



Quels conseils éducatifs et pédagogiques à destination des parents d'enfants présentant un Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité ?

J. Marquet-Doléac*, J. Corraze

* Institut de Formation en Psychomotricité, Université Paul Sabatier, Toulouse

RÉSUMÉ

La prise en charge centrée sur l'enfant est incontournable mais, pour viser l'automatisation et la généralisation des stratégies adaptatives, les parents ont un rôle majeur à prendre dans le suivi. Être parent est un rôle à part entière et être parent d'un enfant présentant un TDA/H est un rôle différent. Les stratégies éducatives classiques n'ont pas ou que peu d'efficacité pour obtenir l'adhésion de leur enfant. Le thérapeute fournit des outils pertinents dans le cadre du TDA/H mais accompagne les familles dans l'apprentissage de leur usage. La guidance parentale permet à chaque famille en difficulté, lorsque les conditions sont réunies, de faire face aux défis du quotidien permettant une proposition de milieu apaisé dans lequel l'enfant TDA/H pourra mieux s'épanouir en évitant d'accentuer sa symptomatologie. Après avoir présenté les points théoriques essentiels au thérapeute, une fiche à destination des parents ou éducateurs est proposée.

MOTS-CLÉS

TDA/H, guidance parentale, adhésion, modèle coercitif, apprentissage

L'immense majorité des enfants se développe sans rencontrer de difficulté insurmontable pour eux ou leur environnement proche. Le cadre éducatif proposé à un enfant TDA/H ne peut être identique à celui proposé aux enfants normotypiques.

Certains comportements seraient en lien avec un plus haut risque de trouble comportemental ou émotionnel^[1,2] : l'absence de relations sécurisantes ou chaleureuses avec des parents, des pratiques éducatives variables, punitives ou inflexibles, une surveillance inadéquate et un manque d'engagement avec l'enfant. Lorsque la prise en soin est orientée vers les parents, les échanges parents-enfants sont améliorés par atténuation des troubles du comportement de l'enfant mais également par la diminution des mauvais traitements de l'enfant^[3,4].

Patterson^[5] développe un modèle coercitif parental (Figure 1, page suivante) qui met en lien les parents, leur éducation,

l'environnement, et l'enfant. Le cumul de défaillances de ce système serait responsable des troubles de comportement.

Charlier et Clément^[6] adaptent ce modèle au TDA/H (Figure 2, page suivante). Ici, ce sont les effets péjoratifs de la symptomatologie du TDA/H sur les relations familiales qui entraîneraient des pratiques éducatives inadaptées créant le maintien des comportements inadaptés de l'enfant.

Du côté des parents, Patterson^[7] relève 5 domaines distincts d'habiletés parentales :

1. La discipline.
2. Les capacités d'encouragement et de renforcement.
3. La surveillance.
4. Les compétences de résolution de problème.
5. L'implication parentale.

Du côté de l'enfant, Célestin^[8] pointe 5 difficultés inhérentes au TDA/H en cause dans les défauts d'interaction :

1. La planification permet l'anticipation des conséquences des actes; l'enfant TDA/H présente un jugement et un contrôle de ses comportements déficients.
2. La sélection de sa réponse vise une adéquation entre les attentes du milieu et les possibilités de l'enfant; dans le TDA/H la sélection n'est pas pensée.
3. L'inhibition permet de contrôler l'émission de comportements inadaptés; le sujet TDA/H présente des réactions désinhibées.
4. La continuité permet la stabilité des émotions et des comportements; ces enfants font preuve d'une importante variabilité comportementale et émotionnelle.
5. Le rétro-contrôle correspond à la conscience de soi et des effets sur le milieu; l'enfant TDA/H présente une sensibilité faible aux feedbacks et aux renforcements.

Il existe à ce jour un grand nombre de méthodes plus ou moins valides dans la prise en charge des familles d'enfant avec des troubles du comportement. Des études de validité ont été menées^[9-11] (voir [12] pour une revue de littérature).

■ **Psychomotricité**

Figure 1 – Traduction du Modèle Coercitif familial de Patterson (1982).

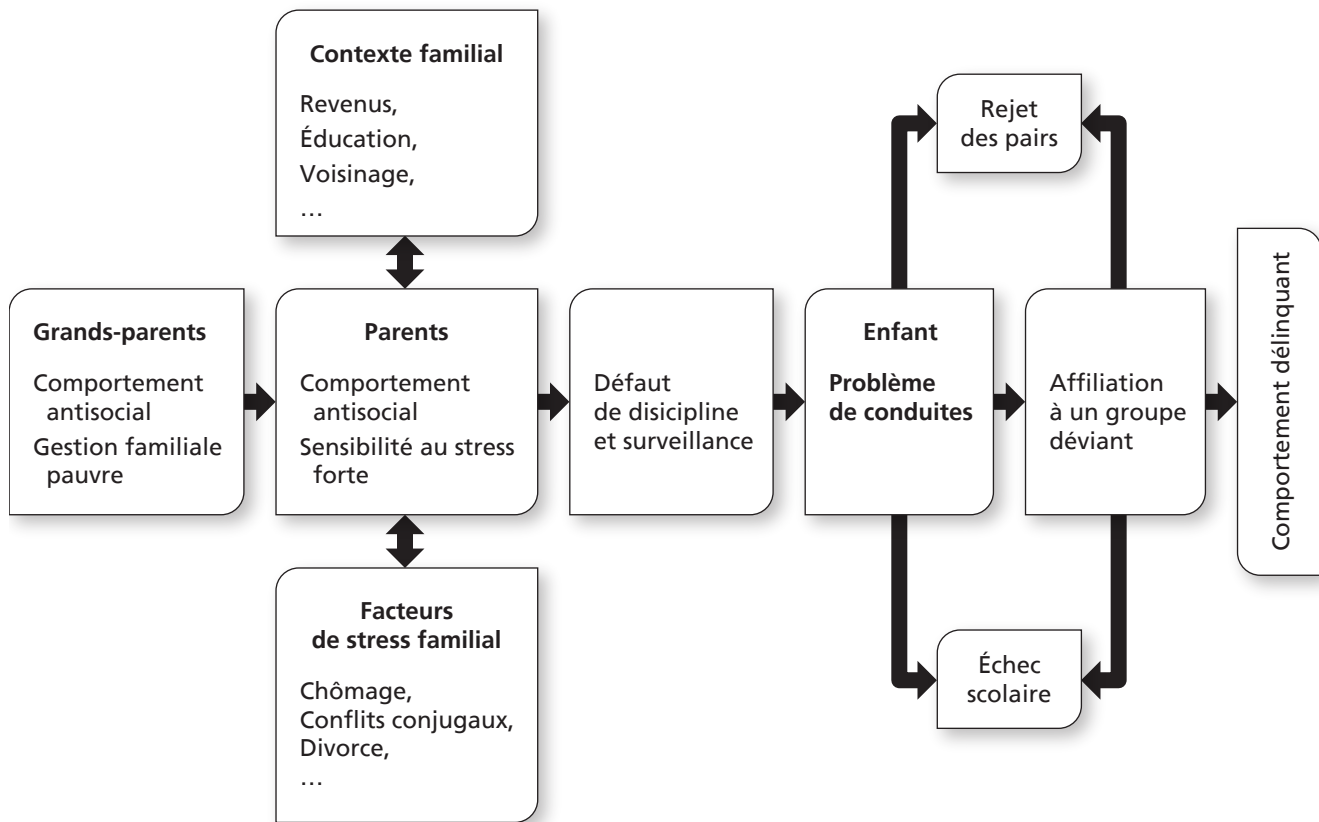
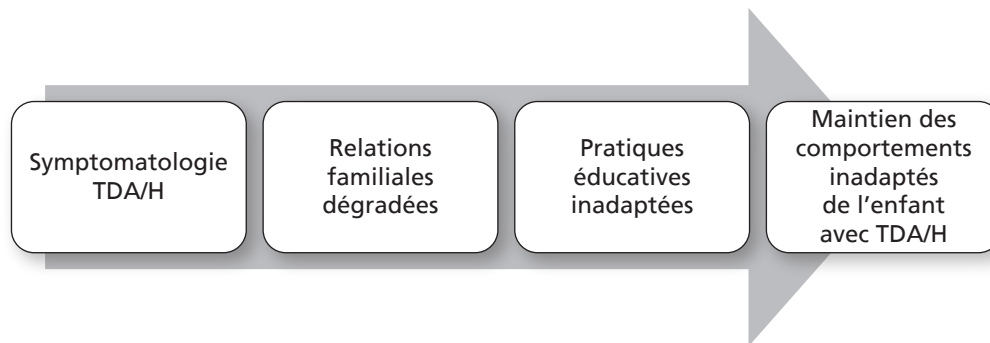


Figure 2 – Modèle de Patterson appliqué au TDA/H [6].



Les indicateurs utilisés majoritairement dans ces études sont les comportements des enfants, le bien-être des parents et les relations avec les pairs ou la fratrie.

Dans ces méthodes, certaines ont une approche généraliste, orientées vers les troubles du comportement. La méthode « *Incredible Years* » de Carolyn Webster-Stratton [13] vise l'analyse et la résolution de problèmes. Elle consiste à visionner des vidéos traitant de différents comportements problématiques ainsi que des réponses adaptées. Ces films sont commentés,

servent de point de départ à l'élaboration d'une réponse éducative adaptée, puis les participants mettent cette réponse en application par le biais de jeux de rôles.

Kazdin [14] s'inspire des travaux de Patterson et propose un programme le « *Parent Management Training* » élaboré pour les parents d'enfants présentant de l'opposition, de l'agressivité ou un trouble des conduites. Il se base sur les principes de l'apprentissage social de Bandura [15] pour développer des comportements prosociaux et diminuer les troubles

comportementaux. Le point central de cette approche est le « comment apprendre », le parent est réellement positionné comme un éducateur à qui il faut apprendre des techniques.

Le Triple P (*Positive Parenting Program*) est une approche psycho-sociale de prévention des troubles du comportement émotionnels ou développementaux chez l'enfant développée par Sander^[16] en Australie. Ce programme se décline d'une simple campagne d'information tout public (niveau 1) à des pratiques avancées intensives dans des cas de troubles majeurs (niveau 5).

Un programme spécifique au TDA/H et le plus répandu en France^[17] est le programme de Barkley. C'est une méthode groupale condensée en 10 séances. La cible de ce programme est la non-adhésion de l'enfant et l'explication des méthodes et techniques efficaces avec des enfants présentant un TDA/H. Il vise également le changement de regard des parents sur leur enfant, préalable à toute action visant un changement comportemental durable.

En 2014, les recommandations de la Haute Autorité de Santé dans le rapport « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité » insistent sur l'intégration de la famille dans le dispositif de soin des enfants susceptibles de présenter un TDA/H. Les conduites des parents ont un effet majeur sur le développement de l'enfant^[18]. Ces prises en charge de type guidance sont regroupées sous l'appellation de Programme d'Entraînement aux Habiletés parentales. Deux modes de présentation sont retrouvés dans la littérature : une approche individuelle ou groupale. La logique de soin reste la même quelle que soit l'approche choisie. Le travail individuel permet en première approche de s'ajuster au rythme des parents, répondre à des besoins spécifiques. Le groupe, lui, permet un soutien par les pairs rencontrant des situations de vie similaires, un apprentissage par imitation.

Un certain nombre de conditions sont nécessaires à la réussite de tels programmes : la détermination des comorbidités^[6]; l'exclusion des psychopathologies parentales graves^[19]; une bonne alliance du couple^[20].

Dans ce système interactif, deux versants sont à considérer : les conduites éducatives pertinentes avec les enfants présentant un TDA/H et les capacités d'autocontrôle des parents.

Barkley^[21] insiste sur le fait que des modifications comportementales sont plus faciles en récompensant les comportements adaptés qu'en punissant les non-adaptés. Il pointe l'importance d'avoir des réponses parentales cohérentes et que ces parents sont omnipotents, se sont eux qui fixent les règles et leurs décisions sont définitives.

Dans toutes ces approches, deux angles d'approche sont intriqués et essentiels : à savoir les conduites éducatives centrées sur l'enfant et celles centrées sur les parents.

Tous les principes éducatifs et pédagogiques suivants sont des principes généraux issus de la littérature spécialisée dans la guidance familiale des enfants présentant un trouble du comportement ou un TDA/H.

Conduites éducatives centrées sur l'enfant

La tentative ou tentation de rester sur des schémas classiques éducatifs est vouée à un échec certain. Ces conduites auront en plus un effet aggravant car elles sont source de la mise en place de conduites inadaptées auxquelles l'enfant répondra par l'émergence de symptômes. Ainsi, des cercles vicieux vont s'installer au quotidien et devenir de véritables entraves à toute évolution positive de l'enfant.

De ces schémas, un certain nombre de principes doit être dégagé. Lorsqu'un enfant ne fait pas, fait partiellement, ne fait pas selon des attentes parentales, ou même ne fait pas dans le temps optimal, le parent peut présenter un comportement de substitution : il fait à la place. Cela est contraire au principe d'apprentissage qui nécessite des essais, des erreurs et des corrections afin d'installer un comportement mature quel qu'il soit. La conduite la plus adaptée à mettre en place est un accompagnement face aux contraintes imposées : un guidage ainsi qu'une attention positive. Le rôle d'éducateur comprend une notion de « surveillance » qui correspond à une attention continue bienveillante portée sur l'acte réalisé. Il comprend également un guidage : l'adulte sera présent à chaque étape de maturation du comportement. Il paraît crucial de ne pas oublier comment l'adulte peut accompagner l'enfant dans un apprentissage. Cela paraît totalement évident lors de l'apprentissage du vélo, de la marche ou comment lancer un frisbee, mais ce n'est plus le cas lorsqu'il s'agit de ranger sa chambre, organiser son cartable ou encore faire sa toilette. Si l'adulte adopte un comportement pédagogique face à tout apprentissage comportemental, associant patience et encouragements, l'enfant présentant un TDA/H pourra alors expérimenter de façon positive le rôle d'apprenant et finira par automatiser des patrons de comportements.

Chacun de ces comportements à apprendre doit être clairement défini, justifié et cadré dans le temps. Des étapes peuvent être découpées par l'adulte afin d'en faciliter l'accès. Ces subdivisions vont permettre à l'enfant d'avoir des buts intermédiaires à atteindre et donc aider au maintien de sa motivation.

Dans les cas où l'enfant ne peut comprendre l'insistance de l'adulte à lui faire réaliser un acte éloigné de ses capacités, il peut en venir à considérer l'adulte comme un « tyran » et développer un comportement de dépit : l'enfant peut alors agir à l'inverse de ses propres intérêts uniquement dans le but de s'opposer à l'adulte et maîtriser ainsi la situation. Ici, peuvent se trouver des indices quant à l'origine d'un trouble oppositionnel avec provocation, comorbidité fréquemment rencontrée dans le cadre d'un TDA/H.

Tous les éléments précités vont concourir à modifier l'état mental affectif de l'enfant. Cet état va se caractériser par une incapacité acquise, l'enfant se croit incapable de réaliser ce que l'on attend de lui et cherchera à éviter ces situations. Il aura tendance à appliquer à ses échecs le prisme de cette incapacité. Alors, une image de soi négative émerge, pouvant se transformer à terme en humeur dépressive.

À propos de l'état mental cognitif, ce syndrome agrège un ensemble de difficultés majeures à effet de majoration

■ Psychomotricité

réciroque. À l'instar de Barkley et de son modèle hybride^[22], la difficulté première est l'incapacité d'inhibition de la réponse automatique – pensée ou acte moteur – témoignant de l'impossibilité à gérer les stimulations multiples et non pertinentes du milieu, de la difficulté à différer une récompense ou à faire preuve de patience pour attendre son tour. Une autre difficulté impactant bon nombre de compartiments de la vie du sujet est le maintien en mémoire d'une information afin de l'utiliser dans l'action en cours^[23]. Troisièmement, le temps d'attention que peut fournir l'enfant est réduit et cela d'autant plus si la motivation générée par l'acte lui-même est faible^[24]. Finalement, les difficultés de planification se reflèteront dans les capacités d'organisation et de coordination spatio-temporelle des éléments nécessaires à l'action.

Afin d'améliorer les effets des actions éducatives, il convient donc de mettre en pratique un certain nombre d'outils reconnus pour leur efficacité avec ces enfants-là. La première intervention incontournable est la pratique du renforcement positif. Ce renforcement doit porter sur un aspect positif de l'acte accompli, il n'est donc pas nécessaire d'attendre d'obtenir le comportement mature et fonctionnel mais au contraire, il convient de valoriser tous les aspects qui tendent vers le comportement recherché. Cela peut concerner l'intention, la motivation, la persévérance ou encore une partie de l'action correctement réalisée. Ces messages positifs doivent suivre rapidement l'émission du comportement et être clairement attribués à l'enfant : c'est par sa concentration, ses efforts que l'amélioration est constatée.

Au-delà des renforcements, il faut fournir à l'enfant des stratégies cognitives qu'il n'a pu élaborer seul. L'enfant doit essayer de s'appliquer des méthodes telles que :

- Garder son calme face à une situation problème et ne surtout pas verser dans le négativisme, risque d'évitement ou d'échec.
- Découper la tâche en plusieurs éléments simples à réaliser.
- Gérer le temps de travail et ne prévoir que des périodes courtes permettant des interruptions ne nuisant pas au comportement finalisé.
- Matérialiser le temps imparti par un *timer*.
- Chercher à réduire les émotions en apportant une aide extérieure dans la régulation des manifestations de ces émotions, pouvoir verbaliser sur ses états internes et également offrir des temps ou des lieux de récupération. Ici, l'adulte doit être vigilant pour détecter les signes précurseurs et ne pas attendre l'explosion émotionnelle pour agir.
- Varier au maximum les canaux d'apprentissage, notamment dans la mise en jeu de la mémoire de travail à l'aide de moyens mnémotechniques, d'ajout de schémas ou de sons en association.
- Utiliser des échelles de récompense. Ce système de récompense permet l'externalisation de la source de motivation. Cela revient à créer une association entre l'action finalisée et la récompense, l'enfant doit être fier de l'action réalisée et non uniquement satisfait de la récompense. Il conviendra

de rester vigilant à amener la source de motivation extérieure à la tâche vers la satisfaction d'accomplissement de cette dernière.

Conduites éducatives centrées sur le(s) parents

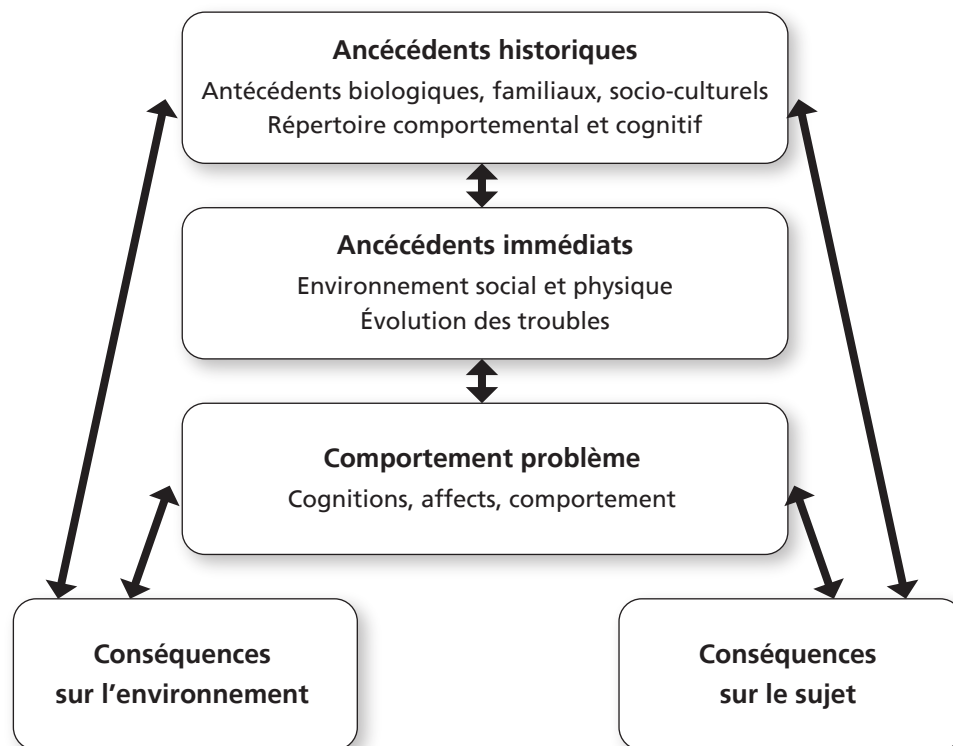
Trois domaines sont à appréhender du côté de l'adulte : les cognitions, les émotions et la communication. Concernant les états mentaux cognitifs de l'adulte, des stratégies de résolution de problèmes doivent être mise en place. L'outil adapté à cette situation est l'analyse fonctionnelle^[25] – modèle ABC (*Antecedents, Behaviour, Consequences*) – qui permet une analyse fine des conditions antérieures à l'émergence du comportement ou situation problème, du comportement émis par l'enfant ainsi que les conséquences pour l'enfant (Figure 3, page suivante). L'analyse systématique face à une situation problème des trois niveaux permet de dégager les conditions les plus favorables à l'émergence du bon comportement, les étapes de mise en place fonctionnelle du comportement assorties de conséquences cohérentes permettant une auto-matisation dudit comportement.

Pour les états émotionnels, à l'instar de l'enfant, le parent se doit de mettre en place des stratégies opérantes afin de réguler ses émotions notamment dans l'interaction avec leur enfant. Une analyse de ses états internes préalables peut aider à différer ou adapter les demandes à venir. Si le parent juge qu'il ne peut pas rentrer dans des demandes adaptées, il devra trouver dans le milieu des systèmes de relais : un parent revenant de son travail après une journée particulièrement pénible ou stressante pourra difficilement proposer un temps de d'accompagnement aux devoirs à son enfant ; il conviendra donc de trouver une aide auprès de l'autre parent, d'un voisin, ou encore d'un des aînés de la fratrie.

La forme de communication réfléchie et respectueuse aidera à l'adhésion de l'enfant. Certains principes sont assez incontournables avec les enfants atteints d'un TDA/H : la demande doit être nominative, directe (en face de lui et non depuis l'autre bout de la maison), protégée des interférences (interrompre toute activité au moment des consignes, pour l'enfant et pour l'adulte), à réaliser au moment où la consigne est donnée, unique (si plusieurs étapes doivent être précisées, ne les donner qu'une après l'autre), de forme adapté (ce n'est pas un ordre impératif « fais ton lit ! » ni une question cordiale « voudrais-tu faire ton lit ? », opter plus pour de la fermeté bienveillante « s'il te plait, je veux que tu ailles faire ton lit maintenant »).

Interagir, élever ou éduquer un sujet présentant un TDA/H demande des connaissances spécifiques sur cette pathologie, sur les méthodes éducatives efficaces mais également de pratiquer de réels efforts et cela au long cours. L'adulte doit explicitement endosser son rôle éducatif, penser à ses actes, ses cognitions ainsi que ses communications. Rendre explicite l'implicite est un passage obligé vers une relation familiale harmonieuse et apaisée. Une fiche est proposée à la suite à destination des familles.

Figure 3 – Modèle rétroactif de Fontaine et Ylief (1981) [25].



RÉFÉRENCES

- 1 Coie J.D., Lenox K.F. The development of antisocial individuals. In: D.C. Fowles, P. Sutker & S.H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research*. Springer. New York. 1994:45-72.
- 2 Loeber R., Farrington D.P. Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. *Stud. Crime Crime Prevent.*, 1998;7(1):7-30.
- 3 Barlow J., Powell L., Gilchrist M. The influence of the training and support programme on the self-efficacy and psychological well-being of parents of children with disabilities: A controlled trial. *Complement Ther. Clin. Pract.*, 2006;12(1):55-63.
- 4 Piquero A.R., Farrington D.P., Welsh B.C., Tremblay R., Jennings W.G. Effects of early family/parenting programs on antisocial behavior and delinquency. *J. Exp. Criminol.*, 2009;5(2):83-120.
- 5 Patterson G.R. *Coercive family process*. Eugene. Castilia. OR. 1982.
- 6 Hauth-Charlier S., Clément C. Formation aux habiletés parentales et dynamiques familiales dans le contexte du TDAH. In: C. Clément (Ed.), *Le TDAH chez l'enfant et l'adolescent*. De Boeck-Solal. Paris. 2013:107-34.
- 7 Patterson G.R. The next generation of PMTO models. *Behav Ther.*, 2005; 28(2):25-32.
- 8 Celestin-Westreich S., Celestin L.P. Ajustements cognitivoémotionnels familiaux face au Trouble Déficit de l'Attention et Hyperactivité (TDAH). *Ann Med Psychol.*, 2008;166(5):343-9.
- 9 Anastopoulos A.D., Shelton T.L., DuPaul G.J., Guevremont D.C. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 1993;21(5):581-96.
- 10 Barkley R.A. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J. Clin. Psychiatry*, 2002;63:36-43.
- 11 Vaziri S., Kashani F.L., Sorati M. Effectiveness of family training in reduced symptoms of the children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Procedia Soc. Behav. Sci.* 2014; 128:337-42.
- 12 Montoya A., Colom F., Ferrin M. Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *Eur. Psychiatry*, 2011;26(3):166-75.
- 13 Webster-Stratton C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1984; 52(4):666-78.
- 14 Kazdin A.E. Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997;36(10):1349-56.
- 15 Bandura A. *L'apprentissage social*. Mardaga. Bruxelles. 1980.
- 16 Sanders M.R. Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.*, 1999;2(2):71-90.
- 17 Saiag M.C., Bioulac S., Bouvard M. *Comment aider mon enfant hyperactif*. Odile Jacob. Paris. 2007.
- 18 Collins W.A., Maccoby E.E., Steinberg L., Hetherington E.M., Bornstein M.H. Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *Am. Psychol.*, 2000;55(2):218-32.
- 19 Barkley R.A., Shelton T.L., Crosswait C., Moorehouse M., Fletcher K., Barrett S., ..., Metevia L. Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post-treatment. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 2000;41(3):319-32.
- 20 Fabiano G.A., Pelham J., William E., Waschbusch D.A., Gnagy E.M., Lahey B.B., Chronis A.M., ..., Burrows-MacLean L. A practical measure of impairment: psychometric properties of the impairment rating scale in samples

■ Psychomotricité

of children with attention deficit hyperactivity disorder and two school-based samples. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 2006;35(3):369-85.

- 21 Barkley R.A. *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. Guilford Press. New York, NY. 2013.
- 22 Barkley R.A. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull.*, 1997; 121(1):65-94.

- 23 Rapport M.D., Chung K.M., Shore G., Isaacs P. A conceptual model of child psychopathology: Implications for understanding attention deficit hyperactivity disorder and treatment efficacy. *J. Clin. Child Psychol.*, 2001; 30(1):48-58.
- 24 Sonuga-Barke E.J. Psychological heterogeneity in AD/HD – a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behav. Brain Res.*, 2002;130(1):29-36.
- 25 Fontaine O., Cottraux J., Ladouceur R. *Cliniques de thérapie comportementale*. Mardaga. Bruxelles. 1989.

Questions à choix multiples

1. Quels objectifs thérapeutiques vise la guidance parentale ?
 - a) La gestion de soi
 - b) La résolution des problèmes quotidiens en groupe
 - c) L'acquisition de techniques aidant leur enfant au quotidien
2. Le principe premier des approches familiales est :
 - a) Le renforcement des comportements adaptés
 - b) Des sanctions adaptées à chaque situation
 - c) L'acquisition de techniques de contrôle de l'enfant

Réponses : 1. a) b) – 2. a) b)

Absence de liens d'intérêts déclarés par les intervenants

Conseils pour parents d'enfants TDA/H

(J. Marquet-Doléac, J. Corraze)

Votre enfant présente un TDA/H. Ses troubles représentent de véritables embûches pour lui mais aussi pour ceux qui l'entourent.

Cette fiche vous servira de rappel des principes utiles et efficaces dans le cadre d'un TDA/H.

Comment gérer votre enfant ?

Changer votre mode de fonctionnement : votre façon de faire ne fonctionne pas ou pas suffisamment. Il est impératif de **penser à votre façon d'être et de faire**.

Votre enfant fait partiellement ou ne fait pas une action de la façon dont vous l'attendiez (trop lent, pas assez précis...) :

- **Ne surtout pas faire à sa place** ; au contraire, laissez-le se tromper, laissez-lui du temps pour acquérir un comportement adapté.
- Vous fournirez une aide guidée avec une **attention positive**, votre attention doit être continue dans les premiers temps d'apprentissage d'un comportement.
- Vous l'encouragerez par des **commentaires positifs et fréquents**, voire des récompenses immédiates suite au comportement attendu.

➤ Votre enfant pourra alors expérimenter positivement un apprentissage et pourra l'automatiser.

Certains de ses troubles vont être incompatibles avec plusieurs de vos attentes. Vous devez les compenser en lui **donnant des aides** :

- Pour la **mémorisation**, des aide-mémoires, des listes de choses à ne pas oublier.
- Pour la **gestion du temps**, fournir un **timer** pour voir le passage du temps et avoir conscience de la fin de l'activité, utiliser un planning pour le quotidien.
- Pour la **planification**, des fiches indiquant les étapes à suivre (à l'image d'une recette de cuisine), votre enfant aura des buts intermédiaires et pourra rester motivé.
- Pour l'**inattention**, réduire au maximum les éléments distrayeurs.

Le débordement émotionnel est souvent présent et aura un impact négatif sur les actions de votre enfant. Plusieurs aides sont possibles :

- Le soutenir afin qu'il **garde son calme** face à un problème, éviter le négativisme entraînant évitement ou échec.
- **Réduire les émotions**, l'aider à verbaliser ses états internes, lui offrir des temps ou des lieux de récupération. Soyez vigilant à détecter les signes précurseurs et ne pas attendre l'explosion émotionnelle pour agir.

Comment vous gérer face à votre enfant ?

Dans les relations avec votre enfant, il faut penser à trois domaines : vos pensées, vos émotions et votre communication.

Chaque situation difficile vécue doit être envisagée comme une situation problème qu'il faut chercher à résoudre. Trois étapes essentielles à prendre en compte :

- 1) Analyser les **conditions antérieures** au problème. Les conditions étaient-elles réunies pour la réussite de ce comportement ?
- 2) Décrire le comportement produit en termes de fréquence, durée, intensité.
- 3) Analyser les **conséquences** obtenues pour votre enfant et pour vous ; être particulièrement attentif aux bénéfiques que votre enfant peut retirer d'un comportement inadapté.

Les relations difficiles créent des réactions émotionnelles. Afin que votre enfant ait des stratégies de régulation, vous devez pouvoir servir de modèle.

- Avant toute demande, assurez-vous de votre état **émotionnel** (après une journée particulièrement pénible ou stressante, vous pourrez difficilement proposer un temps de devoir serein à votre enfant).
- Pratiquez un temps de **retour au calme** à l'aide d'exercices de respiration, relaxation, activité plaisante...
- Si cela ne suffit pas, cherchez dans le milieu des **systèmes de relais** (conjoint, famille, amis).
- Évitez les punitions sous le coup de la colère, différez la conséquence ou appuyez-vous sur des **règles de vie préétablies** et matérialisées.
- Trouvez **des temps pour vous** (soirée, week-end).
- **N'oubliez pas d'oublier**. Ne restez pas campé sur des situations passées.

Vos attentes sont très claires dans votre tête mais les exprimez-vous aussi nettement à votre enfant ?

- La **politesse** et le **respect** doivent être au premier plan. Commencez une demande par « s'il te plaît ».
- La **demande doit être claire**, sans sous-entendus, avec des mots et des phrases simples, à réaliser au moment où vous faites la demande. N'utilisez pas la forme interrogative.
- Découpez la tâche en **plusieurs étapes** et ne donnez les étapes qu'une à la fois.
- Utilisez des **échelles de récompense**, les gains seront une source de motivation. Pensez à associer les récompenses à des pensées sur la satisfaction de la réussite.
- Si vous persistez dans une demande inadaptée ou impossible à réaliser, votre enfant risque de mettre en place des comportements d'opposition pouvant se généraliser.

En suivant ces conseils, vous pourrez reprendre un contrôle sur les relations avec votre enfant. N'oubliez pas que vous n'êtes pas responsable de son TDA/H mais lui non plus. Grâce à vos efforts, orientés selon les principes énoncés au-dessus, vous pourrez fournir à votre enfant un cadre favorable et serein à ses apprentissages de comportements adaptés.