

L'incidence du TDA/H sur les relations d'amitié des enfants et adolescents : mieux comprendre pour mieux intervenir

Marie Michèle SOUCISSE, B.Sc
Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada

Marie-France MAISONNEUVE, B.Sc. Soc., B.Ed
Clinique d'apprentissage spécialisée, Gatineau, Canada

Sébastien NORMAND, Ph.D¹
Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada
Professeur, département de psychoéducation et de psychologie
Directeur du PRISME²
Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Ottawa, Canada

Résumé : Les enfants et les adolescents avec le Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) éprouvent des difficultés importantes dans leurs relations d'amitié. Dans le présent article, nous décrivons l'importance développementale des relations d'amitié dyadiques et résumons de façon critique la nature multidimensionnelle des défis reliés à l'amitié vécus par les jeunes avec TDA/H. Au moins la moitié des enfants avec TDA/H n'ont aucun ami. Ceux qui ont un ami s'associent plus souvent avec d'autres jeunes avec TDA/H et forment des relations de moindre qualité et de plus courte durée. Ces difficultés sont souvent persistantes jusqu'à l'adolescence et sont réfractaires aux traitements présentement disponibles. Nous concluons par une discussion des implications et des directions futures pour l'intervention et la recherche clinique.

Mots-clés : Adaptation sociale - Interventions cliniques - Relations de pairs - Relations d'amitié - TDA/H.

The Impact of ADHD on Children's and Adolescents' Friendships: A Better Understanding for Better Interventions

Summary: Children and adolescents with Attention-Hyperactivity/Deficit Disorder (ADHD) often experience significant friendship problems. In this article, we describe the developmental significance of friendships and critically review the multidimensional nature of friendship challenges for youth with ADHD. At least half of children with ADHD are friendless. Those who do have one friend tend to select friends with ADHD and tend to develop relationships of poorer quality and of shorter duration. These difficulties are known to often persist during adolescence and to be refractory to current treatments. We conclude with a discussion of implications and future directions for clinical intervention and research.

Keywords: ADHD - Clinical Interventions - Friendships - Peer Relations - Social Functioning.

1. Le professeur Normand était soutenu par une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (CIHR #MOP-125897) durant la rédaction de cet article.

2. Programme de recherche interdisciplinaire sur la santé mentale des enfants : <http://prisme.uqo.ca>

DE nombreuses études documentent que les jeunes avec le Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) éprouvent des difficultés significatives dans les relations avec leurs pairs. Effectivement, entre 50 à 70 % des jeunes avec TDA/H éprouvent des problèmes significatifs avec leurs pairs, comparativement à 10-15 % des jeunes ayant un développement typique (par ex., Hoza, Mrug *et al.*, 2005). Ces problèmes relationnels (qui incluent entre autres le fait d'être stigmatisé, rejeté socialement et victime d'intimidations) prédisent de graves conséquences à long terme incluant la délinquance, l'abus de substances, l'absentéisme scolaire, les difficultés académiques, la solitude et les problèmes psychologiques (Rubin, Bukowski et Parker, 2006).

Certains chercheurs suggèrent même que les problèmes de relations de pairs des enfants avec TDA/H prédisent des difficultés d'ajustement *additives* aux conséquences bien connues du TDA/H, menant à un risque accru pour les problèmes d'adaptation à long terme lorsque les deux problématiques sont présentes (Greene, Biederman, Faraone, Sienna et Garcia-Jetton, 1997). Malgré l'importance des relations qu'entretiennent les enfants au sein de leur groupe de pairs, les études récentes soulignent que le statut social d'un enfant (*i.e.*, construit unilatéral qui se réfère aux perceptions des membres d'un groupe envers un enfant particulier; Bagwell et Schmidt, 2011) est relativement indépendant du fait que l'enfant possède ou non un ami de qualité. Dans le présent article, nous décrivons l'unique importance développementale des relations d'amitié dyadiques et résumons ensuite la nature multidimensionnelle des problèmes d'amitié des jeunes avec TDA/H selon les résultats des plus récentes études scientifiques. Nous concluons par une discussion des implications et des directions futures pour l'intervention et la recherche clinique.

L'IMPORTANCE DÉVELOPPEMENTALE DES RELATIONS D'AMITIÉ DYADIQUES

L'amitié est une relation réciproque entre deux amis spécifiques qui s'attendent à un contexte sécuritaire à l'intérieur duquel ils peuvent partager des expériences intimes et mutuellement enrichissantes, avec un engagement mutuel, un soutien et une validation réciproque de leur personne (Bagwell et Schmidt, 2011). À long terme, les enfants d'âge scolaire qui ont un ami rapportent une meilleure estime de soi, moins de symptômes dépressifs et des relations familiales plus positives à l'âge adulte que les enfants sans ami (Bagwell, Schmidt, Newcomb et Bukowski, 2001). Ces effets sont souvent influencés par la qualité de cette amitié, c'est-à-dire l'ensemble des caractéristiques positives (par ex., intimité, soutien, validation) et négatives (par ex., conflit, agressivité, rivalité) qui caractérisent l'amitié. De nombreuses études à devis corrélationnel suggèrent que la qualité de l'amitié est positivement associée à l'estime de soi, l'acceptation sociale, la décentration sociale, l'altruisme, la sociabilité, les attitudes positives envers l'école, l'adaptation générale, la satisfaction envers l'amitié et la stabilité de l'amitié (Bagwell et Schmidt, 2011; Rubin *et al.*, 2006). Certaines études longitudinales indiquent également que les enfants avec des amis intimes et stables sont mieux adaptés lors des différentes transitions scolaires (par ex., Ladd, Kochenderfer et Coleman, 1996). De plus, certaines données longitudinales suggèrent que la présence et la qualité de l'amitié

protègent les enfants de l'intimidation scolaire au fil du temps (par ex., Hodges, Boivin, Vitaro et Bukowski, 1999).

En raison des processus de sélection, de socialisation mutuelle et de renforcement présents au sein des relations d'amitié, certaines relations d'amitié ont néanmoins des effets développementaux néfastes. D'abord, les enfants choisissent très souvent leurs amis sur la base de similarités au plan démographique (par ex., âge, sexe, localisation géographique, origine ethnique), physique (par ex., habiletés athlétiques), psychologique (par ex., comportements, intérêts, passe-temps, sens de l'humour) et social (par ex., statut social). Ainsi, les enfants moins acceptés socialement ou avec des problèmes de comportement se sélectionnent mutuellement plus souvent comme amis (Vitaro, Tremblay, Kerr, Pagani-Kurtz et Bukowski, 1997). Ensuite, dans un processus de socialisation et de renforcement, les amis s'influencent mutuellement par leurs attitudes et leurs comportements (Dishion, Andrews et Crosby, 1995). Quel est le résultat ? Les caractéristiques comportementales et sociales des amis deviennent souvent de plus en plus similaires avec le temps. À titre d'exemple, les enfants qui ont des amis agressifs tendent à devenir plus agressifs au fil du temps (Dishion *et al.*, 1995). Ces résultats soulignent que l'expérience de l'amitié ne peut être réduite au simple fait d'avoir ou de ne pas avoir un ami et soulignent toute l'importance de bien évaluer la qualité de l'amitié et les caractéristiques des amis pour mieux comprendre l'importance développementale de l'amitié.

LES RELATIONS D'AMITIÉ DES ENFANTS ET ADOLESCENTS AVEC TDA/H

Dans la section qui suit, on se réfère au modèle d'évaluation des relations d'amitié des enfants et adolescents proposé par Bagwell et Schmidt (2011). Ce modèle préconise une évaluation multidimensionnelle de l'amitié selon six dimensions interdépendantes : (1) la présence de relations d'amitié réciproques, (2) la qualité de la relation, (3) les interactions entre amis, (4) les caractéristiques individuelles des amis, (5) les caractéristiques individuelles des enfants avec TDA/H et (6) le contexte social de l'amitié. Nous décrivons d'abord brièvement chacune de ces dimensions pour ensuite résumer les connaissances actuelles tirées des plus récentes études sur les relations d'amitié des jeunes avec TDA/H selon chaque dimension.

Présence de relations d'amitié réciproques

La présence de relations d'amitié réciproques peut être étudiée selon différentes méthodes (par ex., entrevue, observation, questionnaire) et informants (par ex., l'enfant, ses pairs, ses parents, ses enseignants). Il convient de se rappeler les limites méthodologiques respectives des entrevues et questionnaires complétés par les jeunes avec TDA/H (sur lesquels ils surestiment souvent leurs compétences sociales), des questionnaires complétés par les enseignants et les parents (qui sont faiblement corrélés avec les évaluations des pairs) et des méthodes observationnelles (qui ne mesurent souvent qu'un échantillon comportemental restreint). Ainsi, les nominations sociométriques complétées par les enfants avec TDA/H et par leurs pairs demeurent à ce jour la norme d'excellence pour confirmer la présence de relations d'amitié *réciproques* (Hoza, Mrug *et al.*, 2005). Cette procédure d'évaluation

implique que les chercheurs demandent aux enfants et à leurs pairs d'identifier individuellement leurs amis ; ensuite, en privé, les chercheurs documentent le nombre de nominations de relations d'amitié réciproques de chaque enfant (Hoza, Mrug *et al.*, 2005). Quoique peu réaliste en contexte clinique, cette méthodologie s'avère très utile puisque ce sont les évaluations du fonctionnement social complétées par les pairs (et non pas celles des adultes) qui prédisent l'adaptation des jeunes à l'âge adulte (Parker et Asher, 1987). Lorsque questionnés au sujet de leurs relations d'amitié, les jeunes avec TDA/H ne rapportent pas avoir de problème significatif à se faire des amis (Bagwell, Molina *et al.*, 2001 ; Heiman, 2005 ; Marton, Wiener, Rogers et Moore, 2012). Ceci contraste avec le reste de la littérature croissante depuis les deux dernières décennies qui indique invariablement que les enfants et adolescents avec TDA/H ont moins d'amis mutuels que les jeunes typiques selon leurs parents (Bagwell, Molina, Pelham, et Hoza, 2001 ; Heiman, 2005 ; Marton, Wiener, Rogers et Moore, 2012), leurs enseignants (Heiman, 2005 ; Marton *et al.*, 2012) ou les nominations de l'amitié complétées par leurs pairs (Blachman et Hinshaw, 2002 ; Erhardt et Hinshaw, 1994 ; Gresham, MacMillan, Bocian, Ward, et Forness, 1998 ; Hoza, Mrug *et al.*, 2005). Selon les résultats de l'étude du traitement multimodal du TDA/H réalisée auprès de 579 enfants avec TDA/H (7 à 9 ans) dans six sites américains et canadiens, 56 % des enfants avec TDA/H n'ont pas d'ami réciproque, comparativement à 32 % des enfants typiques (Hoza, Mrug *et al.*, 2005). Gresham et ses collègues (1998) trouvent également qu'entre 60 à 76 % des enfants d'âge scolaire qui sont hyperactifs et agressifs n'ont aucun ami réciproque dans leurs classes entre la 3^e et 4^e année du primaire (8-9 ans), comparativement à 17-30 % des enfants typiques (Gresham *et al.*, 1998). Certaines études documentent également que les filles et les garçons avec TDA/H ont de la difficulté à garder leurs amis au fil du temps (Blachman et Hinshaw, 2002 ; Marton *et al.*, 2012 ; Normand *et al.*, 2013). Certains chercheurs notent que le quart (25 %) des enfants avec TDA/H perdent leur ami naturel au cours d'une période de 6 mois, contrairement à 9 % des enfants du groupe de comparaison (Normand *et al.*, 2013). À notre connaissance, aucune étude n'a été publiée sur la stabilité des relations d'amitié des adolescents avec TDA/H. En somme, au moins la moitié des enfants avec TDA/H ont de la difficulté à se faire des amis et parmi ceux qui arrivent à avoir un ami, plusieurs ont de la difficulté à maintenir cette relation au fil du temps.

Qualité de la relation

Les chercheurs mesurent la qualité de l'amitié (voir définition ci-haut) par l'entremise de multiples méthodes incluant des questionnaires autorapportés complétés par l'enfant cible et/ou son ami, des entrevues individuelles avec l'enfant et des observations des comportements des amis en contexte de laboratoire. Quoique les mesures autorapportées soient utiles pour détailler la perception d'un individu vis-à-vis de sa relation d'amitié avec un ami spécifique, il est généralement recommandé d'avoir recours à de multiples méthodes et informants pour évaluer la qualité de l'amitié (Bagwell et Schmidt, 2011). Les quelques études réalisées sur la qualité des relations d'amitié des enfants avec TDA/H révèlent que leurs amitiés sont caractérisées par moins d'intimité et de réciprocité (Heiman, 2005 ; Normand *et al.*, 2011, 2013) et

plus de conflits que les amitiés des enfants typiques (Blachman et Hinshaw, 2002 ; Normand *et al.*, 2011, 2013). Jusqu'à tout récemment les chercheurs ne rapportaient pas de données observationnelles sur la qualité des relations d'amitié ou sur la perception de la qualité de l'amitié de la part des *amis* des enfants avec TDA/H (Blachman et Hinshaw, 2002 ; Heiman, 2005). Cependant, dans leur récente étude multiméthode et longitudinale, Normand et ses collègues (Normand *et al.*, 2011, 2013) documentent de manière détaillée les relations d'amitié de la vie courante de 87 enfants avec TDA/H et de 46 enfants sans TDA/H (76 % garçons) âgés de 7 à 13 ans et leurs amis. Ces chercheurs trouvent que les enfants avec TDA/H *et leurs amis* perçoivent leur amitié comme étant de plus faible qualité et sont moins satisfaits de celle-ci que les enfants typiques et leurs amis. Tandis que les enfants avec TDA/H ne rapportent pas de détérioration au niveau de la qualité de leur amitié au cours du suivi longitudinal de six mois, leurs amis rapportent davantage de conflits et sont moins satisfaits de leur amitié au fil du temps. Parallèlement, les amis des enfants typiques rapportent quant à eux une augmentation de la qualité et de la satisfaction envers l'amitié six mois plus tard (Normand *et al.*, 2013). Ces résultats suggèrent que les enfants avec TDA/H n'ont peut-être pas noté au fil du temps les indices d'insatisfaction et de frustration de leurs amis envers l'amitié et n'ont ainsi pas révisé leurs comportements sociaux pour assurer la qualité et la réciprocité de leur relation. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné la qualité des relations d'amitié des adolescents avec TDA/H. L'ensemble de ces résultats rappelle de ne pas se fier simplement aux perceptions qu'ont les jeunes avec TDA/H de leurs relations d'amitié et souligne l'importance d'utiliser de multiples méthodes et de multiples informants pour évaluer la qualité de l'amitié.

Interactions entre amis

Cette dimension fait référence à la fréquence et au contenu des interactions entre les enfants au sein d'une relation d'amitié dyadique. Les méthodes observationnelles sont fréquemment utilisées pour mesurer cette dimension (Normand *et al.*, 2011, 2013). La grande majorité (60-70 %) des enfants avec TDA/H rapportent commencer à interagir avec leurs amis à l'école (Heiman, 2005 ; Normand *et al.*, 2011). Parallèlement, Marton et collègues (2012) rapportent que les enfants avec TDA/H ont moins d'interaction avec leurs amis à l'extérieur de l'école selon les informations provenant de l'enfant et des parents. Dans leur récente étude longitudinale, Normand et ses collègues utilisent différentes tâches observationnelles afin de documenter comment les enfants avec et sans TDA/H (âgés de 7 à 13 ans) interagissent avec leurs amis dyadiques de la vie courante (Normand *et al.*, 2011, 2013). Ces chercheurs trouvent que les enfants avec TDA/H violent les règles du jeu deux fois plus souvent que les enfants typiques lors d'une course compétitive de voitures avec leurs amis (Normand *et al.*, 2011). Lorsqu'ils négocient avec leurs amis lors de tâches de résolution de problèmes et de partage, les enfants avec TDA/H utilisent une approche davantage centrée sur soi et sont nettement moins sensibles aux besoins et souhaits de leurs amis que les enfants typiques (Normand *et al.*, 2011). Au sein des dyades impliquant un enfant avec TDA/H et un ami sans TDA/H, les enfants avec TDA/H ont souvent significativement plus de contrôle sur les négociations que leur ami, suggérant des difficultés à respecter

les principes d'équité et de satisfaction mutuelle de l'amitié (Normand *et al.*, 2011). Dans leur suivi longitudinal six mois plus tard, ces auteurs indiquent que les enfants typiques commettent moins de violations des règles du jeu compétitif entre amis au fil du temps tandis que les enfants avec TDA/H continuent d'en commettre autant, n'ayant peut-être pas appris de l'expérience passée entre amis pour réviser leur comportement (Normand *et al.*, 2013). Les enfants à développement typique effectuent, six mois plus tard, moins de propositions égocentriques et insensibles dans les tâches de négociation. Toutefois, cette tendance n'est pas observée chez les enfants avec TDA/H qui adoptent des comportements de plus en plus insensibles aux préférences de leur ami au fil du temps (Normand *et al.*, 2013). Au meilleur de nos connaissances actuelles, aucune étude observationnelle des interactions entre les adolescents avec TDA/H et leurs amis n'a été réalisée. L'ensemble de ces résultats suggèrent que les interactions des enfants avec TDA/H et leurs amis dyadiques sont caractérisées par des échanges de comportements sociaux inappropriés qui semblent persistants, voire croissants, au fil du temps.

Caractéristiques individuelles des amis

Les caractéristiques comportementales et sociales des amis jouent également un rôle crucial dans l'adaptation psychosociale des jeunes (Dishion *et al.*, 1995). Pour mesurer cette dimension, certains chercheurs demandent à l'enfant de répondre à des questions à propos d'un ami spécifique ou d'un groupe d'amis (Bagwell, Molina *et al.*, 2001 ; Marshal, Molina et Pelham, 2003). En raison du risque connu que l'enfant puisse exagérer les similarités perçues entre lui et ses amis, d'autres chercheurs étudient les caractéristiques des amis en utilisant des informations indépendantes (par ex., directement de la part des amis, par l'entremise des parents et enseignants des amis, par des mesures observationnelles ; Normand *et al.*, 2011, 2013). Des résultats préliminaires suggèrent que les filles et les garçons avec TDA/H sont plus à risque que les enfants typiques d'avoir des amis avec TDA/H (Blachman et Hinshaw, 2002 ; Normand *et al.*, 2011). Normand et ses collègues (2011) documentent que les amis des enfants avec TDA/H démontrent des niveaux symptomatologiques de TDA/H significativement plus élevés à la maison et à l'école que les amis des enfants typiques ; le quart (25 %) des amis des enfants avec TDA/H atteignent le seuil clinique pour les symptômes de TDA/H à la maison et à l'école, comparativement à aucun des amis des enfants typiques. Les enseignants (et les parents dans une moindre mesure) notent également que les amis des enfants avec TDA/H manifestent davantage de comportements oppositionnels à l'école et à la maison que les amis des enfants du groupe de comparaison. Parallèlement, Marton *et al.* (2012) trouvent que les garçons avec TDA/H âgés de 9 à 12 ans sont plus à risque d'avoir des amis avec des troubles d'apprentissage et de comportement (43 %) que les garçons typiques (16 %). D'autres chercheurs trouvent que les adolescents avec TDA/H rapportent que leurs amis ont davantage de problèmes d'abus de substance et font moins d'activités scolaires et communautaires conventionnelles que les amis des adolescents typiques (Bagwell, Molina *et al.*, 2001 ; Marshal, Molina, et Pelham, 2003). Toutefois, les études actuelles ne suggèrent pas que les enfants avec TDA/H choisissent comme amis des enfants peu appréciés ou avec des problèmes sociaux

(Hoza, Mrug *et al.*, 2005; Normand *et al.*, 2011). Au meilleur de notre connaissance, une seule étude s'est intéressée à l'incidence d'avoir des amis avec TDA/H sur la qualité de la relation, la satisfaction envers l'amitié et les interactions entre amis. Normand *et al.* (2011, 2013) n'ont cependant trouvé aucune différence transversale ou longitudinale significative entre les dyades d'amis composées d'un ($n=65$) ou de deux ($n=22$) enfants avec TDA/H en terme de qualité de l'amitié, la satisfaction envers l'amitié et les interactions entre amis. Quoique ceci mérite d'être étudié de manière plus approfondie sur de plus grands échantillons, il est possible que les enfants dans les dyades TDA/H-TDA/H développent une forte tolérance pour leurs comportements sociaux inadaptés au fil du temps, leur permettant possiblement de demeurer amis. Il est important de mentionner que malgré l'absence de différences entre les dyades d'amis constituées d'un ou deux enfants avec TDA/H, la présence d'un seul enfant avec TDA/H au sein d'une dyade d'amis a généralement des effets négatifs sur différentes dimensions de l'amitié, et ce comparativement aux dyades d'amis typiques. En résumé, les données actuelles suggèrent que les enfants avec TDA/H sont plus à risque d'être amis avec d'autres jeunes avec TDA/H et d'autres problèmes de comportement (par ex., comportement oppositionnel, abus de substance) comparativement aux enfants typiques. En dépit de résultats négatifs préliminaires (Normand *et al.*, 2011, 2013), l'impact d'avoir des amis avec TDA/H sur la qualité de la relation, la satisfaction envers l'amitié, les interactions entre amis, la stabilité de l'amitié et l'adaptation générale demeure peu connu.

Caractéristiques individuelles des enfants avec TDA/H

Les caractéristiques individuelles des enfants avec TDA/H sont utiles pour comprendre les variations interindividuelles et les déficits sociaux qui caractérisent les relations d'amitié de ces enfants. Quoiqu'une revue détaillée complète des caractéristiques individuelles des enfants avec TDA/H qui influencent ou expliquent potentiellement les difficultés d'amitié des enfants avec TDA/H dépasse largement l'objectif de cet article, nous proposons ici un bref survol des variables modératrices et médiatrices individuelles possibles de l'association entre le TDA/H et les difficultés d'amitié.

Variables modératrices individuelles de l'association TDA/H-amitié

Les variables modératrices altèrent la magnitude ou la direction de la relation entre le TDA/H et les difficultés d'amitié. En raison du fait que les études portant sur les relations d'amitié des enfants avec TDA/H ont jusqu'à maintenant largement ciblé les enfants d'âge scolaire (6-12 ans), très peu est connu à propos du rôle modérateur de l'âge. Bien que les études précédentes documentent que les enfants ont des amis réciproques relativement stables dès l'âge préscolaire (Ladd *et al.*, 1996), aucune étude n'a examiné les relations d'amitié des enfants avec TDA/H au cours de cette période développementale. D'autre part, seulement deux des études réalisées sur les relations d'amitié des jeunes avec TDA/H portent sur l'adolescence (Bagwell, Molina *et al.*, 2001; Marshal *et al.*, 2003). Tel que décrit précédemment, les données empiriques descriptives actuellement disponibles suggèrent que les adolescents avec TDA/H ont moins d'amis que les adolescents typiques (Bagwell, Molina *et al.*, 2001) ou des amis avec des problèmes d'abus de substances ou des passe-temps

moins conventionnels que les adolescents sans TDA/H (Bagwell, Molina *et al.*, 2001 ; Marshal *et al.*, 2003). Aucune étude n'a examiné la qualité ou la stabilité des relations d'amitié des adolescents avec TDA/H ou leurs interactions dyadiques avec leurs amis. Puisque l'établissement de relations d'amitié significatives constitue une des tâches développementales importantes à l'adolescence, il s'avère de haute importance que des études soient réalisées auprès des adolescents avec TDA/H afin de mieux comprendre leurs particularités au plan des difficultés d'amitié et d'ainsi éventuellement développer ou adapter des programmes d'intervention existants. Par ailleurs, la très grande majorité des chercheurs qui s'intéressent aux relations d'amitié des enfants avec TDA/H utilisent des échantillons largement constitués de garçons. Blachman et Hinshaw (2002) documentent toutefois que les filles avec TDA/H âgées de 6 à 12 ans ont moins d'amies et plus de difficulté à maintenir leur relation d'amitié durant cinq semaines que les filles typiques selon les nominations sociométriques complétées par les pairs. Les filles avec TDA/H qui ont des amies sélectionnent les autres filles avec TDA/H comme amies et rapportent également moins de qualité dans leur amitié que les filles sans TDA/H (Blachman et Hinshaw, 2002). Bref, ces résultats corroborent les conclusions tirées par d'autres études réalisées auprès d'échantillons majoritairement composés de garçons avec TDA/H (par ex., Hoza, Mrug *et al.*, 2005 ; Normand *et al.*, 2011, 2013). En somme, l'ensemble de ces données préliminaires suggère que les garçons et les filles avec TDA/H ont autant de difficultés dans leurs relations d'amitié.

Deux études examinent comment les variations dans la présentation des symptômes de TDA/H influencent les problèmes d'amitié des enfants. Blachman et Hinshaw (2002) trouvent, dans leur étude réalisée dans un camp d'été auprès de 228 filles, que les filles avec TDA/H (présentations mixte ou inattentive) ont moins d'amies réciproques que les filles typiques. Par contre, les filles avec TDA/H (présentation mixte) démontrent davantage de difficulté à *se faire* des amis, tandis que les filles avec TDA/H (présentation mixte) semblent avoir davantage de difficulté à *garder* leurs amies qu'elles réussissent à se faire (Blachman et Hinshaw, 2002). En contraste, dans leur étude, Normand *et al.* (2011) comparent les relations d'amitié des enfants de 7 à 13 ans avec TDA/H (présentation mixte) et celles des enfants avec TDA/H (présentation inattentive). Les analyses réalisées avec des groupes pairés selon le sexe et l'âge n'ont révélé aucune différence de présentation du TDA/H sur aucune des mesures de qualité de l'amitié, de satisfaction envers l'amitié, des caractéristiques de l'ami ou des interactions dyadiques entre amis. En raison de ces résultats conflictuels, il est prématuré de conclure si les présentations inattentive, hyperactive-impulsivité ou mixte du TDA/H modèrent la relation entre le diagnostic de TDA/H et les relations d'amitié dyadiques.

Au moins la moitié des enfants avec TDA/H ont un trouble extériorisé comorbide (par ex., trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites) et il est estimé que 25-30 % ont un trouble intériorisé comorbide (par ex., trouble anxieux, dépression ; Jensen, Martin et Cantwell, 1997). Les données transversales de trois études réalisées auprès de participants de 7 à 18 ans suggèrent que la présence de trouble extériorisé comorbide n'a pas d'effet additionnel sur la présence ou l'absence d'amitiés réciproques (Bagwell *et al.*, 2001 ; Hoza, Mrug *et al.*, 2005), sur la qualité

de l'amitié (Normand *et al.*, 2011) ou sur les interactions entre amis chez les enfants avec TDA/H (Normand *et al.*, 2011). Toutefois, les adolescents avec un TDA/H et un trouble des conduites rapportent davantage d'amis avec des problèmes d'abus de substances que les adolescents avec TDA/H seulement. Malgré des résultats qui n'atteignent pas le seuil statistique conventionnel, l'étude longitudinale de Bagwell *et al.* (2001) suggère certaines tendances soulevant la possibilité que l'agressivité physique et le trouble de conduite puissent exacerber les difficultés d'amitié des jeunes avec TDA/H au fil du temps (Bagwell, Molina *et al.*, 2001). En effet, leurs données longitudinales indiquent que les enfants avec TDA/H et des comportements agressifs ont légèrement plus de difficulté à se faire des amis et à avoir des amis qui ont une influence positive sur leur adaptation à l'adolescence que les enfants avec TDA/H sans agressivité. Deux études ont examiné le rôle modérateur de l'anxiété dans la relation entre le TDA/H et les relations d'amitié. Les résultats de ces études suggèrent pour le moment que l'anxiété ne semble pas avoir d'effet exacerbant ou atténuant significatif sur la présence d'amitiés réciproques (Hoza, Mrug *et al.*, 2005), sur la qualité de l'amitié (Normand *et al.*, 2011) ou sur les interactions entre amis chez les enfants avec TDA/H (Normand *et al.*, 2011). Actuellement, aucune étude n'a exploré l'effet modérateur de la dépression ou l'effet additif de troubles comorbides extériorisés et intériorisés sur l'amitié. De plus, le rôle modérateur d'autres troubles neurodéveloppementaux comorbides (par ex., troubles d'apprentissage, troubles de la communication, troubles du spectre autistique) mérite grandement d'être investigué, dans des études longitudinales afin de documenter à quel point les difficultés d'amitié sont inhérentes ou non au TDA/H. En somme, les études sur le rôle modérateur des troubles comorbides sur les amitiés des enfants avec TDA/H sont très rares à ce jour et ne permettent d'établir des conclusions fiables à cet effet.

Variables médiatrices individuelles de l'association TDA/H-amitié

Plusieurs chercheurs ont examiné les mécanismes possibles (variables médiatrices) pour expliquer les difficultés que les enfants avec TDA/H éprouvent avec leurs pairs en général (Mikami, 2013). Or, très peu d'études ont examiné les mécanismes médiateurs permettant d'expliquer comment le TDA/H contribue aux difficultés spécifiques dans les relations d'amitié dyadiques. La présente section s'inspire donc de la littérature plus générale sur les relations de pairs et souligne leur application possible au domaine spécifique des relations d'amitié dyadiques. Nous portons une attention particulière à trois caractéristiques individuelles des enfants avec TDA/H : les comportements sociaux inappropriés, l'autorégulation, et les déficits sociocognitifs. Au plan comportemental, l'hyperactivité et l'impulsivité sont souvent associées à la violation des règles du jeu, aux interruptions lors des jeux et aux comportements contrôlants, intrusifs, hostiles, émotionnellement chargés et parfois agressifs. Les comportements inattentifs lors de situations sociales risquent d'altérer l'habileté des enfants de porter attention à leur ami, ce qui risque de nuire à la réciprocité, la sensibilité, la résolution de conflit et l'engagement requis pour former et maintenir des amitiés de haute qualité. Les études observationnelles des interactions dyadiques structurées ou non-structurées des enfants avec leurs pairs indiquent que comparativement aux enfants typiques, les enfants avec TDA/H sont généralement plus dérangement

envers les autres, hors-tâche, agressifs et contrôlants, tout en étant moins enclins de poser des questions appropriées et à changer leur comportement en fonction des situations sociales (par ex., Erhardt et Hinshaw, 1994). Similairement, Normand et ses collègues (2013) se sont intéressés au rôle prédictif des comportements sociaux inappropriés observés lors des interactions entre amis dans la détérioration de la qualité de l'amitié six mois plus tard. Les chercheurs trouvent que la violation des règles des jeux entre amis et l'approche de négociation centrée sur soi et insensible aux besoins de l'ami adoptée par les enfants avec TDA/H prédisent la détérioration de la qualité de leur relation d'amitié telle que perçue par leurs amis six mois plus tard (Normand *et al.*, 2013).

Certaines études documentent que les enfants avec TDA/H éprouvent des difficultés significatives à gérer à leurs propres émotions (Maedgen et Carlson, 2000), manifestées entre autres par un faible niveau de tolérance à la frustration et l'expression récurrente d'émotions intenses. Il est possible que les difficultés d'autorégulation émotionnelle des enfants avec TDA/H interfèrent avec leur habileté à se décentrer de leurs propres émotions, ce qui risque d'entraver la reconnaissance et l'identification des émotions des autres (Da Fonseca, Seguier, Santos, Poinso, et Derulle, 2009) et d'ajuster adéquatement leur comportement. Dans leur récente étude observationnelle et longitudinale réalisée auprès de 133 dyades d'amis avec et sans TDA/H, Normand et ses collègues (2013) trouvent que les enfants avec TDA/H expriment davantage d'affects négatifs avec leurs amis que les enfants typiques au cours d'une tâche de course de voitures compétitive développée pour susciter le conflit entre amis. D'autre part, dans cette étude, l'affect négatif exprimé par les amis des enfants typiques est associé à une légère réduction des violations de règles de jeu de la part des enfants typiques six mois plus tard (Normand *et al.*, 2013). Or, pour les enfants avec TDA/H, l'affect négatif exprimé par les amis est associé à une augmentation importante des violations de règles du jeu de la part des enfants avec TDA/H six mois plus tard. Ceci suggère possiblement que les enfants avec TDA/H ne tiennent pas compte des rétroactions correctives offertes par leur ami au fil du temps (par ex., affect négatif) pour réviser leurs comportements sociaux (Normand *et al.*, 2013).

Certains chercheurs postulent plutôt que différents déficits au niveau des cognitions sociales interfèrent avec les relations de pairs des enfants avec TDA/H. D'une part, les enfants avec TDA/H ont tendance à interpréter comme *hostiles* les provocations ambiguës de leurs pairs et à proposer moins de stratégies adaptatives pour résoudre des conflits sociaux hypothétiques (Mikami, Lee, Hinshaw et Mullin, 2008), ce qui risque de nuire à l'amitié. D'autres études soulignent les difficultés fondamentales des enfants avec TDA/H à comprendre les états mentaux des autres et à prédire leurs comportements en fonction de ces états mentaux (*i.e.*, déficits au plan de la théorie de l'esprit et de l'empathie ; voir Uekermann *et al.*, 2010). Similairement, Marton et ses collègues (2009) documentent que les enfants avec TDA/H éprouvent des difficultés à comprendre une situation sociale de la perspective d'une autre personne (*i.e.*, décentration sociale ; Marton, Wiener, Rogers, Moore, et Tannock, 2009). Malgré leurs difficultés sociales significatives dans de multiples domaines (incluant les relations d'amitié), les enfants avec TDA/H tendent également à surestimer leurs compétences sociales comparativement aux enfants typiques (*i.e.*,

biais positif illusoire ; Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza et Kaiser, 2007). Il est aussi possible que les buts sociaux des enfants avec TDA/H, qui diffèrent de ceux de leurs pairs, prédisent leurs interactions dyadiques avec leurs amis. Les enfants avec TDA/H ont également des buts sociaux (par ex., *gagner à tout prix*) distincts de ceux des autres enfants (par ex. *avoir du plaisir et me faire un nouvel ami*), ce qui peut orienter différemment leurs interactions entre amis (Melnick et Hinshaw, 1996). En somme, différents déficits sociocognitifs sont soulevés dans cette riche littérature et il est recommandé d'examiner plus explicitement le lien entre ceux-ci et les difficultés d'amitié des enfants avec TDA/H dans les études futures.

Contexte social de l'amitié

La sixième dimension, et sans doute la plus négligée dans la littérature scientifique, réfère au contexte social plus large qui influence les relations d'amitié des enfants avec TDA/H. Bien que les enfants avec TDA/H contribuent certainement à leurs difficultés d'amitié en raison de leurs caractéristiques individuelles précédemment mentionnées, Bagwell et Schmidt (2011) soulignent que cette dimension inclut entre autres le statut social de l'enfant, les autres systèmes de soutien, les réseaux sociaux et le contexte culturel. En raison de l'espace limité, nous nous intéressons particulièrement à l'influence du groupe de pairs, des enseignants et des parents sur les difficultés sociales et d'amitié des enfants avec TDA/H (Mikami *et al.*, 2013 ; Mikami, Jack, Emeh, Stephens, 2010 ; Mikami, Lerner, et Lun, 2010).

Influences du groupe de pairs

Les chercheurs documentent que les enfants avec TDA/H sont quatre fois plus à risque d'être rejetés par leur pairs que les enfants typiques (Hoza, Mrug *et al.*, 2005), et ce même après seulement quelques minutes ou quelques heures d'interaction avec leurs pairs (Erhardt et Hinshaw, 1994). Dans l'étude du traitement multimodal du TDA/H, 52 % des jeunes avec TDA/H sont rejetés par leurs pairs comparativement à 14 % des enfants typiques. Une fois établi, le rejet des enfants avec TDA/H tend à être très stable dès l'âge de 7 ans, et ce peu importe l'âge ou le sexe (Hoza, Mrug, *et al.*, 2005). Ces résultats soulignent l'importance de s'attarder aux processus du groupe de pairs qui expliquent le rejet social chez les enfants.

Au prime abord, Mikami, Lerner, et Lun (2010) soulignent que plus les comportements sociaux d'un enfant avec TDA/H sont déviants vis-à-vis de ce qui est attendu selon les normes à l'intérieur de ce groupe de pairs, plus l'enfant risque d'être rejeté de ce groupe et moins il risque d'avoir d'opportunité de se faire des amis (Mikami, Lerner, et Jun, 2010). Ainsi, il est théoriquement possible que les enfants avec TDA/H soient davantage rejetés socialement et aient moins d'amis dans les groupes où leurs pairs adoptent des comportements sociaux très différents des leurs. Une importante implication clinique est qu'il serait ainsi théoriquement possible qu'un enfant rejeté par son groupe de pairs soit accepté dans un autre groupe de pairs dans lequel l'enfant respecte davantage les normes du groupe (Mikami, Lerner et Lun, 2010). Ceci demeure une question empirique avec d'importantes implications cliniques (par ex., possibilité de compenser le rejet social dans un groupe par l'acceptation sociale dans un autre groupe de pairs).

Mikami *et al.* (2013) soulignent qu'il est possible qu'une partie des difficultés sociales et d'amitié des enfants avec TDA/H soit expliquée par la stigmatisation associée aux symptômes et à l'étiquette diagnostique de TDA/H. Malheureusement, les enfants perçoivent davantage négativement les symptômes de TDA/H que les symptômes de dépression, d'anxiété ou de maladie physique (Hinshaw, 2005). Certaines études en psychologie sociale indiquent aussi que le simple fait d'assigner une fausse étiquette de « TDA/H » à un enfant est suffisante pour susciter chez ses pairs des stéréotypes très négatifs à son égard, un rejet social accru et intérêt réduit à devenir son ami (Whalen, Henker, Dotemoto et Hinshaw, 1983).

Il est documenté que les enfants populaires n'apprécient pas les enfants avec TDA/H, suggérant un processus d'exclusion par les enfants de plus haut statut social (Hoza, Mrug *et al.*, 2005). Au-delà de ces jugements négatifs qu'ils reçoivent comme étant des enfants socialement rejetés, les comportements d'exclusion des pairs risquent également d'amplifier le niveau initial de rejet social et de problèmes d'amitié (Mikami *et al.*, 2013). Par ces comportements d'exclusion, les pairs laissent ainsi savoir aux autres que cet enfant est rejeté et les découragent ainsi d'être ami avec cet enfant de faible statut social. Malgré le fait que l'aversion affective (*i.e.*, rejet social) des pairs envers les enfants avec TDA/H soit très bien documentée, très peu est connu à ce jour au sujet des comportements d'exclusion, de victimisation et d'ostracisme des pairs envers les enfants avec TDA/H (Mikami, 2013).

Il est établi que les pairs entretiennent des biais réputationnels envers les enfants avec TDA/H. Dès l'âge préscolaire, les réputations négatives des enfants avec TDA/H changent très lentement, car elles sont très fortement influencées par les stéréotypes que les pairs ont envers le TDA/H (Harris, Milich, Johnston, et Hoover, 1990) et par les premières impressions (Erhardt et Hinshaw, 1994). Par exemple, il est possible que les pairs se souviennent sélectivement des comportements négatifs des enfants avec TDA/H et attribuent des intentions hostiles à ces comportements qu'ils considèrent comme des traits stables et internes de l'enfant, en dépit de tout progrès au niveau du comportement et habiletés sociales (Mikami *et al.*, 2013).

Influences des enseignants sur les relations de pairs

Puisque l'influence du groupe de pairs se produit majoritairement en contexte de classe où les enfants passent plus de 30 heures par semaine durant l'année scolaire, les enseignants peuvent jouer un rôle central en favorisant un climat de classe qui valorise la tolérance envers les élèves qui dévient des normes (par ex., élèves avec TDA/H), qui ne tolère pas la stigmatisation et les comportements d'exclusion envers les élèves différents, qui minimise les biais réputationnels et qui valorise les différences et les forces de chaque élève (Mikami, Lerner et Lun, 2010). Des données récentes suggèrent que les enseignants peuvent jouer un rôle unique pour prévenir le rejet social et faciliter le développement de relations d'amitié des enfants avec TDA/H. En effet, les comportements observés des enseignants qui s'intéressent à l'élève avec TDA/H devant la classe vis-à-vis de ses intérêts personnels sont associés à une réduction du rejet social et à une augmentation de l'appréciation des pairs (selon des mesures sociométriques). Le fait de féliciter l'élève avec TDA/H en classe pour ses forces personnelles est également associé à une réduction du rejet par

les pairs et au développement accru de relations d'amitié dyadiques rapporté par les pairs (Mikami et Lerner, 2014).

Influences des parents sur les relations de pairs

La littérature actuelle au sujet du contexte social suggère également que les parents influencent les relations de pairs de leurs enfants. Les parents qui discutent des habiletés sociales avec leur enfant, ainsi que ceux qui démontrent des exemples de bonnes habiletés sociales dans leurs relations interpersonnelles augmentent la probabilité que leur enfant ait des interactions positives avec ses pairs (Mikami, 2010). Il est documenté que la fréquence à laquelle les parents organisent des rencontres de jeux pour leur enfant est positivement associée avec les habiletés sociales de leurs enfants. Les parents peuvent aussi enseigner à leur enfant des comportements qui favorisent l'amitié durant les rencontres de jeu (Mikami, Jack *et al.*, 2010). Malheureusement, les parents des enfants avec TDA/H sont moins naturellement enclins à faciliter les relations d'amitié de leur enfant en organisant des rencontres de jeu (Mikami, Jack *et al.*, 2010). Malgré ceci, Mikami, Jack *et al.* (2010) trouvent que les comportements facilitateurs d'amitié que les parents manifestent lors des rencontres de jeux sont plus fortement associés aux relations de pairs positives pour les enfants avec TDA/H que pour les enfants typiques. Ces résultats suggèrent que les parents peuvent possiblement jouer un rôle accru dans le développement des relations d'amitié des enfants avec TDA/H. Le fait de mobiliser les parents est ainsi une composante potentiellement prometteuse à inclure dans les programmes ciblant des difficultés d'amitié des enfants avec TDA/H.

IMPLICATIONS CLINIQUES ET DIRECTIONS FUTURES

Les traitements basés sur des données probantes pour le TDA/H présentement disponibles (traitement pharmacologique, thérapie comportementale, ou traitement multimodal) réduisent les symptômes de TDA/H et améliorent les habiletés sociales des enfants selon les parents et les enseignants (MTA Cooperative Group, 1999). Or, ces traitements n'arrivent pas à améliorer l'acceptation sociale et le développement des relations d'amitié selon les évaluations des pairs (Hoza, Gerdes *et al.*, 2005). Par ailleurs, quoique certains recommandent l'utilisation des programmes d'entraînement aux habiletés sociales pour enseigner ces habiletés prosociales aux enfants par l'entremise de différentes techniques cognitives-comportementales offertes en groupe, une récente revue systématique Cochrane de 11 essais cliniques (747 enfants de 5 à 12 ans) révèle peu d'appui empirique pour ces programmes pour les enfants avec TDA/H (Storebø *et al.*, 2011). L'ensemble de ces études révèle un consensus frappant au sein de la communauté scientifique : les options de traitement présentement disponibles ne suffisent pas pour cibler les problèmes de relations de pairs des enfants avec TDA/H (Mrug, Hoza et Gerdes, 2001).

Parmi les raisons qui expliquent l'efficacité limitée des traitements pharmacologiques, comportementaux et multimodaux, certains chercheurs notent le fait d'avoir concentré l'attention clinique jusqu'à maintenant sur le changement du comportement et sur les déficits individuels de l'enfant et d'avoir ainsi négligé le besoin de changer les attitudes et les comportements des enfants du groupe de pairs (Mrug *et al.*, 2001).

Les interventions disponibles pour les problèmes de relations avec les pairs tentent d'améliorer le comportement social des enfants avec TDA/H, avec l'attente que l'amélioration comportementale aura pour effet une augmentation de l'inclusion sociale par les pairs et au développement de relations d'amitié de qualité. Toutefois, certains processus liés au groupe de pairs précédemment mentionnés (*i.e.*, déviation vis-à-vis les normes du groupe de pairs, stigmatisation liée au TDA/H, comportements d'exclusion des pairs, stabilité des réputations négatives) contribuent sans doute également au rejet social et aux problèmes d'amitié des enfants avec TDA/H et expliquent possiblement les résultats décevants des traitements multimodaux actuels (Hoza, Gerdes *et al.*, 2005). Ainsi, certains auteurs postulent que l'amélioration des comportements sociaux est une condition nécessaire mais insuffisante pour favoriser l'acceptation sociale et le développement des relations d'amitié positives chez ces enfants (Mikami *et al.*, 2013). L'inclusion des enseignants et des parents offre une opportunité unique de modifier ces processus liés au groupe de pairs et de favoriser le développement de relations d'amitié de qualité.

Inclusion des enseignants dans les interventions

Making Socially Accepting Classroom (MOSAIC)

Certes, les pratiques des enseignants jouent un rôle important au niveau des processus du groupe de pairs. Ce constat souligne le potentiel d'inclure les enseignants dans les interventions en classe où se développent souvent les évaluations négatives des pairs envers les enfants avec TDA/H. À cet effet, Mikami et ses collaborateurs (2013) ont développé le programme innovateur *Making Socially Accepting Classroom (MOSAIC)*. En lien avec l'hypothèse que l'amélioration des comportements sociaux est une condition nécessaire, mais insuffisante pour favoriser l'acceptation sociale des enfants avec TDA/H, le programme MOSAIC utilise d'une part des techniques de gestion comportementale basées sur des données probantes (MTA Cooperative Group, 1999) pour favoriser les comportements sociaux positifs et réduire les comportements perturbateurs. D'autre part, ce qui distingue MOSAIC est plutôt les techniques spécifiquement développées pour aider les enseignants à favoriser des classes inclusives et tolérantes envers les enfants avec TDA/H. Les enseignants livrent directement le programme au sein de leur classe qui implique l'ensemble des pairs de l'enfant. Mikami *et al.* (2013) ont évalué l'efficacité de MOSAIC comparativement à un programme traditionnel de gestion comportementale auprès d'un échantillon de 137 enfants (24 enfants avec TDA/H) âgés de 6-9 ans durant un camp d'été spécialisé. Chaque enfant avec TDA/H a reçu séquentiellement et aléatoirement le programme MOSAIC et le programme de gestion comportementale durant deux semaines consécutives. Les pairs ont complété des mesures sociométriques de leur appréciation des enfants avec TDA/H dans les deux conditions. Les résultats indiquent d'une part des niveaux comparables de problèmes de comportement dans les deux programmes, ce qui n'est pas surprenant puisque le programme de gestion comportemental est également une composante de MOSAIC. Toutefois, lorsqu'ils reçoivent le programme MOSAIC, les enfants avec TDA/H sont davantage acceptés par leurs pairs et développent davantage de relations d'amitié réciproques

que lorsqu'ils reçoivent le programme de gestion comportementale. Les résultats semblent davantage saillants pour les garçons que pour les filles, possiblement en raison du fait que les comportements sociaux des filles avec TDA/H dévient davantage de ce qui est attendu selon les normes à l'intérieur de leur groupe de pairs (Mikami, Lerner, et Jun, 2010). Mikami et Lerner (2014) trouvent que parmi les composantes de MOSAIC, le fait de s'intéresser à l'élève avec TDA/H devant la classe vis-à-vis ses intérêts personnels et de féliciter l'élève avec TDA/H en classe pour ses forces personnelles prédit la réponse au traitement. Plus spécifiquement, ces comportements sont associés à l'acceptation sociale et au développement accru de relations d'amitié dyadiques tel qu'évalué par les pairs (Mikami et Lerner, 2014). L'ensemble de ces résultats confirme l'importance d'inclure dans de tels programmes a) des techniques de gestion comportementale pour réduire les comportements sociaux négatifs et b) des techniques spécifiquement développées pour aider les enseignants à favoriser des classes inclusives et tolérantes envers les enfants avec TDA/H.

Inclusion des parents dans les interventions

La littérature actuelle au sujet du contexte social suggère également de développer des interventions focalisées sur les parents pour favoriser le développement de l'amitié (Mikami, 2010). Parallèlement, plusieurs chercheurs avancent qu'il est à la fois plus réaliste et potentiellement plus efficace de miser sur le développement et le maintien des relations d'amitié de qualité (au lieu de cibler les perceptions, attitudes et comportements de tous les pairs d'un enfant) afin d'améliorer ultimement les compétences et le fonctionnement social des enfants et adolescents avec TDA/H (Blachman et Hinshaw, 2002 ; Mikami, 2010). Dans un article portant sur l'importance des relations d'amitié pour les jeunes avec TDA/H, Mikami (2010) identifie trois composantes essentielles dans le développement d'interventions efficaces ciblant les relations d'amitié de ces enfants : (1) sélectionner des amis avec des intérêts similaires et des caractéristiques prosociales dans la mesure du possible, (2) cibler les comportements essentiels au développement de relations d'amitié intimes, (3) inclure les parents dans les interventions afin de favoriser la généralisation des habiletés sociales à l'extérieur du contexte clinique. Nous discutons ici de programmes novateurs ciblant les difficultés d'amitié des enfants et adolescents avec TDA/H.

Children's Friendship Training (CFT)

Le CFT a été développé par le professeur Fred Frankel de l'Université de la Californie à Los Angeles (UCLA) et son équipe dans le but d'offrir aux enfants d'âge scolaire (7-12 ans) des ateliers de groupe sur les habiletés sociales d'une durée d'une heure par semaine pendant 12 semaines consécutives. Les séances avec les enfants sont manualisées et incluent généralement quatre segments : une revue des devoirs, des enseignements didactiques et des jeux de rôle, des périodes de jeu guidé, et des discussions avec le parent à la fin de chaque séance pour discuter des devoirs. Différentes techniques comportementales de discipline et de renforcement sont incluses au programme. Pendant les séances des enfants, leurs parents reçoivent simultanément des ateliers manualisés pour les informer des habiletés apprises

par leur enfant dans le but de renforcer ces habiletés à la maison. Les thèmes discutés durant le programme incluent comment faire la conversation ; comment faire une bonne première impression ; comment « *jouer au détective* » pour trouver des intérêts communs ; comment appeler un ami potentiel au téléphone ; comment se joindre à un groupe d'enfants en train de jouer ; comment réagir au rejet social, aux taquineries et à l'intimidation ; comment être un bon invité lors d'une rencontre de jeux ; comment réagir pendant les jeux entre amis ; comment être respectueux avec les adultes. Les parents, enseignants et cliniciens intéressés à en apprendre davantage peuvent consulter le manuel d'intervention de Frankel et Myatt (2003). Les résultats d'une étude suggèrent que les enfants avec TDA/H améliorent leurs comportements sociaux suite à ce programme selon les parents et les enseignants (Frankel, Myatt, Cantwell, et Feinberg, 1997), comparativement aux enfants avec TDA/H sur la liste d'attente. Il n'est pas clair si l'assignation aux deux conditions (programme CFT vs liste d'attente) a été randomisée, rendant ainsi impossibles les conclusions quant à l'efficacité de l'intervention. De plus, il demeure inconnu si CFT améliore l'acceptation sociale ou la présence, la qualité ou la stabilité de l'amitié, telles qu'évaluées par leurs pairs. Les parents et intervenants intéressés à en connaître davantage sur ce programme peuvent consulter le site web suivant <<http://www.semel.ucla.edu/socialskills>>

Program for Evaluation and Enrichment of Relational Skills (PEERS)

Malheureusement, selon nos connaissances actuelles, aucun programme d'intervention focalisé sur l'amitié n'a été développé pour les jeunes avec TDA/H qui éprouvent des difficultés d'amitié à l'âge préscolaire ou à l'adolescence. Or, les professeurs Elizabeth Laugeson et Fred Frankel de UCLA ont récemment révisé le programme CFT pour développer le *Program for Evaluation and Enrichment of Relational Skills* (PEERS ; Laugeson et Frankel, 2010) et ainsi l'adapter aux enfants d'âge préscolaire (4-6 ans) et aux adolescents (12-17) avec un trouble sur le spectre de l'autisme. La professeure Alyson Gerdes de l'université Marquette (Milwaukee, Wisconsin, États-Unis) et son équipe évaluent présentement l'efficacité de cette intervention auprès de jeunes de 11-17 ans avec TDA/H. Aucune équipe de recherche n'a à ce jour évalué l'efficacité du programme PEERS auprès des enfants d'âge préscolaire. Les parents et intervenants intéressés à en connaître davantage sur les adaptations du programme PEERS à l'âge préscolaire, à l'adolescence et à l'âge adulte ainsi que les résultats intrigants de l'implémentation réussie de ce programme pour les adolescents avec un trouble sur le spectre de l'autisme en milieu scolaire peuvent consulter le site web suivant <<http://www.semel.ucla.edu/peers>>

Parental Friendship Coaching (PFC)

Le PFC, a été développé par la professeure Amori Mikami de l'université de Colombie Britannique (Vancouver, Canada). Dans ce programme, Mikami *et al.* proposent l'idée novatrice que le parent soit l'*agent primaire du changement* dans les interventions focalisées sur l'amitié des enfants avec TDA/H (Mikami *et al.*, 2010). Inspiré des programmes d'entraînement aux habiletés parentales bien établis (par ex., MTA Cooperative Group, 1999), le PFC utilise plusieurs des mêmes stratégies parentales

de gestion comportementale, mais celles-ci sont spécialement adaptées aux habiletés sociales requises pour le développement de relations d'amitié positives chez les enfants. Le PFC s'inspire également du programme CFT décrit ci-haut et adopte entre autres la recommandation selon laquelle les parents doivent organiser des rencontres de jeu afin de faciliter les relations d'amitié de leur enfant. Le programme PFC consiste à 8 séances de groupe une fois par semaine impliquant le ou les parent(s) de cinq à six enfants avec TDA/H et deux cliniciens. Il est à noter que le programme PFC n'inclut aucune composante d'intervention directe avec les enfants. Les sessions sont manualisées et débutent par une revue des devoirs. Ensuite, les stratégies de coaching parental de la semaine sont expliquées avec des documents, des activités, des jeux de rôle et des visionnements vidéo des interactions entre les parents et leur enfant avec TDA/H. Les trois thèmes principaux du programme PFC ainsi que certains éléments représentatifs de son contenu sont : 1) établir les fondements du coaching parental efficace en améliorant la relation parent-enfant (par ex., moment spécial, écoute active, félicitations et rétroactions correctives efficaces); 2) enseigner à l'enfant des habiletés sociales spécifiques à l'amitié (par ex., choix des amis, aptitudes de jeu, gestion des émotions négatives); et 3) organiser des rencontres de jeu entre amis (par ex., créer des opportunités sociales, prévenir et gérer les conflits et l'ennui lors des rencontres de jeu).

Dans un essai randomisé contrôlé réalisé auprès de 62 enfants avec TDA/H âgés de 6-10 ans et 62 enfants contrôle, Mikami *et al.* évaluent l'efficacité du programme PFC comparativement à un groupe contrôle sans intervention. Les résultats de cette étude pilote permettent de constater une amélioration notable selon les parents au niveau des habiletés sociales des enfants et de la qualité de l'amitié lors des rencontres de jeu. Une amélioration de l'acceptation par les pairs et une diminution du rejet social sont également notées par les enseignants. La participation au programme PFC prédit également une augmentation des comportements facilitateurs de l'amitié et une diminution des critiques parentales durant l'interaction parent-enfant. Ces comportements parentaux semblent agir à titre de médiateur dans l'amélioration des problèmes de relations de pairs des enfants avec TDA/H. Ces résultats offrent un soutien initial à un modèle de traitement qui cible les comportements des parents pour favoriser le développement de relations d'amitié harmonieuses chez les enfants avec TDA/H (Mikami, Lerner, Griggs *et al.*, 2010). Mikami et Normand évaluent depuis septembre 2013 l'efficacité du programme PFC comparativement à un groupe contrôle actif dans un essai randomisé contrôlé auprès de 200 familles canadiennes anglophones et francophones de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec. Cette étude inclut entre autres un échantillon diversifié en termes de caractéristiques linguistiques et sociodémographiques, des mesures observationnelles des relations d'amitié des enfants avec TDA/H, des évaluations de la qualité de l'amitié, des mesures sociométriques complétées par les pairs et un suivi longitudinal. Les résultats sont attendus dès 2018. Si les résultats confirment que le programme PFC est utile à l'ensemble des familles de l'étude, Mikami et Normand seront en mesure de disséminer ce programme aux cliniciens et au grand public. ■

Références

Bagwell, C. L. & Schmidt, M. E. (2011). *Friendships in Childhood & Adolescence*. New York, NY: Guilford Press.

Bagwell, C.L., Molina, B.S.G., Pelham, W.E. Jr., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1285-1292. doi: 10.1097/00004583-200111000-00008

Bagwell, C. L., Schmidt, M. E., Newcomb, A. F., & Bukowski, W. M. (2001). Friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. In D. Nangle and C. Erdley (Eds), *The role of friendship in psychological adjustment. New directions for child and adolescent development*, 91, (p. 25-49). San Francisco, CA : Jossey-Bass Inc.

Blachman, D.R. & Hinshaw, S.P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 625-640.

Da Fonseca, D., Segulier, V., Santos, A., Poinso, F., Deruelle, C. (2009). Emotion understanding in children with ADHD. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 111-121. doi: 10.1007/s1057-008-0114-9.

Dishion, T. J., Andrews, D. W., & Crosby, L. (1995). Antisocial boys and their friends in early adolescence: relationship characteristics, quality and interpersonal process. *Child Development*, 66, 139-151. doi: 10.2307/1131196.

Erhardt, D., & Hinshaw, S. P. (1994). Initial sociometric impressions of hyperactive and comparison boys: Predictions from social behaviors and from nonbehavioral variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 833-842.

Frankel, F. & Myatt, R. (2003). *Children's Friendship Training*. New York, NY: Brunner-Routledge.

Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D. P. & Feinberg, D.T. (1997). Parent-assisted transfer of children's social skills training : Effects on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1057-1064. doi:10.1097/00004583-199708000-00013.

Greene, R. W., Biederman, J., Faraone, S. V., Sienna, M., & Garcia-Jetton, J. (1997). Adolescent outcome of boys with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 758-767.

Gresham, F. M., MacMillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L., & Forness, S. R. (1998). Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 393-406.

Harris, M.J., Millich, R., Johnston, E. M., & Hoover, D.W. (1990). Effects of expectancies on children's social interactions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 1-12. doi : 10.1016/0022-1031(90)90058-T.

Heiman, T. (2005). An examination of peer relationships of children with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology International*, 26, 330-339. doi:10.1177/0143034305055977.

Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714-734. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456.x

Hodges, E. V. E., Boivin, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. M. (1999). The power of friendship: Protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology, 35*, 94-101.

Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., ... Arnold, L.E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 411-423. doi:10.1037/0022-006X.73.3.411

Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., ... Wigal, T. (2005). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 74-86.

Jensen, P. S., Martin, D. & Cantwell, D. P. (1997). Comorbidity in ADHD: implications for research, practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1065-1079. doi: 10.1097/00004583-199708000-00014

Ladd, G. W., Kochenderfer, B. J., & Coleman, C. C. (1996). Friendship quality as a predictor of young children's early school adjustment. *Child Development, 67*, 1103-1118.

Laugeson, E. A., & Frankel, F. (2010). *Social skills for teenagers with developmental and autism spectrum disorders: The PEERS manual*. New York, NY: Routledge.

Maedgen, J.W. & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 30-42. doi : 10.1207/S15374424jccp2901_4

Marshal, M. P., Molina, B. S. G., & Pelham, W. E., Jr. (2003). Childhood ADHD and adolescent substance use: An examination of deviant peer group affiliation as a risk factor. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*, 293-302. doi:10.1037/0893-164X.17.4.293

Marton, I., Wiener, J., Rogers, M., Moore, C., & Tannock, R. (2009). Empathy and social perspective taking in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 107-118. doi : 10.1007/s10802-008-9262-4.

Marton, I., Wiener, J., Rogers, C. & Moore, C. (2012). Friendship characteristics of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. doi: 10.1177/1087054712458971

Melnick, S. M. & Hinshaw, S. P. (1996). What they want and what they get: The social goals of boys with ADHD and comparison boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 169-185. doi: 10.1177/108705479700200114.

Mikami, A. Y. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the challenge of social exclusion. Dans DeWall, N.C. (Eds.), *The Oxford Handbook of Social Exclusion* (p. 228-237). doi: 10.1093/oxfordhb/9780195398700.013.0021.

Mikami, A.Y. (2010). The importance of friendship for youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review, 20*, 2810-2817. doi : 10.1007/s10567-010-0067-y.

Mikami, A.Y., & Lerner, M.D. (2014, November). Components predicting treatment response in a classroom intervention for peer problems among children with ADHD. In Jenelle Nissley-Tsiopinis and Thomas Power (Chairs), *Moderators, mediators, and predictors of psychosocial treatment response among children and youth with ADHD*. Symposium conducted at the 48th Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Philadelphia, PA.

- Mikami, A.Y., Griggs, M.S., Lerner, M.D., Emeh, C.C., Reuland, M.M., Jack, A., & Anthony, M.R. (2013). A randomized trial of a classroom intervention to increase peers' social inclusion of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 100-112. doi:10.1037/a0029654.
- Mikami, A.Y., Jack, A., Emeh, C.C., & Stephens, H.F. (2010). Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Relationships between parent behaviors and child peer status. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 721-736. doi:10.1007/s10802-010-9393-2.
- Mikami, A. Y., Lee, S. S., Hinshaw, S. P. & Mullin, B. C. (2008). Social information processing biases and aggression among adolescent girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Youth and Adolescence, 37*, 761-771. doi:10.1007/s10964-007-9237-8.
- Mikami, A.Y., Lerner, M.D., Griggs, M.S., McGrath, A., & Calhoun, C.D. (2010). Parental influence on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: II. Results of a pilot intervention training parents as friendship coaches for children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 737-749. doi: 10.1007/s10802-010-9403-4.
- Mikami, A.Y., Lerner, M.D., & Lun, J. (2010). Social context influences on children's rejection by their peers. *Child Development Perspectives, 4*, 123-130. doi:10.1111/j.178606.2010.00130.x.
- Mrug, S., Hoza, B., & Gerdes, A. C. (2001). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: peer relationships and peer-oriented interventions. Dans D. Nangle & C. Erdley (Eds.), *New Directions for Child and Adolescent Development: The Role of Friendship in Psychological Adjustment, 91*. (p 51-77). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1073-1086.
- Normand, S., Schneider, B., Lee, M.D., Maisonneuve, M.F., Kuehn, S., & Robaey, P. (2011). How do children with ADHD (mis)manage their real-life dyadic friendships? A multi-method investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 293-305. doi: 10.1007/s10802-010-9450-x.
- Normand, S., Schneider, B. H., Lee, M. D., Maisonneuve, M.-F., Chupetlovska-Anastasova, A., Kuehn, S. M., & Robaey, P. (2013). Continuities and changes in the friendships of children with and without ADHD: a longitudinal, observational study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*, 1161–1175. doi:10.1007/s10802-013-9753-9.
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A critical review of self-perceptions and the positive illusory bias in children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*, 335–351. doi:10.1007/s10567-007-0027-3.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin, 102*, 357-389.
- Rubin, K.H., Bukowski, W., & Parker, J. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. Dans N. Eisenberg (Ed), *Handbook of Child Psychology (6th edition): Social, emotional, and personality development*. (p. 571-645). New York, NY: Wiley.
- Storebø, O.J., Skoog, M., Damm, D., Thomsen, P.H., Simonsen, E., Gluud, C. (2011). Social skills training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, 12. doi: 10.1002/14651858.CD008223.pub2.

Uekermann, J., Kraemer, M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B.G., Hebebrand, J., Daum, I.,...Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(5), 734-743.

Vitaro, F., Tremblay, R. E., Kerr, M. A., Pagani-Kurtz, L., & Bukowski, W. M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development. *Child Development*, 68, 676-689.

Whalen, C. K., Henker, B., Dotemoto, S., & Hinshaw, S. P. (1983). Child and adolescent perceptions of normal and atypical peers. *Child Development*, 54, 1588-1598.

