ça arrive que c'est comme ça à la maison ? Si oui, en savoir plus sur les circonstances et la fréquence »**
« À quel moment c'est comme ça à la maison ? Combien de fois ça arrive par jour ou par semaine? »

- **« Qu'est-ce qui faudrait qui change à la maison pour que ça devienne comme tu l'as représenté ici (événement extérieur, changement de comportement, etc.), pour rendre les relations habituelles (celle de tantôt) comme tu les voudrais idéalement? »**

-
-
- « Dis-moi (à l'aide de ces icônes) quelle est l'expression de chaque personnage sur le damier? Dans quelle direction regarde-t-il? »

3. Représentation conflictuelle

Er invite le sujet à penser au conflit le plus important qui s'est passé dans sa famille, et dit :
 « Dans toute les familles, il y a des conflits. J'aimerais que tu penses au *conflit le plus important* (chicane ou lorsque ça ne va pas bien à la maison) qui s'est passé dans ta famille. »

Après cela, Er montre le matériel que le sujet a devant lui, et dit :

« J'aimerais que tu représentes comment sont, d'après toi, les relations familiales pendant ce conflit. Comme les autres fois, tu peux poser les figurines sur le damier puis régler leur hauteur. »

Aussitôt que la Représentation Conflictuelle (RC) est en place et que le sujet ne désire plus y apporter de modifications, Er la transcrit sur le formulaire sous le titre « Représentation de la famille » (p.3).

Interview concernant la représentation conflictuelle

Après avoir complété le protocole, Er pose au sujet les 5 questions suivantes au sujet de la représentation de la famille :

- « Faire décrire la situation représentée par l'enfant (qui? Qu'est-ce qui se passe? Pourquoi les gens se chicanent-ils?) »

- « À quel moment c'est comme ça à la maison ? Combien de fois ça arrive par jour ou par semaine? Combien de temps ça dure chaque fois? »

-
-
- « Quand ce conflit s'est-il produit la 1^{ière} fois et quand a-t-il eu lieu la dernière fois? »

-
-
-
-
- « Quel est le rôle de chacun des membres de la famille pour résoudre le conflit/ problème? »

-
-
-
-
- « Dis-moi (à l'aide de ces icônes) quelle est l'expression de chaque personnage sur le damier? Dans quelle regarde-t-il ? »

de la famille

Grille de cotation de l'équilibre affectif de l'enfant et de la satisfaction dans les relations familiales dans le Dessin

Appendice D

GRILLE ÉQUILIBRE AFFECTIF DE L'ENFANT ET DE LA SATISFACTION
DANS LES RELATIONS FAMILIALES DANS LE *DESSIN DE LA FAMILLE*

Critères présent : X

CRITÈRES		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Espace utilisé	1. Dessin relativement centré						
	2. Distribution régulière des personnages						
	3. Proportion dessin/page (±50 %)						
Dessin investi et évolué	4. Attitude positive devant la tâche (met action dès la consigne, conserve le sens de la feuille)						
	5. Temps de réalisation plus de 5 minutes						
	6. Bonne qualité graphique/richeesse du dessin						
	7. Bonne qualité du tracé (appuyé, sûr, direct)						
	8. Couleurs variées (+ 4 couleurs vives)						
	9. Logique dans classement des personnages (âge, sexe, taille, etc.)						
	10. Statut d'enfant reconnaissable						
	11. Propreté du dessin						
Détails corporels	12. Proportion tête/ taille (1,5-2,4 cm)						
	13. Proportion bras/tronc (1,25-2cm)						
	14. Proportion jambes/tronc (1,75-,25cm)						
	15. Bras ouverts						
	16. Posture ferme et solide						

CRITÈRES		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
<u>S</u> téréotypes	17. Yeux						
	18. Bouche						
	19. Nez						
	20. Cou						
	21. Bras						
	22. Mains						
	23. Pieds						
	24. Jambes						
	25. Oreilles						
<u>A</u> utres	26. Identification à un personnage positif						
	27. Globalité du dessin/impression de souplesse/dynamisme						
	28. Rotation de personnage						

Rapport d'étude de cas, Émile (enfant 1)

Appendice E

Rapport #1

Description de l'enfant et de sa famille

Émile est un jeune garçon de sept ans et est en deuxième année du primaire. Il est l'aîné d'une famille de trois enfants. Seul le génogramme (Figure 6) d'Émile sera présenté dans cette section afin de protéger l'identité de la famille qui habite dans une maison unifamiliale (12 pièces) en milieu urbain. Les parents d'Émile sont mariés depuis près de 13 ans mais forment un couple depuis au moins 20 ans. Le statut socio-économique de la famille est bon (revenu annuel de plus de 45 000 \$).

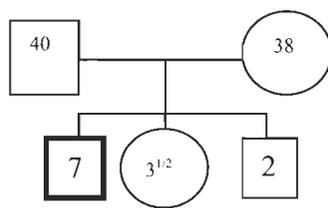


Figure 6. Génogramme, Émile, 7 ans.

Historique du diagnostic

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 2) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant.

Histoire développementale de l'enfant

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 2) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant et sa famille.

La description des relations de l'enfant cible avec son environnement selon le point de vue des parents

Lorsqu'il est demandé aux parents de décrire leur famille, ils répondent qu'en général, ils font beaucoup d'activités familiales. Cependant, la mère souligne qu'il est *plus difficile de se retrouver son conjoint et elle, en tant que couple*. Le père ajoute qu'ils se sentent parfois *confinés dans leur rôle parental*, que tout est fait en fonction des enfants. Ensuite, ils décrivent chacun des membres de leur famille.

Premièrement, la mère d'Émile se décrit comme une *femme passionnée, entière, perfectionniste et qui accorde beaucoup d'importance aux relations familiales et d'amitiés*. Son mari ajoute qu'elle est *affectueuse, rassurante, encadrante et présente pour ses enfants*. Le père d'Émile se décrit comme un *homme organisé à la maison, aidant, polyvalent et qui passe beaucoup de temps en famille*. Sa conjointe ajoute qu'il est *passionné et patient*.

Selon les parents d'Émile, le benjamin de la famille (deux ans), présente certains *retards de développement* qui semblent influencer son tempérament. C'est un garçon *passif, calme et qui est très affectueux*. Leur fille (trois ans et demi), quant à elle, est *plus difficile d'approche par les étrangers, a un fort caractère et présente une certaine rivalité* avec son petit frère (deux ans).

Émile, quant à lui, est un garçon *énergique et impulsif*. Ses parents soulignent également qu'il est *maladroit* et qu'il peut *résister* fréquemment et avec ténacité à leurs demandes. Le trait de caractère le plus saillant d'Émile, toujours selon ses parents, est *sa sensibilité*. Émile est très proche de son petit frère (deux ans) et est très prévenant avec ce dernier tandis qu'il est plutôt agressif avec sa petite sœur.

Le père passe environ six à huit heures par semaine avec Émile à faire différentes activités telles que jouer à l'ordinateur, à des jeux de sociétés, à lire, bricoler ou faire du sport. Avec son père, Émile peut être à la fois très complice, très proche mais aussi très opposant. La mère d'Émile, quant à elle, passe de deux à trois heures par semaines avec son fils. Dans leurs moments de plaisir, ils jouent ensemble à des jeux de cartes et font de la lecture. Émile est proche de sa mère mais peut être également opposant.

Au point de vue de l'encadrement, les parents d'Émile peuvent parfois le punir lorsqu'il est vulgaire ou trop agité. Dans ces moments, ils l'envoient dans sa chambre ou lui retirent des choses ou des privilèges qu'il aime. Ils peuvent également le récompenser à l'aide de choses qu'il apprécie (chocolat, jeux d'ordinateur et cartes de jeux) lorsqu'il mange bien ou fait bien ses devoirs.

Les résultats au *Conners*

Lors de la rencontre avec les parents, il leur a été demandé de remplir un questionnaire pour obtenir leur perception des comportements de leur enfant lorsqu'il n'est pas sous médication.

- Les résultats obtenus au questionnaire *Conners* rempli par la mère sont significatifs. En effet, il semble que la mère perçoive son enfant comme ayant plusieurs problèmes comportementaux. Les échelles *opposition*, *problèmes cognitif/inattention*, *hyperactivité*, *psychosomatisation*, *les critères Conners (DA-H, agitation-impulsivité, labilité émotionnelle et total)*, les échelles *DSM-IV (inattention, hyperactivité et total)* obtiennent tous des scores de difficultés significatives de **niveau sévère**. L'échelle *gêne/anxiété*, quant à elle, obtient un score de difficultés significatives de **niveau modéré**. On observe également que 4/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 7/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 3 (très souvent) tandis que 5/9 critères DSM-IV d'inattention et 2/9 critères DSM-IV d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent).
- Les résultats obtenus au questionnaire rempli par le père sont quelque peu différents. L'échelle *perfectionnisme*, *les critères Conners (DA-H, agitation-impulsivité, total)* et *les échelles DSM-IV (hyperactivité et total)* obtiennent des résultats significatifs de **niveau sévère**. Deux échelles obtiennent des scores de difficultés significatives de **niveau modéré** (*hyperactivité et DSM-VI-inattention*). Les échelles *opposition*, *gêne/anxiété* et *l'index Conners (labilité émotionnelle)* obtiennent des scores de **niveau léger** indiquant la possibilité de difficultés significatives chez l'enfant. Finalement, on observe que 1/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 2/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 3 (très souvent) tandis que 6/9 critères DSM-IV d'inattention et 6/9 critères DSM-IV d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent).

Malgré la présence de différences de perception entre les deux parents concernant l'intensité des comportements d'Émile, les résultats obtenus au *Connors corroborent la présence d'un TDAH chez l'enfant*.

La perception des relations familiales selon l'enfant cible

La rencontre d'évaluation avec l'enfant se déroule à l'école de ce dernier. Le contact avec Émile s'établit facilement. Au début de la rencontre, il semble un peu nerveux. Il bouge sur sa chaise et se touche les oreilles à plusieurs reprises. Lorsque l'évaluatrice le questionne sur l'objectif de la rencontre, il dit qu'il ne savait pas qu'elle allait venir le rencontrer aujourd'hui. Cependant, les parents ont été avisés par téléphone la veille de l'évaluation. Ils devaient prévenir leur fils. Plus tard, la mère d'Émile confirmera à l'évaluatrice qu'elle avait bien informé son garçon de la rencontre.

Par la suite, une discussion est entamée avec Émile sur ses difficultés et sur la prise de médication. Émile dit que sans la médication, ses travaux sont plus difficiles à faire. La médication l'aide à se concentrer. Il essaie de s'améliorer. Il me dit qu'avant la médication, il avait souvent des signatures dans son agenda et que maintenant il n'y en a plus. C'est sa première année dans cette école et mentionne qu'il aimait mieux son ancienne école. Il aimait particulièrement son ancien professeur d'éducation physique.

Dessin de la famille

Observations par rapport à la réalisation du dessin

Dans un premier temps, il est demandé à Émile de *dessiner sa famille* (Figure 7). À la suite de la consigne, Émile a un moment d'hésitation (temps de latence de cinq secondes). Il verbalise « *c'est compliqué!* ». Alors, l'évaluatrice lui mentionne que ce n'est pas un concours de dessin, que c'est pour lui permettre de mieux le connaître. Il répond : « *Tu veux dire que c'est mon père, ma mère et ma petite sœur* ». Alors, je lui mentionne « *c'est comme tu le veux* ». Il se met à dessiner. Il dessine les personnages de gauche à droite en ordre croissant. C'est-à-dire son petit frère, sa petite sœur, lui-même, son père et sa mère. Pour chacun des personnages, l'ordre des éléments dessinés est : 1) tête avec les yeux et la bouche, 2) le cou, 3) le corps, 4) les jambes avec les pieds, 5) les bras et 6) les mains. Les verbalisations d'Émile pendant la passation sont :

- Après le 1^{er} personnage « *j'ai dessiné mon petit frère!* ».
- Après 2^e personnage « *Ma petite sœur est méchante des fois, elle m'a même graffigné ici!* » (il montre son œil à l'évaluatrice).

Ensuite, il se remet à dessiner. Les observations de son comportement non-verbal montrent qu'il semble un peu nerveux au départ. Émile touche son visage et joue avec ses doigts. Par la suite, il semble s'appliquer. Le temps de réalisation du dessin est de cinq minutes. Émile dessine de la main droite et respecte le sens de la feuille tel que suggéré.

Interprétations

En général, le dessin d'Émile est *peu élaboré et petit*. Son niveau graphique est plutôt *immature* comparativement aux enfants de son âge. L'emplacement du dessin est au bas-gauche de la page

suggérant une certaine *introversion*, une *tendance dépressive* et *reflète le passé, le soi et la sensibilité du sujet*. Il y est également possible d'observer *l'absence de différence sexuelle* chez

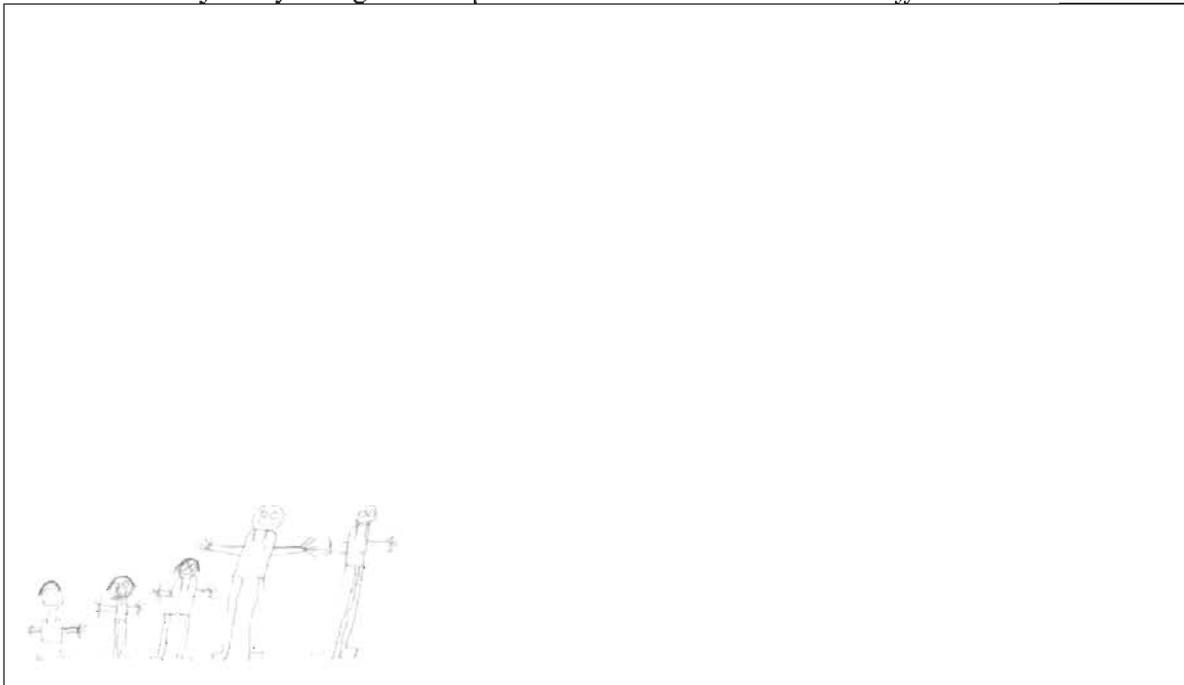


Figure 7. Dessin de la famille, Émile, 7 ans.

les différents personnages ainsi que peu de différence générationnelle. Cette dernière se remarque par la différence de grandeur entre les personnages qui est légèrement graduée entre les enfants et un peu plus grande pour les deux parents. De plus, on constate plusieurs éléments *d'agressivité, de rigidité et de méfiance*. En effet, tous les personnages ont de grands yeux, leurs bras sont courts, droits et raides avec des mains en griffes. Leurs jambes, quant à elles, sont longues et minces indiquant que le sujet est plutôt de *nature active* mais ayant *peu de sécurité personnelle*.

L'enquête sur le dessin donne des éléments nouveaux et intéressants sur les relations au sein de la famille d'Émile. On remarque que ce dernier est souvent agacé par sa petite sœur et que ceci le rend malheureux. Une *rivalité fraternelle* semble exister entre eux. Son petit frère semble moins le déranger. Il est le plus gentil de la famille puisqu'il est petit et est à son affaire. De plus, dans les réponses d'Émile, on note que ce dernier est *parfois réactif lors des conflits* avec sa sœur, indice d'impulsivité et de manque de contrôle de soi. Il semble qu'Émile soit *ambivalent dans sa perception de lui-même et de son vécu au sein de sa famille*. En effet, il est à la fois le *plus heureux et le moins heureux* dans la famille. Finalement, Émile mentionne qu'il aime passer du temps en présence de son père, évoquant un *désir de se rapprocher à ce dernier*.

Le FAST

Dans un deuxième temps, l'évaluation du système familial par l'enfant a été effectuée. Les résultats obtenus lors de la représentation typique, idéale et conflictuelle sont les suivants.

La représentation typique

Lors de la représentation typique des relations familiales (Figure 8), Émile reproduit sur le damier un moment agréable passé en famille à l'extérieur de la maison lorsqu'ils prennent une marche, en famille, dans le quartier.

Cette situation semble banale, c'est-à-dire qu'elle se produit régulièrement. En effet, Émile mentionne qu'ils prennent une marche, en famille, tous les soirs de la semaine.

Lors de cette scène, Émile représente le niveau de **cohésion familiale**² comme étant **moyen**, c'est-à-dire que toutes les figurines sont situées dans un carré de 3 cases sur 3. La **cohésion du sous-système parental et du sous-système fratrie** est représentée comme étant **faible**. On observe également dans le schéma d'Émile des frontières intergénérationnelles floues. En effet, on remarque la présence de **deux coalitions intergénérationnelles** (mère-fille, père-fils-Émile seulement) dans la représentation de l'enfant. C'est-à-dire que la dyade parentale est moins cohésive que n'importe laquelle des dyades parents-enfants.

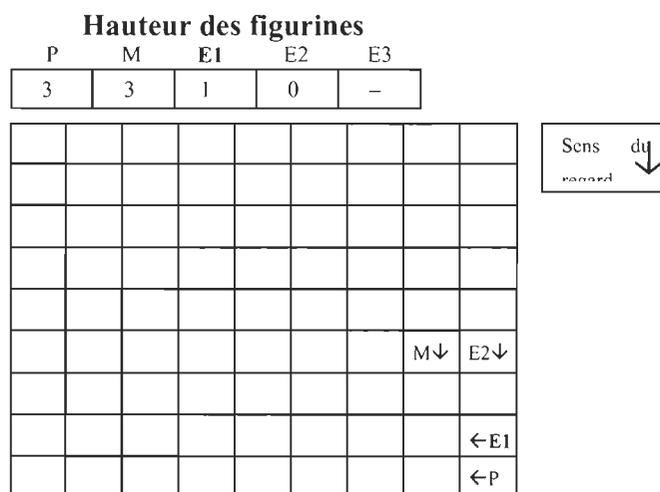


Figure 8. Représentation typique d'Émile, 7 ans.

Le niveau de **hiérarchie familiale**³ représenté par Émile est **moyen**. Le **sous-système parental** est **faiblement** hiérarchique tandis que celui de la **fratrie** est **moyennement hiérarchique**.

La représentation familiale d'Émile permet d'observer, au niveau **familial**, une structure relationnelle **équilibrée**⁴. Au niveau **parental**, la structure relationnelle est **non-équilibrée** tandis qu'au niveau du sous-système **fratrie**, elle est **instable**.

² *Rappel* : La *cohésion* dans l'évaluation du système familial est le lien ou l'attachement émotionnel entre des membres d'une famille. La cohésion familiale est calculée sur les distances entre les figurines.

³ *Rappel* : La *hiérarchie*, quant à elle, correspond à l'autorité, la domination, le pouvoir de prise de décision ou à l'influence réciproque de membres de la famille. Elle est calculée sur le nombre et la hauteur des blocs employés pour augmenter la hauteur des figurines. La hiérarchie familiale est évaluée est la différence entre le pouvoir attribué aux parents dans le sous-système parental et le pouvoir attribué aux enfants dans le sous-système fratrie.

De plus, lors de l'enquête, Émile soulève l'aspect que le pouvoir de décision change parfois entre ses parents. Ces derniers semblent se partager les tâches à la maison. Émile regroupe les membres de la famille par sexe (père-fils ensemble, mère-fille ensemble). On observe également un désir *de rapprochement et d'identification au père* de la part de l'enfant cible. Effectivement, Émile mentionne qu'il aime marcher avec son père et identifie avoir la même attitude que ce dernier. L'absence dans le schéma du petit frère est à questionner, est-ce par rivalité fraternelle ou par difficulté de représentation car il est dans une poussette au moment de la marche. De plus, Émile nomme que sa mère marche avec sa sœur derrière eux car elle fait attention à ce que cette dernière ne se blesse pas. Finalement, le choix de la scène par Émile se passant à l'extérieur de la maison suggère la possibilité d'une *mise à distance du sujet* (Émile) concernant la vie familiale à la maison.

La représentation Idéale

Lors de la représentation idéale des relations familiales (Figure 9), Émile choisit de reproduire sur le damier une scène à l'intérieur de la maison. Il représente un moment où chacun des membres de sa famille est occupé dans différentes pièces de la maison. Dans son schéma, Émile représente le niveau de **cohésion familiale, du sous-système parental et fraternel** comme étant **faible**. De plus, on remarque que les **coalitions intergénérationnelles** (mère-fille, père-fils) telles que dans la représentation typique ne sont plus présentes dans la représentation idéale. En ce qui concerne la cohésion, il semble que le *rétablissement de frontières plus claires soit souhaité par l'enfant*.

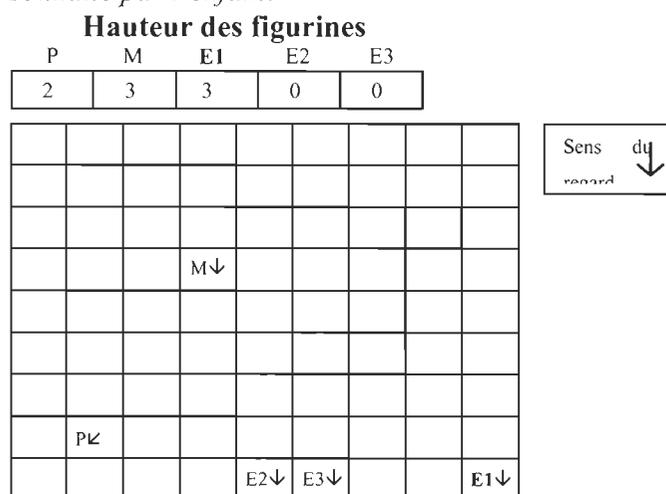


Figure 9. Représentation idéale d'Émile, 7 ans.

Le niveau de **hiérarchie familiale** représenté par Émile est également **faible**. Le **sous-système parental** est **moyennement** hiérarchique tandis que celui de la **fratrie** est **hautement**

⁴ *Rappel* : La combinaison de la cohésion et de la hiérarchie permet d'établir le *type de structure relationnelle* au niveau familial, parental et fraternel. Une structure relationnelle est considérée *équilibrée* lorsque la cohésion est cotée moyenne ou élevée et que la hiérarchie est cotée moyenne. Une structure *instable* s'obtient de deux manières. Premièrement, lorsque la cohésion est moyenne et la hiérarchie est cotée faible ou élevée. Deuxièmement, lorsque la cohésion est faible et que la hiérarchie est cotée moyenne. Finalement, une structure relationnelle est considérée comme non-équilibrée lorsqu'on obtient des valeurs extrêmes aux deux dimensions.

hiérarchique. De plus, on observe également un indice de *frontières intergénérationnelles imprécises*. En effet, il y a **hiérarchie renversée** entre le père et Émile (figurine d'enfant plus grande qu'une autre représentant un parent).

La représentation idéale (Figure 9) d'Émile permet d'observer, aux niveaux **familial et fraternel**, la structure relationnelle **non équilibrée** tandis qu'au niveau **parental**, la structure relationnelle **est instable**.

Finalement, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux comprendre les relations familiales. En effet, il semble important pour Émile que chacun des membres de la famille ait son espace personnel et du temps pour faire les choses qu'il aime afin que les relations entre les membres de la famille soient meilleures. De plus, on note une *rivalité fraternelle entre sa sœur et lui*. Il semble que pour Émile les relations seraient idéales si sa sœur ne l'agaçait plus et s'il arrivait à mieux contrôler ses réactions vis-à-vis de cette dernière. Selon Émile, ceci l'empêcherait de faire du mal à sa petite sœur. On peut également questionner la *perception qu'à Émile de lui-même lorsqu'il n'arrive pas à contrôler sa colère* envers sa sœur. Le pouvoir entre les membres de la fratrie est **hautement hiérarchique** car Émile s'est attribué beaucoup plus de pouvoir comparativement à sa sœur et son frère. De plus, il a *plus de pouvoir* que son père et est à égalité avec sa mère. Peut-être a-t-il un désir d'être plus grand et même de former un couple parental avec sa mère (œdipe)?

La représentation conflictuelle

Lors de la représentation conflictuelle des relations familiales (Figure 10), Émile choisit de reproduire sur le damier une scène où il a un conflit avec sa sœur. Ce type de conflit semble se produire régulièrement.

Dans son schéma, Émile choisit de ne pas représenter son père, ceci a un impact sur l'interprétation du niveau de cohésion et de hiérarchie familiale. Ils seront à interpréter avec prudence. De plus, il sera impossible d'identifier le niveau de **cohésion et de hiérarchie du sous-système parental**. La **cohésion familiale** est représentée comme **moyenne** tandis que celle du **sous-système fratrie est élevée**. Le niveau de **hiérarchie familiale** représenté par Émile est également **moyen** tandis que celui de la **fratrie est faiblement hiérarchique**. La représentation conflictuelle d'Émile permet d'observer, au niveau **familial**, une structure relationnelle **équilibrée** tandis que celle du sous-système **fratrie est non-équilibrée**.

Tableau 2
Synthèse des données d'Émile (enfant 1)

Faits saillants	IDENTIFICATION DE L'ENFANT ET FAMILLE					
	Enfant cible	Mère	Père	Couple	Fratrie (1)	Famille
	Garçon, 7 ans, aîné	38 ans	40 ans	Formé depuis 20 ans	1 sœur, 3,5 ans	Biparentale origine
	Niveau académique : 2 ^e année	Univ.	Univ.	Marié	1 frère, 2 ans	NSE : bon

HISTORIQUE DX de l'enfant	
✓	Dx : TDAH (hyperactivité-impulsivité prédominante). Âge du Dx : 5 ans
✓	Présente plusieurs comportements difficiles en bas âge (hyperactivité/impulsivité), adaptation difficile en garderie et lors de l'entrée à l'école
✓	Établissement difficile des relations avec l'adulte et avec les pairs
✓	Ne présente pas de déficits cognitifs majeurs
✓	Présence d'hyperactivité tant à la maison qu'à l'école mais qui peut être liée à son vécu affectif (insécurité présente)
✓	Traitement : Rx efficace / Pas d'autres services complémentaires reçus.
Anamnèse	
✓	Enfant désiré et prévu. Absence de facteur de risque durant la grossesse et à l'accouchement.
✓	Vécu des parents après la naissance → thème d'insécurité, d'impuissance (démuni), stress, tensions au sein du couple. Impact possible dans l'accordage.
✓	Les caractéristiques de l'enfant (tempérament) ont pu également avoir un impact dans l'établissement de la relation parent-enfant (accordage).
✓	Hospitalisation en bas âge → événement important → stress vécu par l'enfant et thème d'abandon soulevé par les parents semblent avoir influencé le vécu de l'enfant avec son environnement et peuvent avoir augmenté son niveau d'insécurité.
✓	Santé → otites +++ en bas âge, asthme, apprentissage de la propreté difficile, enfant difficile sur la nourriture (mange peu).
✓	Pas d'antécédents parentaux concernant TDAH mais les parents mentionnent que l'enfant ressemble beaucoup à son père.
✓	Épuisement de la mère lorsque l'enfant avait 3 ans.
Observation de l'enfant	
<u>Comportements en entrevue</u>	
✓	Garçon qui devient nerveux en situation nouvelle
✓	Capable d'entrer en relation avec un adulte étranger
✓	On peut se questionner sur ses capacités d'adaptation en lien avec ses souvenirs de son ancienne école, tendance vers le passé
✓	Perception de soi ou confiance en soi plutôt faible ou négative / exigence élevée p/r à lui-même
<u>Conners</u>	
✓	les résultats obtenus au Conners corroborent la présence d'un TDAH chez l'enfant.
Dessin de la famille	
✓	Attitude défensive concernant la consigne, possibilité de difficulté de compréhension/ ou adaptation difficile en situation nouvelle, dessin peu investi.
✓	Rivalité fraternelle présente
✓	Immaturité du sujet, Introversion, Tendance dépressive, Passé, Sensibilité du sujet, Sentiment de tristesse d'être en conflit avec sa sœur.
✓	Agressivité, méfiance, rigidité, Actif mais peu de sécurité personnelle, Difficulté d'autocontrôle.
✓	Désir de rapprochement au père.
FAST-Évaluation des systèmes familiaux	
1.	R. typique <i>Str. Relationnelles</i> : familiale → équilibrée, Ss. Parental → n.équilibrée, Ss. Fratrie → instable * présence de coalitions intergénérationnelles ▪ Echange du niveau de pouvoir entre ses parents / Désir de rapprochement et identification au père / Mise à distance du thème famille, défensif.
2.	R. idéale <i>Str. Relationnelles</i> : familiale → non-équilibrée, Ss. parental → instable, Ss. Fratrie → non-équilibrée * hiérarchie renversée ▪ Importance d'avoir son espace personnelle (frontière) / Rivalité fraternelle / Désir d'être reconnu comme un grand
3.	R. conflictuelle → type de conflit entre la fratrie <i>Str. Relationnelles</i> : familiale → équilibrée, Ss. Parental → N.D, Ss. Fratrie → non-Équilibrée * Absence du père ▪ Rivalité fraternelle / Ambivalence / difficulté à dévoiler les conflits (défensif) / Rôle de la Mère + pour mettre fin au conflit

Rapport d'étude de cas, Sabine (enfant 2)

Appendice F

Rapport #2

Description de l'enfant et de sa famille

Sabine est une jeune fille de neuf ans et est en troisième année du primaire. Elle est l'aînée d'une famille de deux enfants. Elle habite présentement avec sa mère (36 ans, secondaire V), son père (40 ans, DEP) et son frère (7 ans) dans une maison en milieu urbain. Le génogramme de Sabine est présenté dans la Figure 11. Les parents de Sabine sont mariés depuis près de 16 ans mais ils forment un couple depuis au moins 20 ans. Le statut socio-économique de la famille est plutôt faible, le revenu annuel se situe entre 25 000\$ et 34 000 \$. Cependant, la maison familiale est de très grande dimension et se trouve dans un quartier luxueux.

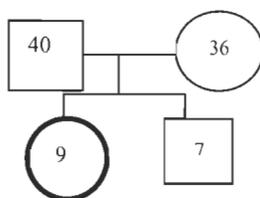


Figure 11. Génogramme, Sabine, 9 ans.

Historique du diagnostic

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 3) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant.

Histoire développementale de l'enfant

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 3) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant et sa famille.

Description des relations de l'enfant cible avec son environnement selon le point de vue des parents

Lorsqu'il est demandé aux parents de décrire leur famille, ils répondent, qu'en général, ils sont une famille « *énergique* », *qui bouge beaucoup*. Ensuite, ils décrivent chacun des membres de leur famille. Selon ses parents, Sabine est une jeune fille ayant un *caractère fort, qui répond facilement à leurs interventions ou à celles de son frère*. Leur fils a aussi un *caractère fort*. Il est plutôt *chialleux*, c'est-à-dire qu'il est difficilement satisfait. Le père, quant à lui, se décrit comme étant un *homme impatient*. Il dit avoir plus de *difficultés relationnelles avec sa fille*. Des fois, ils se chicanent. D'autres fois, ils sont très proches. La mère de Sabine se décrit également comme étant *parfois impatiente avec ses enfants*. Cependant, elle nuance en mentionnant que son *humeur varie selon son état de santé (elle fait du diabète et de l'arthrite)*.

Les parents de Sabine expriment également qu'il y a régulièrement de *la confrontation entre les deux enfants* et ce, particulièrement durant le souper. Ils veulent tous les deux avoir raison et argumentent. Généralement, c'est le petit frère qui commence les querelles. Il taquine sa sœur,

Sabine et cette dernière s'impatiente. Le trait de caractère le plus saillant chez Sabine est son *impatience*.

De plus, les parents mentionnent que Sabine a des traits de caractère qui leur font penser à eux. En effet, elle est *active et a la bougeotte comme son père* tandis qu'elle est *dominante, a un caractère plus fort comme sa mère*. La mère mentionne que Sabine résiste occasionnellement à la maison aux demandes de ses parents. En général, elle est proche et complice tant de son père que de sa mère et de son frère.

Le père passe environ quatre à cinq heures par semaine avec sa fille. Ils font différentes activités plaisantes ensemble telles qu'aller au bowling, patiner, aller au McDonald, jouer à des jeux de société, etc. La mère de Sabine passe également quatre à cinq heures par semaine avec sa fille. Dans leurs moments de plaisir, elles font de la cuisine, des tâches ménagères, jouent ensemble à des jeux de rôle ou des jeux de société.

Au point de vue de l'encadrement, les parents de Sabine peuvent parfois punir leurs enfants lorsque ceux-ci se chicanent. Dans ces moments, ils les envoient dans leur chambre « réfléchir » pour une durée de neuf à 10 minutes. *Le père mentionne qu'il crie après ses enfants dans ces moments là et qu'il craint parfois qu'ils fassent pires après; qu'ils crient et se chicanent davantage*. Ils peuvent également récompenser Sabine à l'aide de surprise ou d'argent lorsqu'elle fournit des efforts lors de ses devoirs ou qu'elle a de bons comportements. Il est à noter qu'au milieu de la rencontre, le père a dû s'absenter en raison d'une urgence familiale.

Les résultats au *Conners*

Lors de la rencontre avec les parents, il leur a été demandé de remplir un questionnaire pour obtenir leur perception des comportements de leur enfant lorsque celle-ci n'était pas sous médication.

- Les résultats obtenus au questionnaire *Conners* rempli par la mère sont significatifs. En effet, il semble que la mère perçoive son enfant comme ayant plusieurs problèmes comportementaux. Les échelles *problèmes cognitif/inattention, hyperactivité, gêné-anxieux, psychosomatisation, les critères Conners (DA-H, agitation-impulsivité, labilité émotionnelle et total)* et les échelles *DSM-IV (inattention, hyperactivité et total)* obtiennent tous des scores de difficulté significative de **niveau sévère**. L'échelle *perfectionnisme*, quant à elle, obtient un score de difficulté significative de **niveau modéré** tandis que l'échelle *opposition* obtient un score **légèrement** significatif. On observe également que 3/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 1/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 3 (très souvent) tandis que 2/9 critères DSM-IV d'inattention et 2/9 critères DSM-IV d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent).
- Données manquantes concernant la perception du père.

Les résultats obtenus au *Conners* permettent d'envisager l'hypothèse d'un TDAH mais ils n'atteignent pas le 6/9 des critères DSM.

Perception des relations familiales selon l'enfant cible

La rencontre d'évaluation avec l'enfant se déroule à l'école. Le contact avec Sabine s'établit progressivement. Au début, elle est *timide, ne parle pas beaucoup*. Elle semble un peu *nerveuse*, elle *joue avec ses mains*. Lorsque l'évaluatrice la questionne sur l'objectif de la rencontre, elle répond qu'elle la rencontre pour une recherche concernant les *gens qui ont du caractère*. L'évaluatrice lui demande alors de spécifier sa réponse, elle ne répond pas et semble gênée. Une discussion est entamée sur ses difficultés et la prise de médication. Sabine dit que la médication l'aide un peu à l'école mais qu'elle a changé d'enseignant et qu'elle fait des choses qu'elle a déjà faites auparavant. C'est donc plus facile.

Dessin de la famille

Observations par rapport à la réalisation du dessin

Dans un premier temps, il est demandé à Sabine de *dessiner sa famille* (Figure 12). À la suite à la consigne, elle s'exécute immédiatement. Elle dessine les personnages de gauche à droite. Elle commence par se dessiner. Ensuite, elle dessine son frère, sa mère et son père. Pour chacun des personnages, l'ordre des éléments dessinés est : la tête, le cou, les épaules, les bras, le corps, les jambes, les pieds et les mains. Elle retourne ensuite à la tête pour ajouter des cheveux et les traits du visage à ses personnages tels les yeux, le nez et la bouche. Par la suite, elle colorie leurs vêtements. Au plan non-verbal, elle semble prendre plaisir à dessiner. Parfois, elle me regarde durant sa production mais n'arrête pas de dessiner. Le temps de réalisation du dessin est de 15 minutes. Sabine dessine de la main droite et respecte le sens de la feuille tel que suggéré.



Figure 12. Dessin de la famille, Sabine, 9 ans.

Interprétations

En général, le dessin de Sabine est *élaboré et bien investi*. Son niveau graphique est *semblable à celui des enfants de son âge*. L'emplacement du dessin est essentiellement au centre de la page mais tend un peu vers la gauche. On observe *certaines différences sexuelles et générationnelles* chez les différents personnages. Les premières se remarquent par la longueur des cheveux et le style de vestimentaire. En effet, un des personnages féminins porte une robe. Quant à aux différences générationnelles, elles sont moins perceptibles. Il existe une différence de grandeur entre son frère et ses parents. Cependant, Sabine s'est représentée comme étant presque de la même grandeur que ses parents et ce, malgré le fait qu'elle a tenté de les mettre plus haut qu'elle sur la page. De plus, on constate plusieurs éléments de *rigidité, d'énergie non orientée vers l'entourage, de contrôle et de valorisation de l'intelligence*. En effet, tous les personnages ont les bras le long de leur corps donnant une impression qu'ils sont très droits et coincés dans leur corps. Leur tête est quelque peu accentuée pouvant être, selon Royer (1984), l'indice d'une *tendance narcissique ou l'indice d'une survalorisation de l'intelligence par un individu ayant des problèmes cognitifs*. Le tracé est généralement droit et appuyé indiquant l'*énergie, l'assurance et le contrôle de la personne*. Le nez de chaque personnage est souligné également de manière particulière. Cela peut signifier des *difficultés sexuelles ou les craintes de castration*. Si on considère que la projection du moi est au centre, Sabine se projette à la place de sa mère soit par *identification à cette dernière ou par le désir œdipien de se rapprocher de son père présentant ainsi une certaine rivalité envers sa mère*.

L'enquête sur le dessin de la famille donne des éléments nouveaux et intéressants sur les relations au sein de la famille de Sabine. On remarque que cette dernière est souvent agacée par son petit frère et que cela l'irrite. Une *rivalité fraternelle* semble exister entre eux. À la question, « qui est le plus gentil dans cette famille? », Sabine hésite un long moment avant de répondre (20 secondes). Finalement, elle répond son père et sa mère en expliquant que *son père les amène au McDo les dimanches et sa mère l'amène souvent au magasin pour acheter du linge. Son père lui achète des surprises*. Tous les membres de sa famille sont heureux, il n'y en a pas un moins heureux que les autres. En effet, quand on lui pose la question « qui est le moins heureux dans cette famille? », elle répond : « *Personne!* » sans vouloir en dire davantage. Finalement, à la question « qui aimerais-tu être dans cette famille? », elle répond spontanément; « *Maman! Parce que je n'aimerais pas être ça un gars. Parce que maman est gentille pis elle n'est pas toujours fâchée après moi. Papa, non plus, y'est pas toujours fâché après moi* ». Il semble que Sabine accorde de l'importance à ce qu'elle dit sur ses parents, elle tient à ce qu'il n'y ait pas de malentendu. Il y a aussi la présence d'un désir de bien paraître et de loyauté envers sa famille.

Le FAST

Dans un deuxième temps, l'évaluation du système familial par l'enfant a été effectuée. Les résultats obtenus lors de la représentation typique, idéale et conflictuelle sont les suivants.

Représentation typique

Lors de la représentation typique des relations familiales (Figure 13), Sabine reproduit sur le damier un moment agréable passé en famille où ils parlent ou jouent ensemble. À ce moment, Sabine représente le niveau de **cohésion** dans des cases adjacentes. La **cohésion du sous-système parental et du sous-système fratrie** est représentée comme étant également élevée. Le

niveau de **hiérarchie familiale**⁵ représenté par Sabine est **faible**. Le **sous-système parental et de la fratrie** sont non-hiérarchiques. La représentation familiale de Sabine permet d'observer des structures relationnelles **non-équilibrées** tant au plan **familial** que **parental et de la fratrie**.

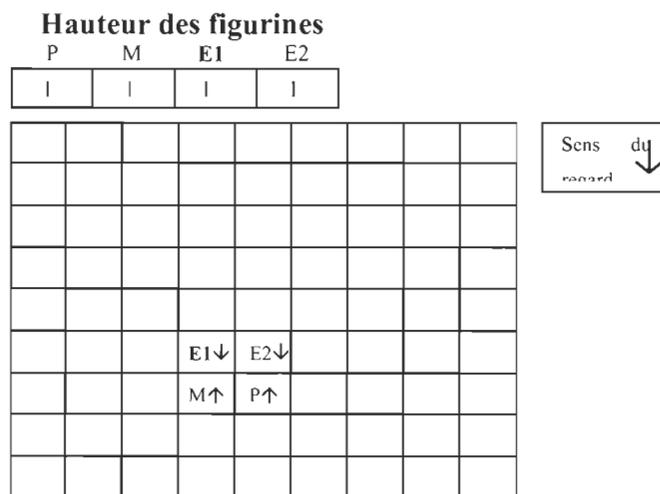


Figure 13. Représentation typique de Sabine, 9 ans.

De plus, lors de l'enquête, Sabine verbalise qu'ils sont, la plupart du temps, tous égaux. Elle dit que ses parents ne décident pas pour eux. Ils semblent laisser de la place aux enfants pour qu'ils fassent leurs propres choix et ils les respectent. Ensuite, elle mentionne qu'ils sont souvent près les uns des autres, tel que représentés. Ils parlent, jouent, soupent, écoutent la télévision ou prennent des marches ensemble. Ils semblent avoir du plaisir lorsqu'ils se retrouvent en famille. L'ambiance familiale semble chaleureuse. Sabine ajoute que parfois les relations ne sont pas telles que représentées. Tous les membres de la famille sont heureux et se regardent. Lorsque ses parents travaillent, son frère et elle sont chez leurs grands-parents ou à l'école, donc séparés d'eux.

Représentation Idéale

À la suite à la consigne, Sabine hésite pendant un moment. Finalement, elle questionne l'évaluatrice sur le concept de relation *idéale*. Elle fait un parallèle entre les relations idéales et les relations amoureuses. La consigne est répétée à Sabine. Ensuite, elle s'exécute. Elle fait plusieurs changements avant d'obtenir sa version finale de sa représentation. Lors de la représentation idéale des relations familiales (Figure 14), Sabine choisit de reproduire sur le damier une scène semblable à celle de la relation typique où ils s'amuse en famille à un jeu. Dans son schéma, Sabine représente le niveau de **cohésion familiale et du sous-système parental** comme étant **élevé** tandis que celui du sous-système fratrie est **faible**. Le niveau de **hiérarchie familiale** ainsi que celui des **sous-systèmes parental et de la fratrie** sont **faiblement** hiérarchiques. On observe également une **hiérarchie renversée** entre les enfants et

⁵ *Rappel* : La *hiérarchie*, quant à elle, correspond à l'autorité, la domination, le pouvoir de prise de décision ou à l'influence réciproque de membres de la famille. Elle est calculée sur le nombre et la hauteur des blocs employés pour augmenter la hauteur des figurines. La hiérarchie familiale est évaluée par la différence entre le pouvoir attribué aux parents dans le sous-système parental et le pouvoir attribué aux enfants dans le sous-système fratrie.

les parents. C'est-à-dire que les figurines représentant les enfants sont plus élevées que celles représentant les parents. La représentation idéale de Sabine permet d'observer des structures relationnelles **non-équilibrées** tant au plan **familial que parental et de la fratrie**.

Finalement, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux comprendre les relations familiales telles que souhaitées par Sabine. Il semble que Sabine aime passer du temps en famille lors de moments agréables tel que le jeu et qu'elle souhaite se *rapprocher de son père et peut-être s'éloigner de sa mère et de son frère*. Elle place les figurines en dyade sur le damier. Elle mentionne que lorsqu'ils jouent ensemble, ils ont des places désignées. Sabine est près de son père tandis que son frère est près de sa mère. Les enfants sont donc séparés par le couple parental. Sabine ne se positionne pas sur les changements qu'ils devraient y avoir pour que les relations typiques deviennent comme elle les a représentées ici (*Rien*). Par contre, on observe que lors de ces moments, les enfants ont plus de pouvoir que les parents. Tous les membres de la famille sont heureux. Cependant, elle mentionne que son petit frère se met en colère lorsqu'il perd.

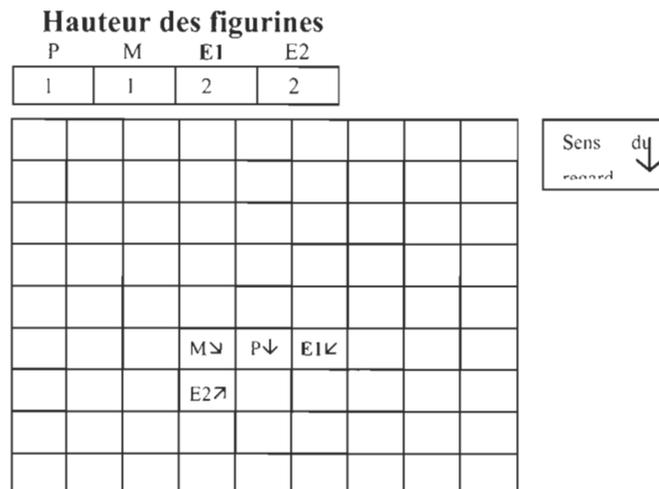


Figure 14. Représentation idéale de Sabine, 9 ans.

Représentation conflictuelle

Lors de la représentation conflictuelle des relations familiales (Figure 15), Sabine choisit de reproduire sur le damier une scène faisant référence aux conflits parents-enfants lorsque ces derniers n'écoutent pas. Ce type de conflit se produit quelques fois par semaine et dure environ 20 minutes mais parfois jusqu'à une heure. La **cohésion familiale, du sous-système parental et de la fratrie** est représentée comme **faible**. La hiérarchie **familiale et du sous-système parental** est représentée comme étant **moyennement** hiérarchique. La hiérarchie du sous-système fratrie, quant à elle, est faible. La représentation conflictuelle de Sabine permet d'observer des structures relationnelles **instables** au plan **familial et parental**. Le sous-système fratrie a une structure relationnelle **non-équilibrée**.

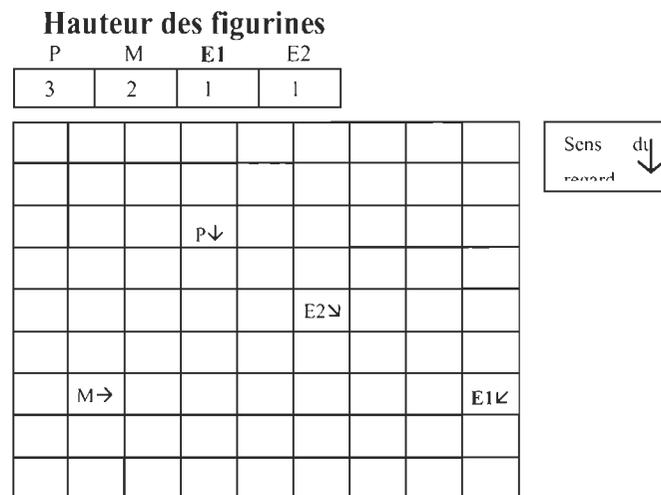


Figure 15. Représentation conflictuelle de Sabine, 9 ans.

Finalement, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux comprendre les relations familiales lors des conflits. Premièrement, il est important de souligner que Sabine a plus de facilité à placer les figurines sur le damier et à répondre aux questions de l'enquête comparativement à la représentation idéale. La situation évoquée par Sabine est celle d'un conflit entre les parents et les enfants où ces derniers n'écoutent pas les consignes. Sabine ajoute que maintenant sa mère la trouve plus gentille. Elle dit qu'elle a moins de caractère qu'avant. Dans ces moments, ses parents les envoient dans leur chambre. Elle dit : « *Parfois, ils nous crient pas après mais ils parlent fort. Des fois, ils nous enlèvent l'ordinateur, les amis ou la télé. Parce que moi et mon frère on est souvent sur la télé* ». Lors de la résolution du conflit, Sabine dit aller voir ses parents pour s'excuser auprès d'eux. Généralement, ils acceptent ses excuses. Elle s'excuse également à son frère. Elle ajoute : « *Parfois, on ne s'excuse pas moi et mon frère mais c'est comme si on ne s'était pas chicanés!* ». Elle mentionne aussi que ses parents peuvent également aller leur parler dans leur chambre pour savoir pourquoi ils ont été *méchants*. Elle précise que c'est davantage son père qui fait ce type de retour avec eux. Sabine identifie l'émotion de chacun des membres de sa famille. Elle commence par elle. Elle dit être triste et un peu en colère lors de ces situations. Ses parents et son frère, eux, sont en colère.

Tableau 3
Synthèse des données de Sabine (enfant 2)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT ET FAMILLE					
<i>Enfant cible</i>	<i>Mère</i>	<i>Père</i>	<i>Couple</i>	<i>Fratrie (1)</i>	<i>Famille</i>
Fille, 9 ans, aînée Niveau académique : 3 ^e année	36 ans Sec. V	40 ans Sec. V	Formé depuis 20 ans Marié	1 frère, 7 ans	Biparentale origine NSE : faible
HISTORIQUE DX de l'enfant					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dx : TDAH (mixte), Âge du Dx : 7 ans ✓ Absence de comportements perturbateurs en bas âge ✓ L'entrée à l'école semble générer de l'anxiété et de la somatisation chez l'enfant ✓ Présence de déficits cognitifs majeurs qui peuvent influencer sa capacité à analyser et à comprendre les informations données en classe pouvant générer de l'anxiété et influencer par le fait même ses capacités d'attention et de concentration. ✓ Présence d'inattention seulement à l'école, hyperactivité présente à la maison ✓ L'aspect affectif n'a pas été considéré lors de l'évaluation du TDAH ✓ Services d'orthopédagogie reçus pour aider l'enfant avant la Rx ✓ Traitement Rx → ne semble pas améliorer de beaucoup les capacités d'apprentissage de l'enfant ✓ Questionnements présents concernant un trouble d'apprentissage plus spécifique 					
Anamnèse					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Enfant désirée et prévue. Absence de facteur de risque durant grossesse</i> ✓ <i>F.R à l'accouchement → naissance à 36 semaines, incubateur.</i> ✓ <i>Surprotection de la mère en bas âge</i> ✓ <i>L'entrée à la pré-maternelle est difficile. Première séparation, besoin d'être rassurée par ses parents, que ces derniers allaient venir la chercher plus tard. Présence de symptômes de somatisation lors des entrées à l'école subséquentes (1^e et 2^e année).</i> ✓ <i>Les séparations sont toujours difficiles aujourd'hui pour la fillette. Elle a besoin qu'on lui donne plusieurs câlins avant de partir et ce, jusqu'à la dernière minute. Ils ont l'impression que le cordon n'est pas encore coupé entre eux et leur fille (angoisse de séparation, attachment insécure), sommeil agité, peu d'appétit, peurs.</i> ✓ <i>Pas d'antécédents parentaux concernant TDAH mais les parents mentionnent que l'enfant ressemble beaucoup à sa mère (souvent dans la lune à l'école)</i> ✓ <i>Dort parfois avec ses parents – possibilité que cela nourrissent les enjeux œdipiens, indications de frontières peu définies</i> 					
Observation de l'enfant (comportement en entrevue)					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Fillette qui devient nerveuse et timide en situation nouvelle, possibilité de stress ou d'anxiété</i> ✓ <i>Capable d'entrer en relation avec un adulte étranger mais de manière très réservée</i> ✓ <i>Manifeste un désir de répondre aux attentes de l'évaluatrice</i> ✓ <i>Les résultats obtenus au Conner's permettent d'envisager l'hypothèse d'un TDAH mais ils n'atteignent pas le 6/9 des critères DSM.</i> 					
Dessin de la famille					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Souhaite répondre aux attentes de l'adulte. Sabine accorde de l'importance à ce qu'elle dit sur ses parents, elle tient à ce qu'il n'y ait pas de malentendu. Il y a aussi la présence d'un désir de bien paraître et de loyauté envers sa famille.</i> ✓ <i>Dessin bien investi, maturité du sujet par rapport à son âge</i> ✓ <i>Rigidité, énergie non orientée vers l'entourage, valorisation de l'intelligence, assurance et le contrôle de la personne.</i> ✓ <i>Difficultés sexuelles ou craintes de castrations, désir d'identification à la mère ou désir œdipien de se rapprocher de son père présentant ainsi une certaine rivalité envers sa mère.</i> ✓ <i>Rivalité fraternelle</i> 					
FAST-Évaluation des systèmes familiaux					
<ol style="list-style-type: none"> 1. R.typique <i>Str. Relationnelles</i> : familiale → non-équilibrée, Ss. Parental → n.équilibrée, Ss. Fratrie → non-équilibrée <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de différences au niveau de pouvoir présentée sous l'angle « système démocratique » / ambiance familiale chaleureuse / séparations difficiles pour l'enfant 2. R.idéale <i>Str. Relationnelles</i> : familiale → non-équilibrée, Ss. parental → non-équilibrée, Ss. Fratrie → non-équilibrée *hiérarchie renversée <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapprochement au père / éloignement de la mère et du frère / désir d'être reconnu comme une grande / frère mauvais perdant 3. R. conflictuelle → type de conflit entre parents-enfant <i>Str. Relationnelles</i> : familiale → instable, Ss. Parental → instable, Ss. Fratrie → non-équilibrée <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception de soi négative (ma mère me trouve plus gentille maintenant, j'ai moins de caractère qu'avant; pourquoi vous avez été méchants) / sentiment de culpabilité / rôle des parents dans la résolution de conflit à questionner. 					

Faits saillants

Rapport d'étude de cas, Frédéric (enfant 3)

Appendice G

Rapport 3

Description de l'enfant et de sa famille

Frédéric est un jeune garçon de 11 ans et il est en cinquième année du primaire. Il est le benjamin d'une famille de deux enfants. Le génogramme de Frédéric est présenté dans la Figure 16. Il habite présentement avec sa mère (47 ans, à la maison, secondaire III), son père (46 ans, DEP) et son frère (17 ans, secondaire IV) dans une maison unifamiliale en milieu urbain. Les parents de Frédéric sont mariés depuis près de 20 ans. Le statut socio-économique de la famille est moyen (entre 35 000 et 44 000 \$).

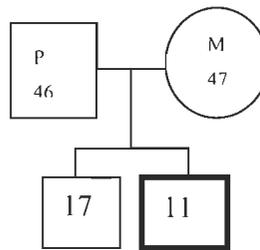


Figure 16. Génogramme, Frédéric, 11 ans.

Historique du diagnostic

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 4) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant.

Histoire développementale de l'enfant

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 4) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant et de sa famille.

Description des relations de l'enfant cible avec son environnement selon le point de vue de la mère

Lorsqu'il est demandé à la mère de dresser un portrait des membres de sa famille, elle commence par parler de sa situation conjugale. Elle mentionne que leur *couple* va bien. Ensuite, elle décrit son mari comme étant un homme *patient, calme, que les enfants écoutent davantage car il est plus autoritaire*. Quant à elle, elle se dit plus *molle*, c'est-à-dire qu'elle laisse passer beaucoup plus de choses lorsque le père est absent. Par contre, elle dit s'améliorer et fait davantage appel à son mari lorsqu'elle en a besoin. Selon la mère, l'aîné de la famille (17 ans), est un garçon *réserve, calme et qui fait sa petite affaire*. Elle décrit Frédéric autrement. Elle dit qu'il a comme *deux tempéraments, soit il bouge beaucoup, est excité, impulsif ou soit il est calme*. Plus jeune, Frédéric était très provocateur avec son grand frère, agaçait constamment les autres et avait une humeur plus variable. Le trait de caractère le plus marquant de Frédéric, toujours selon sa mère, est *sa serviabilité et son côté travaillant*.

Frédéric est plutôt familier avec son frère (17 ans). Cependant, la mère ajoute qu'ils se voient peu car l'aîné a un train de vie d'adolescent et de jeune travailleur. Il passe donc peu de temps à la maison. Le père de Frédéric passe environ six à huit heures par semaine avec lui pendant

lesquelles ils font de la mécanique, de la moto ou de la motoneige. Madame, quant à elle, passe de deux à trois heures par semaine avec son fils à faire différentes activités, telles que de la baignade et du dessin. Frédérick est généralement complice avec ses deux parents et obéissant.

Au point de vue de l'encadrement, les parents de Frédérick le punissent rarement car il répond généralement aux avertissements. Au besoin, ils l'envoient dans sa chambre ou lui retirent les sorties qu'il aime. Ils peuvent également le récompenser à l'aide de surprises lorsqu'il écoute ou leur rend des services.

Les résultats au *Conners*

Lors de la rencontre avec la mère, il lui a été demandé de remplir un questionnaire afin d'obtenir sa perception des comportements de son enfant lorsqu'il n'est pas sous médication.

- Les résultats obtenus au questionnaire *Conners* sont *peu significatifs*. En effet, il semble que la mère perçoive son enfant comme ayant peu de problèmes de comportement. Seule l'échelle des *problèmes sociaux* obtient un score significatif de niveau **modéré**. Les échelles *problèmes cognitifs/inattention*, *hyperactivité*, *DSM-IV : impulsivité-hyperactivité*, quant à elles, obtiennent des scores significatifs de **niveau léger**. Les autres échelles telles *opposition*, *DA-H*, *Conners* (agité/impulsif, labilité émotionnelle, total) et *DSM-IV* (inattention, total) obtiennent des scores dans la **zone frontière** entre la présence ou non d'une difficulté significative. On observe également que 4/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 4/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent).

Données manquantes concernant la perception du père de l'enfant.

Ces résultats du *Conners* permettent difficilement de corroborer l'hypothèse d'un TDAH. Cependant, il est plausible que la mère de l'enfant minimise les difficultés de ce dernier au quotidien en raison d'un grand niveau de tolérance.

Perception des relations familiales selon l'enfant cible

La rencontre d'évaluation avec l'enfant se déroule à la maison à la suite de l'entrevue avec la mère. Le contact avec Frédérick s'établit facilement. Cependant, il semble un peu anxieux et essaie de le cacher. Lorsque l'évaluatrice le questionne sur l'objectif de la rencontre, il dit savoir pourquoi elle le rencontre. En effet, il dit que l'évaluatrice fait une étude auprès d'enfants présentant certaines difficultés dans leurs capacités d'attention, de concentration et qui prennent une médication. Une discussion est entamée sur ses difficultés et la prise de médication. Frédérick dit que sans la médication, il a de la difficulté à écouter les consignes en classe et qu'il dérange les autres. La médication l'aide à se concentrer. Il dit que depuis deux ans, « *il va mieux en classe* ».

Dessin de la famille

Observations par rapport à la réalisation du dessin

Dans un premier temps, il est demandé à Frédérick de *dessiner sa famille* (Figure 17). À la suite de la consigne, Frédérick verbalise « *je ne suis pas très bon en dessin* ». Alors, l'évaluatrice lui mentionne que ce n'est pas un concours de dessin, que c'est pour lui permettre de mieux le

connaître. Il répond : « *Je suis poche, ça peut prendre des années* » et se met à la tâche. Il dessine ses personnages de gauche à droite (frère, lui, sa mère et son père). Pour chacun des personnages, l'ordre des éléments sont les jambes, le haut du corps, les bras, la tête, le visage (détails yeux, nez, bouche), les oreilles, les mains et il termine par les pieds. Les verbalisations de Frédérick pendant la passation sont : après le 1^{er} personnage, il dit : « *et de un, ça va être long!* ». Après le 2^e personnage, il verbalise : « *et de 2!* ». Finalement, après le 4^e personnage, il me demande : « *faut tu que je mette de la couleur?* ». L'évaluatrice lui répond : « *c'est comme tu veux* ». Alors, il dit : « *je vais le laisser de même. Y sont mal faites!* » et lance un regard gêné de sa performance à l'évaluatrice. Tout au long de la tâche, Frédérick cache son dessin afin que l'évaluatrice ne puisse voir sa progression (*non-verbal*). Le temps de réalisation du dessin est de 10 minutes. Frédérick dessine de la main droite et respecte le sens de la feuille tel que suggéré.

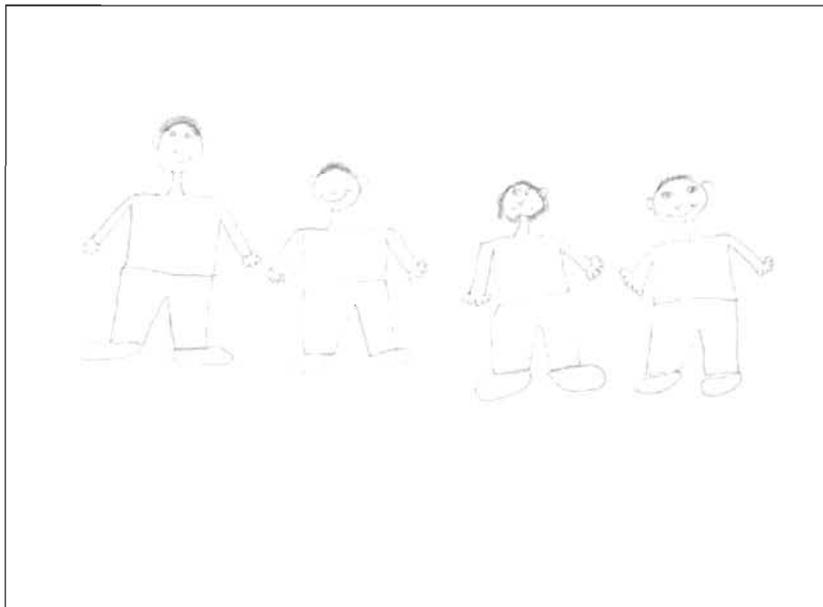


Figure 17. Dessin de la famille, Frédérick, 11 ans.

Interprétations

En général, le dessin de Frédérick est *simple et peu investi*. L'emplacement du dessin est au centre de la page. Selon Kim Chi (1989), l'utilisation du milieu de la page se retrouve à être une tendance générale pour les enfants de 12 ans. Cependant, Abraham (1983) et Buck (1948) mentionnent qu'un dessin trop centré peut être associé à une personnalité *insécure et rigide*. On observe également *l'absence de différences sexuelles et générationnelles* chez les différents personnages dessinés par Frédérick. De plus, on constate des éléments de sentiments *d'inadéquacité, de manque d'ambition, de rigidité et de méfiance*. En effet, tous les personnages ont un cou étroit, un corps rigide, leurs bras sont courts, minces, droits et raides mais ouverts suggérant un certain désir de sociabilité. On note également la présence d'oreilles sur chaque personnage signifiant une *sensibilité à la critique*. Finalement, les yeux des personnages sont parfois petits ou ronds et détaillés (cils et pupilles) évoquant la présence de *méfiance*.

L'enquête sur le dessin de la famille renseigne sur la perception qu'a Frédérick des relations au sein de sa famille. On observe que Frédérick a de la difficulté à répondre aux questions de l'enquête, à se positionner et à expliquer ses réponses. À la question : « *qui est le plus gentil dans cette famille?* » Il s'exclame : « *Oh, boy!* » ne sachant trop quoi répondre, pour ensuite mentionner que tous les membres de sa famille sont gentils, mais sans être capable de justifier sa réponse par des exemples. Ensuite, il dit qu'ils sont également tous heureux car ils font une belle famille et font parfois des sorties ensemble. Cependant, on remarque que Frédérick est souvent énervé par son frère et que ça le met en colère. Une *rivalité fraternelle* semble exister entre eux. En ce qui concerne la question sur la personne la moins heureuse dans la famille, Frédérick la refuse totalement en affirmant qu'il n'est pas dans leur peau. Il semble avoir de la difficulté à se laisser aller dans l'exercice et à se projeter. Enfin, le désir de Frédérick de se rapprocher et de s'identifier à son père est aussi évoqué.

Le FAST

Dans un deuxième temps, l'évaluation du système familial par l'enfant a été effectuée. Les résultats obtenus lors de la représentation typique, idéale et conflictuelle sont les suivants.

Représentation typique

Au début, Frédérick commence par mettre sur le damier chacun des membres de sa famille de façon très éloignée et isolée les uns des autres. Son père se retrouve à l'extérieur du damier car il est au travail. Ensuite, Frédérick pose la figurine représentant son frère dans un des coins car celui-ci dort dans sa chambre. Sa mère, quant elle est au centre du damier, dans la maison, et finalement, il pose la figurine le représentant dans un autre coin puisqu'il joue à l'extérieur. Après quelques secondes de réflexion, Frédérick décide de les rapprocher les uns des autres.

Donc, lors de la représentation typique des relations familiales (Figure 18), Frédérick reproduit sur le damier un moment agréable passé en famille où tous les membres de la famille sont rassemblés pour discuter ensemble. À ce moment, Frédérick représente le niveau de **cohésion familiale**⁶ comme étant **élevé**, c'est-à-dire que toutes les figurines se retrouvent dans des cases

⁶ *Rappel* : La *cohésion* dans l'évaluation du système familial est le lien ou l'attachement émotionnel entre des membres d'une famille. La cohésion familiale est calculée sur les distances entre les figurines.

adjacentes. La **cohésion du sous-système parental et du sous-système fratrie** est représentée comme étant aussi **élevée**.

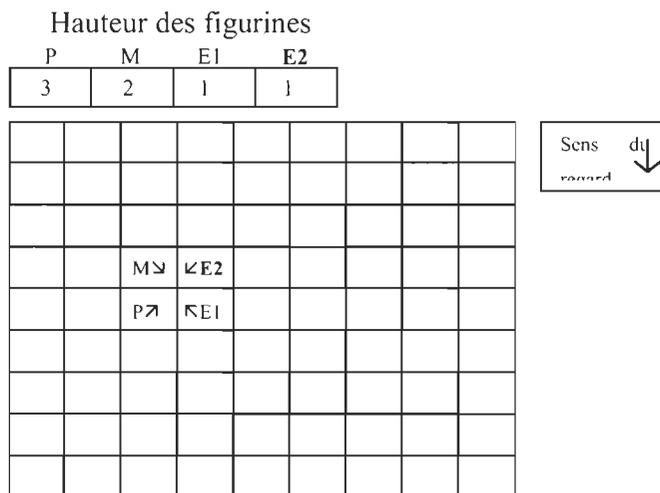


Figure 18. Représentation typique de Frédéric, 11 ans.

Le niveau de **hiérarchie familiale**⁷ représenté par Frédéric est **moyen**. Le **sous-système parental** est **moyennement** hiérarchique alors que celui de la **fratrie** est **faiblement hiérarchique**. La représentation familiale de Frédéric permet d'observer une structure relationnelle **familiale équilibrée**⁸ tout comme celle du sous-système **parental** tandis que la structure relationnelle du sous-système **fratrie** est **non-équilibrée**.

De plus, lors de l'enquête, Frédéric ajoute que ce type de relation familiale arrive quelques fois par semaine. Dans cette représentation, Frédéric mentionne que sa mère, son frère et lui sont heureux (expression identifiée sur le visage) tandis que son père est plutôt neutre car il revient du travail fatigué. L'hésitation de la première représentation (de départ) de Frédéric lors de la représentation est à questionner.

N'est-elle pas seulement sa réelle perception des relations au quotidien de sa famille où chacun des membres fait ce qu'il a à faire. Qu'ils ont peu de relations et d'échanges entre eux. Ceci est trop douloureux à reconnaître pour l'enfant et il choisit finalement de représenter un bon moment passé en famille (idéalisation des relations). Frédéric se dévoile davantage lors de la prochaine représentation.

⁷ *Rappel* : La *hiérarchie*, quant à elle, correspond à l'autorité, la domination, le pouvoir de prise de décision ou à l'influence réciproque de membres de la famille. Elle est calculée sur le nombre et la hauteur des blocs employés pour augmenter la hauteur des figurines. La hiérarchie familiale est évaluée est la différence entre le pouvoir attribué aux parents dans le sous-système parental et le pouvoir attribué aux enfants dans le sous-système fratrie.

⁸ *Rappel* : La combinaison de la cohésion et de la hiérarchie permet d'établir le *type de structure relationnelle* au niveau familial, parental et fraternel. Une structure relationnelle est considérée *équilibrée* lorsque la cohésion est cotée moyenne ou élevée et que la hiérarchie est cotée moyenne. Une structure *instable* s'obtient de deux manières. Premièrement, lorsque la cohésion est moyenne et la hiérarchie est cotée faible ou élevée. Deuxièmement, lorsque la cohésion est faible et que la hiérarchie est cotée moyenne. Finalement, une structure relationnelle est considérée comme non-équilibrée lorsqu'on obtient des valeurs extrêmes aux deux dimensions.

Représentation Idéale

Au moment de la représentation idéale des relations familiales (Figure 19), Frédéric reprend la même scène que lors de la représentation typique. Seulement, il met les figurines en même temps sur le damier et mentionne que l'idéal serait qu'il n'y ait pas de chicane et qu'ils soient tous plus proches les uns des autres. Ils sont en train de discuter ensemble mais ils sont plus rapprochés. Frédéric met ses figurines effectivement très près les unes des autres sur le damier.

Ainsi, dans son schéma, Frédéric représente le niveau de **cohésion familiale, du sous-système parental et fraternel** comme étant **élevé**. Le niveau de **hiérarchie familiale** représenté par Frédéric est **moyen**. Le **sous-système parental** est aussi moyennement hiérarchique tandis que celui de la **fratrie est faiblement hiérarchique**. La représentation idéale (Figure 19) de Frédéric permet d'observer que la structure relationnelle **familiale et parentale est équilibrée** tandis que le sous-système **fratrie** a une structure relationnelle **non-équilibrée**.

En somme, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux comprendre les relations familiales telles que perçues par Frédéric. En effet, ce dernier démontre par sa représentation son grand désir de proximité avec les membres de sa famille.

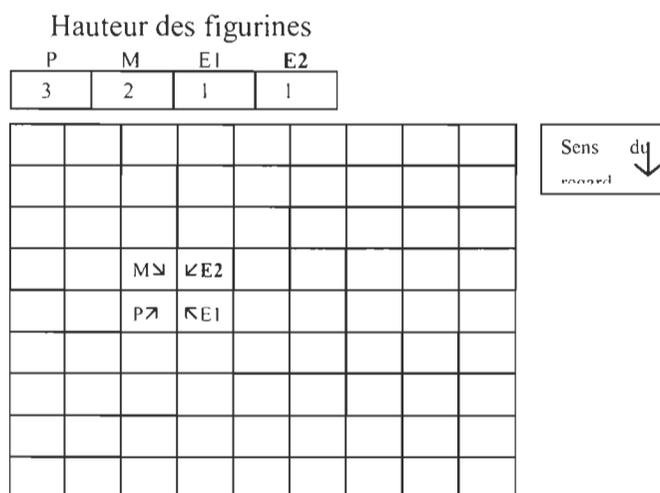


Figure 19. Représentation idéale de Frédéric, 11 ans.

Il semble très important pour ce jeune que les membres de sa famille soient très près les uns des autres. De plus, Frédéric reparle des relations habituelles au sein de sa famille. Il mentionne que, la plupart du temps, chaque personne fait ses affaires indépendamment des autres. Ce type de situation, selon Frédéric, se produit parfois lorsqu'ils mangent tous ensemble à la table du souper mais que généralement ils mangent séparément (frère dans sa chambre, père au salon, mère et lui à la table). De plus, Frédéric verbalise que ce type de situation pourrait se produire plus régulièrement si son père et son frère acceptaient de manger plus souvent dans la salle à manger. Les expressions identifiées pour chacun des membres sont les mêmes que dans la représentation typique : sa mère, son frère et lui sont joyeux, et son père est fatigué.

Représentation conflictuelle

À la suite de la consigne concernant les relations conflictuelles (Figure 20) dans une famille, Frédéric est très expressif et s'exclame : « *Oh!boy! Quand j'étais plus petit mon père pétait sa coche* ». Au même moment, il me pointe un trou dans une porte. Ensuite, il commence à placer les figurines sur le damier. Lors de la représentation conflictuelle des relations familiales, Frédéric choisit donc de reproduire une scène où il y a un conflit entre son père, son frère et lui, ce qui semble se produire assez souvent.

La **cohésion familiale des sous-systèmes parental et fratrie** est représentée comme étant faible. Le niveau de **hiérarchie familiale** et du sous-système parental représentés par Frédéric sont **moyens** tandis que celui de la **fratrie est faiblement hiérarchique**. La représentation conflictuelle de Frédéric permet d'observer, au niveau **familial**, que la structure relationnelle est **instable**, de même que celle du sous-système parental, tandis que celle au niveau du sous-système **fratrie** est **non-équilibrée**.

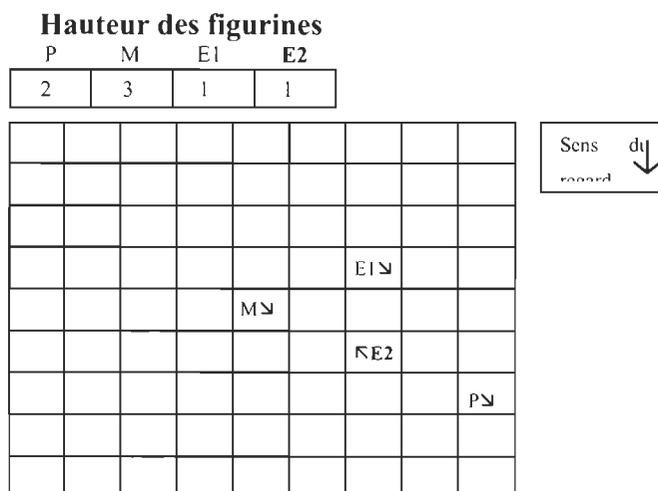


Figure 20. Représentation conflictuelle de Frédéric, 11 ans.

Finalement, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux comprendre les relations familiales lors de conflits. Premièrement, il semble que les conflits les plus saisissants pour Frédéric sont ceux où les enfants entrent en conflit avec leur père. Selon Frédéric, ce type de situation se produit lorsque son frère et lui n'écoutent pas les consignes ou les avertissements de leur père. À ce moment, le père s'impatiente et se met en colère car il est fatigué, puis il s'en va de la maison. Frédéric dira que son père *pète sa coche*. Eux, ils restent sur place pour ensuite se rendre chacun dans leur chambre. Généralement, la mère de Frédéric parle avec son conjoint lorsque celui-ci revient à la maison. Elle est également identifiée comme celle ayant le plus de pouvoir dans ces moments. En effet, il semble qu'elle soit le lien entre les enfants et le père car il ne semble pas y avoir de retour de ce dernier sur la situation avec ses enfants. Frédéric identifie l'expression de chaque personne dans ces moments : son père est en colère, sa mère est *tannée* et son frère et lui sont tristes. Selon Frédéric, ce type de conflit peut se produire quelques fois par semaine. De plus, Frédéric

nomme qu'il se rappelle de la première fois où cette situation s'est produite, et où c'était très grave selon lui. Il était plus jeune, il avait cinq ou six ans. Il semble que ceci corresponde à l'entrée à l'école de Frédéric. Enfin, Frédéric mentionne qu'il y aurait eu un conflit de ce genre au cours des dernières semaines. Il dit que ça lui fait réaliser qu'il doit davantage écouter son père lorsqu'il les avertit, son frère et lui, de mettre fin à leurs comportements.

Tableau 4

Synthèse des données de Frédérick (enfant 3)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT ET FAMILLE					
<i>Enfant cible</i>	<i>Mère</i>	<i>Père</i>	<i>Couple</i>	<i>Fratrie (1)</i>	<i>Famille</i>
Garçon, 11 ans, benjamin Niveau académique : 5 ^e année	47 ans Sec. III (maison)	46 ans DEP (mécanicien)	Mariés depuis 20 ans	1 frère, 17 ans	Biparentale origine NSE : moyen
HISTORIQUE DX de l'enfant					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dx : TDAH (hyperactivité-impulsivité prédominante), Âge du Dx : 9 ans ✓ Ne présente pas de comportements perturbateurs en bas âge ✓ Adaptation difficile lors de l'entrée à l'école. Présence d'hyperactivité et impulsivité à l'école mais aussi à la maison, lors de la période des devoirs. ✓ Évaluation affective maternelle → revendication affective, perception qu'il n'a pas sa place dans la famille, présence d'une pauvreté dans les interactions parents-enfants. Mère et Père perçus comme étant non disponibles et non gratifiants. Déficits au niveau du processus personnel d'individuation, angoisse de séparation/ perte d'objet en lien avec un ensemble d'attitudes de la mère qui empêche l'autonomisation et la prise de distance de l'enfant. ✓ Pas de déficits cognitifs majeurs. Présence de difficultés au niveau de la mémoire à court et à long terme. ✓ Traitement Rx → effets + ✓ Autres services complémentaires reçus → psychologue CLSC → aucun effet ✓ L'aspect affectif n'a pas été clairement évalué au moment de l'évaluation du TDAH mais a été considéré. La labilité émotionnelle de Frédérick, sa faible estime de soi, sa tendance à se percevoir isolé et détaché des autres et son opposition sont des éléments qui permettent de considérer la problématique comme étant aussi affective. 					
Anamnèse					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Enfant désiré et prévu, Absence de facteur de risque durant la grossesse et à l'accouchement</i> ✓ Réactions suite à la séparation en bas âge (retour de la mère sur le marché du travail) ✓ Présence de comportements difficiles en bas âge à la maison non mentionné au dossier psychologique, permettant de questionner la présence du TDAH ✓ Présence d'anxiété chez l'enfant selon la mère ✓ Apprentissage de la propreté difficile selon la mère mais quand même propre de jour comme de nuit à 2 ans. ✓ Enfant très sélectif au niveau de la nourriture, il ne mange presque rien (madame fait des repas pour chacun des membres de la famille) ✓ Capacité d'adaptation difficile devant situation nouvelle ✓ Problèmes d'endormissement pouvant être lié à l'anxiété, ou difficulté à se séparer, /prévalence de comorbidité élevée chez TDAH 					
Observation de l'enfant (comportement en entrevue)					
<u>Comportements en entrevue</u>					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre facilement en relation avec un adulte étranger ✓ Est très conscient de l'impact de la Rx 					
<u>Conners</u>					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ces résultats du Conner's permettent difficilement de corroborer l'hypothèse d'un TDAH. Cependant, il est plausible que la mère de l'enfant minimise les difficultés de ce dernier au quotidien en raison d'un grand niveau de tolérance. 					
Dessin de la famille					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Perception de soi négative et dévalorisation, éléments de sentiments d'inadéquation, de manque d'ambition, de rigidité, de sensibilité à la critique, insécurité, immaturité ✓ Attitude défensive, de méfiance, difficulté à se laisser-aller ✓ Rivalité fraternelle 					
FAST-Évaluation des systèmes familiaux					
<p>4. R.typique <i>Str. relationnelles</i> : familiale → équilibrée, Ss. parental → équilibrée, Ss. fratrie → non-équilibré</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hésitation au départ-attitude défensive/ idéalisation des relations/ frontières bien définies/ frère même pouvoir malgré différence d'âge. 					
<p>5. R.idéale <i>Str. relationnelles</i> : familiale → équilibrée, Ss. parental → équilibrée, Ss. fratrie → non-équilibrée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Désir de proximité et d'attention de l'enfant/ perception du père peu disponible/ relations familiales insatisfaisantes 					
<p>6. R.conflituelle → type de conflit entre la fratrie</p> <p><i>Str. relationnelles</i> : familiale → instable, Ss. parental → instable, Ss. fratrie → non-équilibrée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentiment de culpabilité & responsabilité dans le conflit / Colère du père, environnement imprévisible pouvant générer de l'anxiété / Mère importante dans le lien entre le père et les enfants 					

Faits saillants

Rapport d'étude de cas, Alix (enfant 4)

Appendice H

Rapport 4

Description de l'enfant et de sa famille

Alix est un jeune garçon de neuf ans qui débute la quatrième année du primaire au moment de l'évaluation. Il est le benjamin d'une famille recomposée de trois enfants. Le génogramme d'Alix est présenté dans la Figure 21. Alix habite présentement avec sa mère (39 ans, secrétaire, DEC), son père (38 ans, agent de la voirie, sec. IV), son demi-frère (17 ans) et sa sœur (13 ans) dans une maison unifamiliale en milieu urbain. Les parents d'Alix sont conjoints de fait depuis près de 15 ans. Le demi-frère d'Alix est né d'une union précédente du père. Il habite avec eux, à temps plein, depuis seulement deux ans. Auparavant, le père avait la garde durant les vacances et une fin de semaine sur deux. Le statut socio-économique de la famille est moyennement élevé (revenu annuel de plus 45 000 \$).

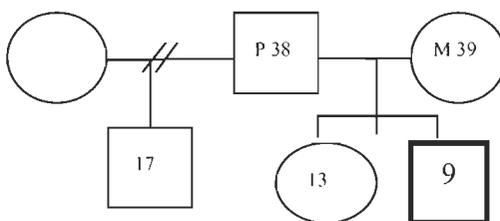


Figure 21. Génogramme, Alix, 9 ans.

Historique du diagnostic

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 5) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant.

Histoire développementale de l'enfant

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 5) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant et sa famille.

Description des relations de l'enfant cible avec son environnement selon le point de vue des parents

Lorsqu'il est demandé aux parents de dresser un portrait des membres de leur famille, ils participent activement à la discussion. Bref, Monsieur est un homme très *travaillant, qui n'arrête jamais, patient, minutieux et perfectionniste*. Madame, quant à elle, se dit *plus chialeuse mais tout de même une bonne mère qui s'occupe de ses enfants. Elle serait également « mère poule » à ses heures*. L'aîné de la famille est un garçon très *actif et occupé mais parfois immature et critiqueur*. Les parents verbalisent que leur adolescente a *un caractère plus prompt, elle défie l'autorité et ressemble davantage à sa mère*. La relation mère-fille est parfois conflictuelle. Finalement, les parents décrivent Alix comme un *enfant enjoué, patient et tolérant*. Bref, il a *bon caractère*. Il ressemble surtout à son père. Il aime le travail manuel et a un intérêt pour la mécanique. Alix semble être proche de ses deux parents et des membres de sa fratrie. Une rivalité existe entre les deux plus vieux de la famille.

Le père d'Alix passe environ 10 heures et plus par semaine avec lui et ils font de la mécanique et de la moto. Madame passe également 10 heures et plus par semaine avec son fils à faire différentes activités telles que de la baignade, du jardinage et de la marche. De plus, ils font régulièrement des activités familiales. Alix est généralement complice et obéissant avec son père. Cependant, il résiste occasionnellement avec sa mère.

Au point de vue de l'encadrement, les parents d'Alix le punissent parfois mais c'est généralement en dernier recours lorsqu'il n'écoute pas, niaise ou crie. Donc, au besoin, ils l'envoient dans sa chambre ou lui retirent ses sorties. Ils peuvent également le récompenser à l'aide de surprises lorsqu'il a de bonnes notes à l'école.

Les résultats au *Conners*

Lors de la rencontre avec les parents d'Alix, il leur a été demandé de remplir un questionnaire afin d'obtenir leur perception des comportements de leur fils lorsqu'il n'est pas sous médication.

- Les résultats obtenus au questionnaire *Conners* complété par la mère sont significatifs. En effet, il semble que la mère perçoive son enfant comme ayant certains problèmes de comportement. Les échelles *problèmes cognitifs/inattention* et *DSM-IV (hyperactivité)* obtiennent des scores de difficulté significative de niveau **sévère**, tandis que les échelles *hyperactivité* et *DSM-IV (total)* obtiennent un score de difficulté significative de niveau **modéré**. Les échelles *DA-H*, *Index Conners (agitation-impulsivité)* et *DSM-IV (inattention)*, quant à elles, obtiennent des scores de difficulté significative de **niveau léger**. Ensuite, une seule échelle obtient des scores dans la zone **frontière** entre la présence ou non d'une difficulté significative : *Index Conners (total)*. Enfin, on observe également que 2/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 3/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent) et 2/9 critères DSM-IV d'inattention et 3/9 critères DSM-IV d'hyperactivité ont été cotés 3 (très souvent).
- Les résultats obtenus au questionnaire *Conners* complété par le père sont peu significatifs. En effet, il semble que le père d'Alix perçoive son fils comme ayant peu de problèmes de comportement. Seule l'échelle *Index Conners (agitation-hyperactivité)* obtient des scores de difficulté significative de niveau **léger**. Cependant, certaines échelles obtiennent des scores dans la zone **frontière** entre la présence ou non d'une difficulté significative telle que l'échelle *problème cognitif-inattention*, *d'hyperactivité*, *Index Conners (total)* et *DSM-IV (hyperactivité)*. Finalement, on observe également que 1/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 1/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent) et seulement 1/9 critères DSM-IV d'hyperactivité a été coté 3 (très souvent).

La différence de perception entre les parents concernant les différents comportements d'Alix est très marquée. Ceci peut être dû à des niveaux de tolérance différents qui sont généralement influencés par le vécu et la personnalité de chacun des parents. Ces différences ont un impact dans l'interprétation des résultats au *Conners*. Il est, alors, difficile de conclure qu'ils corroborent la présence d'un TDAH chez Alix. Cependant, certains éléments sont à surveiller selon le développement de l'enfant et son niveau de maturité.

Perception des relations familiales selon l'enfant cible

La rencontre d'évaluation avec l'enfant se déroule à la maison à la suite de l'entrevue avec les parents d'Alix. Le contact avec ce dernier s'établit facilement. Au départ, il est plutôt timide et réservé. Par la suite, il collabore bien et s'investit dans les tâches. En effet, il s'applique pour chacune d'entre elles et semble vouloir bien répondre aux questions. Lorsque l'évaluatrice le questionne sur l'objectif de la rencontre, il dit qu'il sait pourquoi elle le rencontre. C'est-à-dire qu'elle fait une étude auprès d'enfants présentant certaines difficultés au niveau de leur attention, de leur concentration, de leur agitation et prenant une médication. Une discussion est alors entamée sur ses difficultés et la prise de médication. Alix verbalise qu'il ne voit pas vraiment de différence lorsqu'il prend ou non sa médication. Selon lui, tout va bien à l'école. Lorsque l'évaluatrice lui annonce qu'ils vont faire quelques activités ensemble, il demande spontanément s'ils vont faire des mathématiques. Il dit aussi qu'il est en vacances et qu'il n'a pas envie d'en faire.

Dessin de la famille

Observations par rapport à la réalisation du dessin

Dans un premier temps, il est demandé à Alix de *dessiner sa famille* (Figure 22). À la suite de la consigne, il verbalise « *Ma famille!* » et se met rapidement à la tâche. Il dessine ses personnages de gauche à droite (lui, sa sœur, sa mère, son père et son demi-frère). Au premier personnage, Alix prend un crayon de bois et fait le contour de la tête, du corps et des jambes. Ensuite, il prend un crayon rouge pour dessiner les yeux, le nez et un crayon blanc pour colorier la bouche. Par contre, il se rend compte rapidement que cette couleur n'apparaît pas sur le feuille blanche et exprime « *Ça ne paraît pas full le blanc, je vais mettre du noir!* » et il poursuit son dessin. Il reprend le crayon de bois pour faire les mains et tourne la feuille pour faire les pieds. Il décide d'effacer pour reprendre le bas du corps de son personnage. Il ajoute quelques détails : colore des cheveux, inscrit FOX et dessine le chandail (bleu, vert, rose), colore également les jambes, les pieds, les mains et le visage. Il termine son premier personnage et dit « *Une personne de faite !* ». Il n'a plus aucune verbalisation jusqu'à la fin de son dessin où il me dit « *J'ai fini!* ».

Au deuxième personnage, Alix commence avec un crayon de bois et trace le contour des éléments suivants : tête, cou, bras, corps, mains, jambes et pieds. Par la suite, il les colore à l'aide de différentes couleurs ; yeux et nez en rouge, bouche en noir, jambes en brun, souliers en bleu, cheveux en noir, mains et visage en beige et casquette en rouge. Pour finir, il ajoute quelques détails ; les boutons sur le chandail et allonge les cheveux du personnage. Pour les trois autres personnages, l'ordre des éléments dessinés est le même qu'au deuxième personnage. Par contre, au quatrième personnage, il commence par dessiner la tête mais l'efface et la reprend un peu plus haut dans la page.



Figure 22. Dessin de la famille, Alix, 9 ans.

Après le dernier personnage, il annonce à l'évaluatrice qu'il a terminé. Tout au long de la tâche, Alix semble s'appliquer et tire parfois la langue en coloriant (*non-verbal*). Le temps de réalisation du dessin est de 20 minutes. Alix dessine de la main droite et respecte généralement le sens de la feuille tel que suggéré mais parfois tourne sa feuille pour colorier ses personnages durant sa production.

Interprétations

En général, le dessin d'Alix est *grand et semble très bien investi*. On observe également *peu de différences sexuelles et générationnelles* chez les différents personnages dessinés par Alix. Ces différences se remarquent par la grandeur entre les personnages, légèrement graduée selon l'âge des enfants et un peu plus grande pour les deux parents. La différence sexuelle s'observe par la longueur des cheveux des personnages féminins. De plus, on constate des éléments *d'agressivité, d'énergie non orientée vers l'environnement, de méfiance et de personnalité à tendance orale*.

En effet, tous les personnages ont un cou large et épais, un corps rigide, leurs bras sont longs, droits, raides et longent le corps, leurs mains sont grosses et enflées. Les bouches des différents personnages sont soulignées et accentuées suggérant ainsi des tendances *régressives, orales ou des problèmes de langage*. Elles sont également épaisses et raides indiquant un certain degré d'agressivité. Finalement, les yeux des personnages sont parfois petits ou ronds et grands évoquant la présence de *méfiance*.

L'enquête sur le dessin nous informe sur la perception qu'Alix a des relations au sein de sa famille. On observe qu'Alix s'exprime ouvertement et facilement sur les relations au sein de sa famille. *Le désir d'identification et de rapprochement à son père est très présent.* Il semble même y avoir une certaine *idéalisierung*. À la question : « *qui est le plus gentil dans cette famille?* », il répond : « *Mon père* » et pourquoi? Il ajoute « *parce que ma mère chiale et mon père chiale jamais. Il peut crier parfois. Il m'achète des cadeaux ma mère aussi mais j'aime mieux mon père.* » C'est également son père qu'Alix identifie comme étant le plus heureux de la famille car il sourit constamment selon lui. Les figures féminines sont perçues plus négativement par Alix. En effet, il décrit sa mère comme étant *chialeuse* et sa sœur comme étant la moins gentille et la moins heureuse de cette famille. Cette dernière semble faire parfois la vie dure à Alix (brise ses jouets, lui donne des coups, etc.). Il est à noter que cette dernière débute sa « crise » d'adolescence et semble avoir une humeur plutôt variable. Ainsi, *les tensions sont plus présentes à la maison et Alix y est sensible.* Finalement, il semble qu'Alix désire être reconnu comme un grand, afin d'obtenir plus de privilège et d'avoir plus d'autonomie. Il s'identifie donc à son demi-frère lorsqu'on lui demande qui il aimerait être dans sa famille.

Le FAST

Dans un deuxième temps, l'évaluation du système familial par l'enfant a été effectuée. Les résultats obtenus lors de la représentation typique, idéale et conflictuelle sont les suivants.

Représentation typique

Lors de la représentation typique des relations familiales (Figure 23), Alix reproduit sur le damier une scène qui semble arriver à tous les soirs lorsque son père lui demande d'aller se coucher. Plusieurs échanges entre les différents membres de la famille ont lieu.

À ce moment, Alix représente le niveau de **cohésion familiale**⁹ comme étant **faible**, c'est-à-dire qu'une ou plusieurs figurines se trouvent en dehors du carré du 3X3. La **cohésion du sous-système parental est élevée tandis que celle du sous-système fratrie est moyenne**. La **hiérarchie familiale**¹⁰ est

⁹ *Rappel* : La *cohésion* dans l'évaluation du système familial est le lien ou l'attachement émotionnel entre des membres d'une famille. La cohésion familiale est calculée sur les distances entre les figurines.

¹⁰ *Rappel* : La *hiérarchie*, quant à elle, correspond à l'autorité, la domination, le pouvoir de prise de décision ou à l'influence réciproque de membres de la famille. Elle est calculée sur le nombre et la hauteur des blocs employés pour augmenter la hauteur des figurines. La hiérarchie familiale est évaluée est la différence entre le pouvoir attribué aux parents dans le sous-système parental et le pouvoir attribué aux enfants dans le sous-système fratrie.

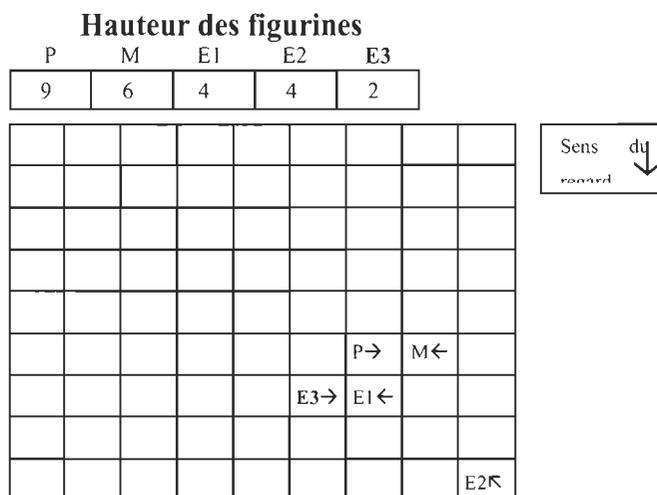


Figure 23. Représentation typique d'Alix, 9 ans.

moyenne. Le **sous-système parental** ainsi que celui de la fratrie sont **hautement** hiérarchique. Au niveau **familial**, la représentation d'Alix permet d'observer une structure relationnelle **instable**¹¹. La structure relationnelle du sous-système parental est **non-équilibrée** tandis que celle du sous-système **fratrie** est **instable**. De plus, lors de l'enquête, Alix soulève que lorsque son père lui demande d'aller se coucher et que ça ne lui tente pas, il a moins de pouvoir et il est obligé d'écouter. Par contre, il mentionne qu'avec sa mère, parfois, il demande un verre de lait mais son père, lui, ne veut pas. Dans cette représentation, Alix exprime que son demi-frère entre habituellement tard ou très tôt le matin. Sa mère interpelle son demi-frère et lui demande d'entrer moins tard car il dérange la maisonnée lorsqu'il mange. Le demi-frère acquiesce. Ensuite, il mentionne également que sa mère demande à sa sœur d'aller se coucher et que cette dernière s'obstine un peu mais lorsque son père arrive, elle s'exécute. Alix identifie l'émotion de chacun dans ce type de situation. Son père et lui sont heureux, sa mère et son demi-frère sont fâchés et sa sœur, un peu aussi. De plus, Alix exprime que les relations n'ont pas toujours été comme ça à la maison et souligne le fait que sa sœur était plus affectueuse avec ses parents auparavant mais qu'elle ne l'est plus maintenant.

Représentation idéale

Lors de la représentation idéale des relations familiales (Figure 24), Alix choisit une scène plutôt inhabituelle où il se donne beaucoup plus de pouvoir que tous les membres de sa famille et les rapproche les uns des autres. Ainsi, dans son schéma, Alix représente le niveau de **cohésion familiale, du sous-système parental et fraternel** comme étant **élevé**. Le niveau de **hiérarchie familiale** représenté par Alix est **élevé**. Le **sous-système parental** est **faiblement** hiérarchique tandis que celui de la **fratrie** est **hautement** hiérarchique. On observe une *hiérarchie*

¹¹ *Rappel* : La combinaison de la cohésion et de la hiérarchie permet d'établir le *type de structure relationnelle* au niveau familial, parental et fraternel. Une structure relationnelle est considérée *équilibrée* lorsque la cohésion est cotée moyenne ou élevée et que la hiérarchie est cotée moyenne. Une structure *instable* s'obtient de deux manières. Premièrement, lorsque la cohésion est moyenne et la hiérarchie est cotée faible ou élevée. Deuxièmement, lorsque la cohésion est faible et que la hiérarchie est cotée moyenne. Finalement, une structure relationnelle est considérée comme non-équilibrée lorsqu'on obtient des valeurs extrêmes aux deux dimensions.

renversée où l'enfant cible a plus de pouvoir que ses deux parents. La représentation idéale d'Alix permet d'observer des structures relationnelles **non-équilibrées** tant aux plans **familial, parental que de la fratrie**.

Ainsi, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux comprendre les relations familiales. En effet, Alix démontre, par sa représentation, son désir de posséder plus de pouvoir de décision dans sa famille, d'être considéré différemment. Une fois de plus, nous constatons qu'Alix aimerait être plus grand, qu'il envie le monde des adultes qui semble avoir plus de

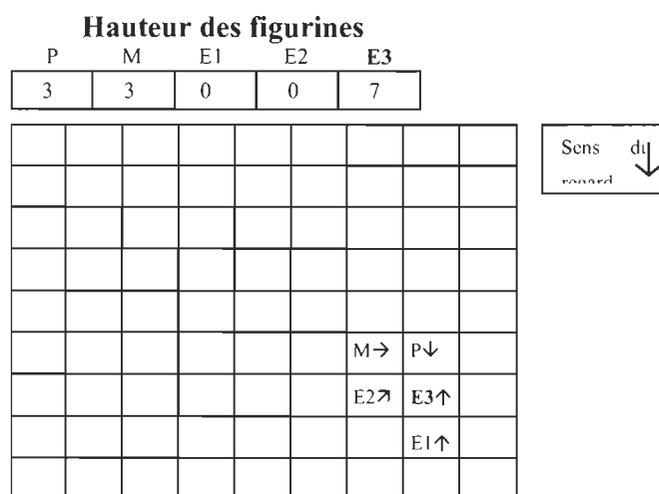


Figure 24. Représentation idéale d'Alix, 9 ans.

privilèges et de liberté. Une certaine agressivité s'en dégage. Au début de l'enquête, Alix associe le pouvoir à la colère. Il mentionne qu'il est fâché contre sa mère et son père et il exprime ensuite qu'il aimerait être *content* avec tous les membres de sa famille mais qu'il désire plus de pouvoir que tout le monde car il pourrait aller chez ses amis et se coucher plus tard. Alix est conscient qu'il a parfois ce type de privilège lors d'occasions spéciales telles que Noël ou d'autres fêtes.

Par la suite, il identifie des comportements que les membres de sa famille doivent changer afin que les relations deviennent idéales. Premièrement, sa sœur devrait ne plus se fâcher, son demi-frère doit arrêter d'entrer à deux heures du matin et sa mère doit arrêter de chialer. Cependant, nous observons que son père n'a rien à changer. Lorsqu'Alix est questionné sur ce que lui devrait changer, il répond « Rien » et ajoute : « Peut-être que d'autres mondes aimeraient que je change quelque chose mais moi je me trouve correcte comme ça ». Finalement, Alix identifie l'expression de chacun des membres. Il semble qu'ils sont tous heureux.

Représentation conflictuelle

À la suite de la consigne concernant les relations conflictuelles dans la famille, Alix désire me raconter immédiatement la situation qu'il souhaite représenter. L'évaluatrice doit arrêter et lui redit la consigne qu'il doit d'abord placer les figurines sur le damier. Il s'exécute.

Lors de la représentation conflictuelle des relations familiales (Figure 25), Alix choisit de reproduire une scène où il y a un conflit entre son père et son demi-frère. À ce moment, la **cohésion familiale est faible** ainsi que le sous-système fratrie, tandis que le sous-système **parental a un niveau de cohésion moyen**. Le niveau de **hiérarchie familiale est moyen** tandis que celui du sous-système **parental** et de la **fratrie** est élevé. La représentation conflictuelle d'Alix permet d'observer, en ce qui concerne la famille, que la structure relationnelle est **instable** ainsi que celle du sous-système parental **alors** que celle du sous-système **fratrie** est **non-équilibrée**.

Finalement, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux saisir les relations familiales lors de conflits. D'abord, il semble que les conflits les plus marquants pour Alix sont ceux impliquant son père et son demi-frère de 17 ans. Selon Alix, ce type de situation se produit lorsque son frère aîné entre trop tard à la suite d'une soirée ou dépasse une limite. Dans ce cas, c'est le père d'Alix qui intervient auprès de son demi-frère.

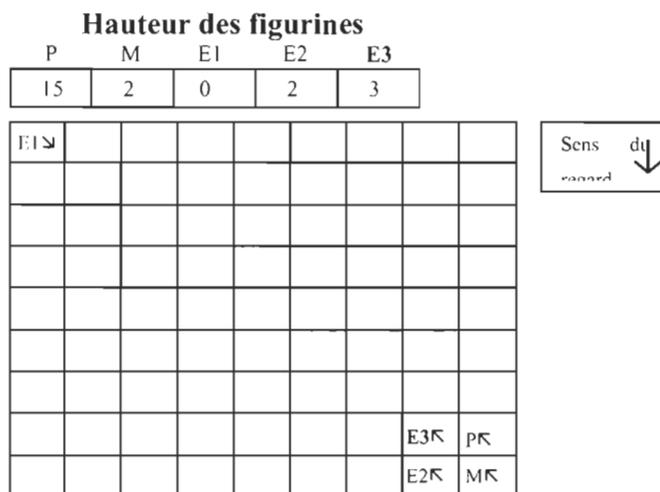


Figure 25. Représentation conflictuelle d'Alix, 9 ans.

Lors de la situation représentée par Alix, son père est en colère contre son demi-frère et lui demande de partir de la maison pendant quelques jours. Il lui dit également qu'il pourra revenir lorsqu'il ne fera plus de niaiseries. Quant à la mère d'Alix, elle, reste simplement près de son conjoint mais n'intervient pas.

Alix et sa sœur se retirent dans leur chambre en attendant que le conflit se règle. La durée du conflit est assez courte, 15 minutes. En fait, jusqu'au moment où son demi-frère décide de quitter la maison. Cependant, selon Alix, ce genre de situation se produit rarement et ils n'en reparlent pas.

Alix identifie l'expression de chaque personne comme suit : son père et sa mère sont fâchés, son demi-frère est triste, sa sœur et lui sont un peu fâchés. Il est ainsi possible de constater que la

différence d'âge entre les enfants et la structure familiale (recomposée) influencent la gestion des conflits, la cohésion et la hiérarchie familiale. En effet, on remarque que le noyau familial d'origine de l'enfant cible se retrouve très près les uns des autres pendant que le demi-frère d'Alix est à l'écart. De plus, c'est seulement le père qui intervient auprès de l'aîné de la famille, probablement parce que c'est son fils biologique.

Tableau 5
Synthèse des données d'Alix (enfant 4)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT ET FAMILLE					
<i>Enfant cible</i>	<i>Mère</i>	<i>Père</i>	<i>Couple</i>	<i>Fratrie (I)</i>	<i>Famille</i>
Garçon, 9 ans, benjamin Niveau académique : 4 ^e année	30 ans DEC	38 ans DEP (Sec. IV)	Conjoint de fait	1 demi-frère, 17 ans 1 sœur, 13 ans	Biparentale recomposée NSE : moyen
HISTORIQUE DX de l'enfant					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dx : TDAH (mixte), Âge du Dx : 6 ans ✓ Ne présente pas de comportements perturbateurs en bas âge ✓ Adaptation légèrement difficile lors de l'entrée à l'école, immaturité ✓ Pas de déficits cognitifs majeurs, présence de difficultés au niveau de l'attention, de la concentration et de la mémoire à court terme auditive. ✓ Présence d'hyperactivité tant à l'école qu'à la maison ✓ Traitement Rx → effets + ✓ L'aspect affectif n'a pas été clairement évalué au moment de l'évaluation ✓ Ils n'ont reçu aucun autre service complémentaire 					
Anamnèse					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Enfant désiré et prévu, facteur de risque durant grossesse → 5 à 6 cigarettes/jour</i> ✓ <i>Tempérament de l'enfant facile</i> ✓ <i>Différence de perception entre la mère (bêbé facile, calme, mangeait bien, curieux) et le père (bêbé normal, demande un peu plus d'attention mais pas difficile)</i> ✓ Plusieurs otites en bas âge, a été opéré environ 4 fois pour l'installation de tubes ✓ Pas d'antécédents parentaux concernant TDAH ou psychiatriques/ enfant qui ressemble à son oncle (maternel) qui aurait un TDAH non dx. ✓ Retour au travail de la mère lorsque l'enfant a 5 mois, aucune réaction apparente de ce dernier. ✓ La mère décrit son fils comme étant paresseux et qu'il se fait beaucoup à elle. Alix était autonome et capable de faire plusieurs choses par lui-même mais semblait aimer se faire servir. Selon les parents, Alix était un jeune actif mais pas à l'extrême. 					
Observation de l'enfant (comportement en entrevue)					
<p><u>Comportements en entrevue</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre facilement en relation avec un adulte étranger ✓ La Rx ne semble pas l'aider à l'école <p><u>Conners</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Différence de perception entre les parents. Il est, alors, difficile de conclure qu'ils corroborent la présence d'un TDAH chez Alix. Cependant, certains éléments sont à surveiller selon le développement de l'enfant et son niveau de maturité. 					
Dessin de la famille					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Désir de plaire et de répondre aux attentes, non défensif ✓ Éléments de d'agressivité, d'énergie non orientée vers l'environnement, de méfiance et de personnalité à tendance orale ou problème de langage, présence de méfiance ✓ Idéalisation, désir d'identification et de rapprochement au père, perception négative des figures féminines. ✓ Désir d'être reconnu comme un grand et d'avoir plus d'autonomie. 					
FAST-Évaluation des systèmes familiaux					
<p>7. R.typique <i>Str. relationnelles</i> : familiale → instable, Ss. parental → non-équilibrée, Ss. fratrie → instable</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respect de l'autorité paternelle avec sentiment d'obligation / Tensions au sein de la famille présentes en lien avec les stades développementaux de la fratrie/ Mère ayant moins d'autorité / Enfant sensible aux changements dans son environnement <p>8. R.idéale <i>Str. relationnelles</i> : familiale → non-équilibrée, Ss. parental → non-équilibrée, Ss. fratrie → non-équilibrée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Désir de posséder plus de pouvoir de décision dans sa famille, d'être reconnu comme un grand / présence d'agressivité / idéalisation du père et désir d'identification / bonne perception des autres mais difficulté à se remettre en question <p>9. R.conflituelle → type de conflit père/enfant</p> <p><i>Str. relationnelles</i> : familiale → instable, Ss. parental → instable, Ss. fratrie → non-équilibrée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnement concernant l'intériorisation de la colère du père chez Alix / possibilité de rejet si mauvais comportements / Changement de rôle de la mère, elle apporte du support auprès du père 					

Faits saillants

Rapport d'étude de cas, Pierron (enfant 5)

Appendice 1

Rapport 5

Description de l'enfant et de sa famille

Pierrot est un jeune garçon de 9 ans. Au moment de l'évaluation, il est en 3^e année du primaire dans une classe spéciale pour les troubles de comportement. Pierrot est le benjamin d'une famille recomposée de cinq enfants. Seul le génogramme (Figure 26) de Pierrot sera présenté dans cette section afin de protéger l'identité de la famille qui habite dans une maison de type unifamilial en milieu urbain. Les parents de Pierrot sont conjoints de fait depuis près de 11 ans. Le statut socio-économique de la famille est moyennement élevé (45 000 \$ et plus).

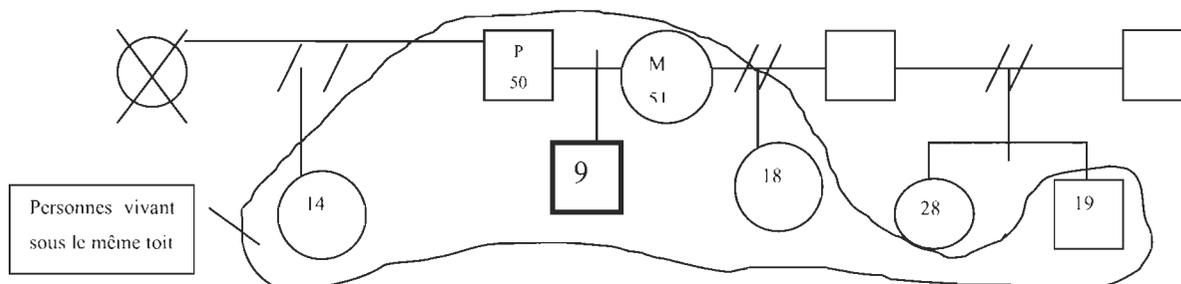


Figure 26. Génogramme, Pierrot, 9 ans.

Historique du diagnostic

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 6) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant.

Histoire développementale de l'enfant

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 6) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant et la famille.

Description des relations de l'enfant cible avec son environnement selon le point de vue des parents

Durant la petite enfance, les parents le décrivent comme *étant tranquille et doux avec les autres*. C'est vers l'âge de cinq ans que Pierrot est devenu plus opposant aux demandes et interventions de l'adulte. De plus, Madame mentionne que Pierrot est devenu plus affectueux avec son père à la suite de l'entrée à l'école. Plus loin dans l'entrevue, Madame souligne qu'elle est dérangée par le fait que son fils ait une tendance naturelle à aller vers son père.

Lorsqu'il est demandé aux parents de dresser un portrait des membres de leur famille, tant madame que monsieur participe à la discussion. Monsieur est un homme *généralement patient mais qui a ses limites comme tout le monde*. Il dit que lorsque les *enfants dépassent ses limites, il peut « exploser » tout d'un coup et même aller jusqu'à l'altercation physique mais ceci se produit rarement*. Il a également tendance à tenir son bout lors de discussions plus animées. Il est plus près de sa fille (demi-sœur, 14 ans) et de Pierrot.

Quant à la mère, elle se décrit comme une *femme impatiente, qui est souvent à fleur de peau*. Toutefois, elle est très organisée et a moins tendance à tenir son bout lors des discussions. Elle

mentionne avoir plus d'affinités avec les trois plus vieux et moins avec la demi-sœur de 14 ans et Pierrot. Elle exprime également *qu'elle peut être jalouse de la fille de son conjoint et de leur relation*. Elle trouve aussi *dérangeant que Pierrot, son fils, aille vers son père*.

L'aînée de la famille est une femme très *performante*. Le jeune homme (19 ans) a un *caractère « bouillant »*. Il peut être déterminé mais s'il rencontre des difficultés, il se met en colère rapidement. Il est parfois jaloux des autres enfants. Il est plus près de sa demi-sœur (18 ans) et de Pierrot. La jeune femme (18 ans) est très *indépendante et fait ce qu'elle a à faire*. L'adolescente de 14 ans est décrite comme étant *tranquille, calme, affectueuse, effacée comme son père et qui aime aider les autres*. Madame tient à souligner que les relations au sein de sa famille sont influencées par le fait qu'ils sont une famille recomposée et que les relations sont parfois plus tendues. Finalement, les parents décrivent Pierrot comme un enfant généralement *calme, curieux, persévérant, affectueux, introverti et replié sur lui-même*. Par contre, *il peut parfois manquer de patience, a de la difficulté à perdre et est têtu*. Sa relation avec son demi-frère (19 ans) est plus facile qu'avec les autres enfants. En général, il est familier avec les membres de sa fratrie mais il peut aussi être opposant et ce, particulièrement avec sa demi-sœur (14 ans). Une *rivalité* semble exister entre eux.

Les parents de Pierrot passent environ quatre à cinq heures chacun par semaine avec lui pour des moments de plaisir et de jeux. Leurs activités sont de lui raconter des histoires, jouer au badminton, faire de la bicyclette, etc. Durant les voyages en voiture, ils se retrouvent seuls et en profitent pour discuter de toutes sortes de choses. Pierrot est généralement *très proche et complice avec son père tandis qu'il est familier et opposant avec sa mère*.

Au point de vue de l'encadrement, les parents de Pierrot le punissent parfois mais c'est généralement en dernier recours lorsqu'il n'écoute pas sa mère. Donc, au besoin, ils l'envoient dans sa chambre ou lui retirent des privilèges (jeux vidéo). Ils peuvent également le récompenser à l'aide de surprises lorsque ses journées vont bien.

Les résultats au *Conners*

Lors de la rencontre avec les parents de Pierrot, il leur a été demandé de remplir un questionnaire pour obtenir leur perception des comportements de leur fils lorsqu'il n'était pas sous médication.

- Les résultats obtenus au questionnaire *Conners* répondu par la mère sont significatifs. En effet, il semble que la mère perçoive son enfant comme ayant certains problèmes comportementaux. Les échelles *hyperactivité, gêné/anxieux et DSM-IV (hyperactivité, totale)* obtiennent des scores de difficulté significative de niveau **modéré** tandis que les échelles *psychosomatisation, Index Conners (agitation-impulsivité) et DSM-IV (inattention)* obtiennent un score de difficulté significative de niveau **léger**. Ensuite, plusieurs échelles obtiennent des scores dans la zone **frontière** entre la présence ou non d'une difficulté significative : *problèmes cognitifs/inattention, perfectionnisme, Index DA-H et Index Conners (total)*. Enfin, on observe également que 2/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 3/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent) et 3/9 critères DSM-IV d'inattention et 2/9 critères DSM-IV d'hyperactivité ont été cotés 3 (très souvent).

- Les résultats obtenus au questionnaire *Conners* répondu par le père sont très significatifs. En effet, il semble que le père de Pierrot perçoive son fils comme ayant des problèmes comportementaux. Les échelles *problèmes cognitifs /inattention, hyperactivité, DA-H, DSM-IV (inattention, hyperactivité, total)* obtiennent des scores de difficulté significative de niveau **sévère** tandis que les échelles *opposition, Index Conners (agitation-impulsivité, total)* obtiennent des scores de difficulté de niveau modéré. De plus, certaines échelles obtiennent des scores dans la zone **frontière** entre la présence ou non d'une difficulté significative telles que l'échelle *perfectionnisme, problèmes sociaux et Index Conners (labilité émotionnelle)*. Finalement, on observe également que 4/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 6/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent) et 5/9 critères DSM-IV d'inattention et 3/9 d'hyperactivité ont été cotés 3 (très souvent).

Malgré la présence de différences des perceptions entre les deux parents concernant l'intensité des comportements de Pierrot, les résultats obtenus au *Conner's* corroborent la présence d'un TDAH chez l'enfant.

Perception des relations familiales selon l'enfant cible

La rencontre d'évaluation avec l'enfant se déroule à la maison à la suite de l'entrevue avec les parents de Pierrot. Le contact avec ce dernier s'établit tranquillement. Durant l'entrevue avec ses parents, Pierrot vient à quelques reprises voir son père et observe l'évaluatrice. À ce moment, l'évaluatrice a peu de contact visuel avec Pierrot et il ne répond pas à ses questions.

Au début de l'évaluation individuelle, Pierrot collabore de manière minimale. Il répond brièvement aux questions de l'évaluatrice et résiste à faire les tâches demandées. Lorsqu'il aperçoit le coffre à crayons de couleurs, il dit : « *Je ne sais même pas dessiner* ». À ce moment, l'évaluatrice prend conscience qu'il sera important de consacrer quelques minutes supplémentaires à la prise de contact afin de créer un lien de confiance avec l'enfant et de lui permettre d'être moins défensif au moment de réaliser les différentes activités. Ensuite, elle le questionne sur l'objectif de la rencontre, il répond qu'il sait pourquoi elle le rencontre.

Une discussion est entamée sur ses difficultés et la prise de médication. Pierrot nomme qu'il aime prendre sa médication car il la prend avec du lait au chocolat mais il ne sait pas comment et de quelle manière ça l'aide à fonctionner en classe ou ailleurs. Finalement, il dit qu'il bouge moins avec sa médication mais que ceci doit rester entre l'évaluatrice et lui.

Dessin de la famille

Observations par rapport à la réalisation du dessin

Dans un premier temps, il est demandé à Pierrot de *dessiner sa famille* (Figure 27). À la suite de la consigne, il verbalise « *Ah! C'est long! On est six.*» Pierrot semble vouloir collaborer mais hésite à faire confiance à l'évaluatrice. En effet, elle le sent défensif. Pierrot semble avoir une *tendance d'abord à s'opposer aux demandes de l'environnement*.



Figure 27. Dessin de la famille, Pierrot, 9 ans.

Malgré qu'il résiste, le temps de latence après la consigne est seulement de cinq secondes. Il décide de prendre un crayon de bois pour commencer en disant : « *je vais prendre le mien* » et s'exécute.

Pierrot dessine son premier et son seul personnage rapidement en s'appliquant peu. Il commence par la tête et les bras, ensuite il dessine le corps, les jambes, les pieds et termine en dessinant les traits du visage. Il termine son premier personnage et dit « *c'est tu correct su je dessine juste moi?* ». On lui répond que c'est comme il le veut. Alors, Pierrot prend les crayons rose, orange et bleu et colore son personnage. Enfin, il est demandé à Pierrot d'identifier son personnage. Il dit : « *on va dire qu'il va parler* ». Il dessine donc une bulle comme on retrouve dans les bandes dessinées et y inscrit son nom. Il ajoute : « *y'es-tu long mon nom?* ». Par la suite, lorsque Pierrot écrit son âge, il commence par écrire un sept et se rend compte de son erreur. Il efface et transcrit un neuf ans. Le temps de réalisation du dessin est de quatre minutes. Pierrot dessine de la main droite et respecte le sens de la feuille tel que suggéré.

Interprétations

En général, le dessin de Pierrot est *peu investi, petit et défensif*. Les différences sexuelles et générationnelles ne peuvent être observées. L'emplacement du dessin est dans la zone bas-gauche de la feuille. Le bas de la feuille est habituellement associé à des *tendances dépressives, au matérialisme, à la réalisation, à la proximité et peut aussi indiquer un repli devant le risque ou l'épreuve et la peur de l'initiative*. La section gauche de la feuille, quant à elle, fait référence à la *vie intérieure du sujet, à son intimité, à ses souvenirs, aux rêves mais également à son désir de fuite devant l'environnement, l'action, l'autrui et l'avenir*. L'utilisation de la gauche est un indice de *dépendance et d'attachement ambivalent envers la mère*.

De plus, on constate plusieurs éléments *d'insécurité, de manque d'assurance, de peur, de sentiment d'infériorité et d'inadéquacité et de difficultés dans les contacts sociaux*. En effet, le

dessin dans l'ensemble a des traits discontinus et légers. Le personnage est petit et donne l'impression d'être en déséquilibre, ayant peu d'appui. Les mains sont incomplètes et les pieds sont petits. On observe également l'absence d'un cou, lien entre la vie instinctuelle et le rationnelle. En fait, la tête est complètement détachée du reste du corps.

L'enquête sur le dessin informe sur la perception qu'a Pierrot de lui-même et des relations au sein de sa famille. On note qu'un désir d'identification et de rapprochement à son père est présent. À la question : « qui est le plus gentil dans cette famille? », il répond : « *Mon père* » et pourquoi? Il ajoute « *il sacre presque jamais. Il s'appelle X* ». Ensuite, concernant la personne la moins gentille dans la famille, Pierrot répond : « *Moi!* » en changeant sa voix comme s'il parlait comme un bébé. Il dit qu'il n'est pas gentil car il n'écoute presque jamais ses parents et tous les autres qui lui disent quoi faire. Par contre, Pierrot termine sa phrase en disant qu'il écoute ses meilleurs amis mais il ne sait pas pourquoi eux, il les écoute.

Ainsi, on observe que Pierrot est conscient, en partie, de ses comportements négatifs et de ce qui est dérangeant pour son entourage (ne pas écouter). *Sa perception de lui-même et son estime de soi sont à questionner* étant donné qu'il se dit être le moins gentil de la famille. De plus, on remarque des indices de *désirabilité sociale*. En effet, Pierrot dit n'écouter personne sauf ses amis. Il semble important pour ce jeune d'être accepté par ses pairs mais pas n'importe lesquels, ses meilleurs amis. Pierrot s'identifie aussi comme étant la personne la plus heureuse de sa famille mais il ne peut pas dire pourquoi.

Ensuite, à la question « qui est le moins heureux dans cette famille », Pierrot répond : « *Ma mère! Mais des fois tout le monde est heureux pis des fois tout le monde est malheureux, pas heureux.* ». On lui demande, selon lui, pourquoi sa mère est la moins heureuse. L'enfant verbalise : « *parce qu'elle n'arrête pas de sacrer, elle est méchante. Elle a pas d'air heureuse* ». On lui demande d'en dire davantage. Alors, il ajoute : « *elle est très gentille avec les invités pour montrer qu'elle est heureuse mais pas avec moi!* » Pierrot ne peut expliquer pourquoi et comment ça il a l'impression que sa mère n'est pas gentille avec lui. Dans ces extraits, il semble que Pierrot soit sensible à l'humeur de sa mère et à sa relation avec celle-ci. Il dit qu'elle n'est pas gentille avec lui comparativement avec les étrangers. Il se sent peut-être rejeté. De plus, il est possible d'observer que Pierrot accorde une importance au langage utilisé par ses parents. Effectivement, selon Pierrot, le fait de sacrer ou de ne pas sacrer est un indice de gentillesse ou non. *L'agressivité verbale pour cet enfant est probablement un indice de rejet.*

À la dernière question, Pierrot souhaite surprendre, provoquer et déstabiliser l'évaluatrice. Il dit qu'il aimerait être lui car c'est sa famille, se met à rire et exprime : « *c'était pas prévu hein?* ». On lui demande de s'expliquer et il dit : « *Ben, tu n'étais pas prête à savoir que c'était moi* ». Il semble très fier de lui. Il mentionne qu'il aimerait être lui car c'est sa famille. Finalement, il est à noter que tout au long de l'enquête, Pierrot joue avec une petite figurine, un dinosaure. Il fait semblant de le faire voler et peu importe les interventions de l'évaluatrice, il continue.

Le FAST

Dans un deuxième temps, l'évaluation du système familial par l'enfant a été effectuée. Les résultats obtenus lors de la représentation typique, idéale et conflictuelle sont les suivants.

Représentation typique

Lors de la représentation typique des relations familiales (Figure 28), Pierrot reproduit sur le damier une scène qui se produit régulièrement, à tous les soirs lorsque les membres de la famille se retrouvent à la maison. Il est à souligner que Pierrot prend beaucoup de temps à placer les figurines et fait plusieurs changements. L'absence de l'aînée (28 ans) s'explique par le fait qu'elle n'habite pas avec eux. Pierrot représente la **cohésion familiale**¹² comme étant **faible**, c'est-à-dire qu'une ou plusieurs figurines se trouvent en dehors du carré du 3X3. La **cohésion du sous-système parentale et du sous-système fratrie** sont représentées comme étant également **faible**.

Le niveau de **hiérarchie familiale**¹³ représenté par Pierrot est faible. Le **sous-système parental** ainsi que celui de la fratrie sont **hautement** hiérarchiques. Cependant, il est à noter qu'il existe une différence d'âge importante entre les membres de la fratrie. La représentation familiale de Pierrot permet d'observer une structure relationnelle **familiale non-équilibrée**¹⁴ ainsi que celles des sous-systèmes **parental** et de la **fratrie**. La présence de **coalitions intergénérationnelles** est à noter dans cette représentation.

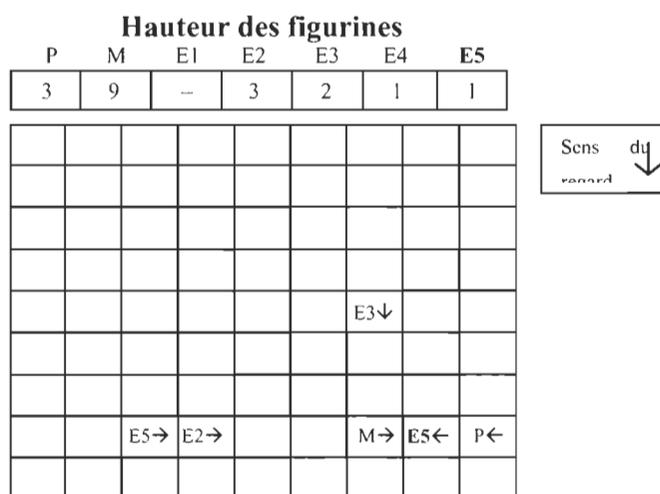


Figure 28. Représentation typique de Pierrot, 9 ans.

¹² *Rappel* : La *cohésion* dans l'évaluation du système familial est le lien ou l'attachement émotionnel entre des membres d'une famille. La cohésion familiale est calculée sur les distances entre les figurines.

¹³ *Rappel* : La *hiérarchie*, quant à elle, correspond à l'autorité, la domination, le pouvoir de prise de décision ou à l'influence réciproque de membres de la famille. Elle est calculée sur le nombre et la hauteur des blocs employés pour augmenter la hauteur des figurines. La hiérarchie familiale évaluée est la différence entre le pouvoir attribué aux parents dans le sous-système parental et le pouvoir attribué aux enfants dans le sous-système fratrie.

¹⁴ *Rappel* : La combinaison de la cohésion et de la hiérarchie permet d'établir le *type de structure relationnelle* aux niveaux familial, parental et fraternel. Une structure relationnelle est considérée *équilibrée* lorsque la cohésion est cotée moyenne ou élevée et que la hiérarchie est cotée moyenne. Une structure *instable* s'obtient de deux manières. Premièrement, lorsque la cohésion est moyenne et que la hiérarchie est cotée faible ou élevée. Deuxièmement, lorsque la cohésion est faible et que la hiérarchie est cotée moyenne. Finalement, une structure relationnelle est considérée comme non-équilibrée lorsqu'on obtient des valeurs extrêmes aux deux dimensions.

Lors de l'enquête, il est demandé à Pierrot de décrire la situation qu'il a représentée sur le damier. Premièrement, il répond: « je ne sais pas » et ajoute, en pointant la figurine qui le représente (E5), « *Moi, je m'entends moins bien avec tout le monde.* » Ensuite, il dit qu'il trouve difficile de se séparer d'eux et mentionne qu'il aime beaucoup son père. Il ajoute que les relations sont souvent telles que représentées mais que parfois les gens s'entendent bien et font des « tapons d'amour ». C'est-à-dire qu'ils sont très près les uns des autres et sont affectueux entre eux.

Toutefois, il dit aussi que s'ils ne font pas de « tapons d'amour » c'est à cause de lui. Il se dit le « diable » à la maison et lorsqu'il n'est pas là, ils font des « tapons d'amour ». Pierrot identifie l'émotion de chacun dans ce type de situation. Sa mère est fâchée, elle est méchante et décide tout selon lui. Son père ainsi que son demi-frère (E2) sont *contents*. Sa demi-sœur (E3), est triste car elle part bientôt en voyage et sa demi-sœur (E4) est fatiguée. En ce qui concerne son humeur, Pierrot dit être souvent triste.

Représentation idéale

Lors de la représentation idéale des relations familiales (Figure 29), Pierrot choisit une scène où tous les membres de sa famille sont très près les uns des autres. Il dit avoir représenté un « tapons d'amour » et souhaite que tous les membres de sa famille aient le même pouvoir. Il ajoute également qu'il ne veut pas en avoir un plus grand que lui.

Ainsi, dans son schéma, Pierrot représente la **cohésion familiale et du sous-système fraternel** comme étant **élevé** tandis que le sous-système **parental** a un niveau de **cohésion moyen**. Le niveau de **hiérarchie familiale** représenté par Pierrot est **faible** ainsi que celui du **sous-système parental et de la fratrie**. La représentation idéale (Figure 29) de Pierrot permet d'observer, au plan familial, parental et de la fratrie, des structures relationnelles **non-équilibrées**. La présence de **coalitions intergénérationnelles** est également observée dans cette représentation.

Finalement, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux comprendre les relations familiales. Pierrot démontre par sa représentation *son désir de proximité avec les membres de sa famille ainsi que son besoin d'attention et d'affection*. Effectivement, il rapproche toutes les figurines sur le damier afin qu'elles se retrouvent dans un carré de 3X3. De plus, l'analyse de la direction des regards des personnages renseigne sur le *désir de Pierrot d'être au centre de l'attention puisque tous les membres de sa famille le regardent*.

À ce moment, la **cohésion familiale est faible** ainsi que celles des sous-systèmes **parental et de la fratrie**. Le niveau de **hiérarchie familiale, du sous-système parental et de la fratrie est faible**. La représentation conflictuelle de Pierrot permet d'observer que les structures relationnelles tant familiales, parentales que fraternelles sont non-équilibrées. La présence de **coalitions intergénérationnelles** est à noter dans cette représentation.

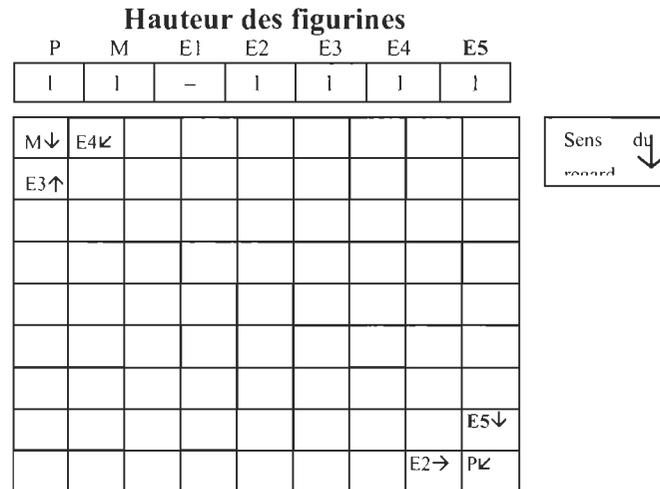


Figure 30. Représentation conflictuelle de Pierrot, 9 ans.

Finalement, l'enquête et l'interprétation qualitative de l'emplacement des figurines permettent de mieux saisir les relations familiales lors de conflits. Premièrement, il semble que les conflits les plus saisissants pour Pierrot sont ceux impliquant son père et sa mère. Il dit ne pas savoir pourquoi ses parents se querellent mais il dit que *ça commence toujours avec eux et qu'ensuite ses frères et sœurs se chicanent*. Ce type de conflit semble se produire régulièrement les lundis. Pierrot dit qu'il est responsable des conflits car il n'aime pas les lundis et qu'il fait en sorte pour qu'il y ait de la chicane. Pierrot fait un parallèle avec le personnage d'une bande dessinée qu'il adore, Garfield. Le héros de cette bande dessinée est un chat qui dit que les lundis sont mauvais pour lui.

À la question : « quel est le rôle de chacun des membres de la famille pour résoudre le problème? », Pierrot répond : « *chacun fait son affaire, on s'endort et on oublie tout* ». Ainsi, il semble qu'il n'y ait pas de retour des parents sur la situation conflictuelle avec leurs enfants. De plus, on observe également que la famille est séparée selon le sexe des membres, c'est-à-dire que les filles se retrouvent d'un côté du damier et que les garçons se retrouvent complètement à l'autre pôle du damier suggérant une *certaine compétition entre les sexes et un désir d'identification aux figures masculines*. Cet aspect permet d'émettre l'hypothèse qu'il y ait, chez Pierrot, la présence de préoccupations phalliques.

De plus, Pierrot donne peu de pouvoir et le répartie également entre les membres de sa famille faisant abstraction des différences générationnelles et des rôles entre les personnes. Finalement,

Pierrot identifie l'expression des membres de sa famille lors de situations conflictuelle. Au début, tout le monde est heureux et ensuite, tout le monde est fâché.

Tableau 6
Synthèse des données de Pierrot (enfant 5)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT ET FAMILLE					
<i>Enfant cible</i>	<i>Mère</i>	<i>Père</i>	<i>Couple</i>	<i>Fratrie (4)</i>	<i>Famille</i>
Garçon, 9 ans, benjamin Niveau académique : 3 ^e année cl. TC	51 ans DES	50 ans DEC	Conjoint de fait depuis 11 ans	3 demi-sœurs, 28, 18 et 14 ans 1 demi-frère, 19 ans	Biparentale recomposée NSE : moyen élevé
HISTORIQUE DX de l'enfant					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dx : TDAH (mixte), Âge du Dx : 6 ans ✓ Ne présente pas de comportements perturbateurs en bas âge ✓ Présente des déficits cognitifs majeurs qui peuvent influencer sa capacité à analyser et à comprendre les informations données en classe influençant par le fait même ses capacités d'attention et de concentration en classe ✓ Présence d'hyperactivité, d'impulsivité et d'inattention davantage à l'école. Différence de perception entre le milieu familial et l'école. ✓ Parents se mobilisent et vont chercher de l'aide, des alternatives (CLCS, etc.) ✓ Traitement Rx → effets + au niveau de l'impulsivité mais l'opposition est encore très présente ✓ L'aspect affectif n'a pas été clairement évalué au moment de l'évaluation 					
Anamnèse					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Enfant désirée et prévue, tempérament de l'enfant facile</i> ✓ Éléments indiquant la présence d'angoisse de séparation chez l'enfant ✓ Anoxie à la naissance pouvant avoir eu des impacts au niveau cognitif ✓ Antécédents familiaux de problèmes psychiatriques ou d'apprentissage ✓ Entrée à l'école difficile ✓ Réaction négative de la mère à la tendance naturelle de son fils à aller vers son père ✓ Difficulté d'articulation ou de prononciation pouvant être en lien avec une difficulté de langage (expressif et réceptif), asthme, difficulté d'endormissement. 					
Observation de l'enfant (comportement en entrevue)					
<u>Comportements en entrevue</u>					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Défensif, difficulté à entrer en relation avec un adulte étranger ✓ Voit des bénéfices secondaires de la Rx (privilège de boire du lait au chocolat) ✓ Ne veut pas révéler que la médication l'aide, permettant de questionner sa perception de la Rx et de lui-même 					
<u>Conners</u>					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ les résultats obtenus au Conners's corroborent la présence d'un TDAH chez l'enfant. 					
Dessin de la famille					
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investi peu la tâche, méfiance, défensif, tendance à s'opposer, dans un premier temps, aux demandes de l'environnement, provocation, difficulté à suivre règle. ✓ Immaturité, tendances dépressives, au matérialisme, tendance à la proximité, aussi repli devant le risque ou l'épreuve et la peur de l'initiative. ✓ Souvenirs, aux rêves mais également à son désir de fuite devant l'environnement, l'action, l'autrui et l'avenir. ✓ Indice de dépendance et d'attachement ambivalent envers la mère, Perception négative de sa mère et de sa relation avec elle. ✓ Éléments d'insécurité, de manque d'assurance, de peur, de sentiment d'infériorité et d'inadéquation et de difficultés dans les contacts sociaux. ✓ Lien + avec le père, désir de rapprochement et d'identification. ✓ Sa perception de lui-même et estime de soi négative, Indices de désirabilité sociale. 					
FAST-Évaluation des systèmes familiaux					
<p>10. R.typique <i>Str. relationnelles</i> : familiale → non-équilibrée, Ss. parental → non-équilibrée, Ss. fratrie → non-équilibrée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ perception de soi négative / faible estime de soi/sentiment d'exclusion / présence affects dépressifs / séparation difficile / lien d'attachement + au père 					
<p>11. R.idéale <i>Str. relationnelles</i> : familiale → non-équilibrée, Ss. parental → non-équilibrée, Ss. fratrie → non-équilibrée</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ désir de posséder plus de pouvoir de décision dans sa famille / Perception de soi négative / sentiment d'exclusion/faible estime de soi / pas différence générationnelle et de rôles / grand besoin de proximité et d'attention / désir d'ambiance chaleureuse 					
<p>12. R.conflituelle → type de conflit entre parents</p> <p><i>Str. relationnelles</i> : familiale → non-équilibrée, Ss. parental → non-équilibrée, Ss. fratrie → non-équilibrée</p> <p>*coalitions intergénérationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception de soi négative / difficulté d'adaptation aux changements/séparations difficile / Contamination des conflits conjugaux à la fratrie / préoccupations phalliques et désir d'identification aux figures masculines 					

Faits saillants

Appendice J
Rapport d'étude de cas, Anthony (enfant 6)

Rapport #6

Description de l'enfant et de sa famille

Anthony est un jeune garçon de dix ans et est en quatrième année du primaire dans une classe à deux niveaux (3^e et 4^e année). Il est le deuxième d'une famille de trois enfants. Seul le génogramme (Figure 31) d'Anthony sera présenté dans cette section afin de protéger l'identité de la famille. Il habite présentement avec sa mère (32 ans), son père (32 ans), son demi-frère (12 ans), sa soeur (6 ans) et son oncle (24 ans- depuis seulement une semaine) dans une maison unifamiliale (environ 8 ½ pièces) en milieu urbain. Il est à noter que le demi-frère d'Anthony a été élevé par le couple et n'a pas de contact avec son père biologique. Les parents d'Anthony sont conjoints de fait depuis près de 12 ans. Le statut socio-économique de la famille est plutôt faible (revenu annuel qui se situe entre 35 000 \$ et 44 000 \$).

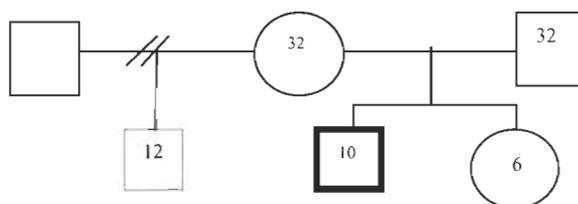


Figure 31. Génogramme, Anthony, 10 ans.

Historique du diagnostic

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 7) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant.

Histoire développementale de l'enfant

Le résumé des résultats de cette section est présenté dans le tableau synthèse (Tableau 7) afin de préserver les données confidentielles concernant l'enfant et sa famille.

La description des relations de l'enfant cible avec son environnement selon le point de vue des parents

Lorsqu'il est demandé aux parents de décrire leur famille, ils insistent sur la différence entre le fonctionnement de leur famille durant la semaine comparativement aux fins de semaine. Le matin de semaine, Madame est seule avec les enfants et ils sont plus stressés. Tout va plus vite. Anthony a généralement de la difficulté à se lever et à faire sa routine. Il a sans cesse besoin de rappels et parfois, ceci énerve Madame tandis que les deux autres enfants font leurs tâches par eux-mêmes. Les fins de semaine, Anthony se lève généralement par lui-même et vient réveiller sa mère. Tout le monde est plus relaxé et il est plus facile pour les membres de la famille d'avoir du plaisir ensemble.

Ensuite, ils décrivent chacun des membres de leur famille. Premièrement, la mère d'Anthony se décrit comme une mère *patient* et *parfois trop* (mère poule), qui a de la difficulté à mettre ses limites mais accorde beaucoup d'importance à la communication entre les enfants et elle. Elle mentionne également qu'elle a parfois des sautes d'humeur quand elle est stressée surtout les

matins de la semaine. Son conjoint ajoute qu'elle est très compréhensive et serviable avec ses enfants. En effet, elle est souvent au-devant de ses enfants et un peu trop selon le père.

Le père d'Anthony se décrit comme un *homme chialleux, qui ne se laisse pas marcher sur les pieds et dit les vraies choses. Il est également sportif et serviable.* Sa conjointe ajoute qu'il a un *bon sens de l'humour.* Selon les parents d'Anthony, la benjamine de la famille, Léanne (6 ans), est une enfant *qui aime la vie, elle est douce et ricaneuse.* Elle a également du « caractère », c'est-à-dire qu'elle va tenir son bout lorsqu'elle veut quelque chose. Monsieur mentionne qu'il a de la difficulté à mettre ses limites avec sa fille et c'est la mère qui va davantage encadrer la fillette. *L'aîné* de la famille est un garçon en qui les parents disent qu'ils peuvent avoir confiance. Il est généralement *calme.* Les parents mentionnent qu'un jour il peut être le meilleur grand frère pour Anthony et que d'autres jours, toutefois, il cherche à le provoquer et devient davantage détestable. Il peut alors rouspéter sur tout et ce, tant avec sa mère et les membres de sa fratrie. Cependant, il n'argumente pas avec le père. En effet, il semble qu'il soit plus facile pour le père de se faire respecter par les garçons tandis que c'est plus difficile pour la mère.

Anthony, quant à lui, est un garçon *plein de vie, enjoué, qui a tendance à argumenter, il est également fonceur et n'a peur de rien.* En effet, il semble qu'Anthony ne voit pas le danger et ceci inquiète beaucoup ses parents. Madame mentionne à plusieurs reprises *qu'elle est très proche d'Anthony, que c'est son « bébé », son « garçon ».* Anthony semble toujours obéissant avec son père et résiste occasionnellement aux demandes de sa mère. Le trait de caractère le plus saillant d'Anthony, toujours selon ses parents, est *sa bonne humeur.* Anthony est à la fois très proche des membres de sa fratrie et parfois également opposant avec ces derniers. Le père passe environ quatre à cinq heures par semaine avec Anthony à faire différentes activités telles la pêche, du VTT (véhicule tout terrain) ou de la motoneige ou jouer au playstation. La mère d'Anthony passe aussi quatre à cinq heures par semaine avec son fils. Dans leurs moments de plaisir, ils jouent à des jeux de société ou discutent ensemble. Au point de vue de l'encadrement, les parents d'Anthony peuvent parfois le punir lorsqu'il n'écoute pas les consignes. Dans ces moments, ils l'envoient dans sa chambre ou lui retirent des choses ou des privilèges qu'il aime. Ils peuvent également le récompenser pour ses bons comportements à l'aide d'un système d'émulation et modification du comportement.

Les résultats au Conners

Lors de la rencontre avec les parents, il leur a été demandé de remplir un questionnaire pour obtenir leur perception des comportements de leur enfant lorsqu'il n'est pas sous médication.

- Les résultats obtenus au questionnaire *Conners* complété par la mère sont peu significatifs. En effet, il semble que la mère perçoive son enfant comme ayant peu de problèmes comportementaux. En effet, seule l'échelle *perfectionnisme et les critères Conners (DA-H)* obtiennent un score de difficulté significative de **niveau modéré**. Les échelles *de problèmes cognitifs/d'inattention, les critères Conners (agitation-impulsivité) et critères DSM-IV (inattention, impulsivité-hyperactivité, total)* obtiennent des scores seulement dans la zone **frontière** entre la présence ou non de difficultés significatives. On observe également que seulement 1/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 0/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 3 (très souvent) tandis que 1/9 critères DSM-IV d'inattention et 1/9 critères DSM-IV d'hyperactivité ont été cotés 2 (souvent).

- Les résultats obtenus au questionnaire complété par le père sont quelque peu différents mais ils sont également peu significatifs. Seules les échelles *hyperactivité*, *perfectionnisme* et *DSM-IV* (impulsivité-hyperactivité) obtiennent des scores de **niveau léger** indiquant la possibilité de difficultés significatives chez l'enfant. De plus, les *critères Conners (DA-H)* et les *échelles DSM-IV (inattention, total)* obtiennent des scores seulement dans la **zone frontière** entre la présence ou non de difficultés significatives. Finalement, on observe que 2/9 critères diagnostiques DSM-IV d'inattention et 3/9 critères d'hyperactivité ont été cotés 3 (très souvent) tandis qu'un /9 critère DSM-IV d'inattention et aucun critère DSM-IV d'hyperactivité a été coté 2 (souvent).

Ces résultats au Conners diffèrent largement de ceux obtenus lors de l'évaluation du TDAH par la psychologue scolaire. Ainsi, ces résultats ne semblent pas **corroborer la présence d'un TDAH chez l'enfant comparé aux résultats précédents**. Cependant, cette différence de perception est à questionner. Est-ce que les parents d'Anthony ont tendance à minimiser les difficultés de leur enfant? Ou étant donné que ce dernier est généralement sous médication, donc plus calme, est-ce que les parents sont moins conscients des comportements dérangeants de l'enfant lorsqu'il n'est pas sous médication car ils sont moins envahis au quotidien par ces comportements?

La perception des relations familiales selon l'enfant cible

La rencontre d'évaluation avec l'enfant se déroule à la résidence familiale suite à l'entrevue avec les parents d'Anthony. Le contact avec l'enfant s'établit progressivement. Durant l'entrevue avec ses parents, Anthony vient parfois parler ou demander des permissions à ces derniers. Dans ces moments, il semble curieux de la présence de l'évaluatrice et écoute parfois les réponses que ses parents donnent aux questions de l'expérimentatrice.

Au début de la rencontre individuelle, Anthony semble un peu timide et hésite à venir rejoindre l'évaluatrice dans la cuisine. Sa mère doit lui répéter une deuxième fois que c'est maintenant à son tour d'avoir sa rencontre. Lorsque l'évaluatrice lui pose des questions, Anthony répond brièvement au départ et ensuite, au fur et à mesure que la rencontre avance, il répond avec plus de détails. Quand l'expérimentatrice le questionne sur l'objectif de la rencontre, il dit qu'il savait que qu'elle allait venir le rencontrer aujourd'hui mais il ne sait pas pourquoi. Avec quelques questions ouvertes, l'évaluatrice investigate la perception de l'enfant sur les objectifs de la rencontre. Finalement, Anthony mentionne que la rencontre est *pour parler de lui parce qu'il est énervé en classe et qu'il a de la « misère » en français et en mathématiques*.

Suite à ces réponses, l'évaluatrice explique son rôle, les objectifs de la rencontre et fait signer le formulaire de consentement à l'enfant. Par la suite, une discussion est entamée avec Anthony sur ses difficultés et sur la prise de médication. Anthony dit que la médication (*Ritalin*) l'aide à mieux se concentrer en classe et que c'est plus facile pour lui d'apprendre depuis qu'il prend ce médicament. Par contre, il mentionne que parfois, il bouge autant qu'avant.

Dessin de la famille

Observations par rapport à la réalisation du dessin

Dans un premier temps, il est demandé à Anthony de *dessiner sa famille* (Figure 32). À la suite de la consigne, Anthony prend la feuille, la tourne dans l'autre sens (vertical) et prend le crayon noir. Avant de se mettre en action, il hésite et demande à l'évaluatrice *s'il a le droit de dessiner les animaux*. On lui répond que c'est comme il veut. Il hésite une deuxième fois et pose la question suivante : *Est-ce que je peux, j'ai le droit de dessiner des bonhommes allumettes ou faut des bonhommes avec corps?* Alors, l'évaluatrice lui mentionne que ce n'est pas un concours de dessin, que c'est pour lui permettre de mieux le connaître. Il acquiesce et se met en action. Il dessine les personnages de gauche à droite. C'est-à-dire qu'il commence par sa mère, ensuite son père, lui-même, sa petite sœur, son demi-frère, son oncle, son chat et son chien. Pour chacun des personnages, l'ordre des éléments dessinés est : 1) tête avec les yeux et la bouche, 2) les cheveux, 3) les oreilles et boucles d'oreilles pour les filles, 4) le corps avec les boutons, 5) les bras, 6) jambes avec les pieds et 7) les mains. Il n'y a aucune verbalisation durant le dessin et peu d'observations du comportement non-verbal, si ce n'est qu'Anthony dessine rapidement. En effet, le temps de réalisation du dessin est de 4 minutes. Anthony dessine de la main gauche et ne respecte pas le sens de la feuille tel que suggéré.

Interprétations

En général, le dessin d'Anthony est *peu élaboré et petit*. Son niveau graphique est plutôt *immature* comparativement aux enfants de son âge. L'emplacement du dessin est au bas de la page suggérant une certaine *tendance dépressive, au matérialisme et à la réalisation, ainsi qu'à la proximité et à la limitation de l'activité à ce qui est proche et aux exigences personnelles*. Il est également possible d'y observer *peu de différence sexuelle chez les différents personnages ainsi que peu de différence générationnelle*. En effet, les personnages féminins se différencient des personnages masculins par leurs cheveux longs et la présence de boucles d'oreilles et il est possible de remarquer une différence de grandeur entre les personnages, particulièrement entre les parents et les reste des membres de la famille.



Figure 32. Dessin de la famille, Anthony, 10 ans.

De plus, on constate la présence d'éléments d'anxiété, de timidité, de repli sur soi-même, d'inhibition et de manque d'assurance. En effet, le dessin est petit et tous les personnages sont tracés légèrement et de manière continue. Les bras sont ouverts mais tendus indiquant une certaine sociabilité mais aussi un désir de contrôle sur l'environnement. La présence d'oreilles sur tous les personnages peut suggérer des difficultés auditives du sujet ou une sensibilité à la critique. Cependant, celles des figures féminines portent des bijoux, signe de coquetterie et de narcissisme. Les personnages sont tous souriants, leur regard semble toutefois plutôt vide et ils n'ont pas de cou. Ainsi, il y a absence de lien entre la vie instinctuelle et rationnelle.

L'enquête sur le dessin donne des éléments nouveaux et intéressants sur les relations au sein de la famille d'Anthony. On remarque que ce dernier apprécie beaucoup sa mère. En effet, elle est la plus gentille car elle lui donne parfois des sous lorsqu'il est gentil. Le moins gentil de la famille est son demi-frère. Anthony mentionne que celui-ci le frappe parfois et que cela lui fait mal. Lorsqu'il est questionné davantage, Anthony reconnaît rapidement et par lui-même que son frère le frappe lorsqu'il n'est pas gentil avec ce dernier. De plus, il mentionne également que son frère est le moins heureux de la famille car il se fait toujours chicaner. Une fois de plus, Anthony ajoute que son frère se fait chicaner à cause de lui car quand il le frappe, il crie « Maman! ». Une rivalité fraternelle semble exister entre eux. Ensuite, il est possible d'observer qu'Anthony s'identifie fortement à son père, il se place d'ailleurs à côté de lui sur le dessin. De plus, Anthony mentionne que son père et lui sont les plus heureux de la famille. Par contre, il ne sait pas pourquoi son père est heureux. En ce qui le concerne, il répond : « Parce que moi, je suis gentil,

(en chuchotant, il répète) je suis très gentil ». Finalement, lorsqu'il est demandé à Anthony qui il aimerait être dans cette famille. Il répond spontanément « PAPA! » parce qu'il aurait un quatre-roues et une moto-cross.

Le FAST

Dans un deuxième temps, l'évaluation du système familial par l'enfant a été effectuée. Les résultats obtenus lors de la représentation typique, idéale et conflictuelle sont les suivants.

La représentation typique

Durant les explications des consignes du test, Anthony acquiesce qu'il comprend ce qu'il doit faire. Cependant, suite à la consigne concernant la représentation typique, Anthony questionne l'évaluatrice concernant l'utilisation des cubes pour la hiérarchie dans la famille. Ainsi, il semble qu'Anthony n'ait pas compris la consigne du premier coup mais qu'il n'a pas osé à ce moment poser ses questions. Ceci donne des indices sur son niveau de compréhension et sa difficulté à demander de l'aide. Cette fois, afin de s'assurer de la bonne compréhension d'Anthony, l'évaluatrice répète la consigne tel que prévu et questionne à nouveau Anthony. Ce dernier est maintenant capable de donner des exemples plus concrets concernant la hiérarchie dans la famille. Par la suite, il se met rapidement en action pour faire sa représentation typique des relations familiales (Figure 33).

Lors de cette scène, Anthony représente le niveau de **cohésion familiale**¹⁵ comme étant **faible**, c'est-à-dire qu'une ou plusieurs figurines sont situées à l'extérieur d'un carré de 3 cases sur 3. La **cohésion du sous-système parental est élevée tandis que celle du sous-système fratrie** est représentée comme étant **faible**. Le niveau de **hiérarchie familiale**¹⁶ représenté par Anthony est **moyen ainsi que celle de sous-système parental et fraternel**.

La représentation familiale d'Anthony permet d'observer, au niveau **familial**, une structure relationnelle **instable**. Au niveau **parental**, la structure relationnelle **est équilibrée** tandis qu'au niveau du sous-système **fratrie**, elle est également **instable**. L'oncle est représenté par F1.

¹⁵ *Rappel* : La *cohésion* dans l'évaluation du système familial est le lien ou l'attachement émotionnel entre des membres d'une famille. La cohésion familiale est calculée sur les distances entre les figurines.

¹⁶ *Rappel* : La *hiérarchie*, quant à elle, correspond à l'autorité, la domination, le pouvoir de prise de décision ou à l'influence réciproque de membres de la famille. Elle est calculée sur le nombre et la hauteur des blocs employés pour augmenter la hauteur des figurines. La hiérarchie familiale évaluée est la différence entre le pouvoir attribué aux parents dans le sous-système parental et le pouvoir attribué aux enfants dans le sous-système fratrie.

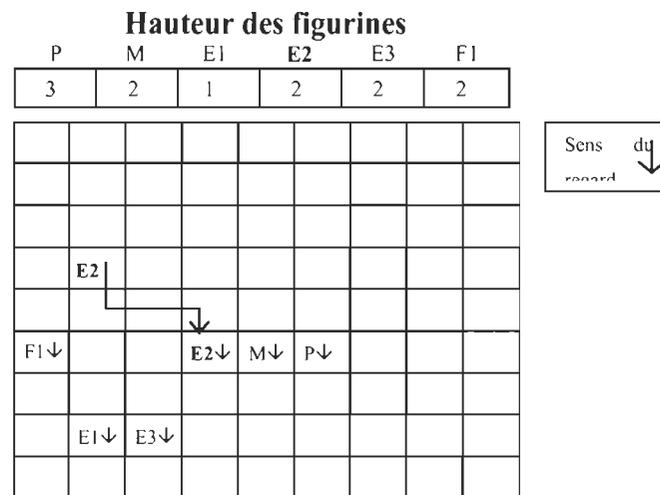


Figure 33. Représentation typique d'Anthony, 10 ans.

Lors de l'enquête, Anthony fait référence, dans un premier temps, à un moment où il est en punition et où ses parents ne s'entendent pas dans l'application de la conséquence. En effet, il répond : *Papa ne veut pas que je monte en-haut mais maman oui*. Ensuite, lorsque l'évaluatrice lui demande de lui en dire davantage sur sa représentation des relations habituelles à la maison, Anthony se réajuste. Il dit : *Ben! je ne suis pas tous les jours en punition, tous les jours en punition*. (Il se répète). *Papa ne veut pas que je monte en-haut mais maman oui. Après un jour, je peux monter en haut*. Ensuite, lorsqu'Anthony parle des autres personnages, Anthony fait davantage référence à une scène banale, c'est-à-dire qu'elle se produit régulièrement. Il donne en exemple *que son oncle, des fois, comme hier, il est allé à la pêche avec lui et que son oncle décide des activités*. Son frère, quant à lui, ne choisit pas d'activités (*c'est pour ça que j'ai mis un bloc*). *Il va à l'ordi*. En ce qui a trait à sa sœur, elle demande pour jouer à la poupée avec sa mère. Cette dernière va aller la rejoindre pour jouer avec elle.

Anthony mentionne que les relations sont comme ça à la maison lorsque ses parents ne se chicanent pas. Il identifie une fréquence de quatre fois par mois. Il ajoute que l'été il *va presque tous les jours à la pêche avec son père ou son oncle*. Ainsi, il semble qu'habituellement les membres de la famille partagent des moments agréables. La mère et la fille jouent ensemble pendant qu'Anthony, son père et son oncle sont à la pêche tandis que son grand frère joue seul à l'ordinateur.

Ainsi dans ces réponses, il est possible d'observer que le quotidien d'Anthony peut être teinté des punitions qu'il reçoit pour ses mauvais comportements. Dans ces moments, la mésentente entre ses parents dans l'application de la conséquence est flagrante. Cependant, le père semble jouer un rôle dans le maintien des limites tels que mentionné par les parents lors de l'anamnèse. Au niveau des positions des figurines sur le damier, Anthony se retrouve près du couple parental et plus spécifiquement à côté de sa mère exprimant un besoin de proximité de cette figure. Les réponses d'Anthony permettent d'observer un désir de rapprochement et d'identification aux figures masculines de la famille (père, oncle). Effectivement, Anthony mentionne qu'il va souvent à la pêche avec son père et son oncle. Tous les membres de la famille sont souriants sauf

rappelle pas exactement quand son père est parti pour la première fois de la maison. Il dit qu'il avait peut-être six, sept ou huit ans. À l'époque, son père serait parti environ durant une semaine de la maison. Tel que représenté, les enfants sont restés avec leur mère. Anthony mentionne que ce type de situation est arrivé deux autres fois aussi (durée trois jours et une semaine) mais que *c'est rare maintenant les chicanes*. Anthony identifie que ses parents règlent le conflit en se parlant très longtemps. Les enfants, quant à eux, lors de plus petites chicanes, ont tendance à écouter leurs parents de leur chambre. Lors de situations conflictuelles, Anthony mentionne que tous les membres de la famille sont *fâchés*. Cependant, il spécifie que lui passe à travers trois émotions. Au début, il est en colère après il devient triste pour ensuite être *marabou* (image neutre). Il semble donc être sensible aux conflits entre ses parents.

Tableau 7
Synthèse des données d'Anthony (enfant 6)

IDENTIFICATION DE L'ENFANT ET FAMILLE						
<i>Enfant</i>	<i>Mère</i>	<i>Père</i>	<i>Couple</i>	<i>Fratrie (2)</i>	<i>Famille</i>	
Garçon, 10 ans Niveau académique : 4 ^e année	32 ans Sec. IV	32 ans Sec. IV	Formé depuis 12 ans	1 demi-frère, 12 ans 1 sœur, 6 ans	Biparentale recomposée NSE : faible	
HISTORIQUE DX de l'enfant						
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dx : TDAH (mixte), Age du Dx : 9 ans ✓ Ne présente pas de comportements difficiles en bas âge ✓ Entrée à l'école difficile. Anthony est immature, il préfère jouer et n'écoute pas les consignes. Reprise de sa maternelle qui se déroule mieux pour Anthony. En 1^{re} année, Anthony a peu d'attention et de concentration en classe. Il présente des difficultés d'apprentissage et a des conflits avec ses pairs (bagarre). En 2^e année, les résultats académiques d'Anthony ont chuté et ses comportements perturbateurs ont augmenté. En effet, Anthony a tendance à s'allier à des pairs négatifs. Il semble chercher l'attention par des comportements négatifs (clownerie) et en s'opposant aux règles. Les parents mentionnent qu'Anthony a peu confiance en lui. Il ne se trouve pas bon et se dévalorise lorsqu'il se retrouve devant des tâches scolaires. ✓ Présente des déficits cognitifs majeurs → scores hétérogènes, raisonnement perceptif <i>très faible</i>, compréhension verbale et la mémoire de travail d'Anthony se retrouvent dans la <i>moyenne inférieure</i> tandis que sa vitesse de traitement de l'information se retrouve dans la <i>moyenne</i> des enfants de son âge. La nette difficulté d'Anthony sur le plan perceptif devrait être davantage explorée. ✓ Présence d'hyperactivité tant à la maison qu'à l'école. ✓ Services complémentaires reçus → suivi en psychoéducation et en orthopédagogie pour l'enfant, travailleur social à la maison ✓ Traitement : Rx efficace 						
Anamnèse						
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Enfant désiré et prévu, Absence de facteur de risque durant grossesse et à l'accouchement.</i> ✓ Retard de langage expressif ✓ Garçon ayant une relation privilégiée avec sa mère. Mère se dit protectrice, « mère poule » ayant eu des difficultés à mettre ses limites lorsque son fils était plus jeune. Mère peut avoir des sautes d'humeur lorsqu'elle est plus stressée. ✓ Pas d'antécédents parentaux concernant TDAH mais les parents mentionnent que l'enfant ressemble beaucoup à son père. ✓ N'aime pas aller dormir ailleurs ✓ Plusieurs déménagements depuis la naissance de l'enfant (7x) 						
Observation de l'enfant						
<u>Comportements en entrevue</u>						
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capable d'entrer en relation avec un adulte étranger ✓ Difficultés de compréhension des consignes et à questionner, à demander de l'aide. 						
<u>Conners</u>						
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les résultats obtenus au <i>Conners ne corroborent pas la présence d'un TDAH chez l'enfant.</i> 						
Dessin de la famille						
<ul style="list-style-type: none"> ✓ éléments d'<i>immaturité, tendance dépressive, d'anxiété, de timidité, de repli sur soi-même, d'inhibition et de manque d'assurance.</i> ✓ <i>Sociabilité, désir de contrôle sur l'environnement, une sensibilité à la critique, absence de lien entre la vie instinctuelle et rationnelle.</i> ✓ <i>Relation à la mère valorisante, rivalité fraternelle, identification au père.</i> 						
FAST-Évaluation des systèmes familiaux						
<p>4. R.typique <i>Str. Relationnelles</i> : familiale → instable, Ss. Parental → équilibré, Ss. Fratrie → instable</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importance du rôle du père dans le maintien des conséquences / Désir de rapprochement et identification au père / demi-frère semble plus à l'écart 						
<p>5. R.idéale <i>Str. Relationnelles</i> : familiale → instable, Ss. parental → non-équilibré, Ss. Fratrie → instable</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Désir de proximité et d'égalité / Rivalité fraternelle / membres de la fratrie doivent changer leurs comportements 						
<p>6. R.conflituelle → type de conflit entre les parents</p> <p><i>Str. Relationnelles</i> : familiale → non-équilibré, Ss. Parental → non-équilibré, Ss. Fratrie → non-équilibré</p> <p>*coalition intergénérationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thème de la séparation / famille divisée en deux / impact de l'environnement sur l'état affectif de l'enfant 						

Faits saillants

Caractéristiques des enfants et de leur famille

Appendice K

Tableau 8

Caractéristiques des enfants et de leur famille

Critères		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Pré/ péri -natal	Facteur de risque/ consommation d'alcool						
	Facteur de risque/ consommation de cigarettes				X		
	Accouchement prématuré						
	Complications à l'accouchement		X			X (anoxie)	
	Incubateur / lumière		X				X
Nourrisson	Problèmes de sommeil	X					
	Problèmes d'alimentation	X					
	Sensibilité aux bruits	X					
	Sensibilité à la lumière	X					
	Besoin d'être constamment occupé						
	Humeur variable	X					
	Tempérament difficile	X					
	Besoin d'attention			X	X		
Tendance à pleurer beaucoup	X					X	
Petite enfance	Retards de développement moteur						
	Retards de développement langage					X	X
	Apprentissage de la propreté difficile	X					
	Faible tolérance à la frustration	X		X		X	
	Colérique	X		X			
	Impulsivité	X		X		X	X
	Difficile à calmer	X					
	Peu de notion du danger						X
	Activité motrice ou verbale importante	X		X	X		
	Difficile sur la nourriture	X		X			
	Problème de sommeil		X	X		X	

Tableau 8

Caractéristiques des enfants et de leur famille (suite)

Critères		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Évaluation TDAH	Adaptation difficile lors de l'entrée à l'école	X	X	X	X	X	X
	Symptôme TDAH présents dans les différents milieux de vie de l'enfant	X		X	X		X
	Déficits cognitifs majeurs		X			X	X
	Indices cognitifs diff. Attention/concentration			X	X	X	X
	Constance du <i>Commerx</i> (avant/après)	X	N.D	X (peu S)	X		
	Effets positifs de la Rx	X		X	X	X	X
Autres	Surprotection de la mère		X	X	X		X
	Mère ayant de la difficulté à mettre ses limites		X	X	X		X
	Présence d'anxiété /insécurité chez enfant	X	X	X		X	X
	Séparation difficile		X	X		X	
	Instabilité de la structure familiale				X	X	X
	Dort avec ses parents		X				
	Enjeux d'attachement	X	X	X		X	X
	Entre difficilement en contact avec l'adulte					X	
	Antécédents familiaux dx TDAH						
	Antécédents familiaux TDAH non-diagnostiqué	X	X		X	X	X
	Hospitalisation ayant eu un impact sur l'enfant	X				X	
	Asthme	X				X	

Appendice L

Dessin de la famille-

Résultats de la grille de cotation de l'équilibre affectif de l'enfant et de la satisfaction dans les relations familiales

Tableau 9

Résultats de la grille de cotation de l'équilibre affectif de l'enfant et de la satisfaction des relations familiales dans le *Dessin de la famille*

X : présent

CRITÈRES		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Espace utilisé	1. Dessin relativement centré		X	X	X		
	2. Distribution régulière des personnages		X	X	X		X
	3. Proportion dessin/page ($\pm 50\%$)		X	X			
Dessin investi et évolué	4. Attitude positive devant la tâche (met action dès la consigne, conserve le sens de la feuille)		X		X		
	5. Temps de réalisation plus de 5 minutes	X	X	X	X		
	6. Bonne qualité graphique/richesse du dessin		X				
	7. Bonne qualité du tracé (appuyé, sûr, direct)		X	X			
	8. Couleurs variées (+ 4 couleurs vives)		X		X		
	9. Logique dans classement des personnages (âge, sexe, taille, etc.)	X	X	X			X
	10. Statut d'enfant reconnaissable	X	X		X		X
	11. Propreté du dessin		X	X	X		X

CRITÈRES		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Détails corporels	12. Proportion tête/ taille (1,5-2,4 cm)	X	X				
	13. Proportion bras/tronc (1,25-2cm)		X	X			
	14. Proportion jambes/tronc (,75-1,25cm)		X	X			
	15. Bras ouverts	X		X		X	X
	16. Posture ferme et solide						

Tableau 9

Résultats de la grille de cotation de l'équilibre affectif de l'enfant et de la satisfaction des relations familiales dans le *Dessin de la famille* (suite)

X : présent

CRITÈRES		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Stéréotypes	17. Yeux	X		X	X	X	X
	18. Bouche		X	X	X	X	X
	19. Nez	X	X	X	X	X	X
	20. Cou	X	X	X		X	X
	21. Bras	X		X	X	X	X
	22. Mains	X			X	X	X
	23. Pieds				X		
	24. Jambes	X			X		X
	25. Oreilles			X			X
Autres	26. Identification à un personnage positif			X	X		X
	27. Globalité du dessin/impression de souplesse/dynamisme		X				
	28. Rotation de personnage	X	X	X	X	X	X

Appendice M

Dessin de la famille
Grille de cotation de la cohésion, de la hiérarchie et de la satisfaction des relations familiales

Grille de cotation de la cohésion, de la hiérarchie et de la satisfaction des relations familiales dans le *Dessin de la famille*
(Gaudreault, 2009)

CRTIERES		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Cohésion	1. Proximité des personnages (distance raisonnable)						
	2. Représentation de tous les membres						
	3. Activité commune						
	4. Signe d'appartenance (couleurs qui se répètent/logo/etc.)						
	5. Verbalisations positives lors de l'enquête						
Hiérarchie	6. Différences générationnelles						
	7. Différences sexuelles						
	8. Verbalisation qu'un adulte semble décisionnel						
Relations satisfaisantes	9. Expression d'émotions positives						
	10. Atmosphère chaleureuse						
	11. Verbalisations positives						
Relations insatisfaisantes	12. Expression d'émotions négatives						
	13. Atmosphère de froideur						
	14. Verbalisations négatives						

*Résultats de la grille de cotation de la cohésion, de la hiérarchie et de la satisfaction des relations familiales
dans le Dessin de la famille*

Appendice N

Tableau 10

Résultats de la grille de cotation de la cohésion, de la hiérarchie et de la satisfaction des relations familiales dans le *Dessin de la famille*

CRITERES		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Cohésion	1. Proximité des personnages (distance raisonnable)	X	X	X			X
	2. Représentation de tous les membres	X	X	X	X		X
	3. Activité commune		X	X			X
	4. Signe d'appartenance (couleurs qui se répètent/logo/etc.)		X		X		X
	5. Verbalisations positives lors de l'enquête		X	X			
Hiérarchie	6. Différences générationnelles	X	X		X		X
	7. Différences sexuelles		X		X		X
	8. Verbalisation qu'un adulte semble décisionnel				X		X
Relations satisfaisantes	9. Expression d'émotions positives		X	X	X		X
	10. Atmosphère chaleureuse		X	X	X		X
	11. Verbalisations positives		X	X	X		X
Relations insatisfaisantes	12. Expression d'émotions négatives	X			X	X	
	13. Atmosphère de froideur	X				X	
	14. Verbalisations négatives	X	X	X	X	X	X

Représentations typiques des enfants

Appendice O

Tableau 11

La perception des relations familiales typiques dans le *FAST*

Légende : X= présent, blanc = famille fonctionnelle /gris = famille dysfonctionnelle

Représentation typique							
Structure relationnelle		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Système familial	Équilibrée	X		X			
	Non équilibrée		X			X	
	Instable				X		X
Sous-système parental	Équilibrée			X			X
	Non équilibrée	X	X		X	X	
	Instable						
Sous-système fratrie	Équilibrée						
	Non équilibrée		X	X		X	
	Instable	X			X		X
Présence de coalitions intergénérationnelles		X				X	
Présence de hiérarchie renversée							

Représentations idéales des enfants

Appendice P

Tableau 12

La perception des relations familiales idéales dans le *FAST*

Légende : X= présent, blanc = famille fonctionnelle /gris = famille dysfonctionnelle

Représentation Idéale							
Structure relationnelle		Enfant #1	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Système familial	Équilibrée			X			
	Non équilibrée	X	X		X	X	
	Instable						X
Sous-système parental	Équilibrée			X			
	Non équilibrée		X		X	X	X
	Instable	X					
Sous-système fratrie	Équilibrée		X				
	Non équilibrée	X		X	X	X	
	Instable		X				X
Présence de coalitions intergénérationnelles						X	
Présence de hiérarchie renversée		X	X		X		

Représentations conflictuelles des enfants

Appendice Q

Tableau 13

La perception des relations familiales conflictuelles dans le *FAST*

Légende : X= présent, blanc = famille fonctionnelle /gris = famille dysfonctionnelle

Représentation conflictuelle							
Structure relationnelle		Enfant #1 *père absent	Enfant #2	Enfant #3	Enfant #4	Enfant #5	Enfant #6
Type de conflit	Parents/enfants		X	X	X		
	Parents					X	X
	Fratric	X					
Système familial	Diminution de la cohésion		X	X			
	Hierarchie stable	X		X	X	X	
	Non-équilibrée					X	X
	Instable		X	X	X		
	Équilibrée	X					
Sous-système parental	Équilibrée	N.D					
	Non-équilibrée	N.D				X	X
	Instable	N.D	X	X	X		
Sous-système fratrie	Équilibrée						
	Non-équilibrée	X	X	X	X	X	X
	Instable						
Présence de coalitions intergénérationnelles		X		X		X	X
Présence de hiérarchie renversée							