

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION DES CHANGEMENTS SUR LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL ET SES  
DIMENSIONS AFFECTIVES CHEZ LES PARENTS D'ENFANT AYANT UN TDA/H À LA  
SUIITE D'UN PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT AUX HABILITÉS PARENTALES

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CAROLE-ANN COLLIN

FÉVRIER 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je ne pourrais jamais assez démontrer ma reconnaissance et mon affection envers ces personnes pour leur aide et leur soutien tout au long de mon cheminement doctoral.

Tout d'abord, j'aimerais remercier infiniment ma directrice Julie Leclerc pour m'avoir fait confiance et m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon rêve de devenir psychologue. Ta disponibilité, ta gentillesse et ton écoute m'ont accompagné et guidé dans chacune des étapes. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec toi.

Je souhaite aussi remercier les intervenantes de l'Association PANDA pour votre collaboration à mon étude. Vous m'avez permis avec tant de gentillesse de venir faire mon recrutement dans les groupes de parents que vous animiez, et ce, pendant trois ans. Vous avez cru à l'importance de cette recherche et vous êtes resté disponible pour répondre à mes questions. Mes remerciements vont également à tous les parents qui ont accepté de participer à cette étude malgré votre vie familiale bien remplie. Votre aide a été plus qu'appréciée.

Je me dois de remercier grandement mes collègues du laboratoire LETOPE : Mélyane, Mathieu, Gabrielle, Annie, Catherine, Juliette, Mélanie, Audrey, Joanie, Maude, Marc-André, Lysandre, Coralie et Méliza. Merci pour tous vos conseils et vos commentaires tout au long de mon parcours doctoral. Merci pour les discussions, les fous rires et les 5 à 7. Plusieurs d'entre vous sont devenus de très bons amis.

Aussi, mon doctorat n'aurait pas été le même sans mes amies Joëlle et Karen. Nous avons été ensemble tout au long de cette aventure depuis le jour 1. Et quel plaisir nous avons eu ! Merci pour votre soutien, tous les fous rires et votre amitié.

De manière plus personnelle, je remercie (et le mot est faible) mes parents et mon frère qui m'ont aimé, encouragé, motivé et soutenu, afin de me permettre de faire mon doctorat en psychologie. Vous n'avez jamais douté de moi et avez toujours su que j'étais dans le bon domaine. J'ai ressenti votre fierté à chacune des étapes et j'ai toujours agi dans ce sens. Je vous aime de tout mon cœur.

Finalement, merci à mes amies Laurence, Michaëla, Gabrielle, Mariam, Laura et Chloé pour votre soutien considérable. Notre amitié dure depuis plus de 10 ans et se poursuivra pour toute la vie. Tout au long de mon doctorat, vous m'avez soutenu, encouragé et souvent aidé à poursuivre. Je vous aime comme des sœurs.

Je me considère chanceuse d'avoir été aussi bien entourée pour accomplir la plus grande réalisation de ma vie. C'est un nouveau chapitre qui commence et je le débute avec joie.

## DÉDICACE

À ces familles qui vivent au quotidien avec le TDA/H.

Aux intervenants de l'Association PANDA qui  
soutiennent et interviennent auprès de ces familles  
avec bienveillance et professionnalisme.

À mon loup.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
DÉDICACE.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	x
RÉSUMÉ.....	xi
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 RECENSION DES ÉCRITS.....	4
1.1 Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité .....	4
1.1.1 Manifestation des symptômes du TDA/H.....	5
1.1.2 Étiologie du TDA/H.....	6
1.1.3 Troubles concomitants au TDA/H .....	7
1.1.4 Conséquences psychosociales pour l'enfant .....	8
1.1.5 Caractéristiques et conséquences psychosociales pour les parents.....	9
1.2 Fonctionnement familial.....	11
1.3 Les stratégies d'adaptation de la famille .....	14
1.4 Programme d'entraînement aux habiletés parentales .....	15
1.4.1 Définition et effet des PEHP .....	16
1.4.2 Effet des PEHP sur le fonctionnement familial .....	17
1.4.3 Effet des PEHP sur les stratégies d'adaptation de la famille .....	19
1.4.4 Programme <i>Mieux vivre avec le TDA/H à la maison</i> .....	20
1.5 Problématique .....	22
1.6 Objectifs et hypothèses de recherche.....	23
1.7 Références.....	25
CHAPITRE 2 LES EFFETS D'UN PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT AUX HABILITÉS PARENTALES SUR LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL ET SES DIMENSIONS AFFECTIVES CHEZ LES FAMILLES D'UN ENFANT AYANT UN TDA/H. ....	34
2.1 Introduction.....	38
2.2 Le fonctionnement familial.....	39
2.2.1 Dimensions affectives .....	41
2.3 Programme d'entraînement aux habiletés parentales .....	42

2.4	Objectif de l'étude .....	43
2.5	Méthode .....	44
2.5.1	Participants .....	44
2.5.2	Procédure.....	44
2.5.3	Modalité de traitement .....	45
2.5.4	Instruments de mesure.....	46
2.5.5	Analyses statistiques .....	47
2.6	Résultats.....	48
2.6.1	Fonctionnement familial .....	50
2.6.2	Expression affective .....	51
2.6.3	Investissement affectif .....	53
2.7	Discussion.....	55
2.7.1	Les dimensions affectives .....	58
2.7.2	Limites de cette étude.....	61
2.8	Conclusion .....	62
2.9	Références.....	63
	CHAPITRE 3 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES.....	70
3.1	Les dimensions du fonctionnement familial.....	71
3.2	Les stratégies d'adaptation de la famille .....	73
3.3	Références.....	76
	CHAPITRE 4 DISCUSSION GÉNÉRALE.....	77
4.1	Analyse secondaire intra-individuelle .....	80
4.2	Analyses secondaires des dimensions affectives.....	82
4.3	Données qualitatives complémentaires.....	83
4.4	Apports de l'essai .....	86
4.5	Limites de l'étude .....	87
4.6	Recommandations cliniques .....	89
4.7	Études futures .....	91
4.8	Références.....	94
	CONCLUSION .....	100
	ANNEXE A FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT .....	101
	ANNEXE B CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE .....	107
	ANNEXE C QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PARENTS .....	109

ANNEXE D PREUVE DE SOUMISSION D'ARTICLE ..... 124  
RÉFÉRENCES..... 126



## LISTE DES FIGURES

Figure 3.1. Moyenne des participants aux échelles de stratégies d'adaptation de la famille comparativement aux normes des familles nucléaires caucasiennes .....	74
Figure 4.1. Modèle théorique des familles d'un enfant ayant un TDA/H.....	93

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1. <i>Critères diagnostiques du TDA/H - DSM 5 (APA, 2013)</i> .....	4
Tableau 1.2. <i>Prévalence des troubles concomitants au TDA/H</i> .....	7
Tableau 1.3. <i>Thèmes du PEHP Mieux Vivre avec le TDA/H à la Maison (Massé et al., 2011)</i> ....	20
Tableau 2.1. <i>Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants et leurs enfants</i> .....	48
Tableau 2.2. <i>Modèle linéaire mixte sur le fonctionnement familial</i> .....	50
Tableau 2.3. <i>Analyse individuelle du fonctionnement familial</i> .....	51
Tableau 2.4. <i>Modèle linéaire mixte sur l'expression affective</i> .....	52
Tableau 2.5. <i>Analyse individuelle de l'expression affective</i> .....	53
Tableau 2.6. <i>Modèle linéaire mixte sur l'investissement affectif</i> .....	54
Tableau 2.7. <i>Analyse individuelle de l'investissement affectif</i> .....	55
Tableau 3.1. <i>Moyennes des dimensions du fonctionnement familial (Pré-PEHP)</i> .....	71

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ACT	Psychothérapie d'acceptation et d'engagement
ADHD	<i>Attention-deficit/hyperactivity disorder</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BPT	<i>Behavioral parent training</i>
CENOP	Centre d'Évaluation Neuropsychologique et d'Orientation Pédagogique
CERPE	Comité d'Éthique de la Recherche pour le Projets Étudiants
CRIUSMM	Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders</i>
E.T	Écart-type
FAD	<i>McMaster Family Assessment Device</i>
LETOPE	Laboratoire d'Études des Troubles de l'Ordre de la Psychopathologie en Enfance
MOY	Moyenne
PANDA	Parents Apte à Négocier le Déficit de l'Attention
PEERS	<i>Program for the Education and Enrichment of Relational Skills</i>
PEHP	Programme d'entraînement aux habiletés parentales
PICC	Programme d'intervention cognitive comportemental
SDQ	<i>Strenghts and difficulties questionnaires</i>
TDA/H	Trouble déficit de l'attention/hyperactivité
UQAM	Université du Québec à Montréal

## RÉSUMÉ

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité, qui interfère avec le fonctionnement familial, social et scolaire. Sur le plan familial, la littérature scientifique montre un fonctionnement familial perturbé par la gravité des symptômes attentionnels et comportementaux de l'enfant. Ces familles peuvent vivre dans un climat tendu, caractérisé par des conflits, des difficultés de communication et de résolutions de problèmes. Les parents peuvent vivre du stress parental et du ressentiment envers leur enfant, ce qui mène à une moins grande sensibilité aux besoins affectifs de l'enfant ayant un TDA/H. Ces parents peuvent également utiliser davantage de stratégies d'adaptation inappropriées que les parents d'enfants tout-venant. Les parents d'enfant ayant un TDA/H peuvent alors prendre part à un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) qui a montré de nombreux effets positifs chez ces familles, notamment sur la gestion des comportements de l'enfant, la relation parent-enfant et le stress parental. À notre connaissance, peu d'études ont évalué l'apport d'un PEHP sur le fonctionnement familial de ces familles et aucune étude n'a ciblé spécifiquement l'expression affective et l'investissement affectif. Ces dimensions semblent pourtant cruciales pour identifier une intervention qui permet d'améliorer la relation familiale. De plus, une seule étude a évalué les changements occasionnés par la participation à un PEHP sur les stratégies d'adaptation utilisées par les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H.

Le premier objectif de cet essai doctoral est donc d'évaluer les changements sur le fonctionnement familial, particulièrement de l'expression affective et de l'investissement affectif, des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H à la suite d'un PEHP. Le deuxième objectif est d'évaluer les changements de stratégies d'adaptation utilisées par les familles ayant un enfant

qui présente un TDA/H à la suite d'un PEHP. Pour y arriver, les participants de l'étude ont participé au programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*, offert en milieu communautaire. L'échantillon se compose de dix parents, ayant un enfant de 6 à 15 ans qui présente un diagnostic de TDA/H. Ceux-ci ont rempli les questionnaires lors des trois temps de mesure de cette étude (pré-PEHP, post-PEHP et suivi 3 mois). Les résultats montrent que le PEHP n'apporte pas de changement significatif sur le fonctionnement familial global, l'expression affective et l'investissement affectif. Toutefois, les participants présentaient, en moyenne, un fonctionnement familial et une expression affective adéquats avant leur participation au PEHP. Seul l'investissement affectif de ces familles était initialement considéré comme inadéquat. Des analyses secondaires ont ensuite été réalisées. Analysé de manière individuelle, le PEHP semble avoir eu des effets bénéfiques chez les participants présentant le plus de difficultés à chacune des variables. Les résultats indiquent aussi que l'âge des parents a un effet négatif sur l'expression affective de ces familles et que l'investissement affectif s'améliore significativement dès la fin du programme lorsque l'enfant est une fille. De plus, le deuxième objectif n'a pu être réalisé, tel que prévu en raison de la pandémie (voir Chapitre 3). En outre, les résultats préliminaires montrent que ces familles présentent d'emblée des stratégies d'adaptation appropriées. Ainsi, il est positif d'observer que le fonctionnement familial et les stratégies d'adaptation de ces familles peuvent être adéquats et représenter un facteur de protection. Il demeure tout de même nécessaire de rejoindre les familles qui vivent des difficultés au quotidien, afin de pouvoir leur offrir ce service. Cet essai montre également l'importance de prendre en considération les besoins affectifs de ces familles et d'inclure cette composante dans le PEHP.

Mots clés : TDA/H, fonctionnement familial, investissement affectif, expression affective, stratégies d'adaptation de la famille, programme d'entraînement aux habiletés parentales.

## INTRODUCTION

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental caractérisé par des symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité (American Psychiatric Association [APA], 2013). Selon le rapport de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ, 2019) rapportant les données de 2015-2016, le Québec dénombrait 240 535 enfants et adolescents de moins de 24 ans qui ont un diagnostic de TDA/H (Diallo et al., 2019). Ces estimations montrent un accroissement constant de ce diagnostic dans le temps (Diallo et al., 2019) et il s'agit du diagnostic le plus fréquemment attribué aux enfants d'âge scolaire (Ministère de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003).

Lorsqu'un enfant est atteint d'un problème de santé physique, mentale ou développementale, le rôle et la charge parentale sont amplifiés par les défis de composer avec les besoins et les exigences en lien avec la condition de l'enfant (Lavoie, 2017). L'effet de la condition particulière de l'enfant s'en ressent sur chacun des membres de la famille et sur la dynamique qui les unit (Lavoie, 2017). Ce principe a notamment été établi auprès de familles ayant un enfant qui présente un TDA/H. Plusieurs études montrent que le fonctionnement familial est perturbé par les symptômes du TDA/H et la présence de troubles concomitants, tels un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble de la conduite (Bandel Castro, 2017 ; Deault, 2010 ; Foley, 2011 ; Lemelin et al., 2009 ; Moen et al., 2016 ; Munoz-Silva et al., 2017 ; Penuelas-Calvo et al., 2021 ; Robert et al., 2018). La relation entre les membres de ces familles peut être caractérisée par de nombreux conflits, puisque l'enfant ayant un TDA/H peut présenter des réactions émotionnelles intenses et une faible tolérance à la frustration (Barkley, 2006 ; Biederman et al., 2012 ; Dulude, 2014 ; Garcia et al., 2019 ; Mikami et Pfiffner, 2008 ; Primack et al., 2012 ; Wehmeier et al., 2010). Les parents développent alors plus fréquemment du stress parental (Theule et al., 2013) et des

psychopathologies, telles que l'anxiété ou la dépression (Kashdan et al., 2004). Cela peut affecter les pratiques parentales qui peuvent devenir incohérentes et contre-productives (Deault, 2010 ; Munoz-Silva et al., 2017). Les stratégies d'adaptation utilisées par les parents ayant un enfant qui présente un TDA/H, c'est-à-dire les processus cognitifs et comportementaux utilisés par les membres de la famille pour faire face aux événements stressants (McCubbin et al., 1983), peuvent aussi être davantage considérées comme inadéquates (ex. évitement) que celles utilisées par les parents d'enfants tout-venant (Craig et al., 2020). De plus, sur le plan affectif, il semble que la sévérité des symptômes du TDA/H et les difficultés vécues par les parents peuvent mener à moins d'engagement positif au sein de la famille et à une moins grande sensibilité aux besoins affectifs de l'enfant ayant un TDA/H (Dale et al., 2021 ; Kashdan et al., 2004 ; Lemelin et al., 2006).

Les difficultés liées au fonctionnement familial sont l'un des principaux motifs de consultation des services en santé mentale (Reigstad et al., 2006). En plus de la pharmacothérapie et des programmes d'intervention cognitive-comportementale (PICC) qui peuvent être offerts à l'enfant, les parents peuvent participer à des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP). Les PEHP permettent d'avoir une meilleure compréhension des symptômes et des difficultés de leur enfant, ainsi qu'améliorer les pratiques parentales. Les PEHP ont montré leur efficacité à de nombreuses reprises sur le comportement de l'enfant, les pratiques parentales et la relation parent-enfant (Chronis et al., 2004 ; Massé et al., 2006), mais peu d'études ont évalué l'effet sur le fonctionnement familial (Gonring, 2017 ; Nguyen, 2015) et aucune étude n'a ciblé l'expression affective et l'investissement affectif. Par ailleurs, une seule étude a évalué les changements occasionnés par la participation à un PEHP sur les stratégies d'adaptation de la famille (McKee et al., 2004). Conséquemment, cet essai doctoral vise à évaluer si un programme d'entraînement aux habiletés parentales peut améliorer le fonctionnement de l'ensemble de la

famille, et particulièrement la dynamique affective, soit l'expression affective et l'investissement affectif, ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées par la famille.

Le présent essai comprend quatre chapitres. Le premier présente une recension des écrits des sujets pertinents de cet essai, c'est-à-dire le TDA/H, les répercussions du trouble sur l'enfant et ses parents, le fonctionnement familial, la dynamique affective de la famille, les stratégies d'adaptation de la famille, ainsi que les PEHP et leurs efficacités. Ce chapitre se conclut par la problématique identifiée et les objectifs de recherche. Le deuxième chapitre contient un article présentant l'objectif de l'étude, la méthode utilisée, les résultats recueillis et une discussion à propos de ceux-ci. Cet article a été publié à la Revue Science et Comportement. Le troisième chapitre présente les résultats complémentaires à l'essai concernant les autres dimensions du fonctionnement familial et les stratégies d'adaptation de la famille. Le quatrième chapitre présente la discussion générale montrant l'apport scientifique et clinique de cet essai, les limites de l'étude, ainsi que la conclusion qui comprend des pistes de recherches futures.



## CHAPITRE 1 RECENSION DES ÉCRITS

### 1.1 Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental qui se définit comme étant un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité et d'impulsivité qui interfère avec le fonctionnement familial, social, académique ou professionnel de la personne (American Psychiatric Association [APA], 2013). La prévalence du TDA/H chez les enfants d'âge scolaire se situe à environ 5 % et le trouble est présent particulièrement chez les garçons (2 : 1) (APA, 2013 ; Lussier et al., 2018). Les critères diagnostiques sont présentés au Tableau 1.1.

Tableau 1.1. *Critères diagnostiques du TDA/H - DSM 5 (APA, 2013)*

---

**A.** Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement.

---

**1) Inattention** : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois :

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités.
  - b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux.
  - c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement.
  - d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles.
  - e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités.
  - f) Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.
  - g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités.
  - h) Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes.
  - i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.
-

---

**2. Hyperactivité et impulsivité** : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois :

- a) Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis.
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié.
- d) Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e) Agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » pendant un temps prolongé.
- f) Souvent, parle trop.
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée.
- h) A souvent du mal à attendre son tour.
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence.

---

**B.** Plusieurs symptômes étaient présents avant l'âge de 12 ans.

---

**C.** Plusieurs symptômes sont présents dans au moins deux contextes différents.

---

**D.** On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

---

**E.** Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble de santé mentale.

---

### 1.1.1 Manifestation des symptômes du TDA/H

Les manifestations du TDA/H se présentent sous trois formes cliniques distinctes, soit d'inattention prédominante, d'hyperactivité et d'impulsivité prédominante ou une forme mixte (APA, 2013). Il est possible d'observer les premières manifestations du trouble chez les enfants dès l'âge de trois ou quatre ans, mais c'est souvent à l'école que les symptômes sont le plus observables et dérangeants (Lussier et al., 2018). Les symptômes d'inattention peuvent se traduire par des difficultés à maintenir son attention pendant une période de temps, à se mettre à la tâche, à sélectionner l'information pertinente, à prêter attention aux détails, à s'organiser et à être persévérant. Ces enfants peuvent également être lunatiques, être volatiles dans les tâches, avoir des oublis fréquents et peuvent éviter les tâches qui demandent un effort soutenu (Lussier, 2013 ;

Lussier et al., 2018 ; Purper-Ouakil et al., 2006). À d'autres moments, ils peuvent être complètement absorbés par une tâche et cela peut être très difficile pour eux d'interrompre une activité s'ils sont actifs et intéressés (Dulude, 2014). Les symptômes d'hyperactivité se manifestent principalement par de l'agitation motrice et verbale difficilement contrôlable au quotidien. Ces enfants ont tendance à bouger sur leur chaise, à se lever sans permission, à parler beaucoup, à toucher à tout, être maladroit, être désordonné dans leurs activités et à attirer l'attention sans remarquer l'agacement vécu chez les autres (Lussier, 2013 ; Lussier et al., 2018 ; Purper-Ouakil et al., 2006). La perception de leur espace personnel et leur frontière interpersonnelle peuvent être altérées et perméables (Dulude, 2014). Finalement, les symptômes d'impulsivité peuvent être moteurs et/ou cognitifs. Ainsi les enfants peuvent être plus brusques, irréfléchis et agressifs (p. ex., répondre hâtivement, interrompent les autres, accomplir les tâches sans s'appliquer). Ils peuvent aussi s'emporter sans se contrôler, avoir de la difficulté à attendre leur tour, ne pas respecter les règles et avoir de la difficulté à réfléchir aux conséquences de leurs actions (Lussier, 2013 ; Lussier et al., 2018 ; Purper-Ouakil et al., 2006). Les émotions peuvent être vécues de manière intense. Ces enfants peuvent être réactifs et avoir une faible tolérance à la frustration (Dulude, 2014).

### 1.1.2 Étiologie du TDA/H

Le TDA/H est un trouble neurodéveloppemental dont l'étiologie est une combinaison de facteurs génétiques, neurologiques et environnementaux (Akutagava-Martins et al., 2016 ; Barkley, 2015b ; Bélanger et al., 2018). Les facteurs génétiques semblent jouer le rôle le plus important dans l'apparition des symptômes du TDA/H (Barkley, 2015b ; Bélanger et al., 2018). Diverses caractéristiques neurologiques peuvent aussi provoquer ces symptômes, tel qu'une perturbation du réseau cortico-striato-cérébelleux préfrontal (Barkley, 2015b) et un dysfonctionnement du « système multidimensionnel d'autorégulation » (Nigg, 2005). En effet, les études ont montré un

déficit des fonctions exécutives chez les enfants ayant un TDA/H, particulièrement l'inhibition de la réponse, la mémoire de travail verbale et non verbale, la flexibilité et la diversité de la réponse, ainsi que l'autorégulation émotionnelle et motivationnelle (Barkley, 2001 ; Barkley et al., 2001 ; Barkley et Lombroso, 2000 ; Fuster, 1997 ; Robert et Pennington, 1996). De plus, parmi les facteurs environnementaux, des complications à la grossesse, une exposition à des toxines ou une maladie neurologique peuvent causer ou exacerber les symptômes (Barkley, 2015b ; Bélanger et al., 2018). Finalement, les facteurs familiaux et sociaux à eux seuls ne semblent pas être la cause du TDA/H. Ceux-ci peuvent toutefois interagir avec les risques génétiques ou neurologiques et influencer la manifestation et la sévérité des symptômes du TDA/H (Barkley, 2015b).

### 1.1.3 Troubles concomitants au TDA/H

Plus du deux tiers des enfants ayant un diagnostic de TDA/H peuvent présenter un trouble concomitant (Masi et Gignac, 2015). Le Tableau 1.2 présente le taux de prévalence des principaux diagnostics associés au TDA/H. La présence d'un ou plusieurs troubles concomitants au TDA/H peut avoir un effet sur la présentation et la gravité des symptômes observés, ainsi qu'aggraver l'altération du fonctionnement au quotidien (Bélanger et al., 2018 ; Deault, 2010).

Tableau 1.2. *Prévalence des troubles concomitants au TDA/H*

<b>Troubles concomitant</b>	<b>Prévalence (%)</b>	<b>Références</b>
Trouble oppositionnel avec provocation	45-84	Pliszka, 2015
Trouble de la conduite	15-56	Pliszka, 2015
Troubles d'anxiété	25-50	Pliszka, 2015
Dépression	30	Pliszka, 2015
Trouble d'apprentissage	45	DuPaul et al., 2013
Syndrome de Gilles de la Tourette	55	Freeman, 2007
Trouble du spectre de l'autisme	59	Stevens et al., 2016

#### 1.1.4 Conséquences psychosociales pour l'enfant

Les enfants ayant un TDA/H sont souvent sensibles, intuitifs et spontanés (Dulude, 2014). Malgré leurs réactions émotionnelles fluctuantes et parfois intenses, leur grande sensibilité peut leur permettre de se mettre à la place de l'autre et être empathique (Dulude, 2014). Il demeure que ces enfants sont curieux et ils peuvent poser un regard unique sur les différentes situations. En effet, ces enfants présentent souvent une grande créativité qui les amène à réfléchir, analyser, inventer et concevoir de nouvelles approches originales (Dulude, 2014).

Néanmoins, les enfants ayant un TDA/H sont parfois dépeints comme étant turbulents, exigeants, transgressant les limites, provoquant la colère de leur entourage et nécessitant donc un cadre clair et soutenu (Barkley, 2006 ; Ferreira, 2019 ; Whalen et al., 2006). Ainsi, ces enfants peuvent vivre plusieurs difficultés sur le plan familial, social et scolaire qui varient selon l'âge, le sexe, la présentation et la gravité des symptômes. L'unité familiale, dont la relation parent-enfant et les relations dans la fratrie, peut être affectée par la présence des symptômes du TDA/H (Johnston et Chronis-Tuscano, 2015 ; Mikami et Pfiffner, 2008). Certaines caractéristiques des enfants ayant un TDA/H, telles qu'une faible tolérance à la frustration et de régulation émotionnelle, de pauvres capacités interpersonnelles et des difficultés de résolution de problème, peuvent mener ces familles à vivre plus de conflits au quotidien (Barkley, 2006 ; Biederman et al., 2012 ; Borden et al., 2016 ; Garcia et al., 2019 ; Primack et al., 2012 ; Wehmeier et al., 2010). Il semble que les conflits concernent particulièrement la période des devoirs, l'hygiène personnelle et la routine du matin et du soir (Faraone, 2017 ; Garcia et al., 2019 ; Lanza et Drabick, 2011 ;

Whalen et al., 2006). De plus, la fréquence et l'intensité des conflits est plus importantes lorsqu'il a présence de trouble concomitant au TDA/H (Garcia et al., 2019).

Les enfants ayant un TDA/H peuvent présenter de faibles habiletés sociales qui nuisent à la qualité des relations avec leurs pairs (McConaughy et al., 2011). Comparativement aux enfants tout-venant, les parents d'enfant ayant un TDA/H rapportent que ceux-ci ont généralement moins d'amis, que leurs relations sont pauvres et qu'ils s'engagent moins dans les loisirs, les sports ou les organisations sociales (McConaughy et al., 2011). Ces enfants ont tendance à avoir de la difficulté à se faire et à conserver leurs amitiés, à vivre plus souvent des conflits, à être stigmatisés et à vivre du rejet social étant donné leur manque d'habiletés sociales, leur immaturité et des problèmes de comportement (Becker et al., 2012).

Finalement, les symptômes du TDA/H peuvent entraîner des difficultés scolaires, telles que des difficultés à suivre le rythme en classe, avoir de faibles résultats et/ou des échecs scolaires, avoir des problèmes d'apprentissage, avoir besoin d'aide spécialisée à l'école, des suspensions scolaires ou même décrocher de l'école (DuPaul et Stoner, 2014 ; McConaughy et al., 2011 ; Peasgood, 2016).

#### 1.1.5 Caractéristiques et conséquences psychosociales pour les parents

Les parents d'enfant ayant un TDA/H sont plus à risque d'avoir des problèmes psychologiques, tels qu'avoir eux-mêmes un TDA/H, du stress parental, de l'anxiété ou une dépression, et ce, particulièrement lorsqu'un trouble de comportement est associé au TDA/H (Kashdan et al., 2004 ; Lemelin et al., 2006 ; Theule et al., 2013). En raison des caractéristiques génétiques associées au TDA/H, 40 % des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H composent également avec un parent ou un membre de la fratrie atteint de ce trouble (Barkley, 2013). Une méta-analyse de Park, Hudec et Johnston (2017) visait à examiner, à travers 32 études,

l'effet de la présence de symptômes du TDA/H chez le parent sur leurs pratiques parentales. Les résultats indiquent que les parents ayant eux-mêmes un TDA/H ont plus tendance à avoir des pratiques parentales incohérentes, laxistes ou autoritaires. Il semble que ces parents ont de la difficulté à rester calmes et cohérents dans leurs interventions auprès de leur enfant, considérant les difficultés de mémoire de travail et du contrôle de l'inhibition (Park et al., 2017).

Le stress parental est défini comme étant l'émotion ressentie lorsqu'un parent a l'impression que les exigences associées à la parentalité dépassent ses ressources personnelles et sociales disponibles (Cooper et al., 2009). La méta-analyse de Theule et collaborateurs (2013), comprenant 44 études, montre que les parents ayant un enfant qui présente un TDA/H vivent plus de stress parental que les parents d'enfant tout-venant. La sévérité des symptômes, la présence de trouble concomitant et le sexe de l'enfant ont un effet sur l'intensité du stress ressenti (Deault, 2010 ; Theule et al., 2013). En effet, le sexe de l'enfant est considéré comme un modérateur significatif du niveau de stress parental ( $p < 0,05$ ), et celui-ci est inférieur lorsque l'enfant est une fille (Theule et al., 2013).

La dépression et l'anxiété sont des troubles de santé mentale communs chez les parents ayant un enfant qui présente un TDA/H, particulièrement chez les mères. Il semble que 40 % des mères ayant un enfant qui présente un TDA/H ont déjà présenté un épisode de dépression majeure, ce qui est deux à trois fois plus que les mères d'enfant tout-venant (Thomas et al., 2014). La dépression chez la mère nuit à la qualité de la relation mère-fils entraîne des conflits, un manque de cohésion et de soutien familial (Dale et al., 2021 ; Lemelin et al., 2006). Chez le père, la dépression est associée à plus de problèmes de comportements extériorisés chez l'enfant (Dale et al., 2021 ; Marchand-Reilly, 2012). De plus, l'anxiété des parents est associée à moins d'engagement positif et de comportements chaleureux, à des pratiques parentales négatives et intrusives, ainsi que des difficultés au niveau social, particulièrement lorsque l'enfant présente des

troubles de comportements associés au TDA/H (Kashdan et al., 2004 ; Deault, 2010 ; Miranda et al., 2009). Ainsi, les mères peuvent être épuisées par leurs rôles et par les demandes de leur enfant (Peters et Jackson, 2009). La charge ressentie peut mener à des effets négatifs sur le bien-être psychologique et émotionnel des parents (Peters et Jackson, 2009 ; Whalen et al., 2006), ce qui influence à son tour le sentiment de compétence parental (Beaulieu et Normandeau, 2012 ; Lemelin et al., 2006 ; Primack et al., 2012).

## 1.2 Fonctionnement familial

Epstein, Bishop et Levine (1978) définissent la famille ou l'unité familiale tel un cadre propice au développement biologique, social et psychologique de tous ses membres. Le fonctionnement familial est un concept complexe qui représente la capacité de la famille à assurer le bien-être physique, psychologique et affectif de chacun de ses membres, la gestion de leur vie quotidienne, ainsi que leurs réponses face aux imprévus (Brousseau et Simard, 2000). Le fonctionnement familial a été défini par plusieurs modèles théoriques à travers les années (Pauzé et Petitpas, 2013). Dans le cadre de cet essai doctoral, le modèle McMaster d'Epstein sera utilisé pour définir le fonctionnement familial, puisque ce modèle est reconnu pour l'obtention d'un portrait de la situation familiale, autant global que détaillé, par les différentes dimensions décrites ci-dessous (Epstein et al., 1978 ; Lemelin et al. 2009). Ces dimensions ont été répertoriées à travers différentes évaluations en milieu clinique, scientifique et éducationnel et sont considérées comme les dimensions les plus utiles en contexte clinique (Epstein et al., 1978 ; Miller et al., 2000). Le modèle McMaster du fonctionnement familial inclut donc six dimensions (Epstein et al., 1978) :

1. La résolution de problèmes fait état de la capacité de la famille à résoudre les problèmes qu'elle rencontre tout en demeurant fonctionnelle.



2. La communication au sein d'une famille s'établit par la clarté du message et sa direction, c'est-à-dire si le message est transmis directement ou par l'entremise d'une autre personne.
3. La répartition des rôles inclut la manière dont les rôles sont distribués au sein de la famille et comment ils sont exécutés. Une famille considérée fonctionnelle a la capacité de distribuer les rôles de manière équitable parmi les membres de la famille, mais aussi de manière flexible.
4. L'expression affective représente la capacité d'une famille à avoir une réponse émotionnelle adéquate à la suite d'un événement ou d'une situation et d'exprimer de l'affection entre eux.
5. L'investissement affectif représente l'engagement relationnel des membres de la famille envers les activités, les réalisations et les préoccupations des autres membres de la famille.
6. Le contrôle du comportement représente le maintien et le contrôle des comportements qu'exerce une famille sur chacun de ses membres dans le respect des normes sociales des différentes situations.

Chez les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H, plusieurs études montrent un fonctionnement familial perturbé selon la gravité des symptômes et des difficultés comportementales de l'enfant (Bandel Castro, 2017 ; Deault, 2010 ; Foley, 2011 ; Lemelin et al., 2009 ; Moen et al., 2016 ; Munoz-Silva et al., 2017 ; Penuelas-Calvo et al., 2021). Ces difficultés et perturbations sont accentuées lorsqu'il y a présence d'un diagnostic de trouble du comportement, tels un trouble oppositionnel avec provocation ou un trouble de la conduite, en concomitance au TDA/H (Lemelin et al., 2006 ; Piffner et al., 2005 ; Robert et al., 2018). L'étude de Lemelin et collaborateurs (2009) avait pour but de mesurer l'association entre la sévérité des symptômes des enfants présentant un TDA/H avec ou sans trouble de comportement, âgés de six à onze ans, et les différentes dimensions du fonctionnement familial (n=262). Les résultats montrent que la sévérité des symptômes oppositionnels et défiants ( $r = -0,28, p < 0,01$ ), les symptômes hyperactifs et impulsifs ( $r = 0,23, p < 0,01$ ) et le TDA/H ( $r = -0,19, p < 0,01$ ) sont significativement liés au

fonctionnement familial (Lemelin et al., 2009). En lien avec les dimensions du modèle McMaster, les conclusions de l'étude précisent que la sévérité des comportements opposants et défiants des enfants mène à des capacités de résolution de problèmes familiaux inefficaces ( $\beta = -0,17, p < 0,05$ ), une attribution inadéquate des rôles ( $\beta = 0,15, p < 0,05$ ) et un fonctionnement familial perturbé ( $\beta = -0,28, p < 0,05$ ) (Lemelin et al., 2009). De plus, la sévérité de l'hyperactivité et de l'impulsivité des enfants mène à ce que les familles aient un investissement affectif ( $\beta = -0,18, p < 0,05$ ) et une expression affective ( $\beta = -0,15, p < 0,05$ ) inadéquats (Lemelin et al., 2009).

Sur le plan affectif, les parents ayant un enfant qui présente un TDA/H peuvent parfois se sentir plus frustrés, inquiets, contrariés, épuisés et impuissants envers leur enfant, comparativement aux parents ayant un enfant tout-venant (Primack et al., 2012 ; Whalen et al., 2006). Parmi les défis familiaux que peut représenter le diagnostic de TDA/H chez un enfant, les mères ( $n=27$ ) ont déclaré être plus limitées dans les activités familiales ( $F(1, 50) = 10,89, p < .01$ ), plus susceptibles d'être en colère en présence de leur enfant (16.2 % vs 10.5 % ; 95 % CI 1.01, 2.58 ;  $\chi^2 = 4.04; p < .05$ ) et d'être en désaccord avec eux (10.1 % versus 3.2 % ; 95 % CI 2.03, 5.83 ;  $\chi^2 = 20.94; p < .001$ ), comparativement aux mères du groupe contrôle ( $n=25$ ) (Whalen et al., 2006). La relation est alors caractérisée comme étant moins positive, chaleureuse et soutenante (Barkley, 2015a ; Theule et al., 2013 ; Wefelmeyer, 2020). Ces émotions et la détresse psychologique décrite précédemment sont associées à des comportements maternels moins chaleureux et plus sévères (Breaux et Harvey, 2018 ; Lee, 2020), ainsi qu'à un manque d'engagement et de sensibilité aux besoins affectifs de l'enfant (Hawes et al., 2013 ; Kashdan et al., 2004 ; Keown, 2012 ; Lemelin et al., 2006). De plus, la présence du TDA/H chez les parents amène également un moins haut niveau de bien-être et un moins bon fonctionnement familial (Moen et al., 2016). En retour, le dysfonctionnement familial, incluant les conflits, le stress parental et les pratiques parentales, peut augmenter la gravité des symptômes du TDA/H de l'enfant, les difficultés psychologiques vécues par l'enfant, ainsi que la

présence de troubles concomitants (Borden et al., 2016 ; Breaux et Harvey, 2018 ; Deault, 2010 ; Haack et al., 2017 ; Hawes et al., 2013). Ainsi, une influence bidirectionnelle entre les difficultés de l'enfant et celles des parents peut s'installer et se consolider chez ces familles au fil du temps (Johnston et Mash, 2001 ; Lemelin et al., 2006 ; Whalen et al., 2006).

### 1.3 Les stratégies d'adaptation de la famille

Le concept de stratégies d'adaptation (*coping*) est défini par Coyne et Holroyd (1982) comme étant l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux fait par la personne pour gérer ou maîtriser les situations stressantes et les conflits provenant de l'environnement. Les stratégies d'adaptation peuvent aussi englober une unité collective, telle que la famille (*coping familial*). Selon le modèle de McCubbin et Patterson (1983), les membres de la famille doivent développer des stratégies d'adaptation, afin de faire face aux événements stressants. Développer des stratégies d'adaptation de la famille permet de diminuer la vulnérabilité de la famille face au stress, de maintenir les liens familiaux, de renforcer les ressources familiales pour contrer les problèmes, ainsi que d'agir pour modifier les conditions et l'environnement familial (McCubbin et al., 1980). Les stratégies d'adaptation de la famille peuvent influencer le fonctionnement familial et la détresse des parents (Manning et al., 2011). Ces stratégies se développent et sont mises en place de manière progressive et évolutive, tel un processus pour retrouver l'équilibre familial, puisqu'elles impliquent chaque membre de la famille et plusieurs dimensions du système familial. Selon le *Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation*, l'accumulation du stress familial, les ressources familiales (p. ex., le soutien social et spirituel) ainsi que la perception de la famille face aux stressors (p. ex., la capacité à redéfinir l'événement et à accepter la situation) influencent les stratégies d'adaptation de la famille (McCubbin et al., 1981).

Une revue systématique de Craig et collaborateurs (2020), visait principalement à rapporter les différentes stratégies d'adaptation utilisées par les parents d'enfants ayant un TDA/H, les outils d'évaluation utilisés, ainsi que le lien entre l'utilisation de stratégies d'adaptation et d'autres variables évaluées dans les différentes études, telles que le stress parental, les symptômes de dépression et la qualité de vie familiale. Quatorze études empiriques ont été incluses à cette revue systématique. Il en ressort que les parents ayant un enfant qui présente un TDA/H peuvent utiliser des stratégies d'adaptation moins appropriées que les parents d'enfants tout-venant. En effet, la sévérité des symptômes du TDA/H augmente le stress parental et l'utilisation de stratégies d'adaptation inappropriées. Bien que les différentes études empiriques aient évalué le concept de manière différente, la stratégie d'adaptation la plus utilisée par ces familles semble être le *coping* centré sur l'évitement, c'est-à-dire de nier, minimiser et éviter de faire face directement à des situations stressantes. Cette stratégie d'adaptation est inefficace à long terme pour gérer le stress parental et mène à des comportements de retraits, ainsi que de la frustration et un sentiment de culpabilité et/ou d'impuissance de la part des parents. De plus, les mères d'enfants ayant un TDA/H semblent chercher plus de soutien social que les mères d'enfants tout-venant. Le soutien social diminue l'évitement et permet un niveau de stress plus faible et une meilleure adaptation au quotidien.

#### 1.4 Programme d'entraînement aux habiletés parentales

Différents types d'interventions peuvent être offert aux enfants ayant un TDA/H et leur famille, tels que des traitements pharmacologiques, des programmes d'intervention cognitive-comportementale (PICC) et des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP). Selon Roskam et collaborateurs (2007), un programme d'entraînement aux habiletés parentales

(PEHP) est primordial pour intervenir auprès d'un enfant ayant des comportements perturbateurs dus à l'interaction entre les pratiques parentales et le développement de l'enfant. Ayant une place centrale dans l'unité familiale et considérée comme un agent de changement, les parents qui participent à un PEHP peuvent améliorer la situation de tous les membres de la famille. L'intervention vise alors un changement de comportements, mais aussi un changement dans la dynamique relationnelle de l'enfant envers sa famille et à l'école (Roskam et al., 2007).

#### 1.4.1 Définition et effet des PEHP

Un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) est un programme offert aux parents par des psychothérapeutes ou des intervenants psychosociaux dans le but de leur apprendre de nouvelles compétences afin d'être plus apte à enseigner et renforcer de nouveaux comportements adaptatifs à leur enfant (Kazdin, 2005). Les PEHP sont basés sur le conditionnement opérant et l'apprentissage social (Hauth-Charlier et Clément, 2009 ; Kazdin, 2005). Les parents apprennent, entre autres, à modifier leur manière d'interagir avec leur enfant, à promouvoir des comportements sociaux et à diminuer les comportements déviants par leurs nouvelles habiletés (Kazdin, 1997). Les PEHP permettent d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité des parents dans l'utilisation de stratégies disciplinaires appropriées (Généreux, 2015) et de rétablir la relation parent-enfant (Hauth-Charlier et Clément, 2009). La réussite du programme nécessite de s'approprier et de mettre en pratique les nouvelles connaissances à la maison pour généraliser ces acquis au quotidien (Généreux, 2015 ; Hauth-Charlier et Clément, 2009).

Une multitude de PEHP est offerte aux parents ayant un enfant qui présente un TDA/H ou des comportements perturbateurs. Selon l'étude de Hauth-Charlier et Clément (2009 ; n=11 programmes), l'efficacité du PEHP est influencée par les paramètres du programme (nombre de séance, contenus abordés, méthodes d'enseignement utilisées, le format individuel ou de groupe et

le cadre du PEHP), ainsi que par les caractéristiques des enfants et des parents. En effet, le profil du parent (dépression parentale élevée, anxiété parentale élevée ou symptomatologie élevée dans plusieurs domaines) influence différemment l'acquisition des compétences, l'engagement dans les séances et les changements observés dans les pratiques parentales à la suite d'un PEHP (Dale et al., 2021). La sélection du PEHP doit donc être effectuée en fonction de l'objectif de l'intervention, les caractéristiques des parents et être en lien avec les besoins vécus par l'enfant et la situation familiale (Dale et al., 2021 ; Hauth-Charlier et Clément, 2009).

Au fil des années, de nombreuses études ont prouvé l'effet des PEHP auprès de cette clientèle. Deux recensions systématiques des écrits, faites par Chronis et collaborateurs (2004) (n=28 études) et Massé, Lanaris et Couture (2006) (n=9 études), rapportent les bienfaits des PEHP sur les comportements des enfants ayant un TDA/H, leurs habiletés sociales, leurs acceptations sociales, leurs habiletés de résolution de problèmes, la relation parent-enfant, le stress parental, le sentiment de compétence parentale, les pratiques parentales et une amélioration des connaissances des parents concernant le TDA/H.

#### 1.4.2 Effet des PEHP sur le fonctionnement familial

Deux études ont évalué l'effet d'un PEHP sur le fonctionnement familial (Gonring, 2017 ; Nguyen, 2015). D'abord, Nguyen (2015) a évalué l'effet d'un PEHP sur le fonctionnement familial auprès de parents d'enfant ayant un TDA/H (n=28). Élaboré en milieu hospitalier, ce PEHP se basait sur l'approche systémique familiale de Calgary (Wright et Leahney, 1994) et sur l'approche de solution collaborative et proactive (Greene, 2014), afin de pallier les difficultés rencontrées avec le précédent PEHP utilisé. Nguyen indique que l'ancien PEHP, utilisé à la clinique TDA/H du département de pédopsychiatrie d'un centre hospitalier universitaire en santé mentale du Québec, ne prenait pas en considération les caractéristiques du TDA/H et se centrait sur les méthodes

disciplinaires au lieu de favoriser la résolution de problème et la communication. Ainsi, « les interventions choisies dans le présent PEHP visent à améliorer le fonctionnement familial dans les domaines cognitif (perceptions, croyances), affectif (relation parent-enfant) et comportemental (pratique parentale) » (Nguyen, 2015, p. 62). Parmi les interventions utilisées, le PEHP inclut la reconnaissance des forces de la famille, la validation des émotions, l'apprentissage de connaissances et de rituels, ainsi que le développement du sentiment d'auto-efficacité. De plus, les enfants participaient en parallèle à un programme d'intervention cognitive-comportementale (PICC). Le questionnaire utilisé dans cette étude pour évaluer le fonctionnement familial était la version courte du *Family Assessment Device* (FAD). Nguyen (2015) conclut que le fonctionnement familial s'est amélioré à la suite du programme, selon la perception des mères ( $F(1,42)=11,7, p=0,001$ ) et des pères ( $F(1,24)=4,46, p=0,045$ ) ayant participé au PEHP, comparativement au groupe témoin ( $n=18$ ).

L'étude de Gonring (2017) a évalué l'effet du *Program for the Education and Enrichment of Relational Skills* (PEERS ; Laugeson et al., 2009) sur le fonctionnement familial, le stress parental, et la qualité de la relation parent-adolescent. Le programme PEERS, d'une durée de 14 semaines, permet de développer les habiletés sociales chez les adolescents. Le programme était offert à des adolescents ( $n=25$ ) âgés de 11 à 17 ans et présentant un TDA/H, ainsi qu'en parallèle à leurs parents ( $n=25$ ). Le fonctionnement familial a été évalué avant et après le programme par le questionnaire *Confusion, Hubbub, and Order Scale* (CHAOS ; Matheny et al., 1995) qui mesure le niveau de confusion et de désorganisation dans l'environnement familial. À la suite du programme, les résultats ne montrent pas d'amélioration significative pour le fonctionnement familial global ( $t(24)=1,26, p>0,05$ ). Toutefois, analysés individuellement avec la méthode Jacobson et Truax (1991), trois parents (12 %) rapportent un changement fiable et favorable du fonctionnement familial à la suite du programme PEERS (Gonring, 2017). De plus, les résultats montrent une

diminution du stress parental ( $t(24) = 2.61, p < 0,05$ ) et une amélioration de la communication parent-adolescent ( $t(24) = -2.75, p < 0,05$ ) (Gonring, 2017).

#### 1.4.3 Effet des PEHP sur les stratégies d'adaptation de la famille

Seule l'étude de McKee et collaborateurs (2004) a évalué la relation entre les stratégies d'adaptation des parents, la discipline et les comportements de l'enfant, avant et après la participation des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H et des comportements oppositionnels à un PEHP. Ainsi, 46 mères et 26 pères ont participé au programme de groupe *Behavior Management Flow Chart* (Danforth, 1998), qui comportait huit séances hebdomadaires. Leurs enfants (45 garçons et 4 filles) étaient âgés de 4 à 12 ans. Ils ont établi qu'avant le PEHP, l'utilisation de stratégies d'adaptation inadéquates par les deux parents était liée à une discipline laxiste et coercitive, ainsi qu'à des problèmes de comportements chez l'enfant. Après le PEHP, il semble que les stratégies d'adaptation utilisées par les mères n'ont pas de lien avec la discipline et les comportements de l'enfant. Le PEHP semble avoir été bénéfique pour toutes les mères sans considération des stratégies d'adaptation utilisées avant le programme. De plus, la recherche de soutien social des mères était liée à une plus grande utilisation de stratégies centrées sur l'adaptation et moins de stratégies centrées sur l'évitement. Chez les pères, l'utilisation de stratégies adaptées était liée à une amélioration des comportements de l'enfant et une diminution de la discipline parentale laxiste à la suite du programme. Ces améliorations ont particulièrement été observées chez les pères qui ont entamé le programme en n'utilisant pas des stratégies d'adaptation qui étaient centrées sur l'adaptation et la recherche de soutien social. Les auteurs en concluent que le PEHP a été plus bénéfique à ces pères et leur a apporté les outils nécessaires pour compléter leurs propres styles parentaux.



#### 1.4.4 Programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*

Dans le cadre de cet essai doctoral, le programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* (Massé et al., 2011) est offert aux parents ayant des enfants qui présentent un TDA/H. Ce programme, développé au Québec, est fréquemment utilisé dans les milieux communautaires et hospitaliers et inclut de l'éducation psychologique sur le TDA/H et une approche comportementale proactive (Massé et al., 2011). Offert en séances individuelles ou de groupes, le PEHP comprend 21 thèmes présentés au Tableau 1.3. Les animateurs du programme peuvent choisir parmi ces thèmes selon les besoins des participants et le nombre de semaine souhaités pour le programme. Ce PEHP fait partie d'un programme plus large nommé Multi-Propulsions qui inclut un volet parent (PEHP) et un volet enfant (PICC).

Tableau 1.3. *Thèmes du PEHP Mieux Vivre avec le TDA/H à la Maison (Massé et al., 2011)*

1. Être parent d'un enfant ayant un TDA/H : Connaissance sur le TDA/H
2. Intervenir auprès de l'enfant ayant un TDA/H : Connaissance et compréhension de la problématique
3. Compenser les déficits de l'enfant au quotidien
4. Pour des devoirs sans larmes et sans dispute
5. Aider l'enfant à mieux réussir en lecture
6. Aider l'enfant à mieux réussir en écriture
7. Aider l'enfant à mieux réussir en mathématiques
8. Rendre l'enfant plus obéissant avec ses parents : Gestion des comportements
9. Donner de l'attention positive à l'enfant pour améliorer ses comportements
10. Mettre sur pied un système d'émulation et de modification du comportement
11. Contrecarrer les comportements inacceptables 1 : Gestion des comportements

---

12. Contrecarrer les comportements inacceptables 2 : Gestion des comportements

---

13. Combiner les interventions pour améliorer les comportements de l'enfant

---

14. Désamorcer les crises de l'enfant ou mieux les gérer : Gestion des crises

---

15. Maintenir une bonne relation parent-enfant

---

16. Résoudre les conflits familiaux

---

17. Renforcer le concept de soi de l'enfant

---

18. Aider l'enfant à mieux vivre avec les autres 1

---

19. Aider l'enfant à mieux vivre avec les autres 2

---

20. Aider l'enfant à mieux tolérer les frustrations et à gérer sa colère

---

21. Aider l'enfant à gérer son anxiété

---

**Activité finale** : Retour des acquis et évaluation du programme

---

L'effet du programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* a été évalué à deux occasions (Verreault et al., 2011 ; Verreault et al., 2014). Dans les deux cas, les parents et les enfants ont participé aux deux volets du programme Multi-Propulsion (PEHP et PICC), ainsi qu'à des activités conjointes pour pratiquer et généraliser les acquis. En 2011, l'étude est réalisée en milieu hospitalier auprès de 23 familles. L'objectif était d'évaluer l'effet du programme sur le stress parental et la qualité de la relation parent-enfant. À la suite du programme, qui comprenait 16 séances, les résultats montrent une amélioration de la relation parent-enfant ( $z = -2,23, p = 0,013$ ) et une diminution du niveau global de stress parental ( $z = -1,86, p = 0,034$ ) comparativement au groupe contrôle, qui se maintiennent après quatre mois (Verreault et al., 2011). Les enfants présentent moins de comportements perturbateurs et de demande d'attention, ils ont une meilleure gestion de l'humeur et plus d'adaptabilité à leur environnement physique et social. Les parents ressentent plus de soutien parental ( $z = -2,40, p = 0,008$ ), communiquent mieux avec l'enfant ( $z = -3,30, p = 0,001$ ) et

mettent plus facilement des limites ( $z=-2,71, p=0,003$ ). En revanche, le programme ne semble pas avoir eu d'effet sur la satisfaction quant à leur rôle de parent ( $z= -0,34, p=0,369$ ), sur la capacité du parent à améliorer l'autonomie de l'enfant ( $z= -0,22, p=0,416$ ) et sur l'engagement du parent envers les activités de son enfant ( $z= -1,41, p=0,083$ ) (Verreault et al., 2011). Verreault et collaborateurs (2014) ont ensuite évalué les effets combinés du PEHP et PICC sur les habiletés sociales des enfants ayant un TDA/H et leurs difficultés d'adaptation. Les résultats ( $n=24$  familles) montrent des effets bénéfiques sur les habiletés sociales de l'enfant ( $p<0,01$ ), particulièrement la coopération ( $p<0,01$ ) et le sens des responsabilités ( $p<0,01$ ), comparativement aux familles en attente de traitement. De plus, une amélioration est également observée quant aux difficultés d'adaptation ( $p<0,01$ ) des familles ayant participé au programme, comparativement aux familles en attente de traitement. En effet, les résultats montrent une diminution des problèmes de retrait/dépression ( $p<0,05$ ), des problèmes d'attention ( $p<0,01$ ), les transgressions de règles ( $p<0,05$ ) et les comportements agressifs ( $p<0,05$ ) chez les enfants, dont la famille à participer au programme. Les effets semblent se maintenir jusqu'à 16 semaines à la suite du programme (Verreault et al., 2014).

## 1.5 Problématique

Au-delà des symptômes diagnostiques, les enfants ayant un TDA/H peuvent présenter des comportements turbulents, exigeants et qui provoquent la colère d'autrui. Selon l'intensité des symptômes du TDA/H, les conséquences se font ressentir sur l'ensemble des membres de la famille, notamment par des conflits familiaux fréquents, un haut niveau de stress parental et une discipline parentale incohérente ou laxiste. En retour, ces conséquences accentuent et maintiennent les symptômes et comportements inappropriés de l'enfant. Sur le plan affectif, cela incite les

parents à être moins engagés et sensibles aux besoins affectifs de l'enfant. Ainsi, des études empiriques ont montré qu'au sein des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H, le fonctionnement familial est perturbé (Bandel Castro, 2017 ; Deault, 2010 ; Foley, 2011 ; Lemelin et al., 2009 ; Moen et al., 2016 ; Munoz-Silva et al., 2017 ; Penuelas-Calvo et al., 2021) et les stratégies d'adaptation utilisées peuvent être inadéquates (Craig et al., 2020).

Les programmes d'entraînements aux habiletés parentales ont montré leur effet sur l'amélioration des comportements de l'enfant, la relation parent-enfant et le stress parental (Chronis et al., 2004 ; Massé et al., 2006). Pourtant, peu d'études ont évalué si un PEHP est une intervention efficace pour améliorer le fonctionnement familial des familles ayant un enfant TDA/H (Gonring, 2017 ; Nguyen, 2015). En outre, une seule étude (McKee et al., 2004) a évalué les changements occasionnés par la participation à un PEHP sur les stratégies d'adaptation de la famille, malgré l'importance établie d'inculquer des stratégies d'adaptation efficaces et positives pour réduire les conséquences négatives du quotidien. Cela semble donc crucial d'identifier une intervention qui permet d'améliorer le quotidien de ces familles.

## 1.6 Objectifs et hypothèses de recherche

Le premier objectif de la présente étude est d'évaluer si les familles d'enfant ayant un TDA/H, exposées au programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* (Massé et al., 2011), présentent un changement dans leur fonctionnement familial, leur expression affective et leur investissement affectif au terme du PEHP. L'hypothèse est qu'à la suite du PEHP, les parents vont rapporter une amélioration du fonctionnement familial et des variables affectives.

Le deuxième objectif est d'évaluer si les familles d'enfant ayant un TDA/H, exposées au programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* (Massé et al., 2011), présentent un changement

dans leurs stratégies d'adaptation de la famille au terme du PEHP. L'hypothèse est qu'à la suite du PEHP, les parents vont rapporter des stratégies d'adaptation plus adéquates de la part des membres de la famille.

## 1.7 Références

- Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A. et Hutz, M. H. (2016). Genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(2), 145-156. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1130626>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5: American Psychiatric Pub.
- Bandel Castro, T. (2017). Slovenian families with children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Interpersonal relations, parents' attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and implications for family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(2), 170-186. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1288993>
- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11(1), 1–29. <https://doi.org/10.1023/A:1009085417776>
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. et Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of abnormal child psychology*, 29(6), 541-556. <https://doi.org/10.1023/A:1012233310098>
- Barkley, R. A. (2006). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 3 éd.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. Guilford press.
- Barkley, R. A. (2015a). History of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 3–50). Guilford Press
- Barkley, R. A. (2015b). Etiologies of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 356–390). The Guilford Press.
- Barkley, R. A. et Lombroso, P. J. (2000). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part I: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1064–1068. <https://doi.org/10.1097/00004583-200008000-00025>
- Beaulieu, M-C. et Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales: Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDA/H. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(1), 59-69.

<https://doi.org/10.1037/a0023844>

- Becker, S. P., Luebbe, A. M. et Langberg, J. M. (2012). Co-occurring mental health problems and peer functioning among youth with attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 15(4), 279-302. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0122-y>
- Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C. et Korczak, D. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1: l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454-461. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy110>
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R. et Faraone, S. V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological Medicine*, 42(3), 639- 646. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001644>
- Borden, L. A., Hankinson, J., Perry-Parrish, C., Reynolds, E. K., Specht, M. W. et Ostrander, R. (2016). Family and Maternal Characteristics of Children With Co-Occurring ADHD and Depression. *Journal of Attention Disorders*, 24(7), 963-972. <https://doi.org/10.1177/1087054716666321>
- Breaux, R. P. et Harvey, E. A. (2018). A longitudinal study of the relation between family functioning and preschool ADHD symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 749-764. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437737>
- Brossard-Racine, M., Shevell, M., Snider, L., Bélanger, S. A. et Majnemer, A. (2012). Motor skills of children newly diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder prior to and following treatment with stimulant medication. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2080-2087. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.003>
- Brousseau, M. & Simard, M. (2000). Fonctionnement familial et négligence des enfants. Dans M. Simard et J. Alary (dir.), *Comprendre la famille*. Presse de l'Université du Québec.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. et Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1-27. <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4>
- Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O., et Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *Journal of Marriage and Family*, 71(3), 558-574. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00619.x>
- Coyne, J.C. et Holroyd, K. (1982). Stress, coping, and illness : A transactional perspective. *Handbook of clinical health psychology*, 103-127, New-York : Plenum Press.
- Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., Lucarelli, E., Russo, L., & Trabacca, A. (2020). A systematic

review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in developmental disabilities*, 98, 103571.

- Dale, C., Parent, J., Forehand, R., DiMarzio, K., Sonuga-Barke, E., Long, N., & Abikoff, H. B. (2021). Behavioral Parent Training for Preschool ADHD: Family-Centered Profiles Predict Changes in Parenting and Child Outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-14.
- Danforth, J. S. (1998). The Behavior Management Flow Chart: A component analysis of behavior management strategies. *Clinical Psychology Review*, 18, 229–257.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 168-192. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0159-4>
- Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É., Lesage, A., Vincent, A., Vasiliadis, H. M. et Palardy, S. (2019). *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Dulude, D. (2014). *Le TDAH, une force à rééquilibrer: Le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Les Editions du CRAM.
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J. et Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43-51. <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>
- DuPaul, G. J. et Stoner, G. (2014). *ADHD in the Schools : Assessment and Intervention Strategies*. Guilford Press.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S. et Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>
- Faraone, S. V., Schachar, R. J., Barkley, R. A., Nullmeier, R. et Sallee, F. R. (2017). Early morning functional impairments in stimulant-treated children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus controls: Impact on the family. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 27(8), 715-722. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0164>
- Ferreira, D. (2019). Enjeux et fonctionnements familiaux dans le Trouble Déficitaire de l'Attention/Hyperactivité chez les enfants et les adolescents. *Revue de la littérature et illustrations cliniques*.
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 39-49. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x>



- Freeman, R. D. (2007). Tic disorders and ADHD: answers from a world-wide clinical dataset on Tourette syndrome. *European child & adolescent psychiatry*, 16(1), 15-23. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-1003-7>
- Fuster, J. M. (1997). *The prefrontal cortex*. New York: Raven Press.
- Garcia, A. M., Medina, D. et Sibley, M. H. (2019). Conflict between parents and adolescents with ADHD: Situational triggers and the role of comorbidity. *Journal of Child and Family Studies*, 28(12), 3338-3345. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01512-7>
- Généreux, R. (2015). L'effet d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur le comportement d'enfant TDA/H expliqué par l'amélioration de certaines pratiques éducatives parentales [Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke].
- Gonring, K. (2017). *Program for the education and enrichment of relational skills: Parental outcomes with an ADHD sample* [Dissertations, Marquette University]. [https://epublications.marquette.edu/dissertations\\_mu/650](https://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/650)
- Greene, W.R. (2014). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children* (5e éd.). HarperCollins Publisher.
- Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S. et Pfiffner, L. J. (2017). Parenting as a mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation. *Journal of abnormal child psychology*, 45(5), 841-855. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0199-8>
- Hauth-Charlier, S. et Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H: considérations pratiques et implications cliniques. *Pratiques psychologiques*, 15(4), 457-472. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.001>
- Hawes, D. J., Dadds, M. R., Frost, A. D., et Russell, A. (2013). Parenting practices and prospective levels of hyperactivity/inattention across early-and middle-childhood. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(3), 273–282. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9341-x>
- Jacobson, N. S. et Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johnston, C. et Chronis-Tuscano, A. (2015). Families and ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e édition, pp. 191-209). Guilford Press.
- Johnston, C. et Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/ hyperactivity

disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>

Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D. et Gnagy, E. M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 169-181. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_16](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_16)

Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 38(2), 161-178. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01851.x>

Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.

Keown, L. J. (2012). Predictors of boys' ADHD symptoms from early to middle childhood: The role of father-child and mother-child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(4), 569-581. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9586-3>

Lanza, H. I. et Drabick, D. A. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 39(1), 83-94. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9447-5>

Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C. et Dillon, A. R. (2009). Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(4), 596-606. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0664-5>

Lavoie, A. (2017). L'expérience des parents ayant un enfant atteint d'un problème de santé ou de développement. *Institut de la statistique du Québec*, nd(20), 1-24.

Lee, S. (2020). *The role of family environmental factors on ADHD and ODD comorbidity in early childhood* [Dissertation submitted, University of North Carolina]. <https://doi.org/10.17615/640s-7n30>

Lemelin, G., Lafortune, D. et Fortier, I. (2006). Les caractéristiques familiales des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: Recension critique des écrits. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 47(3), 211-228. <https://doi.org/10.1037/cp2006011>

Lemelin, G., Lafortune, D., Fortier, I., Simard, L. et Robaey, P. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(5), 392-403. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.04.007>

Lussier, F. (2013). *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)*. Tom Pousse.

- Lussier, F., Chevrier, E. et Gascon, L. (2018). *Neuropsychologie de l'enfant-3e éd.: Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Dunod.
- Manning M. M., Wainwright, L. et Bennett, J. (2011). The double ABCX model of adaptation in racially diverse families with a school-age child with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 41(3), 320-331. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1056-1>
- Marchand-Reilly, J. F. (2012). The role of fathers' depressive symptoms and lax and overreactive discipline in children's externalizing and internalizing behaviors. *Journal of Adult Development*, 19(4), 181-189. <https://doi.org/10.1007/s10804-012-9145-3>
- Masi, L., Gignac, M. (2015). ADHD and Comorbid Disorders in Childhood Psychiatric Problems, Medical Problems, Learning disorders and Developmental Coordination Disorders. *Clinical Psychiatry*, 1(1), 1-9. <https://doi.org/10.21767/2471-9854.100005>
- Massé, L., Lanaris, C. et Couture, C. (2006). Interventions auprès des parents de jeunes présentant un TDA/H. Dans N. Chevalier (dir.), M-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant, *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p. 255-280). Presse de l'Université du Québec.
- Massé, L., Verreault, M., Verret, C., Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Chenelière Éducation.
- Matheny, A. P., Wachs, T. D., Ludwig, J. L. et Phillips, K. (1995). Bringing Order out of Chaos: Psychometric Characteristics of the Confusion, Hubbub, and Order Scale. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16(3), 429-444. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(95\)90028-4](https://doi.org/10.1016/0193-3973(95)90028-4)
- McConaughy, S. H., Volpe, R. J., Antshel, K. M., Gordon, M. et Eiraldi, R. B. (2011). Academic and social impairments of elementary school children with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 40(2), 200-225. <https://doi.org/10.1080/02796015.2011.12087713>
- McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M. et Needle, R. H. (1980). Family stress and coping: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42(4), 855-871. <https://doi.org/10.2307/351829>
- McCubbin, H. I., Larsen, A. S. et Olson, D. H. (1981). *Family crisis oriented personal evaluation scales*. University of Wisconsin, family stress coping and health project.
- McCubbin, H. I. et Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(2), 7-37. [https://doi.org/10.1300/J002v06n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02)
- McKee, T. E., Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R., & Friedman, J. L. (2004). The relation

between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 158-168.

Mikami, A. Y. et Pfiffner, L. J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 482-492. <https://doi.org/10.1177/1087054706295670>

Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of family therapy*, 22(2), 168-189.

Ministères de l'Éducation, de la santé et des services sociaux (MSSS). (2003). TDA/H, agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Document de soutien à la formation: Connaissances et interventions. Gouvernement du Québec

Miranda, A., Grau, D., Rosel, J. et Meliá, A. (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A structural equation model. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 496-505. <https://doi.org/10.1017/S1138741600001876>

Moen, Ø. L., Hedelin, B. et Hall-Lord, M. L. (2016). Family functioning, psychological distress, and well-being in parents with a child having ADHD. *SAGE Open*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244015626767>

Munoz-Silva, A., Lago-Urbano, R. et Sanchez-Garcia, M. (2017). Family impact and parenting styles in families of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2810-2823. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0798-1>

Nguyen, P. T. (2015). *Changements dans le fonctionnement des familles ayant un enfant atteint d'un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité après un programme d'entraînement aux habiletés parentales* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13113>

Nigg, J. T. (2005). Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/ hyperactivity disorder: the state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biological psychiatry*, 57(11), 1424-1435. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.011>

Park, J. L., Hudec, K. L. et Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 56(2), 25-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.003>

Pauzé, R. et Petitpas, J. (2013). Évaluation du fonctionnement familial: état des connaissances. *Thérapie familiale*, 34(1), 11-37. <https://doi.org/10.3917/tf.131.0011>

Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., Daley, D., De

- Silva, C., Harpin, V., Hodgkins, P., Nadkarni, A., Setyawan, J. et Sonuga-Barke, E. J. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European child & adolescent psychiatry*, 25(11), 1217-1231. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0841-6>
- Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porrás-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., Perez-Colmenero, S., Delgado-Gomez, D., Carballo, J. J. et Baca-García, E. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.003>
- Peters, K. et Jackson, D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 62-71. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04853.x>
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Rathouz, P. J. et Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 33(5), 551-563. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-6737-4>
- Pliszka, S. R. (2015). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e edition, pp. 140-168). Guilford Press.
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., Beach, M. L. et Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(4), 189-197. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0089-z>
- Purper-Ouakil, D., Wohl, M., Cortese, S., Michel, G. et Mouren, M. C. (2006). Le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(1), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.11.003>
- Reigstad, B., Jørgensen, K., Sund, A. M. et Wichstrøm, L. (2006). Adolescents referred to specialty mental health care from local services and adolescents who remain in local treatment: what differs?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(4), 323-331. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0027-x>
- Roberts, R., McCrory, E., Joffe, H., De Lima, N. et Viding, E. (2017). Living with conduct problem youth: Family functioning and parental perceptions of their child. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 595-604. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1088-6>
- Roberts, R. J. et Pennington, B. F. (1996). An integrative framework for examining prefrontal

cognitive processes. *Developmental Neuropsychology*, 12(1), 105–126.  
<https://doi.org/10.1080/87565649609540642>

- Roskam, I., Kinoo, P. et Nassogne, M. C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(4), 204-213.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.005>
- Stevens, M. C., Gaynor, A., Bessette, K. L. et Pearlson, G. D. (2016). A preliminary study of the effects of working memory training on brain function. *Brain imaging and behavior*, 10(2), 387-407. <https://doi.org/10.1007/s11682-015-9416-2>
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. et Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17. <https://doi.org/10.177/1063426610387433>
- Thomas, S. R., O'Brien, K. A., Clarke, T. L., Liu, Y. et Chronis-Tuscano, A. (2014). Maternal depression history moderates parenting responses to compliant and noncompliant behaviors of children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1257-1269. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9957-7>
- Verreault, M., Verret, C., Massé, L., Lageix, P. et Guay, M. C. (2011). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDA/H sur le stress parental et la relation parent–enfant. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(3), 150-160.  
<https://doi.org/10.1037/a0019273>
- Verreault, M., Verret, C. et Massé, L. (2014). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDA/H sur leurs habiletés sociales et leurs difficultés d'adaptation. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 68(4), 53-69. <https://doi.org/10.3917/nras.068.0053>
- Wefelmeyer, E. M. (2020). *Relationship Between Maternal/Family Functioning and Social Functioning in Youth with ADHD* [Thèse de doctorat, Marquette University].
- Wehmeier, P. M., Schacht, A. et Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent health*, 46(3), 209-217. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>
- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R., Perwien, A. R. et Johnston, J. A. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 111-126. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9008-5>
- Wright, L. M. et Leahey, M. (1994). Theoretical foundations of the Calgary family assessment and intervention models. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 33-64.

CHAPITRE 2  
LES EFFETS D'UN PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT AUX HABILITÉS PARENTALES  
SUR LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL ET SES DIMENSIONS AFFECTIVES CHEZ LES  
FAMILLES D'UN ENFANT AYANT UN TDA/H.

Publié à la Revue Science et Comportement de juin 2022  
Mise en page selon les normes éditoriales

Les effets d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur le fonctionnement familial et ses dimensions affectives chez les familles d'un enfant ayant un TDA/H

Carole-Ann Collin<sup>a,b,c</sup> et Julie B. Leclerc<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3P8.

<sup>b</sup> Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 7331 rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3V2.

<sup>c</sup> Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE)

Correspondance adressée à Carole-Ann Collin: [collin.carole-ann@courrier.uqam.ca](mailto:collin.carole-ann@courrier.uqam.ca)

Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM), 7331 rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3V2.



## Résumé

Les familles d'un enfant présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) peuvent avoir un fonctionnement familial inadéquat, caractérisé par des conflits et du stress parental, qui affectent leur relation sur le plan affectif. Ceux-ci peuvent participer à un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) qui a montré des effets positifs, notamment sur les comportements de l'enfant. L'objectif de l'étude est d'évaluer les effets d'un PEHP sur le fonctionnement familial, l'expression affective et l'investissement affectif. Dix familles, ayant un enfant présentant un TDA/H (6 à 15 ans), ont rempli des questionnaires à trois temps de mesure. Les résultats montrent qu'au départ les participants présentaient en moyenne un fonctionnement familial et une expression affective adéquats et aucun changement significatif n'est observé à la suite du PEHP. Toutefois, le PEHP a eu un effet positif chez les participants présentant le plus de difficultés à ces variables. L'âge des parents et le sexe de l'enfant ont aussi montré un effet sur les dimensions affectives. Ainsi, le PEHP semble être efficace chez les familles vivant le plus de difficultés et il importe de les rejoindre pour leur offrir ce service. Il demeure aussi nécessaire de considérer les besoins affectifs de ces familles.

Mots clés : TDA/H, Fonctionnement familial, Dimensions affectives, Programme d'entraînement aux habiletés parentales, Modèle McMaster du fonctionnement familial

## Abstract

Families of a child with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) may experience inadequate family functioning, characterized by conflict and parental stress, which affects their relationship. They can participate in a behavioral parent training (BPT) which has shown positive effects, particularly on the behavior of the child. This study aims to assess the effects of a BPT on family functioning, affective responsiveness and affective involvement. Ten families, with an ADHD child (6 and 15 years old) completed questionnaires at three measurement times. The results show that at baseline, participants exhibited adequate family functioning and affective expression on average, and no significant changes were observed following BPT. However, the BPT had a positive effect in the participants presenting the most difficulties to these variables. The age of the parents and the sex of the child also showed an effect on the affective dimensions. Thus, the BPT seems to be effective among families experiencing the most difficulties and it is important to reach them to offer them this service. It also remains necessary to consider the emotional needs of these families.

Key Words: ADHD, Family functioning, Affective dimensions, Behavioral parental training, McMaster model of family functioning

## 2.1 Introduction

Le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental qui se présente sous trois formes cliniques, soit d'inattention prédominante, d'hyperactivité et d'impulsivité prédominantes ou sous forme mixte (American Psychiatric Association [APA], 2013). Au Québec, il s'agit du diagnostic le plus fréquemment attribué aux enfants d'âge scolaire (Ministère de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003) et présent particulièrement chez les garçons (2 : 1) (APA, 2013 ; Diallo et al., 2019). Selon les données de l'Institut National de Santé Publique du Québec publiées en 2019, la prévalence annuelle du TDA/H chez les enfants et les adolescents était de 4,1 % en 2016 et varie en fonction du sexe de l'enfant (Diallo et al., 2019).

La présence du TDA/H peut affecter le fonctionnement familial selon la gravité des difficultés attentionnelles et comportementales vécues par l'enfant, et est accentuée par les conflits familiaux et le stress parental (Barkley, 2006 ; Lemelin, Lafortune, & Forcier, 2006 ; Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013). Ces parents peuvent avoir des comportements moins chaleureux et empathiques envers leurs enfants (Lemelin et al., 2006 ; Moen, Hedelin, & Hall-Lord, 2016 ; Whalen et al., 2006). Ils peuvent alors décider de prendre part à un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP), afin de recevoir du soutien, développer de nouvelles habiletés parentales et rétablir des interactions positives avec leur enfant (Hauth-Charlier & Clément, 2009). Seulement quelques études ont évalué les effets d'un PEHP sur le fonctionnement de l'ensemble de la famille (Gonring, 2017 ; Nguyen, 2015) et à notre connaissance, aucune ne s'est intéressée spécifiquement au volet affectif. Le but de cette étude est donc d'évaluer si une intervention auprès des parents permet d'améliorer le fonctionnement familial et plus particulièrement les dimensions affectives, soient l'expression affective et l'investissement affectif des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H.

## 2.2 Le fonctionnement familial

Le fonctionnement familial est un concept complexe représentant les relations au sein des membres de la famille et la gestion de leur vie quotidienne (Miller, Ryan, Keitner, Bishop, & Epstein, 2000). Le fonctionnement familial renvoie à des tâches instrumentales et affectives qui assurent la croissance, l'intégration et le maintien de l'unité familiale et de chacun de ses membres, ainsi que leurs réponses face aux imprévus (Brousseau & Simard, 2000). L'un des modèles théoriques ayant défini le fonctionnement familial est le modèle McMaster développé par Epstein, Bishop et Levine en 1978. Celui-ci décrit le fonctionnement familial à travers six dimensions : la résolution de problèmes, la communication, la répartition des rôles, le contrôle du comportement, l'expression affective et l'investissement affectif.

Plusieurs études ont montré un fonctionnement familial perturbé au sein des familles ayant un enfant atteint du TDA/H (Bandel Castro, 2017 ; Foley, 2011 ; Lemelin, Lafortune, Fortier, Simard, & Robaey, 2009 ; Moen et al., 2016 ; Penuelas-Calvo et al., 2020). Lemelin et collègues (2009) (n=262) montre que la sévérité des symptômes hyperactifs et impulsifs ( $r = 0,23, p < 0,01$ ) et des symptômes oppositionnels et défiants ( $r = -0,28, p < 0,01$ ) est significativement liée à un haut niveau de dysfonctionnement familial, ce qui explique jusqu'à 7,8 % de la variance du fonctionnement familial. En effet, la relation parent-enfant est plus tendue, les parents peuvent être moins flexibles dans leurs consignes et ils prennent moins en considération les compétences de l'enfant. Ces familles ont plus de difficultés à communiquer et à résoudre efficacement leurs problèmes (Lemelin et al., 2006).

Selon l'étude de Moen et collaborateurs (2016) (n=264), des caractéristiques telles que la santé mentale des parents, le stress parental et les conflits familiaux peuvent par ailleurs expliquer jusqu'à 44,3 % de la variance du fonctionnement familial des familles d'un enfant ayant un TDA/H. Tout d'abord, ces parents peuvent présenter un haut niveau d'anxiété et de dépression

ainsi qu'un faible niveau de bien-être considérant la charge supplémentaire sur les plans émotionnel, social et économique qu'occasionnent les difficultés attentionnelles et comportementales de leur enfant (Fridman et al., 2017 ; Johnston & Mash, 2001 ; Lemelin et al., 2006 ; Moen et al., 2016 ; Penuelas-Calvo et al., 2020 ; Whalen et al., 2006). Ensuite, une méta-analyse de Theule et collaborateurs (2013), incluant 44 articles, montre que ces parents vivent un haut niveau de stress parental. La sévérité des comportements perturbateurs de l'enfant et le sentiment du parent d'avoir peu de contrôle sur les comportements de l'enfant sont directement associés à un haut niveau de stress parental (Harrison & Sofronoff, 2002). Parmi les principaux défis familiaux que peut engendrer le diagnostic de TDA/H chez un enfant, les mères rapportent assumer un haut niveau de responsabilités dans l'éducation et la vie quotidienne de la famille, ressentir de la tristesse, de la colère, de la honte et de la culpabilité face à leur enfant, être limitées dans leurs activités familiales et sociales, ainsi qu'avoir rarement du temps pour elle-même (Miranda, Grau, Rosel, & Meliá, 2009 ; Munoz-Silva, Lago-Urbano, & Sanchez-Garcia, 2017 ; Peters & Jackson, 2009 ; Whalen et al., 2006). Conséquemment, le stress parental ressenti peut affecter les pratiques parentales en devenant plus directives, incohérentes et rigides (Barkley, 2006 ; Chronis et al., 2004 ; Johnston & Mash, 2001 ; Lemelin et al., 2006 ; Miranda et al., 2009 ; Munoz-Silva et al., 2017). En retour, ces pratiques peuvent exacerber les comportements perturbateurs de l'enfant et les conflits familiaux (Chronis-Tuscano et al., 2008 ; Johnston & Mash, 2001 ; Johnston & Jassy, 2007 ; Lemelin et al., 2006). Enfin, la relation et la communication peuvent être plus conflictuelles avec leurs parents ou leur fratrie (Bandel Castro, 2017 ; Borden et al., 2020 ; Johnston & Mash, 2001 ; Mikami & Pfiffner, 2008 ; Whalen et al., 2006), puisque les enfants ayant un TDA/H présentent une faible capacité de régulation émotionnelle (Biederman et al., 2012 ; Primack et al., 2012) et de moins bonnes habiletés de résolution de problèmes (Barkley, 2006 ; Lemelin et al., 2006). D'ailleurs, les routines du matin et du soir, ainsi que la période des

devoirs semblent propices aux conflits dans les familles ayant un enfant présentant un TDA/H (Lanza & Drabick, 2011).

### 2.2.1 Dimensions affectives

Deux dimensions du modèle du fonctionnement familial de McMaster se centrent sur le volet affectif. D'une part, l'expression affective correspond à la capacité des membres de la famille à réagir émotionnellement à une situation de manière adéquate (Pauzé & Petitpas, 2013). D'autre part, l'investissement affectif est l'intérêt que les membres de la famille montrent les uns envers les autres (Pauzé & Petitpas, 2013). Il semble que la sévérité de l'hyperactivité et de l'impulsivité mène à ce que les familles d'un enfant ayant un TDA/H ( $n=262$ ) aient une expression affective ( $\beta = -0,15, p < 0,05$ ) et un investissement affectif ( $\beta = -0,18, p < 0,05$ ) inadéquats (Lemelin et al., 2009). De plus, la présence de difficultés psychologiques chez le parent est associée à moins d'engagement positif, ainsi qu'une moins grande sensibilité aux besoins affectifs de l'enfant ayant un TDA/H, particulièrement lorsqu'il y a présence de trouble concomitant (Kashdan et al., 2004 ; Lemelin et al., 2006). Pourtant, une étude de Bandel Castro (2017) montre que l'expression affective ( $t(149) = -1,17, p = 0,244$ ) et l'investissement affectif ( $t(149) = 1,31, p = 0,191$ ) ne diffèrent pas entre les familles ayant un enfant TDA/H ( $n = 77$ ) et le groupe contrôle ( $n = 73$ ). Cela indique que les dimensions affectives peuvent être préservées, et ce, malgré la présence de difficultés significatives sur le fonctionnement familial ( $t(149) = -2,83, p < 0,01$ ), un haut niveau de conflits ( $t(149) = 2,78, p < 0,01$ ), une faible cohésion familiale ( $t(149) = -2,68, p < 0,01$ ), des difficultés de communication ( $t(149) = -2,28, p < 0,05$ ) et des difficultés dans le contrôle du comportement de l'enfant ( $t(149) = 2,50, p < 0,05$ ). Ainsi, il semble que la sévérité des symptômes du TDA/H influence les difficultés vécues par les membres de la famille et nuit à leurs interactions, ce qui

intensifie le dysfonctionnement familial et diminue la sensibilité des parents aux besoins affectifs de l'enfant (Borden et al., 2020 ; Lemelin et al., 2006).

### 2.3 Programme d'entraînement aux habiletés parentales

Il est recommandé que les parents soient impliqués dans les soins de leur enfant qui présente un TDA/H par la participation à un PEHP, puisqu'ils sont considérés comme des agents de changement auprès de leur enfant (Haack, Villodas, McBurnett, Hinshaw, & Pfiffner, 2017). Un PEHP permet aux parents d'avoir une meilleure compréhension des symptômes de l'enfant, d'améliorer leurs pratiques éducatives et leur sentiment de compétence parentale (Kazdin, 2005). Basés sur les principes de conditionnement opérant et de l'apprentissage social (Hauth-Charlier & Clément, 2009 ; Kazdin, 2005), ces programmes entraînent les parents à modifier leur manière d'interagir avec leur enfant, à promouvoir des comportements prosociaux et, conséquemment, à diminuer les comportements perturbateurs de leur enfant (Hauth-Charlier & Clément, 2009). Lors de certains PEHP, seuls les parents participent, tandis que d'autres incluent en parallèle des interventions pour les enfants sous la forme d'un programme d'intervention cognitive comportementale (PICC), ainsi que des moments combinés. Les différents programmes ciblent diverses problématiques, dont certains visent les symptômes du TDA/H. Deux recensions systématiques des écrits, faites par Chronis et collaborateurs (2004) et Massé, Lanaris et Couture (2006), rapportent les bienfaits des PEHP sur les comportements des enfants ayant un TDA/H, leurs habiletés et acceptation sociale, leurs habiletés de résolution de problèmes, la relation parent-enfant, le stress parental, le sentiment de compétence parentale, les pratiques parentales et une amélioration des connaissances des parents concernant le TDA/H et la médication.

Quelques études ont évalué l'effet de différents PEHP sur le fonctionnement familial (Gonring, 2017 ; Nguyen, 2015). Tout d'abord, l'étude de Nguyen (2015) a évalué l'effet d'un programme sur le fonctionnement familial auprès de parents d'enfant ayant un TDA/H (n=28). Le PEHP créé en milieu hospitalier se basait sur l'approche systémique familiale de Calgary (Wright & Leahney, 1994) et l'approche de solution collaborative et proactive (Greene, 2014). Les enfants participaient de façon parallèle à un PICC visant l'apprentissage de compétences sociales. Nguyen (2015) conclut que le fonctionnement familial s'est nettement amélioré à la suite du programme, selon la perception des mères ( $F(1,42)=11,7, p=0,001$ ) et des pères ( $F(1,24)=4,46, p=0,045$ ), comparativement au groupe témoin (n=18). Puis, l'étude de Gonring (2017) a évalué l'effet du *Program for the Education and Enrichment of Relational Skills* (PEERS ; Laugeson, Frankel, Mogil & Dillon, 2009) sur le stress parental, le fonctionnement familial et la qualité de la relation parent-adolescent. Le programme était offert à des adolescents (n=25) âgés de 11 à 17 ans et présentant un TDA/H, ainsi qu'en parallèle à leurs parents (n=25). À la suite du programme, bien que les résultats tendent vers une amélioration du fonctionnement familial, l'étude n'a toutefois pas obtenu de résultats significatifs pour le fonctionnement familial ( $t(24)=1,26, p>0,05$ ). Pourtant, selon la méthode d'analyse de Jacobson et Truax (1991), permettant d'évaluer individuellement la présence d'un changement significatif, trois parents (12 %) rapportent une amélioration dans leur fonctionnement familial à la suite du programme PEERS (Gonring, 2017).

#### 2.4 Objectif de l'étude

La littérature scientifique révèle que le fonctionnement familial est souvent perturbé au sein des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H, que la relation entre les membres de la famille est plus conflictuelle et que ceux-ci sont moins sensibles aux besoins affectifs des autres. Pourtant,



peu d'études ont évalué si un PEHP est une intervention efficace pour améliorer le fonctionnement familial (Gonring, 2017 ; Ngugen, 2015) et ces études ont obtenu des résultats divergents. À notre connaissance, aucune étude n'a évalué spécifiquement l'effet d'un PEHP sur les dimensions affectives du fonctionnement familial, ce qui semble crucial pour aider ces familles à améliorer leur relation au quotidien. Ainsi, l'objectif de la présente étude est d'évaluer l'effet d'un PEHP sur le fonctionnement familial, l'expression affective et l'investissement affectif chez les familles ayant un enfant présentant un TDA/H. L'hypothèse est que les parents ayant participé au PEHP rapportent une amélioration significative du fonctionnement familial et des dimensions affectives.

## 2.5 Méthode

### 2.5.1 Participants

Les participants de cette étude (n=25) sont 23 mères et 2 pères, âgés de 29 ans à 51 ans (M = 39,75 ; E.T= 5,43). Les critères d'inclusion étaient que le parent devait avoir un enfant, âgé de six à quinze ans, qui présente des symptômes de TDA/H. Le parent devait également maîtriser le français oral et écrit. Le critère d'exclusion était que l'enfant ne devait pas présenter un diagnostic de déficience intellectuelle et/ou un trouble du spectre de l'autisme, tel que rapporté par le parent, afin de s'assurer que l'enfant comprenne les consignes du parent.

### 2.5.2 Procédure

Les participants de cette étude ont été recrutés parmi ceux qui ont pris part au PEHP offert par l'Association Parents Aptes à Négocier le Déficit de l'Attention (PANDA) de deux régions administratives du Québec et animé par leurs intervenantes indépendantes. Le recrutement a eu lieu de janvier 2019 à avril 2021. En mars 2020, le PEHP a été interrompu par la pandémie de COVID-19 et les conséquences sur le taux d'attrition sont décrites dans la section Discussion de

cet article. Ainsi, c'est à partir du logiciel d'enquête en ligne *LimeSurvey* que les participants ont signé le formulaire d'information et de consentement, ainsi que les questionnaires de l'étude. Un code unique leur a été transmis afin d'assurer leur confidentialité. Cette étude comportait trois temps de mesures : pré-PEHP, post-PEHP, ainsi qu'un suivi de trois mois. La durée de chaque évaluation variait de 60 à 90 minutes. À la fin du programme, la liste des présences aux rencontres a permis de s'assurer de l'assiduité des participants. La présence du même parent à un minimum de sept rencontres du PEHP était requise pour que les participants remplissent les deux derniers temps de mesures (Chacko et al., 2016). Ce projet a été approuvé par le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal.

### 2.5.3 Modalité de traitement

Les participants ont participé au programme *Mieux Vivre avec le TDA/H à la Maison* (Massé, Verreault, Verret, Boudreault, & Lanaris, 2011) sur une période de dix semaines. Ce PEHP inclut notamment de la psychoéducation sur le TDA/H et une approche comportementale proactive ciblant les symptômes attentionnels et comportementaux du TDA/H (Massé et al., 2011). Le PEHP vise donc à informer les parents sur la problématique du TDA/H, améliorer leur compétence parentale et améliorer la qualité de la relation parent-enfant. Le programme étant constitué originellement de 19 thèmes. Les animatrices de l'association PANDA ont procédé à une adaptation du contenu, afin d'animer dix rencontres de groupe, notamment en laissant de côté les thèmes abordant la réussite scolaire. Les principaux thèmes portent sur les interventions du quotidien pour améliorer les comportements de l'enfant et sa gestion des émotions. Dans le cadre de cette étude, aucune intervention n'a été faite auprès des enfants.

#### 2.5.4 Instruments de mesure

En plus du questionnaire sociodémographique, deux questionnaires ont été remplis par les participants lors des trois temps de mesures (pré-PEHP, post-PEHP, suivi 3 mois). Le questionnaire du Fonctionnement familial est la version française du *McMaster Family Assessment Device (FAD)* d'Epstein, Baldwin et Bishop (1983). Ce questionnaire évalue le fonctionnement familial selon sept échelles (Fonctionnement familial, Résolution de problèmes, Communication, Rôles, Contrôle des comportements, Expression affective et Investissement affectif). Lors de cette étude, seules les échelles du fonctionnement familial, de l'expression affective et de l'investissement affectif sont utilisées. La version originale du questionnaire obtient une bonne cohérence interne ( $\alpha$ ) se situant entre 0,72 et 0,92 et une bonne fidélité test-retest se situant entre 0,66 et 0,76 selon l'échelle (Epstein et al., 1983). L'évaluation de la version française montre aussi une bonne cohérence interne se situant entre 0,68 et 0,87 selon l'échelle (Pauzé, s.d). Miller et collaborateurs (1985) ont déterminé les seuils cliniques pour chacune des échelles du FAD, dont le fonctionnement familial (2,0), l'expression affective (2,2) et l'investissement affectif (2,1). Ainsi, l'échelle du FAD est considérée comme dysfonctionnelle lorsque le résultat est supérieur au seuil clinique. Puis, le questionnaire Points forts-Points faibles (Youth in mind, 2004) est la version française du *Strengths and difficulties questionnaire (SDQ)* créé par Goodman (1997). Ce questionnaire permet l'évaluation des comportements chez les enfants de 4 à 17 ans selon cinq échelles (Troubles émotionnels, Troubles comportementaux, Hyperactivité, Troubles relationnels avec les pairs et Prosociale). Il a été administré dans le but de décrire l'intensité des difficultés des enfants. Les qualités psychométriques de ce test sont satisfaisantes avec une consistance interne moyenne de 0,73 et une fidélité test-retest moyenne de 0,62 (Goodman, 2001). Les qualités psychométriques de la version française sont satisfaisantes avec une consistance interne moyenne, soit de 0,46 à 0,74

selon l'échelle (Shojaei, Wazana, Pitrou, & Kovess, 2009). L'interprétation des résultats permet d'identifier si l'échelle est considérée comme normale, limite ou anormale.

#### 2.5.5 Analyses statistiques

Pour répondre à l'objectif de recherche, trois modèles linéaires mixtes ont été réalisés en incluant les trois temps de mesures pour les échelles du fonctionnement familial, de l'expression affective et de l'investissement affectif. Cette analyse a été privilégiée, puisqu'elle n'efface pas toutes les informations du participant qui présente des données manquantes, comparativement à l'ANOVA (Stefaniak, 2018). La correction de Bonferroni a été utilisée pour corriger le seuil de significativité pour les comparaisons multiples. Les postulats de normalité et d'homoscédasticité ont été vérifiés à l'aide des graphiques de résidus et aucune déviation n'a été détectée pour les échelles du fonctionnement familial et de l'investissement affectif. Pour l'échelle de l'expression affective, un problème d'hétérogénéité a été détecté lors de l'analyse des postulats de normalité. Une structure de covariance autorégressive avec hétérogénéité a été utilisée, ce qui a permis de pallier la situation. Puisque les résultats n'ont montré aucun changement significatif, des analyses secondaires ont été réalisées par la suite. Le sexe et l'âge des participants et de leurs enfants ont été inclus à l'analyse pour identifier de potentielles covariables. De plus, la méthode de Jacobson et Truax (1991) a été utilisée, pour déterminer si un changement statistiquement significatif est observé individuellement parmi les participants qui ont complété les deux premiers temps de mesure (n=10). Cette méthode utilise la fiabilité de l'instrument de mesure (Epstein et al., 1983) et les caractéristiques d'une population clinique afin de comparer les résultats et identifier la présence d'un changement réel. Les moyennes et les écarts-types proviennent donc de l'échantillon de participants (n=262) de l'étude de Lemelin et collaborateurs (2009).

## 2.6 Résultats

Au cours des trois années de recrutement, 25 parents âgés de 29 ans à 51 ans ( $M = 39,75$  ;  $E.T = 5,43$ ) ont participé à l'étude. Parmi ceux-ci, 92 % étaient des mères. Leurs enfants, âgés de 6 ans à 15 ans ( $M = 8,65$  ;  $E.T = 2,19$ ), étaient majoritairement des garçons (73,91 %). L'ensemble des enfants avait un diagnostic (90,90 %) ou des symptômes (9,10 %) de TDA/H et la majorité (59,09 %) était médicamentée. Sur les 25 parents ayant initialement participé à cette étude, dix ont participé au deuxième temps de mesure (taux d'attrition de 60 %) et six parents ont participé au troisième temps de mesure (taux d'attrition de 76 % entre pré-PEHP et le suivi). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont résumées au Tableau 2.1. Il importe de noter que deux participants n'ont pas rempli entièrement le questionnaire sociodémographique.

Tableau 2.1. *Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants et leurs enfants*

<b>Caractéristique des parents</b>	<b>(n=25)</b>
Sexe du parent participant	
Mère : n (%)	23 (92 %)
Âge du parent participant : M (E.T.)	39,75 (5,43)
Composition familiale	
Marié ou conjoint de fait : n (%)	19 (79 %)
Séparé, divorcé ou monoparental : n (%)	5 (21 %)
Diagnostic chez l'un des deux parents : n (%)	8 (33 %)
Familles ayant d'autres enfants : n (%)	18 (78 %)
Autres enfants ayant aussi des difficultés : n (%)	8 (44 %)
Dimensions du fonctionnement familial (FAD) pré-PEHP	
Fonctionnement familial : M (E.T.)	1,95 (0,37)
Expression affective : M (E.T.)	1,73 (0,35)
Investissement affectif : M (E.T.)	2,11 (0,35)
<b>Caractéristique de l'enfant</b>	<b>(n=23)</b>

Sexe de l'enfant	
Garçon : n (%)	17 (74 %)
Âge de l'enfant : M (E.T.)	
	8,65 (2,19)
Diagnostic de TDA/H : n (%)	
	20 (91 %)
Échelles du questionnaire Points forts-Points faibles (SDQ) pré-PEHP	
Troubles émotionnels : M (E-T.)	4,29 (2,78)
Troubles comportementaux : M (E-T.)	4,52 (2,16)
Hyperactivité : M (E-T.)	7,71 (1,74)
Troubles relationnels avec les pairs : M (E-T.)	2,43 (1,86)
Comportements prosociaux : M (E-T.)	7,38 (1,8)
Consultation de professionnel	
Aucun : n (%)	11 (50 %)
Psychologue, psychoéducateur ou neuropsychologue : n (%)	16 (73 %)
Travailleur social : n (%)	5 (23 %)
Autres : n (%)	11 (50 %)
Médication : n (%)	
	13 (59 %)

Les caractéristiques des enfants aux points de vue comportemental, émotionnel et social, évalué par le questionnaire Points forts-Points faibles, sont présentées dans le Tableau 2.1. Les résultats montrent qu'en moyenne, avant de participer au PEHP, les enfants présentaient des problèmes de comportements, de l'hyperactivité et ils étaient à la limite des troubles émotionnels. Les résultats indiquent par ailleurs que les enfants ont de bonnes relations avec leurs pairs et des comportements prosociaux.

Avant le programme, les moyennes des échelles du questionnaire sur le fonctionnement familial (FAD), présentées au Tableau 2.1, indiquent que les résultats des participants se situent sous le seuil clinique (Miller, Epstein, Bishop, & Keitner, 1985) pour le fonctionnement familial

(2,0) et l'expression affective (2,2). Seule la moyenne de l'investissement affectif se situe au-dessus du seuil clinique (2,1) et est ainsi jugée inadéquate.

### 2.6.1 Fonctionnement familial

Pour répondre à l'objectif de cette étude, le résultat du modèle linéaire mixte ne montre aucun changement significatif à l'échelle du fonctionnement familial du FAD à la suite du PEHP ( $F(2, 13.154) = 0,65 ; p = 0,538$ ). Les analyses secondaires, ciblant de potentielles covariables, ne révèlent aucun changement significatif à l'échelle du fonctionnement familial en lien avec le sexe du participant ( $F(1, 22.255) = 0,49 ; p = 0,488$ ), l'âge du participant ( $F(1, 18.352) = 0,85 ; p = 0,370$ ), le sexe de l'enfant ( $F(1, 21,602) = 0,16 ; p = 0,696$ ) et l'âge de l'enfant ( $F(1, 18.008) = 0,52 ; p = 0,480$ ). Le Tableau 2.2 présente les résultats du modèle linéaire mixte.

Tableau 2.2. *Modèle linéaire mixte sur le fonctionnement familial*

	<b>Estimation</b>	<b>Int. de conf.</b>	<b>Sig.</b>
<b>Constante</b>	1,26	-0,09 – 2,62	0,067
<b>Sexe de l'enfant- Fille</b>	-0,07	-0,60 – 0,46	0,786
<b>Âge de l'enfant</b>	0,03	-0,05 – 0,10	0,480
<b>Sexe du participant- Femme</b>	-0,19	-0,73 – 0,36	0,488
<b>Âge du participant</b>	0,01	-0,02 – 0,04	0,370
<b>Temps 1 * sexe de l'enfant- Fille</b>	0,14	-0,30 – 0,57	0,519
<b>Temps 2 * sexe de l'enfant- Fille</b>	0,13	-0,36 – 0,61	0,583
<b>Temps 1 * sexe de l'enfant- Gars</b>	0,13	-0,17 – 0,43	0,376
<b>Temps 2 * sexe de l'enfant- Gars</b>	0,13	-0,18 – 0,44	0,382

Int. de conf. – Intervalle de confiance à 95 %

Sig. – Signification \*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$

D'autres analyses secondaires ont été effectuées à l'aide de la méthode Jacobson et Truax (1991) pour déterminer si un changement statistiquement significatif est observé individuellement,

puisque 13 participants (52 %) ont initialement montré un fonctionnement familial inadéquat. Le Tableau 2.3 présente les résultats. Ceux-ci indiquent un changement significatif pour le participant 4 qui présentait un fonctionnement familial dysfonctionnel avant le PEHP (2,67). À la suite du PEHP, le résultat de ce participant (2,33) se retrouve toujours au-dessus du seuil clinique (2,0), mais une nette amélioration est observée. Par ailleurs, tout en demeurant sous le seuil clinique, la situation s'est détériorée de manière significative pour le participant 7.

Tableau 2.3. *Analyse individuelle du fonctionnement familial*

	<b>Pré</b>	<b>Post</b>	<b>C. I</b>	<b>Moy</b>	<b>É-T</b>	<b>Se</b>	<b>RCI</b>	<b>p</b>	<b>Sig</b>	<b>Ch. clinique</b>
<b>1</b>	2,08	2,00	0,92	1,82	0,42	0,12	-0,48	0,32	N-S	Stable
<b>2</b>	2,08	1,92	0,92	1,82	0,42	0,12	-0,95	0,17	N-S	Stable
<b>3</b>	1,83	1,83	0,92	1,82	0,42	0,12	0	0,5	N-S	Stable
<b>4</b>	2,67	2,33	0,92	1,82	0,42	0,12	-2,02	0,02	S	Rémission
<b>5</b>	2,17	1,92	0,92	1,82	0,42	0,12	-1,49	0,07	N-S	Stable
<b>6</b>	1,5	1,75	0,92	1,82	0,42	0,12	1,49	0,93	N-S	Stable
<b>7</b>	1,25	1,75	0,92	1,82	0,42	0,12	2,98	0,99	S	Détérioration
<b>8</b>	1,83	1,67	0,92	1,82	0,42	0,12	-0,95	0,17	N-S	Stable
<b>9</b>	1,83	2,00	0,92	1,82	0,42	0,12	1,01	0,84	N-S	Stable
<b>10</b>	2,08	2,17	0,92	1,82	0,42	0,12	0,54	0,70	N-S	Stable

### 2.6.2 Expression affective

Le résultat du modèle linéaire mixte ne montre aucun changement significatif pour l'échelle de l'expression affective du FAD à la suite du PEHP ( $F(2, 6.140)=0,31, p=0,747$ ). Les mêmes covariables ont alors été ajoutées au modèle comme analyse secondaire. Les résultats n'indiquent également aucun changement significatif à l'échelle de l'expression affective pour le sexe du participant ( $F(1, 21.516)= 0,41 ; p=0,531$ ), le sexe de l'enfant ( $F(1, 5.694)= 2,23 ; p=0,188$ ) et



l'âge de l'enfant ( $F(1, 14.122)=0,15$ ;  $p= 0,703$ ). Néanmoins, l'âge du participant a un effet significatif sur l'expression affective ( $F(1, 14.894)=13,62$ ,  $p<0,01$ ). L'analyse indique que plus le participant est âgé, plus le résultat à l'échelle d'expression affective augmente d'une petite amplitude de 0,035, pouvant alors se rapprocher du seuil clinique de 2,2 (Miller et al., 1985). Le Tableau 2.4 présente les résultats du modèle linéaire mixte.

Tableau 2.4. *Modèle linéaire mixte sur l'expression affective*

	<b>Estimation</b>	<b>Int. de conf.</b>	<b>Sig.</b>
<b>Constante</b>	0,75	-0,31 – 1,81	0,158
<b>Sexe de l'enfant- Fille</b>	-0,05	-1,23 – 1,13	0,909
<b>Âge de l'enfant</b>	-0,01	-0,06 – 0,04	0,703
<b>Sexe du participant- Femme</b>	-0,15	-0,63 – 0,34	0,531
<b>Âge du participant</b>	0,03	0,01 – 0,05	0,002**
<b>Temps 1 * sexe de l'enfant- Fille</b>	-0,21	-1,14 – 0,71	0,574
<b>Temps 2 * sexe de l'enfant- Fille</b>	-0,31	-1,36 – 0,73	0,470
<b>Temps 1 * sexe de l'enfant- Gars</b>	-0,10	-0,75 – 0,54	0,699
<b>Temps 2 * sexe de l'enfant- Gars</b>	0,07	-0,61 – 0,76	0,788

Int. de conf. – Intervalle de confiance à 95 %

Sig. – Signification \* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

La méthode de Jacobson et Truax (1991) a été utilisée comme analyse secondaire. Les résultats sont présentés au Tableau 2.5. Une amélioration significative est observable pour le participant 1 qui présentait des difficultés au niveau de l'expression affective avant le PEHP (2,67). À la suite du PEHP, son résultat (1,83) était sous le seuil clinique (2,2). Par ailleurs, tout en demeurant sous le seuil clinique, les résultats du participant 2 montrent une détérioration significative à la suite du PEHP.

Tableau 2.5. *Analyse individuelle de l'expression affective*

	<b>Pré</b>	<b>Post</b>	<b>C.I</b>	<b>Moy</b>	<b>É-T</b>	<b>Se</b>	<b>RCI</b>	<b>p</b>	<b>Sig</b>	<b>Ch. clinique</b>
<b>1</b>	2,67	1,83	0,83	1,66	0,46	0,19	-3,13	0	S	Rémission
<b>2</b>	1,50	2,17	0,83	1,66	0,46	0,19	2,50	0,99	S	Détérioration
<b>3</b>	2,17	2,00	0,83	1,66	0,46	0,19	-0,63	0,26	N-S	Stable
<b>4</b>	1,83	1,67	0,83	1,66	0,46	0,19	-0,60	0,28	N-S	Stable
<b>5</b>	1,67	1,17	0,83	1,66	0,46	0,19	-1,86	0,03	N-S	Stable
<b>6</b>	1,33	1,50	0,83	1,66	0,46	0,19	0,63	0,74	N-S	Stable
<b>7</b>	1,33	1,67	0,83	1,66	0,46	0,19	1,27	0,90	N-S	Stable
<b>8</b>	1,83	1,67	0,83	1,66	0,46	0,19	-0,60	0,28	N-S	Stable
<b>9</b>	2,00	2,17	0,83	1,66	0,46	0,19	0,63	0,74	N-S	Stable
<b>10</b>	1,83	2,00	0,83	1,66	0,46	0,19	0,63	0,74	N-S	Stable

### 2.6.3 Investissement affectif

Le résultat du modèle linéaire mixte n'a montré aucun changement significatif pour l'échelle de l'investissement affectif du FAD à la suite du PEHP ( $F(2, 13.410)= 1,95 ; p=0,181$ ). Lors des analyses secondaires, les résultats n'ont également montré aucun changement significatif à l'échelle de l'investissement affectif en lien avec le sexe du participant ( $F(1, 21.972)=0,16 ; p=0,697$ ), l'âge du participant ( $F(1, 19.015)=0,75 ; p=0,398$ ) et l'âge de l'enfant ( $F(1, 18.756)= 2,27 ; p= 0,149$ ). Toutefois, les résultats ont montré un effet significatif pour le sexe de l'enfant ( $F(1, 22.697)= 8,47, p<0,01$ ) et une interaction significative entre le sexe de l'enfant et le temps ( $F(2, 13.429)= 4,31, p<0,05$ ). Le Tableau 2.6 présente les résultats du modèle linéaire mixte.

Tableau 2.6. *Modèle linéaire mixte sur l'investissement affectif*

	<b>Estimation</b>	<b>Int. de conf.</b>	<b>Sig.</b>
<b>Constante</b>	2,23	0,83 – 3,63	0,003**
<b>Sexe de l'enfant- Fille</b>	-0,89	-1,41 – -0,36	0,002**
<b>Âge de l'enfant</b>	0,06	-0,02 – 0,13	0,149
<b>Sexe du participant- Femme</b>	0,11	-0,46 – 0,67	0,697
<b>Âge du participant</b>	-0,01	-0,04 – 0,02	0,398
<b>Temps 1 * sexe de l'enfant- Fille</b>	0,57	0,15 – 0,99	0,011**
<b>Temps 2 * sexe de l'enfant- Fille</b>	0,29	-0,17 – 0,74	0,196
<b>Temps 1 * sexe de l'enfant- Gars</b>	-0,12	-0,40 – 0,17	0,387
<b>Temps 2 * sexe de l'enfant- Gars</b>	-0,09	-0,39 – 0,20	0,512

Int. de conf. – Intervalle de confiance à 95 %

Sig. – Signification \*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$

La différence des moyennes entre les filles (Moy = 1,66 ; É-T = 0,2) et les garçons (Moy= 2,19 ; É-T = 0,15) indique un investissement affectif plus adéquat lorsque l'enfant ayant un TDA/H est une fille. Cette amélioration significative à l'échelle d'investissement affectif du FAD est présente chez les filles au post-PEHP ( $p < 0,05$ ) et elle se maintient au suivi 3 mois ( $p < 0,01$ ). Contrairement aux filles, la moyenne chez les garçons augmente légèrement et se dirige vers le seuil clinique de 2,1 (Miller et al., 1985), et ce, malgré la participation au PEHP.

D'autres analyses secondaires ont aussi été effectuées avec la méthode de Jacobson et Truax (1991), puisque douze participants (48 %) ont initialement montré un investissement affectif inadéquat. Le Tableau 2.7 présente les résultats de l'analyse. Un changement significatif est observé chez le participant 5 qui présentait des difficultés au niveau de l'investissement affectif avant le PEHP (2,71). À la suite du PEHP, son résultat (2,0) se retrouve sous le seuil clinique (2,1).

Tableau 2.7. *Analyse individuelle de l'investissement affectif*

	<b>Pré</b>	<b>Post</b>	<b>C.I</b>	<b>Moy</b>	<b>É-T</b>	<b>Se</b>	<b>RCI</b>	<b>p</b>	<b>Sig</b>	<b>Ch. clinique</b>
<b>1</b>	2,00	2,00	0,78	1,9	0,42	0,20	0	0,5	N-S	Stable
<b>2</b>	2,43	2,14	0,78	1,9	0,42	0,20	-1,04	0,15	N-S	Stable
<b>3</b>	2,29	2,14	0,78	1,9	0,42	0,20	-0,54	0,30	N-S	Stable
<b>4</b>	2,57	2,86	0,78	1,9	0,42	0,20	1,04	0,85	N-S	Stable
<b>5</b>	2,71	2,00	0,78	1,9	0,42	0,20	-2,55	0,01	S	Rémission
<b>6</b>	1,86	1,86	0,78	1,9	0,42	0,20	0	0,5	N-S	Stable
<b>7</b>	1,86	1,71	0,78	1,9	0,42	0,20	-0,54	0,30	N-S	Stable
<b>8</b>	2,29	2,14	0,78	1,9	0,42	0,20	-0,54	0,30	N-S	Stable
<b>9</b>	1,71	2,14	0,78	1,9	0,42	0,20	1,54	0,94	N-S	Stable
<b>10</b>	2,14	2,43	0,78	1,9	0,42	0,20	1,04	0,85	N-S	Stable

## 2.7 Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet du PEHP *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* sur le fonctionnement familial, l'expression affective et l'investissement affectif chez les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H. Les résultats n'indiquent aucun changement significatif du fonctionnement familial et des échelles affectives à la suite du PEHP ni après 3 mois. Toutefois, dans chacune des échelles évaluées, l'analyse individuelle des participants montrait une amélioration significative de la part du participant ayant le plus de difficultés. Cela semble prometteur et peut signifier que le PEHP montre des effets bénéfiques sur le fonctionnement familial, l'expression affective et l'investissement affectif lorsque les familles présentent des difficultés cliniques à ces échelles. Il est alors suggéré que cette étude soit reproduite avec un plus grand échantillon et inclure des familles issues de milieux vulnérables.

L'absence de changement significatif peut s'expliquer par le fait que les participants présentaient déjà un fonctionnement familial et une expression affective sous le seuil clinique avant

leur participation au PEHP (Miller et al., 1985). Ceci peut provenir d'un biais de l'échantillon puisque la majorité de ces familles avaient déjà rencontré divers professionnels (50 %) par le passé et leur enfant prenait une médication adaptée (59 %). En effet, une amélioration des comportements de l'enfant et du fonctionnement familial est observée lorsque l'enfant prend une médication seule ou combinée à une intervention comportementale (Lemelin et al., 2006 ; Moen et al., 2015 ; MTA Cooperative Group, 1999). Seule la moyenne des résultats à l'échelle de l'investissement affectif était légèrement au-dessus du seuil clinique. Cela indique que les participants rencontraient des difficultés à s'engager émotionnellement dans leur relation avec les membres de la famille, et ce, malgré leur participation au PEHP, puisque les difficultés demeurent à la suite de l'intervention. Ces résultats concordent d'ailleurs avec ceux obtenus dans l'étude de Verreault et collaborateur (2011) indiquant que la participation au PEHP a eu un effet positif sur la relation parent-enfant, sans toutefois avoir eu d'effet sur la satisfaction parentale, c'est-à-dire la joie liée à leur rôle de parent. Une explication possible peut être les émotions négatives (colère, frustration, inquiétude) ressenties par les parents en présence de leur enfant ayant un TDA/H (Primack et al., 2012 ; Whalen et al., 2006) et dont un changement est peut-être plus long à observer.

Il semble que les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H, disposées à se mobiliser dans un PEHP, en milieu clinique ou communautaire, présentent un fonctionnement familial adéquat. En effet, les participants des études de Lemelin et collaborateurs (2009), de Nguyen (2015) et de Young et collaborateurs (2013) n'atteignaient pas les seuils cliniques du questionnaire *Family Assessment Device (FAD)*, à l'instar des participants de la présente étude. Il a été montré que le FAD demeure un instrument approprié pour évaluer le fonctionnement familial, autant en contexte clinique qu'en recherche (Mansfield, Keitner, & Dealy, 2015 ; Staccini, Tomba, Grandi, & Keitner, 2015). Néanmoins, la revue systématique de Staccini et collaborateurs (2015) rapportant les résultats de 148 études, montre que la sensibilité du FAD à détecter un changement significatif

à la suite d'une intervention est mitigée (14 études sur 26). Les auteurs expliquent que les résultats peuvent être influencés par des difficultés sur le plan méthodologique et si l'intervention ne cible pas spécifiquement le fonctionnement familial (Staccini et al., 2015). Dans le cadre de cette étude, le haut taux d'attrition n'est pas considéré comme étant classique puisque la plupart des participants (n=7) n'ont pas choisi d'interrompre leur participation au PEHP, mais y ont été contraints par la pandémie de COVID-19. De plus, il est possible qu'il soit plus long avant d'observer un changement chez ces familles, ayant déjà un fonctionnement familial considéré adéquat et puisque le programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* cible à la base les symptômes attentionnels et comportementaux du TDA/H chez l'enfant (Massé et al., 2011).

Dans le cadre de cette étude, les enfants ne participaient pas en parallèle à un PICC. Il apparaît que le choix du PEHP et la participation de l'enfant sont essentiels pour obtenir des changements plus ciblés sur le fonctionnement familial. Par exemple, le choix du programme PEERS dans l'étude de Gonring (2017 ; n=25), qui visait les habiletés sociales des adolescents âgés de 11 à 17 ans, n'a pas permis d'observer de changement significatif sur le fonctionnement familial. Les résultats semblent être différents lorsque les enfants participaient en parallèle à un PICC et que le PEHP était ciblé. Par exemple, Nguyen (2015) a créé un programme qui visait le fonctionnement familial et la relation parent-enfant. À la suite de ce PEHP, les résultats ont montré un fonctionnement familial amélioré comparativement au groupe contrôle. Ce fut également le cas de l'étude de Yusuf et collaborateurs (2019) (n=23, groupe contrôle n=25), qui évaluait les effets d'un PEHP sur la sévérité des symptômes du TDA/H, sur les problèmes émotionnels et comportementaux d'enfants âgés de 7 à 12 ans, ainsi que sur l'attitude parentale et le fonctionnement familial. Cette étude utilisait le programme *Triple P- Positive parenting programme* (Sanders, 2012) et les auteurs concluent que le programme permet de diminuer les symptômes du TDA/H, les problèmes émotionnels et comportementaux ainsi que d'améliorer

l'ensemble des dimensions du fonctionnement familial, dont l'expression affective et l'investissement affectif (Yusuf, Gonka, & Pekcanlar Aynur, 2019). Il est donc probable qu'un changement du fonctionnement familial s'observe plus rapidement lorsque le parent et l'enfant travaillent de façon parallèle pour améliorer la situation familiale. Il serait aussi recommandé d'évaluer les besoins de la famille afin de les orienter vers un PEHP qui leur correspond.

### 2.7.1 Les dimensions affectives

Les résultats concernant l'expression affective révèlent qu'un parent plus âgé présente plus de difficultés à avoir une réaction émotionnelle appropriée en fonction de la situation. Il importe toutefois de rappeler qu'en moyenne ces familles avaient une expression affective sous le seuil clinique, même avant le PEHP. À notre connaissance, seules les études de Moen et collaborateurs (2015 ; 2016) ont aussi établi un lien entre les caractéristiques des parents et le fonctionnement familial. Il semble que le fonctionnement familial soit influencé positivement par le fait que le parent soit plus jeune (Moen et al., 2016).

Il est possible de concevoir qu'un parent plus âgé puisse avoir un modèle de réaction émotionnelle consolidé au quotidien. Les symptômes du TDA/H influencent autant la manière dont l'enfant interagit avec ses parents que la manière dont les parents interagissent avec l'enfant (Johnston & Jassy, 2007). Les parents peuvent avoir, à long terme, des réactions émotionnelles négatives envers leur enfant ayant un TDA/H (Whalen et al., 2006), puisqu'ils peuvent ressentir une charge supplémentaire liée au travail, aux activités sociales et à la vie familiale (Fridman et al., 2017 ; Munoz-Silva et al., 2017 ; Peters & Jackson, 2009). Avoir d'autres enfants peut aussi accentuer la charge et les responsabilités parentales ressenties. Dans cette étude, 78 % (n=18) des participants avaient d'autres enfants et parmi ceux-ci, 44 % (n=8) rapportaient que leurs autres enfants présentaient également des diagnostics. Par ailleurs, ces parents peuvent vivre avec des

symptômes du TDA/H et avoir eux-mêmes des comportements impulsifs, sévères ou relâchés envers leurs enfants (Chronis-Tuscano et al., 2008 ; Lemelin et al., 2006 ; Park, Hudec, & Johnston, 2017). La littérature scientifique révèle qu'un parent ayant lui-même un TDA/H peut induire un dysfonctionnement familial (Moen et al., 2015 ; Moen et al., 2016), puisqu'il peut présenter des difficultés à maintenir l'organisation et la cohésion familiale, avoir un plus faible bien-être, avoir des divergences dans la prise de décision parentale, ainsi qu'être peu impliqué, soutenant et sensible (Chronis-Tuscano et al., 2008 ; Foley, 2011 ; Moen et al., 2016). Parmi les participants de la présente étude, 32 % (n=8) ont rapporté qu'un des deux parents avait un diagnostic de TDA/H. Il importe aussi de se questionner quant à l'effet du TDA/H du parent sur leur participation au PEHP.

Ainsi, ces parents peuvent développer et maintenir des pratiques parentales inadaptées, qui résultent de leurs difficultés à gérer les comportements inadéquats de leur enfant et leur propre régulation émotionnelle, ce qui peut amplifier les difficultés et les troubles concomitants associés au TDA/H (Barkley, 2006 ; Chronis et al., 2004 ; Chronis-Tuscano et al., 2008 ; Johnston & Mash, 2001 ; Johnston & Jassy, 2007 ; Lemelin et al., 2006 ; Miranda et al., 2009 ; Munoz-Silva et al., 2017). Les parents expriment moins de comportements renforçateurs (Gerdes & Hoza, 2006), donnent des ordres, font des reproches et sont moins sensibles et à l'écoute des demandes d'attention de l'enfant comparativement aux parents d'enfants tout-venant (Chronis-Tuscano et al., 2008). Cette charge et ces difficultés à intervenir auprès de leur enfant peuvent mener à un sentiment de compétence parentale plus faible (Beaulieu & Normandeau, 2012 ; Chronis et al., 2004 ; Johnston & Mash, 2001 ; Lemelin et al., 2006 ; Miranda et al., 2009 ; Primack et al., 2012 ; Whalen et al., 2006), à des symptômes dépressifs et à plus de stress parental (Theule et al., 2013). Cet état psychologique et émotionnel influence en retour leurs réponses affectives envers leur enfant et leur pratique parentale (Lee, 2020 ; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000). Une étude qualitative ciblant l'évaluation de la satisfaction conjugale et la coparentalité (n=8) a été



réalisée auprès du même bassin de recrutement que la présente étude (Clermont & Leclerc, 2021). Les résultats indiquent, entre autres, qu'avant le PEHP, 75 % des participants avaient des symptômes de troubles de santé mentale (dépression, anxiété, stress parental). Aussi, 63 % des participants avaient de la difficulté à gérer leurs émotions pendant les interventions auprès de leurs enfants et 50 % avaient des pratiques parentales estimées trop laxistes ou autoritaires (Clermont & Leclerc, 2021). La majorité des participants considérait recevoir du soutien et partager les responsabilités de manière satisfaisante, mais 25 % des participants ressentaient une charge mentale en lien avec les responsabilités parentales du quotidien (Clermont & Leclerc, 2021). Ces résultats soulignent l'importance de considérer les besoins psychologiques et émotionnels des parents qui influencent leurs réactions émotionnelles. Des études subséquentes seraient aussi nécessaires pour évaluer l'effet de l'âge, la santé mentale des parents et leur pratique parentale sur l'expression affective des familles ayant un enfant TDA/H.

La deuxième dimension affective, l'investissement affectif, est initialement considérée comme étant inadéquate chez les participants de la présente étude. L'investissement affectif s'améliore significativement lorsque l'enfant est une fille dès la fin du programme et cette amélioration se maintient au suivi de trois mois. Ainsi, le PEHP semble avoir permis de rétablir l'intérêt et l'engagement relationnel et émotionnel que les membres de la famille portent entre eux lorsque l'enfant est une fille. Cela peut s'expliquer par les différences dans la symptomatologie du TDA/H entre les sexes. Une méta-analyse de Loyer Charbonneau (2019) visait à identifier, à travers 54 articles, les différences entre les garçons et les filles quant au fonctionnement attentionnel, exécutif et comportemental. Les résultats montrent que les filles qui ont un TDA/H présentent autant de déficits attentionnels, de mémoire de travail, de planification et de contrôle des inférences que les garçons qui ont TDA/H (Loyer Charbonneau, 2019). Par contre, les filles présentent moins de comportements hyperactifs et extériorisés, moins de difficultés dans la flexibilité cognitive et

l'inhibition, comparativement aux garçons qui ont un TDA/H (Loyer Charbonneau, 2019). La présence du TDA/H et de comportements externalisés chez l'enfant peuvent amener les membres de la famille à être moins engagés et sensibles aux besoins affectifs des autres (Lemelin et al., 2006 ; Lemelin et al., 2009). Ainsi, les symptômes du TDA/H chez les filles sont souvent considérés par l'entourage comme étant moins perturbants et amène un moins haut niveau de stress parental (Loyer Charbonneau, 2019 ; Theule et al., 2013). La symptomatologie du TDA/H étant différente selon le sexe de l'enfant, il importe d'accorder du soutien aux parents lors du PEHP afin de rétablir l'engagement émotionnel de chacun envers les autres membres de la famille, particulièrement lorsque l'enfant est un garçon.

#### 2.7.2 Limites de cette étude

La principale limite de cette étude est la petite taille de l'échantillon. Le taux d'attrition élevé s'explique par le fait que certains participants ont relevé que le programme ne correspondait pas à leurs attentes, que les rencontres hebdomadaires étaient trop exigeantes ou qu'ils avaient déjà reçu les informations contenues dans le PEHP. Le programme a aussi été interrompu en mars 2020 par la pandémie de COVID-19 et les mesures sanitaires afférentes. Plusieurs participants (n=7) n'ont pas pu compléter les deux derniers temps de mesure de cette étude. Les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à toutes les familles, qui ont un enfant ayant un TDA/H, participant à un PEHP, mais ont permis de soulever des questionnements pertinents. De plus, malgré que le questionnaire *McMaster Family Assessment Device (FAD)* demeure un instrument de mesure approprié, il présente une sensibilité modérée à détecter des changements significatifs à la suite d'une intervention (Staccini et al., 2015). Il pourrait être opportun d'actualiser ce questionnaire. Finalement, au fil des trois années de recrutements, plusieurs intervenantes ont animé le PEHP et celles-ci ont inclus leurs propres connaissances et expériences aux contenus du PEHP. Les

rencontres ont pu être administrées différemment, ce qui amène un biais dans la fidélité du traitement.

## 2.8 Conclusion

Cette étude est la première à évaluer les effets du programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*, offert en milieu communautaire, sur le fonctionnement familial et son volet affectif, soit l'expression affective et l'investissement affectif. L'hypothèse était que la participation des parents à un PEHP permettrait l'amélioration de ces trois variables, ce qui s'est avéré être infirmé. Les résultats de cette étude s'ajoutent néanmoins à la littérature scientifique qui indique que malgré les symptômes attentionnels et comportementaux de l'enfant et leur besoin de participer à un PEHP, les parents d'enfant ayant un TDA/H rapportent initialement un fonctionnement familial adéquat (Lemelin et al., 2009 ; Nguyen, 2015 ; Young et al., 2013). De manière individuelle, les résultats montrent qu'une amélioration significative du fonctionnement familial, de l'expression affective et de l'investissement affectif est envisageable chez les familles présentant le plus de difficultés à ces échelles. Il importe donc de se questionner quant à la manière de rejoindre les familles qui composent avec un fonctionnement familial dysfonctionnel au quotidien, afin qu'elle puisse obtenir du soutien et participer à un PEHP. Offrir une intervention en parallèle à leurs enfants semble également nécessaire pour obtenir de meilleurs résultats. Finalement, seul l'investissement affectif des participants est considéré, en moyenne, comme inadéquat autant avant qu'après le PEHP. Afin de rétablir leur intérêt et leur engagement émotionnel envers leurs enfants, il serait intéressant de soutenir les parents dans l'amélioration de leur investissement affectif à travers les thèmes des rencontres du PEHP.

## 2.9 Références

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5: American Psychiatric Pub.
- Bandel Castro, T. (2017). Slovenian families with children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Interpersonal relations, parents' attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and implications for family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(2), 170-186. doi: <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1288993>
- Barkley, R. A. (2006). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 3 éd.
- Beaulieu, M-C., & Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales: Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDA/H. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(1), 59-69. doi : <https://doi.org/10.1037/a0023844>
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological Medicine*, 42(3), 639- 646. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291711001644>
- Borden, L. A., Hankinson, J., Perry-Parrish, C., Reynolds, E. K., Specht, M. W., & Ostrander, R. (2016). Family and maternal characteristics of children with co-occurring ADHD and depression. *Journal of attention disorders*, 24(7), 963-972. doi : <https://doi.org/10.1177/1087054716666321>
- Brousseau, M. & Simard, M. (2000). Fonctionnement familial et négligence des enfants. Dans M. Simard et J. Alary (dir.), *Comprendre la famille*. Presse de l'Université du Québec.
- Chacko, A., Jensen, S. A., Lowry, L. S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E., & Pulgarin, B. (2016). Engagement in behavioral parent training: Review of the literature and implications for practice. *Clinical child and family psychology review*, 19(3), 204-215. doi: <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0205-2>
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1-27. doi: <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4>
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008).

Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 36(8), 1237-1250. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9246-4>

Clermont, M. & Leclerc, J. (2021). *Les effets d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur la satisfaction conjugale et la coparentalité selon les parents d'enfants ayant un trouble du comportement* [essai doctoral non publié]. Université du Québec à Montréal.

Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É., Lesage, A., Vincent, A., Vasiliadis, H. M., & Palardy, S. (2019). *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.

Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>

Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 39-49. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x>

Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., Erder, M. H., & Chen, K. S. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in the caregiver perspective on pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 373-386. doi: <https://doi.org/10.2147/NDT.S121391>

Gerdes, A. C., & Hoza, B. (2006). Maternal attributions, affect, and parenting in attention deficit hyperactivity disorder and comparison families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 346-355. doi: [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_1)

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>

Gonring, K. (2017). *Program for the education and enrichment of relational skills: Parental outcomes with an ADHD sample* (Dissertations, Marquette University). [https://epublications.marquette.edu/dissertations\\_mu/650](https://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/650)

- Greene, W.R. (2014). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children* (5e éd.). HarperCollins Publisher.
- Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffner, L. J. (2017). Parenting as a mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation. *Journal of abnormal child psychology*, 45(5), 841-855. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0199-8>
- Harrison, C., & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00010>
- Hauth-Charlier, S., & Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H: considérations pratiques et implications cliniques. *Pratiques psychologiques*, 15(4), 457-472. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.001>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Johnston C., & Jassy J. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2), 74-79. doi: <https://psycnet.apa.org/record/2007-10250-004>
- Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D., & Gnagy, E. M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 169-181. doi: [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_16](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_16)
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Lanza, H. I., & Drabick, D. A. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 39(1), 83-94. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9447-5>
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C., & Dillon, A. R. (2009). Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *Journal of autism*

and developmental disorders, 39(4), 596-606. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0664-5>

Lee, S. (2020). *The role of family environmental factors on ADHD and ODD comorbidity in early childhood* [Dissertation submitted] University of North Carolina. doi: <https://doi.org/10.17615/640s-7n30>

Lemelin, G., Lafortune, D., & Fortier, I. (2006). Les caractéristiques familiales des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: Recension critique des écrits. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 47(3), 211-228. doi: <https://doi.org/10.1037/cp2006011>

Lemelin, G., Lafortune, D., Fortier, I., Simard, L. & Robaey, P. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(5), 392-403. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.04.007>

Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 20(5), 561-592. doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)

Loyer Carbonneau, M. (2019). Méta-analyse sur les différences de sexe dans les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et les déficits cognitifs associés (Essai doctoral, Université du Québec à Montréal, Montréal). <https://archipel.uqam.ca/12626/>

Mansfield, A. K., Keitner, G. I., & Dealy, J. (2015). The family assessment device: an update. *Family process*, 54(1), 82-93. doi: <https://doi.org/10.1111/famp.12080>

Massé, L., Lanaris, C., & Couture, C. (2006). Interventions auprès des parents de jeunes présentant un TDA/H. Dans N. Chevalier (dir.), M-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant, *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p. 255-280). Presse de l'Université du Québec.

Massé, L., Verreault, M., Verret, C., Boudreault, F. & Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Chenelière Éducation.

Mikami, A. Y., & Pfiffner, L. J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 482-492. doi: <https://doi.org/10.1177/1087054706295670>

Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: reliability and validity. *Journal of marital and family therapy*, 11(4), 345-356. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00028.x>

Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S. & Epstein, N. B. (2000). The McMaster

- approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of family therapy*, 22(2), 168-189. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00145>
- Ministères de l'Éducation, de la santé et des services sociaux (2003). TDA/H, agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Document de soutien à la formation: Connaissances et interventions. Gouvernement du Québec.
- Miranda, A., Grau, D., Rosel, J., & Meliá, A. (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A structural equation model. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 496-505. doi: <https://doi.org/10.1017/S1138741600001876>
- Moen, Ø. L., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian journal of public health*, 43(1), 10-17. doi: <https://doi.org/10.1177/1403494814559803>
- Moen, Ø. L., Hedelin, B., & Hall-Lord, M. L. (2016). Family functioning, psychological distress, and well-being in parents with a child having ADHD. *SAGE Open*, 6(1), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1177/2158244015626767>
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(12), 1073-1086. doi: 10.1001/archpsyc.56.12.1073
- Munoz-Silva, A., Lago-Urbano, R., & Sanchez-Garcia, M. (2017). Family impact and parenting styles in families of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2810-2823. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0798-1>
- Nguyen, P. T. (2015). *Changements dans le fonctionnement des familles ayant un enfant atteint d'un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité après un programme d'entraînement aux habiletés parentales* [Mémoire de maîtrise]. Université de Montréal.
- Park, J. L., Hudec, K. L., & Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 56(2), 25-39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.003>
- Pauzé, R. (s.d). Analyse des données. École de service social. Université de Laval, [http://www.systemique.be/spip/IMG/pdf/Analyse\\_des\\_donne\\_es.pdf](http://www.systemique.be/spip/IMG/pdf/Analyse_des_donne_es.pdf)
- Pauzé, R., & Petitpas, J. (2013). Évaluation du fonctionnement familial: état des connaissances. *Thérapie familiale*, 34(1), 11-37. doi: <https://doi.org/10.3917/tf.131.0011>
- Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porrás-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., ... & Baca-García, E. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166-172. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.003>



- Peters, K., & Jackson, D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 62-71. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04853.x>
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., ... & Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(4), 189-197. doi: <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0089-z>
- Reigstad, B., Jørgensen, K., Sund, A. M., & Wichstrøm, L. (2006). Adolescents referred to specialty mental health care from local services and adolescents who remain in local treatment: what differs?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(4), 323-331. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0027-x>
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 345-379. doi: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I., & Kovess, V. (2009). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(9), 740-747. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0489-8>
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S., & Keitner, G. I. (2015). The evaluation of family functioning by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, 54(1), 94-115. doi: <https://doi.org/10.1111/famp.12098>
- Stefaniak, N. (2018). *Le MLM vs l'anova : les différences*. Formation SFP 2018 : les modèles linéaires mixtes. Récupéré de [http://regnault.perso.math.cnrs.fr/R\\_tuto/Intro\\_modeles\\_lineaires\\_mixtes.html#422\\_le\\_ml\\_m\\_vs\\_l'anova : les différences](http://regnault.perso.math.cnrs.fr/R_tuto/Intro_modeles_lineaires_mixtes.html#422_le_ml_m_vs_l'anova : les différences)
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17. doi: <https://doi.org/10.177/1063426610387433>
- Verreault, M., Verret, C., Massé, L., Lageix, P., & Guay, M. C. (2011). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDA/H sur le stress parental et la relation parent-enfant. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(3), 150-160. doi: <https://doi.org/10.1037/a0019273>
- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R., ... & Johnston, J. A. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 111-126. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9008-5>

- Wright, L. M., & Leahey, M. (1994). Theoretical foundations of the Calgary family assessment and intervention models. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 33-64.
- Young, M. E., Galvan, T., Reidy, B. L., Pescosolido, M. F., Kim, K. L., Seymour, K., & Dickstein, D. P. (2013). Family functioning deficits in bipolar disorder and ADHD in youth. *Journal of affective disorders*, 150(3), 1096-1102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.027>
- Youth in mind. (2004). Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. <http://www.sdqinfo.com>
- Yusuf, Ö., Gonka, Ö., & Pekcanlar Aynur, A. (2019). The effects of the triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 665-673. doi: <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1542189>

### CHAPITRE 3 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES

La pandémie de la COVID-19 a nui au recrutement de la présente étude et la petite taille d'échantillon (n=10 pré-post) entrave l'analyse des résultats. Les rencontres du PEHP ont été interrompues en mars 2020 par la pandémie de COVID-19. Sept participants n'ont alors pu compléter les deux derniers temps de mesure de l'étude, ce qui a entraîné un taux d'attrition de 60 % entre le pré-PEHP et le post-PEHP et l'impossibilité de répondre de manière statistique au deuxième objectif de cet essai doctoral.

Le deuxième objectif était d'évaluer si des familles d'enfant ayant un TDA/H, exposées au programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* (Massé et al., 2011), présentent un changement dans leurs stratégies d'adaptation de la famille au terme du PEHP. Il était également planifié de faire des analyses secondaires en mettant en relation les résultats du deuxième objectif avec les dimensions du fonctionnement familial du modèle McMaster qui sont en lien avec les pratiques parentales, soient la résolution de problèmes, la communication, la répartition des rôles et le contrôle du comportement. En effet, les dimensions du modèle McMaster devaient être réparties en deux articles distincts. Le premier se concentrait sur la dynamique affective de ces familles, l'article a d'ailleurs été publié dans la revue *Science et Comportement* et présenté dans le chapitre précédent. Le deuxième article devait se concentrer sur les changements possibles quant aux stratégies d'adaptation de ces familles et de manière secondaire à leur pratique parentale, en faisant des liens avec les autres dimensions du modèle de fonctionnement familial nommés ci-dessus.

Afin de compléter cet essai doctoral, les résultats des dimensions du fonctionnement familial et un portrait descriptif des stratégies d'adaptation de la famille sont proposés dans ce présent chapitre, et ce, à partir des données des participants qui ont complété le premier temps de mesure. L'échantillon de participants (n=25) était âgé de 29 ans à 51 ans (Moy= 39,75 ; E.T= 5,43) et

comprenait majoritairement des mères (92 %, n=23). Leurs enfants étaient âgés de 5 ans à 15 ans (Moy= 8,63 ; E.T= 2,14) et étaient principalement des garçons (75 %, n=18).

### 3.1 Les dimensions du fonctionnement familial

Dans le but de compléter les résultats présentés dans le Chapitre 2 et ayant planifié d’être utilisé comme analyse secondaire au deuxième objectif, un portrait descriptif de l’ensemble des dimensions du fonctionnement familial est présenté à partir des résultats des 25 participants qui ont complété le premier temps de mesure. Le Tableau 3.1 présente les moyennes des participants aux dimensions du fonctionnement familial du modèle McMaster avant leur participation au PEHP comparativement au seuil clinique (Miller et al., 1985). Il indique également le nombre de participants qui ont un résultat supérieur au seuil clinique selon les différentes dimensions. Les dimensions écrites en italique correspondent aux dimensions qui ont déjà été détaillées au Chapitre 2. Il importe de spécifier que plus le résultat est élevé, plus la dimension est considérée inadéquate et que le résultat maximum pour chacune des dimensions est de quatre.

Tableau 3.1. *Moyennes des dimensions du fonctionnement familial (Pré-PEHP)*

<b>Dimension du modèle McMaster du Fonctionnement familial</b>	<b>Moy (E.T)</b>	<b>Seuil clinique</b>	<b>Participants au-dessus du seuil clinique n (%)</b>
Résolution de problème	2,08 (0,4)	2,2	7 (28%)
Communication	1,95 (0,3)	2,2	5 (20%)
Rôle	2,4 (0,3)*	2,3	15 (60%)
Contrôle du comportement	1,66 (0,3)	1,9	4 (16%)
<i>Expression affective</i>	1,73 (0,4)	2,2	1 (4%)
<i>Investissement affectif</i>	2,11 (0,3)*	2,1	12 (48%)
<i>Fonctionnement familial global</i>	1,95 (0,4)	2,0	13 (52%)

\* : Au-dessus du seuil clinique

Ces familles présentent d'emblée un fonctionnement familial global adéquat, se situant en deçà du seuil clinique. Il demeure que la moyenne du fonctionnement familial global se situe près du seuil clinique, ce qui suggère que ces familles présentent tout de même certaines difficultés. Parmi ces dimensions, seuls la répartition des rôles et l'investissement affectif sont considérés comme inadéquats au sein des participants. Cela signifie que ces familles estiment que les rôles sont distribués inéquitablement parmi les membres de la famille et qu'ils ne s'engagent pas envers les activités et/ou les préoccupations des autres membres de la famille.

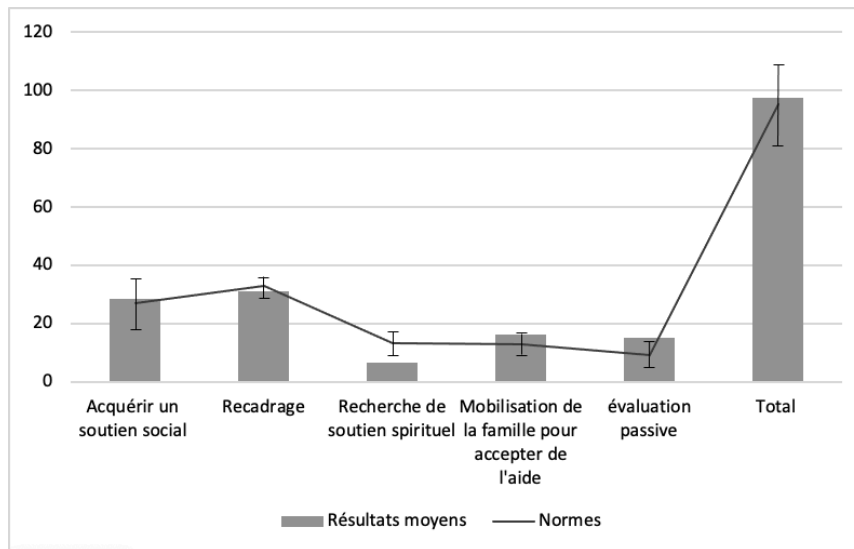
En cohérence avec le premier article, des analyses complémentaires ont été réalisées par des modèles linéaires mixtes, afin d'évaluer si un changement significatif est observé à la suite du PEHP et au suivi de trois mois. Parmi les 25 participants (pré-PEHP), seulement dix ont complété le deuxième temps de mesure (post-PEHP) et six participants ont complété le troisième temps de mesure (suivi). Lors des analyses, la correction de Bonferroni a été utilisée pour corriger le seuil de significativité pour les comparaisons multiples. Les postulats de normalité et d'homoscédasticité ont été vérifiés à l'aide des graphiques de résidus et aucune déviation n'a été observée à l'exception des dimensions de l'expression affective et du contrôle de comportement qui présentaient un problème d'hétérogénéité. Une structure de covariance autorégressive avec hétérogénéité a alors été utilisée pour ces deux dimensions. Les résultats ne montrent aucun changement significatif à la suite du PEHP pour l'ensemble des dimensions, soit la résolution de problème ( $F(2, 18,039)=0,02 ; p=0,978$ ), la communication ( $F(2, 13,902)=1,13 ; p=0,350$ ), les rôles ( $F(2, 19,514)=2,35 ; p=0,122$ ) et le contrôle du comportement ( $F(2, 8,934)=1,89 ; p=0,207$ ), l'expression affective ( $F(2, 7,850)=0,21 ; p=0,814$ ), l'investissement affectif ( $F(2, 19,151)=0,11 ; p=0,899$ ) et le fonctionnement familial ( $F(2, 15,530)=0,91 ; p=0,424$ ).

### 3.2 Les stratégies d'adaptation de la famille

Un portrait descriptif des stratégies d'adaptation de la famille est proposé à partir des données des participants qui ont complété le premier temps de mesure (n=20 ; cinq participants n'ont pas rempli l'ensemble des questionnaires au pré-PEHP). La version française du questionnaire *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* (F-Copes ; McCubbin et al., 1981), a été utilisé puisqu'il permet d'identifier les méthodes de résolution de problèmes et les stratégies comportementales utilisées par la famille lors de situations stressantes ou problématiques. Ce questionnaire permet d'obtenir un résultat global des stratégies d'adaptation de la famille, ainsi que cinq échelles représentant différentes stratégies d'adaptation (Acquérir du soutien social, Recadrage, Recherche de soutien spirituel, Mobilisation de la famille pour obtenir et accepter de l'aide, Évaluation passive).

La Figure 3.1 présente un portrait des stratégies d'adaptation des familles avant leur participation au PEHP. Des résultats élevés aux échelles indiquent que la famille est considérée comme ayant de bonnes stratégies d'adaptation de la famille. La comparaison aux normes permet également d'établir si les familles ayant un enfant qui présentent un TDA/H utilisent plus ou moins fréquemment ces stratégies que les familles d'enfants tout-venant.

Figure 3.1. Moyenne des participants aux échelles de stratégies d'adaptation de la famille comparativement aux normes des familles nucléaires caucasiennes



En moyenne les participants rapportaient d'emblée des stratégies d'adaptation de la famille adéquates (Moy = 97,6 ; E.T = 10,19) correspondant aux normes établies. Les résultats montrent que les participants sont légèrement plus propices à se mobiliser pour obtenir et accepter de l'aide (Moy = 16,35 ; E.T = 2,06), ainsi qu'à faire une évaluation passive (Moy = 15,2 ; E.T = 1,96), comparativement aux familles d'enfants tout-venant. Cette dernière stratégie représente la capacité de la famille à accepter les situations problématiques et à minimiser leur réaction.

Ces résultats signifient que même avant leur participation au PEHP, les participants estimaient que leurs familles s'adaptait adéquatement aux situations stressantes, telles que les symptômes attentionnels et comportementaux de leur enfant. Leurs capacités à se mobiliser et à chercher de l'aide dans la communauté s'observent dans leurs démarches pour s'inscrire à un PEHP offert à l'Association PANDA. De plus, la capacité de ces familles à évaluer de manière passive et à accepter les situations problématiques peut indiquer qu'ils acceptent le TDA/H de leur enfant et qu'ils ne les blâment pas pour leurs comportements. Cela peut d'ailleurs être le reflet de pratique

parentale adéquate (Tancred et Greef, 2015). Ces bonnes stratégies d'adaptation de la famille peuvent également expliquer que le fonctionnement familial global de ces familles soit considéré comme adéquat.

En conclusion, il était important de présenter dans ce chapitre les résultats complémentaires obtenus qui devaient répondre au deuxième objectif de cet essai. Sans pouvoir analyser si le PEHP a permis d'obtenir un changement sur les stratégies d'adaptation de la famille et faire des liens avec les dimensions du fonctionnement familial, on remarque que les participants présentent généralement un bon fonctionnement familial et de bonnes stratégies d'adaptation de la famille, ce qui est contraire à ce que l'on retrouve habituellement dans la littérature scientifique. L'interprétation de ces résultats, ainsi qu'une réflexion, seront présentées dans la discussion générale de cet essai. En outre, il semble toujours pertinent d'évaluer les effets d'un PEHP sur les stratégies d'adaptation de la famille auprès de cette population.



### 3.3 Références

Massé, L., Verreault, M., Verret, C., Boudreault, F. & Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Chenelière Éducation.

McCubbin, H. I., Larsen, A. S. et Olson, D. H. (1981). *Family crisis oriented personal evaluation scales*. University of Wisconsin, family stress coping and health project.

Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. et Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: reliability and validity. *Journal of marital and family therapy*, 11(4), 345-356. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00028.x>

Tancred, E. M. et Greeff, A. P. (2015). Mothers' parenting styles and the association with family coping strategies and family adaptation in families of children with ADHD. *Clinical Social Work Journal*, 43(4), 442-451. <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0524-7>

## CHAPITRE 4 DISCUSSION GÉNÉRALE

Cet essai doctoral visait à évaluer les changements sur le fonctionnement familial et ses dimensions affectives, ainsi que sur les stratégies d'adaptation auprès de familles ayant un enfant qui présente un TDA/H à la suite d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales. L'hypothèse était qu'à la suite du PEHP, les parents allaient rapporter une amélioration du fonctionnement familial, de l'expression affective, de l'investissement affectif et des stratégies d'adaptation de la famille utilisées. Cette hypothèse n'a pu être confirmée. En effet, les résultats de l'étude n'ont pas permis de conclure à une amélioration significative du fonctionnement familial ni des dimensions affectives, à la suite du programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* (Massé et al., 2011). De plus, le deuxième objectif de cet essai n'a pu être réalisé en raison du petit échantillon et du manque de puissance statistique.

Il importe de rappeler que la prémisse de départ, voulant que les familles d'enfant ayant un TDA/H présentent un fonctionnement familial perturbé, s'est avérée erronée pour notre échantillon. Avant le programme d'intervention, le fonctionnement familial et l'expression affective des familles participant à notre étude étaient, en moyenne, considérés adéquats. Un effet plafond semble s'être produit, puisque la marge de manœuvre pour observer une amélioration était petite. De plus, il est possible d'expliquer ces résultats par un biais de recrutement, c'est-à-dire que l'échantillon de participants n'est pas représentatif des familles en début de parcours et/ou vivant des difficultés significatives. En effet, parmi les participants, la majorité de leurs enfants prennent un traitement pharmacologique adapté (59 %) et ont déjà rencontré d'autres professionnels par le passé (50 %). Donc, les participants de cette étude sont déjà plus enclins à se mobiliser pour obtenir des services communautaires, tels que participer à un PEHP.

En outre, ces familles présentaient des stratégies d'adaptation adéquates, ce qui peut diminuer la vulnérabilité des familles face au stress, maintenir les liens familiaux et influencer positivement le fonctionnement familial (Craig et al., 2020 ; Manning et al., 2011 ; McCubbin et al., 1980). Enfin, un biais de mesure peut aussi être présent puisque des études ayant également utilisé le questionnaire *McMaster Family Assessment Device (FAD)* (Epstein et al., 1983) ont aussi montré des résultats moyens aux échelles du questionnaire, n'atteignant pas le seuil clinique déterminé par Miller et collaborateurs (1985) (Lemelin et al., 2009 ; Nguyen, 2015 ; Young et al., 2013). Les détails concernant le questionnaire FAD sont décrits dans la section 4.5 Limites de cet essai. Ainsi, malgré que la littérature scientifique décrit un fonctionnement familial perturbé, nos résultats montrent que des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H, et même si elles estiment nécessaire la participation à un PEHP, présentent un fonctionnement familial adéquat et robuste. Cette affirmation est positive, puisque selon le document du Ministère de l'Éducation, de la Santé et des Services sociaux intitulé *Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité : Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes* (2003), un fonctionnement familial adéquat est un facteur de protection qui influence positivement le développement des enfants ayant un TDA/H, l'intensité des symptômes, la relation familiale et conjugale, ainsi que le stress parental. Donc, cela montre l'importance d'offrir des services dans la communauté à ces familles qui ressentent des besoins, mais qui ne présentent pas de dysfonctionnement clinique, et ce, afin de maintenir leur degré de fonctionnement familial et prévenir une dégradation.

L'investissement affectif et les rôles étaient les seules dimensions du fonctionnement familial qui sont considérées comme étant perturbées par les participants avant et après le PEHP. Cela signifie que les familles comprenant un enfant qui présente un TDA/H ont de la difficulté à s'engager envers les activités, les accomplissements et les préoccupations des autres membres de la famille. Ils sentent également que les rôles au sein de la famille sont distribués inégalement.

Ces résultats coïncident avec ceux obtenus dans l'étude de Verreault et collaborateurs (2011) (n=10) qui évaluait le même PEHP. Ils montrent que le programme *Multi-Propulsions* (volet parent, volet enfant et les activités conjointes) améliore globalement la qualité de la relation parent-enfant en observant des changements significatifs sur la perception du soutien parental, la communication avec leur enfant et l'établissement de limites. Par contre, le programme n'a pas permis de constater de changement significatif quant à la satisfaction dans leur rôle de parent et l'engagement du parent dans les activités de leur enfant (Verreault et al., 2011). Les auteurs indiquent que ces résultats sont surprenants considérant que les parents ont investi du temps chaque semaine dans la participation du programme avec leur enfant. Cela peut démontrer le besoin de temps de qualité entre le parent et son enfant en s'engageant dans les passions et les activités de l'enfant. Ce besoin semble toutefois entraver par la surcharge ressentie dans leur rôle de parents (Peter et Jackson, 2009) et les émotions induites en présence de leur enfant (colère, frustration, inquiétude) (Primack et al., 2012 ; Whalen et al., 2006). En effet, ces parents peuvent ressentir un fardeau supplémentaire liée à la vie familiale (conflit au sein du couple et avec les enfants), au travail (devoir changer de travail ou modifier leurs heures de travail) et aux activités sociales (planifier sa journée en fonction de l'enfant, se sentir limité dans les activités sociales), et ce, malgré la prise de médication (Fridman et al., 2017 ; Munoz-Silva et al., 2017 ; Peasgood et al., 2020 ; Zhao et al., 2019). D'ailleurs, il semble que la sévérité des symptômes du TDA/H et la présence de troubles concomitants accentuent cette charge ressentie par les parents (Fridman et al., 2017 ; Munoz-Silva et al., 2017 ; Penuelas-Calvo et al., 2021). Ce fardeau est également observé chez d'autres troubles neurodéveloppementaux, tel que le syndrome de Gilles de la Tourette, particulièrement lorsque l'enfant présente des comportements agressifs (Schoeder et Remer, 2007 ; Wilkinson et al., 2008), puisqu'ils sont difficiles à vivre au quotidien pour les autres membres de la famille.

Les changements observés sur le fonctionnement familial des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H à la suite d'un PEHP restent encore mitigés dans la littérature. En effet, nos résultats concordent avec ceux de l'étude de Gonring (2017) (n=25) qui ne montrent pas de changement significatif du fonctionnement familial à la suite du *Program for the Education and Enrichment of Relational Skills* (PEERS ; Laugeson et al., 2009). Pourtant, les études de Nguyen (2015) (n=28) et Yusuf et collaborateurs (2019) (n=23) montrent un changement significatif du fonctionnement familial à la suite de PEHP. L'étude de Yusuf et collaborateurs (2019) indique d'ailleurs une amélioration significative à chacune des échelles du FAD, dont l'expression affective et l'investissement affectif. Ces résultats peuvent possiblement s'expliquer par la taille de l'échantillon et le recrutement auprès d'une population clinique. En effet, ces études ont respectivement recruté leurs participants à la clinique TDA/H du département de pédopsychiatrie d'un centre hospitalier universitaire en santé mentale du Québec (Nguyen, 2015) et à la clinique du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la faculté de Médecine de l'Université Dokuz Eylül en Turquie (Yusuf et al., 2019).

#### 4.1 Analyse secondaire intra-individuelle

Puisqu'aucun changement significatif n'a été observé à la suite du PEHP, des analyses secondaires ont été faites avec la méthode Jacobson et Truax (1991) afin de déterminer si un changement significatif est observable pour les participants pris individuellement. Cette méthode évalue si la différence obtenue entre les résultats pré-PEHP et post-PEHP de chaque participant provient d'un changement réel et statistiquement fiable. Cet indice de changement se calcule en divisant cette différence pré-post par l'erreur standard des différences obtenu par les indices de fiabilité de l'instrument de mesure (consistance interne ou coefficient test-retest). Puis, ce résultat

est comparé au seuil de changement d'une population clinique, soit deux écarts-types sous la moyenne. Dans le cadre de cet essai, l'indice de consistance interne des dimensions du *McMaster Family Assessment Device* (Epstein et al., 1983) a été utilisé. Les caractéristiques de la population clinique (moyennes et écarts-types) proviennent de l'échantillon (n=262) de l'étude de Lemelin et collaborateurs (2009), dont le recrutement a eu lieu au Québec en milieu hospitalier.

Ces analyses supplémentaires ont permis d'identifier des changements individuels chez certains participants. En effet, une amélioration significative est observée pour les participants ayant le plus de difficultés dans chacune des variables, soit le fonctionnement familial global, l'expression affective et l'investissement affectif. À la suite du PEHP, ces participants présentaient des résultats sous le seuil clinique (Miller et al., 1985). Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Gonring (2017) qui avait aussi observé des changements fiables du fonctionnement familial chez trois des participants (12 %), lorsqu'analysés individuellement. Ainsi, tout porte à croire que les PEHP permettent d'améliorer le fonctionnement familial, l'expression affective et l'investissement affectif chez les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H et vivant des difficultés cliniques. Cela amène donc à réfléchir sur la manière de rejoindre les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H et qui vivent avec un fonctionnement familial perturbé au quotidien. Contrairement à la majorité des participants de cette étude, la littérature scientifique montre que les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H et possiblement un trouble concomitant associé vivent un dysfonctionnement familial (Bandel Castro, 2017 ; Deault, 2010 ; Foley, 2011 ; Lemelin et al., 2009 ; Moen et al., 2016 ; Munoz-Silva et al., 2017 ; Penuelas-Calvo et al., 2021). Ceux-ci peuvent alors se sentir trop envahis par le dysfonctionnement du quotidien pour se mobiliser à chercher de l'aide dans les ressources communautaires. S'associer avec les écoles primaires environnantes pourrait permettre de rejoindre plus facilement ces familles, puisque les intervenants de l'école pourront alors dépister les familles qui pourraient bénéficier de ces interventions. En tant

que société, ce dépistage précoce permettrait de réduire la pression croissante sur le réseau public et les services de pédopsychiatrie.

#### 4.2 Analyses secondaires des dimensions affectives

L'analyse des résultats concernant les dimensions affectives a en outre permis d'obtenir des précisions concernant l'expression affective et l'investissement affectif des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H. Les résultats à propos de l'expression affective, même si considéré dès le départ comme étant adéquate, indiquent qu'un parent plus âgé peut présenter plus de difficultés à avoir une réaction émotionnelle appropriée selon la situation. Tel que mentionné lors du deuxième chapitre de cet essai doctoral, il est possible qu'un parent plus âgé ait un modèle de réactions émotionnelles consolidé au quotidien, particulièrement lorsqu'il ressent des émotions négatives et une charge supplémentaire liées aux symptômes attentionnels et comportementaux de l'enfant (Fridman et al., 2017 ; Munoz-Silva et al., 2017 ; Peter & Jackson, 2009 ; Whalen et al., 2006). Les études de Moen et collaborateurs (2015 ; 2016) ont aussi établi qu'un parent plus jeune influence positivement le fonctionnement familial de ces familles. Le lien entre les caractéristiques des parents, tel que leur âge, et leur expression affective reste toutefois à être approfondi.

De plus, les résultats indiquent que l'investissement affectif s'améliore significativement dès la fin du programme lorsque l'enfant est une fille et cette amélioration se maintient jusqu'à trois mois suivants la fin du programme. Le PEHP semble alors restaurer l'engagement relationnel de ces familles envers les activités et les préoccupations de ces membres, lorsque l'enfant est une fille. Ces résultats peuvent être expliqués par les distinctions dans la symptomatologie du TDA/H selon les sexes. En effet, il semble que les filles présentent moins de comportements hyperactifs et externalisés, ainsi que moins de difficultés dans la flexibilité cognitive et d'inhibition de la réponse que les garçons (Loyer Charbonneau et al., 2018). De plus, la méta-analyse de Theule et

collaborateurs (2013), comprenant 44 études, montre que le sexe de l'enfant est un modérateur significatif du stress parental. Ces résultats impliquent que la capacité de montrer de l'intérêt à chacun des membres de la famille est résistante à l'intervention lorsque l'enfant est un garçon. Les symptômes du TDA/H, les comportements externalisés et le stress parental ressenti lorsque l'enfant est un garçon peuvent indiquer que la relation affective négative de ces familles est plus ancrée profondément dans leur dynamique. Il importe toutefois d'interpréter ces résultats en prenant en considération la petite taille d'échantillon.

#### 4.3 Données qualitatives complémentaires

À la fin du programme, un retour subjectif et informel a été fait par téléphone avec l'une des quatre intervenantes de l'Association Parents Aptes à Négocier le Déficit de l'Attention (PANDA) à avoir animé le PEHP. Sur une base volontaire, celle-ci souhaitait transmettre ses observations à la suite des dix rencontres de groupes. Ce partage d'informations n'était pas prévu au protocole de recherche, mais a été jugé pertinent à inclure à cet essai. Les commentaires ont mis en lumière que les parents pouvaient ressentir de l'anxiété à bien appliquer les apprentissages. Ils pouvaient alors devenir plus stricts envers l'encadrement de leur enfant, ce qui menait à l'inverse de l'effet recherché, c'est-à-dire augmenter la fréquence des comportements perturbateurs de l'enfant et nuire à la dynamique familiale. En effet, telles que mentionnées dans le contexte théorique de cet essai, des pratiques parentales autoritaires mènent à des relations familiales moins chaleureuses et soutenantes (Barkley, 2015a ; Theule et al., 2013 ; Whalen et al., 2006 ; Wefelmeyer, 2020). Cela peut éventuellement augmenter la gravité des symptômes du TDA/H et mener au développement d'un trouble concomitant associé au TDA/H, tel un trouble oppositionnel avec provocation (Breaux et Harvey, 2018 ; Deault, 2010 ; Haack et al., 2017 ; Johnston et Mash,



2001). Par ailleurs, l'augmentation de la fréquence des comportements perturbateurs de l'enfant pourrait également être attribuable au pic d'extinction observé lorsqu'on souhaite modifier un comportement dans le processus de conditionnement opérant (Bourgueil, 2017). Dans ce cas, l'augmentation de la fréquence et de l'intensité du comportement se produit puisque le comportement de base ne produit plus les résultats attendus. Il importe alors de continuer le processus d'extinction et de renforcer le nouveau comportement souhaité (Bourgueil, 2017). En lien avec les observations de l'intervenante de l'Association PANDA, il est possible que l'augmentation de la fréquence des comportements perturbateurs suggère que les participants appliquaient les apprentissages et l'encadrement de manière appropriée. Ceux-ci devaient alors maintenir leur cadre afin de traverser le pic d'extinction du comportement.

L'intervenante de l'Association PANDA exprime également avoir observé un besoin de soutien des parents, puisque plusieurs parents restaient plus longtemps à la fin du PEHP pour discuter entre eux. Il a été montré que le soutien social perçu réduit l'impact négatif des comportements de l'enfant sur la relation familiale et conjugale et améliore indirectement l'attitude des parents envers leur enfant (Munoz-Silva et al., 2017). Offrir le PEHP en groupe permet à ces parents d'obtenir du soutien social en ayant l'occasion de discuter avec d'autres parents vivant la même réalité familiale (Hauth-Charlier et Clément, 2009).

Finalement, l'intervenante explique l'importance d'inclure des rencontres pour outiller les parents dans leur savoir-être avec leur enfant, plutôt que seulement du savoir-faire. Le développement du savoir-être peut être fait à travers différentes interventions provenant de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales, tel que la méditation basée sur la pleine conscience ou la psychothérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) (Byrne et al., 2020 ; Tercelli et al., 2019). Ces interventions permettent le développement de nouvelles stratégies d'adaptation,

afin de vivre et réagir différemment aux situations difficiles et aux situations dont aucune solution immédiate n'existe (Lunsky et al., 2017).

Ces interventions englobent le concept de pleine conscience, qui réfère au fait d'être conscient du moment présent, autant dans les situations positives que négatives, avec une attitude d'ouverture et d'acceptation sans jugement des pensées, des émotions et des sensations vécues (Dionne, 2009 ; Hayes et Feldman, 2006 ; Kabat-Zinn 2003). Ce concept s'est étendu à la relation parent-enfant. La pleine conscience parentale représente le fait que l'attention du parent est dirigée sur l'enfant et sur son rôle de parent dans l'instant présent et sans jugement (Kabat-Zinn et Kabat-Zinn, 1997). Selon le modèle théorique de Duncan et collaborateurs (2009), la pleine conscience parentale signifie que le parent s'arrête et écoute pleinement son enfant, adopte une attitude d'acceptation envers lui-même et son enfant, porte son attention sur ses émotions et celles de son enfant, se régule dans ses interactions avec son enfant et a de la compassion envers lui-même et son enfant (Duncan et al., 2009). Les bienfaits de la pleine conscience parentale sont nombreux. En effet, cela permet de diminuer le stress parental et améliorer la relation parent-enfant en étant plus sensible, flexible, attentif et affectueux envers son enfant (Campbell et al., 2017). D'ailleurs, une revue systématique faite par Tercelli et collaborateur (2019) avait pour objectif d'évaluer les effets des différentes interventions basées sur la pleine conscience sur le bien-être des enfants ayant un TDA/H et leurs parents. Cette revue systématique inclut dix études, dont six que les parents ayant un enfant TDA/H recevaient également un traitement de pleine conscience. Les résultats des différentes études sont contradictoires concernant les effets de la pleine conscience sur les symptômes du TDA/H. Toutefois, une amélioration est systématiquement observée pour le stress parental et le fonctionnement familial. Les auteurs concluent que les interventions basées sur la pleine conscience pourraient être un complément au PEHP, afin d'apprendre aux parents de nouvelles stratégies d'adaptation, améliorer la relation familiale et prendre soin d'eux en tant que

parents. C'est également la conclusion de Marticotte (2020) qui recommande d'intégrer de la pleine conscience parentale aux interventions comportementales qui existent déjà pour aider les parents d'enfant qui présente un TDA/H dans leur quotidien.

Ainsi, plusieurs programmes de pleine conscience parentale ont été développés (Bogel et al., 2008 ; Bogel et Restinfo, 2014 ; Bogel et al., 2014 ; Coatsworth et al., 2010 ; Coatsworth et al., 2015 ; Neece, 2014) et il est aussi possible d'intégrer de la pleine conscience parentale aux PEHP qui existent déjà. Cela a montré son efficacité dans l'étude de Coatsworth et collaborateurs (2015) (n=432 familles) qui rapportent que le programme modifié est aussi efficace que celui d'origine, mais qu'en plus, il entraîne des effets positifs sur le fait d'être plus connecté aux émotions de l'enfant autant pour les mères ( $d=0,26$  ;  $p<0,05$ ) que pour les pères ( $d=0,28$  ;  $p<0,05$ ). Cela amène également les mères à être plus compréhensives et soutenantes ( $d=0,17$  ;  $p<0,10$ ) et les pères à développer des interactions plus positives avec leur enfant ( $d=0,17$  ;  $p<0,10$ ) et à s'engager davantage au sein de la famille ( $d=0,32$  ;  $p<0,05$ ) (Coatsworth et al., 2015).

#### 4.4 Apports de l'essai

Les résultats obtenus dans le cadre de cet essai doctoral s'insèrent à une littérature scientifique riche concernant les changements obtenus à la suite des PEHP. À ce jour, peu d'études s'étaient centrées sur l'amélioration du fonctionnement familial par le biais d'un PEHP chez les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H (Gonring, 2017 ; Nguyen, 2015 ; Yusuf et al., 2019). Il s'agit également de la première étude qui se déroulait en milieu communautaire et qui visait aussi à évaluer plus spécifiquement la dynamique affective de ces familles, soit l'investissement affectif et l'expression affective, qui peut être négative et conflictuelle (Bandel Castro, 2017). Cette étude a notamment permis de mettre en lumière le fait que le fonctionnement

familial et l'expression affective peuvent être préservés chez ces familles. En effet, les résultats indiquent qu'avant leur participation au PEHP, les parents estiment que ces deux variables sont adéquates, c'est-à-dire sous le seuil clinique. Cela peut représenter un facteur de protection pour ces familles qui influence positivement l'enfant et son parent (MSSS, 2003). Malgré l'absence de changements significatifs à la suite du programme, les résultats de cet essai laissent présager que le PEHP permet d'améliorer le fonctionnement familial, l'expression affective et l'investissement affectif lorsqu'une amélioration est nécessaire, tel qu'observé chez les participants présentant le plus de difficultés selon les analyses individuelles de Jacobson et Truax (1991). Le programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* (Massé et al., 2011) semble donc tout indiqué auprès de parents d'enfants ayant un TDA/H, dont les symptômes mènent à un bris de fonctionnement familial. Finalement, les résultats de l'essai ajoutent des connaissances concernant la différence de sexe dans la symptomatologie du TDA/H. Tel que mentionné précédemment, l'investissement familial des familles ayant une fille qui présente un TDA/H s'améliore significativement à la suite du programme, comparativement au garçon.

#### 4.5 Limites de l'étude

Cet essai comporte quelques limites méthodologiques qui doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, le petit échantillon (n=10) nuit à la généralisation des résultats à l'ensemble des familles qui composent avec un enfant ayant un TDA/H. Au cours des trois années de recrutement, différents facteurs expliquent le taux d'attrition de 60 % entre le temps de mesure Pré-PEHP et Post-PEHP. Certains parents, qui annulaient leur participation au PEHP, ont révélé que le programme ne correspondait pas à leurs attentes initiales ou qu'ils avaient déjà obtenu les renseignements contenus au programme. D'autres ont indiqué que

les rencontres hebdomadaires étaient un ajout trop exigeant à leur quotidien déjà bien rempli. Finalement, les rencontres ont été interrompues en mars 2020 par la pandémie de COVID-19 et les mesures sanitaires afférentes, ce qui a empêché sept participants de compléter les deux derniers temps de mesure de l'étude. Sans ces sept participants, qui n'ont pas choisi volontairement de se retirer du programme, le taux d'attrition réel est de 44 %.

Certaines caractéristiques de l'échantillon nuisent aussi à la généralisation. Les caractéristiques sociodémographiques des participants montrent que 92 % étaient des mères et 96 % étaient d'origine caucasienne, ce qui entraine un biais de recrutement potentiellement attribuable à la région administrative où se situait les Associations PANDA. Un biais de désirabilité sociale peut aussi être présent. En effet, un parent peut vouloir répondre plus positivement lorsqu'on le questionne à propos du fonctionnement de sa famille, des émotions ressenties envers son enfant et l'investissement qu'il y accorde. Toutefois, la procédure mise en place peut avoir permis d'amoindrir ce biais, puisque les questionnaires ont été remplis en ligne.

De plus, le fait de ne pas rencontrer les seuils cliniques semble aussi avoir été le cas dans des études comparables (Lemelin et al., 2009 ; Nguyen, 2015 ; Young et al., 2013), qui ont utilisé le même questionnaire que cette présente étude. Pourtant, selon la revue systématique de Staccini et collaborateurs (2015), le questionnaire *McMaster Family Assessment Device (FAD)* présente de bonnes propriétés psychométriques (haut niveau de consistance interne, bonne fiabilité test-retest) et peut discriminer les familles, dont l'un des membres a un trouble psychiatrique, des familles de groupe contrôle. Toutefois, le questionnaire présente une sensibilité modérée à détecter des changements significatifs à la suite d'une intervention. Parmi les études n'ayant pas montré de changement significatif, Staccini et collaborateurs observent plusieurs limites méthodologiques (un petit échantillon, un haut taux d'attrition, pas de groupe contrôle) et les interventions ne visaient pas directement l'amélioration du fonctionnement familiale (Staccini et al., 2015). Ainsi, les

auteurs concluent que le FAD demeure un instrument de mesure approprié pour l'évaluation du fonctionnement familial autant en milieu clinique que pour la recherche. Ces limites méthodologiques peuvent d'ailleurs expliquer l'absence de changement significatif à la suite du PEHP dans le cadre de cet essai.

Finalement, plusieurs intervenantes ont animé le PEHP à travers les trois années de recrutement dans les deux centres de service de l'Association PANDA. Ces intervenantes ont pu transmettre le contenu du programme différemment en y incluant leurs propres connaissances et expériences, ce qui peut amener un biais dans la fidélité du traitement.

#### 4.6 Recommandations cliniques

Quelques recommandations cliniques émanent de cet essai. Tout d'abord, il est préconisé d'évaluer les besoins et le profil des familles avant leur participation à un PEHP, puisque cela influence l'engagement aux rencontres et l'acquisition des connaissances (Dale et al., 2021). En effet, plusieurs parents ont mis fin à leur participation au programme ayant déjà appris les concepts inclus au préalable. Cette évaluation pourrait alors prendre la forme d'une entrevue semi-structurée faite par l'une des intervenantes de l'Association PANDA dès leur inscription au programme. Cela permettrait d'obtenir de l'information sur la dynamique familiale, les besoins rencontrés par la famille et les suivis reçus par le passé afin de s'en distinguer et permettre aux parents d'avancer dans leurs apprentissages. Présentement, l'Association PANDA annonce le début de leur groupe de parents par les réseaux sociaux et ils sont référés à l'occasion par d'autres intervenants. Tout le monde peut alors participer au PEHP si leur enfant présente des symptômes ou un diagnostic de TDA/H, sans distinction avec leur suivi antérieur.

Il est aussi recommandé d'inciter les pères à participer au PEHP et aux études scientifiques sous-jacentes, s'il y a lieu. Dans le cadre de cette étude, seuls deux pères ont participé et ceux-ci n'ont pas complété les deux derniers temps de mesure. La revue systématique des écrits (n=28) de Chronis et collaborateurs (2004) rapporte l'importance de la participation des pères aux rencontres du PEHP pour faciliter le soutien entre les membres de la famille, la cohérence dans les pratiques parentales et la dynamique familiale. Il est d'ailleurs reconnu que les pères contribuent au développement émotionnel, comportemental et social de l'enfant et que la présence du père peut améliorer l'adhésion au programme et les bénéfices qu'ils en retirent (Chronis et al.2004 ; Fabiano, 2007). La revue systématique des écrits (n=32) de Fabiano (2007) s'est justement centrée sur ce sujet. Fabiano (2007) recommande, entre autres, de spécifier d'emblée que la participation des pères au PEHP est attendue et nécessaire et il suggère d'inclure un service de gardiennage pour faciliter la participation des deux parents. La rencontre d'évaluation préliminaire, mentionnée précédemment, permettrait d'indiquer clairement l'importance que les deux parents s'impliquent dans le programme afin d'obtenir la vision de chacun et de favoriser la cohérence parentale. Fabiano suggère aussi de présenter le programme en y incluant des activités pratiques avec l'enfant, plutôt que sous la forme d'un cours magistral. Cela permettrait probablement d'observer une amélioration de l'investissement affectif de ces familles, si les activités pratiques permettent de profiter du PEHP pour avoir du temps de qualité avec son enfant. Avec la pandémie de la COVID-19, le programme se déroule dorénavant par visioconférence, ce qui peut faciliter l'inclusion des pères, mais rendre les activités pratiques plus difficiles. Cette nouvelle réalité nécessite d'être créatif dans la transmission du PEHP. Par exemple, pour l'incorporation d'activités pratiques, il est possible pour les intervenantes de créer des sous-groupes par visioconférence et de demander aux parents de faire une activité avec leurs enfants devant la caméra. Ainsi, les intervenantes peuvent aller d'un sous-groupe à l'autre afin de faire du modelage en fonction des interactions observées.

Afin que tous les membres de la famille participent au processus de changement, il est recommandé que les enfants participent à un PICC en parallèle au PEHP. Dans le cadre du programme Multipropulsions qui inclut un volet parent et un volet enfant, les auteurs du programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* ont également développé trois PICC : *Mieux gérer sa colère et sa frustration* (Massé et al., 2012), *Se faire des amis et les garder* (Massé et al., 2016), *Gérer ses émotions et s'affirmer positivement* (Verret et al., 2017). L'évaluation préliminaire au programme permettrait également de cibler les besoins des enfants et l'orienter vers un PICC approprié à son âge.

Finalement, il est recommandé d'inclure des rencontres et des activités sur la pleine conscience parentale au programme existant dans le but d'améliorer la sensibilité émotionnelle des parents face à eux-mêmes et à leur enfant.

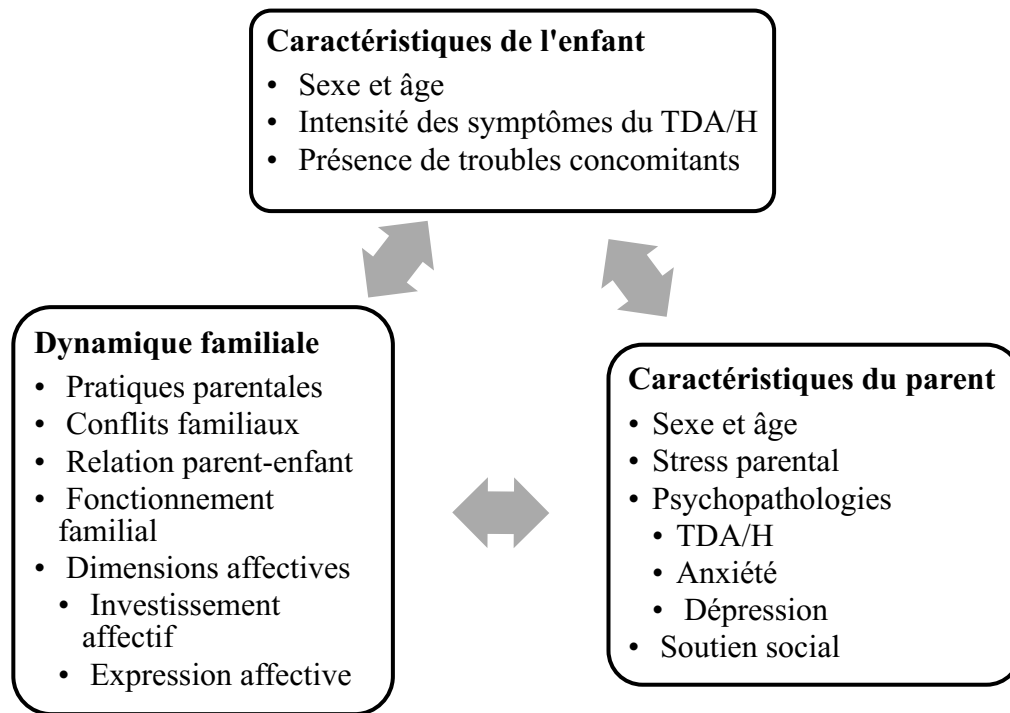
#### 4.7 Études futures

Il demeure pertinent d'évaluer si les familles d'enfant ayant un TDA/H présentent un changement dans leurs stratégies d'adaptation de la famille à la suite du PEHP. Les prochaines études pourraient également permettre d'établir qu'elles sont les stratégies d'adaptation les plus efficaces pour diminuer le stress parental et les conséquences négatives liées au TDA/H de l'enfant. Le but serait d'inclure ces stratégies au PEHP afin de les enseigner aux parents et de favoriser l'utilisation de stratégies d'adaptation positives au quotidien. Aussi, obtenir la perspective de l'enfant ayant un TDA/H et de sa fratrie, en plus de celle des parents, pourrait être un ajout considérable pour évaluer le fonctionnement familial de manière plus globale. Il serait également intéressant d'avoir la possibilité de comparer le fonctionnement familial et la dynamique affective des familles qui reçoivent le PEHP en milieu communautaire et en milieu hospitalier. Les études



futures pourraient alors établir un portrait clinique qui différencie les familles qui présentent un dysfonctionnement familial de celles qui présentent un fonctionnement familial adéquat. De plus, en lien avec les limites décrites précédemment, la reproduction de cette étude avec un plus grand échantillonnage et plusieurs milieux de recrutements serait pertinente. Dans un deuxième temps, d'autres études devront être réalisées à partir d'un devis d'essai randomisé contrôlé afin de valider l'efficacité du PEHP en établissant de manière aléatoire un groupe expérimental et un groupe contrôle. Finalement, les prochaines études pourront viser à établir un modèle théorique qui inclut l'ensemble de la littérature scientifique qui porte sur les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H et les liens établis entre chaque variable. Cela permettrait d'avoir un portrait global de ces familles et d'identifier les différentes variables modératrices et médiatrices, ainsi que les facteurs de protection et de risque. En lien avec l'hétérogénéité des manifestations du TDA/H et des conséquences sur la famille, ce modèle pourrait permettre d'établir les cibles d'intervention et d'orienter la famille vers la ressource, le professionnel ou le PEHP approprié. La Figure 4.1 est une première version des variables à inclure au modèle.

Figure 4.1. Modèle théorique des familles d'un enfant ayant un TDA/H



## 4.8 Références

- Bandel Castro, T. (2017). Slovenian families with children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Interpersonal relations, parents' attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms and implications for family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(2), 170-186. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1288993>
- Barkley, R. A. (2015a). History of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 3–50). The Guilford Press
- Bögels, S. M., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S. et Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders, and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (2), 1–17. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004190>
- Bögels, S. M. et Restifo, K. (2014). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. New York, NY: Springer.
- Bögels, S., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M. et Van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5 (5), 536–551. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0209-7>
- Bourgueil, O. (2017, 6 janvier). *Chapitre 9- Et pour diminuer un comportement? Extinction*. L'Analyse du Comportement et ses Applications. <https://aba-sd.info/?tag=extinction>
- Breaux, R. P. et Harvey, E. A. (2018). A longitudinal study of the relation between family functioning and preschool ADHD symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 749-764. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437737>
- Byrne, G., Ghráda, Á. N., O'Mahony, T., & Brennan, E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 378-407.
- Campbell, K., Thoburn, J. W. et Leonard, H. D. (2017). The mediating effects of stress on the relationship between mindfulness and parental responsiveness. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6 (4), 48-59. <https://doi.org/10.1037/cfp0000075>
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Greenberg, M. T. et Nix, R. L. (2010). Changing Parent's Mindfulness, Child Management Skills and Relationship Quality With Their Youth: Results From a Randomized Pilot Intervention Trial. *Journal of child and family studies*, 19 (2), 203–217. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9304-8>
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., Berrena, E. et Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program. *Developmental Psychology*, 51(1), 26–35. <https://doi.org/10.1037/a0038212>

- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. et Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1-27. <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4>
- Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., Lucarelli, E., Russo, L., & Trabacca, A. (2020). A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in developmental disabilities*, 98, 103571.
- Dale, C., Parent, J., Forehand, R., DiMarzio, K., Sonuga-Barke, E., Long, N., & Abikoff, H. B. (2021). Behavioral Parent Training for Preschool ADHD: Family-Centered Profiles Predict Changes in Parenting and Child Outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-14.
- Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 168-192. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0159-4>
- Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26(6), 20-24.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D. et Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical child and family psychology review*, 12(3), 255–270. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. et Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Fabiano, G. A. (2007). Father Participation in Behavioral Parent Training for ADHD: Review and Recommendations for Increasing Inclusion and Engagement. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 683–693. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.683>
- Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., Erder, M. H. et Chen, K. S. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in the caregiver perspective on pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 373-386. <https://doi.org/10.2147/NDT.S121391>
- Gonring, K. (2017). *Program for the education and enrichment of relational skills: Parental outcomes with an ADHD sample* (Dissertations, Marquette University). [https://epublications.marquette.edu/dissertations\\_mu/650](https://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/650)
- Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S. et Piffner, L. J. (2017). Parenting as a

mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation. *Journal of abnormal child psychology*, 45(5), 841-855.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-016-0199-8>

- Hauth-Charlier, S. et Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H: considérations pratiques et implications cliniques. *Pratiques psychologiques*, 15(4), 457-472.  
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.001>
- Hayes, M. et Feldman, G. (2006). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 255-262. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph080>
- Jacobson, N. S. et Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johnston, C. et Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 144-156.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, M. et Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C. et Dillon, A. R. (2009). Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(4), 596-606. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0664-5>
- Lemelin, G., Lafortune, D., Fortier, I., Simard, L. et Robaey, P. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(5), 392-403.  
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.04.007>
- Loyer Carbonneau, M. (2019). Méta-analyse sur les différences de sexe dans les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et les déficits cognitifs associés (Essai doctoral, Université du Québec à Montréal, Montréal).  
<https://archipel.uqam.ca/12626/>
- Lunsky, Y., Hastings, R., Weiss, J., Palucka, A., Hutton, S., et White, K. (2017). Comparative effects of mindfulness and support and information group interventions for parents of adults with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 1769-1779. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3099-z>

- Manning M. M., Wainwright, L. et Bennett, J. (2011). The double ABCX model of adaptation in racially diverse families with a school-age child with autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 41(3), 320-331. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1056-1>
- Marticotte, É. (2020). *Trait de pleine conscience, Pleine conscience parentale et Compassion pour soi chez les parents d'enfants ayant un Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)*[Mémoire, Université Laval]. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/67305>
- Massé, L., Verreault, M., Verret, C., Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Chenelière Éducation.
- Massé, L., Verret, C., Boudreault, F., Verreault, M., Lévesque, M. et Lanaris, C. (2012). *Mieux gérer sa colère et sa frustration*. Chenelière éducation.
- Massé, L., Verret, C. et Lévesque, M. (2016). *Se faire des amis et les garder: programme Multi-Propulsions, volet Mieux vivre avec les autres, entraînement des habiletés sociales pour les enfants ayant des difficultés d'adaptation*. Chenelière éducation.
- McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M. et Needle, R. H. (1980). Family stress and coping: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42(4), 855-871.
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. et Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: reliability and validity. *Journal of marital and family therapy*, 11(4), 345-356. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00028.x>
- Ministères de l'Éducation, de la santé et des services sociaux (MSSS). (2003). *TDA/H, agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*, Document de soutien à la formation: Connaissances et interventions. Gouvernement du Québec.
- Moen, Ø. L., Hedelin, B. et Hall-Lord, M. L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian journal of public health*, 43(1), 10-17. <https://doi.org/10.1177/1403494814559803>
- Moen, Ø. L., Hedelin, B. et Hall-Lord, M. L. (2016). Family functioning, psychological distress, and well-being in parents with a child having ADHD. *SAGE Open*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244015626767>
- Munoz-Silva, A., Lago-Urbano, R. et Sanchez-Garcia, M. (2017). Family impact and parenting styles in families of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2810-2823. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0798-1>
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174-186. <https://doi.org/10.1111/jar.12064>

- Nguyen, P. T. (2015). *Changements dans le fonctionnement des familles ayant un enfant atteint d'un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité après un programme d'entraînement aux habiletés parentales* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal].  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13113>
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., Daley, D., De Silva, C., Harpin, V., Hodgkins, P., Nadkarni, A., Setyawan, J. et Sonuga-Barke, E. J. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European child & adolescent psychiatry*, 25(11), 1217-1231.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-016-0841-6>
- Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porrás-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., Perez-Colmenero, S., Delgado-Gomez, D., Carballo, J. J. et Baca-García, E. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.003>
- Peters, K. et Jackson, D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 62-71.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04853.x>
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., Beach, M. L. et Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(4), 189-197.  
<https://doi.org/10.1007/s12402-012-0089-z>
- Schoeder, C. E. et Remer, R. (2007). Perceived social support and caregiver strain in caregivers of children with Tourette's disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 16(6), 888-901. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9133-6>
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S. et Keitner, G. I. (2015). The evaluation of family functioning by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, 54(1), 94-115. <https://doi.org/10.1111/famp.12098>
- Tercelli, I., & Ferreira, N. (2019). A systematic review of mindfulness based interventions for children and young people with ADHD and their parents. *Global Psychiatry*, 2(1), 79-95.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. et Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17. <https://doi.org/10.177/1063426610387433>
- Verreault, M., Verret, C., Massé, L., Lageix, P. et Guay, M. C. (2011). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDA/H sur le stress parental et la relation parent-enfant. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(3), 150-160.  
<https://doi.org/10.1037/a0019273>

- Verret, C., Massé, L. et Lévesque, M. (2017). *Gérer ses émotions et s' affirmer positivement: programme Multi-Propulsions, volet Mieux vivre avec les autres, entraînement des habiletés sociales pour les enfants ayant des difficultés d'adaptation*. Chenelière éducation.
- Wefelmeyer, E. M. (2020). *Relationship Between Maternal/Family Functioning and Social Functioning in Youth with ADHD* [Thèse de doctorat, Marquette University].
- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R., Perwien, A. R. et Johnston, J. A. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 111-126. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9008-5>
- Wilkinson, B. J., Marshall, R. M. et Curtwright, B. (2008). Impact of Tourette's disorder on parent reported stress. *Journal of Child and Family Studies*, 17(4), 582-598. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9176-8>
- Young, M. E., Galvan, T., Reidy, B. L., Pescosolido, M. F., Kim, K. L., Seymour, K. et Dickstein, D. P. (2013). Family functioning deficits in bipolar disorder and ADHD in youth. *Journal of affective disorders*, 150(3), 1096-1102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.027>
- Yusuf, Ö., Gonka, Ö. et Pekcanlar Aynur, A. (2019). The effects of the triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 665-673. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1542189>
- Zhao, X., Page, T. F., Altszuler, A. R., Pelham III, W. E., Kipp, H., Gnagy, E. M., Coxe, S., Schatz, N. K., Merrill, B. M., Macphee, F. L. et Pelham Jr, W. E. (2019). Family burden of raising a child with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(8), 1327-1338. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00518-5>



## CONCLUSION

Le présent essai s'appuyait sur la recension des écrits à propos des familles d'enfant ayant un TDA/H qui mettait en lumière un fonctionnement familial perturbé et conflictuel en fonction de la gravité des symptômes. Cela pouvait par ailleurs avoir un effet sur la sensibilité des parents aux besoins émotionnels de leur enfant et l'utilisation de stratégies d'adaptation de la famille inadéquate. Ainsi, cet essai doctoral visait à évaluer les changements sur le fonctionnement familial l'expression affective, l'investissement affectif et les stratégies d'adaptation auprès de familles ayant un enfant qui présente un TDA/H à la suite d'un PEHP. Le programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* (Massé et al., 2011) a été offert en milieu communautaire. Les résultats n'ont pas permis d'établir un changement significatif pour ces familles à la suite du programme, mais le fonctionnement familial et les stratégies d'adaptation de la famille étaient, en moyenne, considérés adéquats pour les participants avant le début du PEHP. Il semble, entre autres, que le fonctionnement familial et l'expression affective peuvent être préservés chez ces familles et s'avérer être un facteur de protection pour l'intensité des symptômes de l'enfant et les conséquences chez le parent. De plus, l'analyse individuelle des familles porte à croire que le programme est efficace chez les familles ayant le plus de difficultés, ce qui serait possiblement plus observable avec un plus grand échantillon ou en milieu hospitalier. Finalement, cette étude montre que les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H ont de la difficulté à s'engager émotionnellement auprès des autres membres de la famille, et ce, particulièrement lorsque l'enfant est un garçon. Les besoins affectifs de ces familles doivent donc être évalués et soutenus par l'orientation vers un PEHP ou toute autre intervention appropriée, possiblement ceux incluant de la pleine conscience parentale.

ANNEXE A  
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre du projet de recherche**

Effet d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants ayant un trouble du comportement sur le fonctionnement familial et les stratégies d'adaptation de la famille.

**Étudiante-chercheure**

Carole-Ann Collin, Doctorat en psychologie (profil professionnel) à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE)

514-296-4816

[Collin.carole-ann@courrier.uqam.ca](mailto:Collin.carole-ann@courrier.uqam.ca)

**Direction de recherche**

Julie Leclerc, M.Ps., Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), chercheure au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM) et au centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Directrice du laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE).

(514) 987-3000 poste 5267

[Leclerc.julie@uqam.ca](mailto:Leclerc.julie@uqam.ca)

**Préambule**

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique la complétion de quatre questionnaires en ligne envoyés par l'étudiante-chercheure à quatre moments bien distincts. Les questionnaires vont permettre d'évaluer les problèmes de comportement de votre enfant, votre fonctionnement familial et les stratégies d'adaptation utilisées par votre famille.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles de manière à ce que vous consentiez à participer en toute connaissance de cause.

**Description du projet et des objectifs**

Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'un essai doctoral sous la direction de Julie Leclerc, professeure au département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Le but de ce projet est d'évaluer l'effet du programme d'entraînement aux habiletés parentales sur le fonctionnement familial et les stratégies d'adaptation de la famille. Ce programme est donné aux parents ayant des enfants présentant des problèmes de comportement, un trouble d'opposition ou un TDAH au Centre d'Évaluation Neuropsychologique et d'Orientation Pédagogique (CENOP) ou à l'Association PANDA de la MRC L'Assomption ou PANDA de la MRC Les Moulins. En tout, ce projet s'échelonne sur une durée de 6 mois et prévoit quatre temps de mesure, soit deux avant le début du programme et deux après. Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous

souhaitons recruter 24 participants, hommes et femmes, ayant des enfants âgés entre 6 et 12 ans qui présentent des problèmes de comportement. Vous devrez pouvoir comprendre, lire et parler le français et être présent pour un minimum de sept séances sur les dix que propose le programme.

### **Nature et durée de votre participation**

Dans le cadre de cette étude, vous recevrez par courriel, à quatre moments durant l'étude, un lien menant aux quatre questionnaires en ligne. À chaque temps de mesure, cela prendra approximativement 60 minutes pour remplir ces quatre questionnaires, évaluant le fonctionnement familial, les stratégies d'adaptation de la famille et les problèmes de comportement de votre enfant.

Tout d'abord, tous les parents inscrits au programme complèteront une entrevue téléphonique effectuée par l'étudiante-chercheuse ou un(e) assistant(e) de recherche afin de vérifier l'intérêt du parent envers cette étude et vérifier le respect des critères d'inclusion et d'exclusion. Les parents intéressés recevront ce formulaire de consentement par courriel afin de le lire attentivement. Vous pourrez contacter l'étudiante-chercheuse pour toute question rencontrée pendant la lecture du formulaire.

Ensuite, quatre semaines avant le début du programme, vous recevrez par courriel un lien internet afin de consentir officiellement à participer à cette étude, remplir le questionnaire socio-démographique et remplir les quatre questionnaires de l'étude. De plus, le jour de la première séance du programme, vous recevrez à nouveau par courriel un lien internet afin de répondre aux mêmes quatre questionnaires. Puis, le programme va débiter. Une communication sera établie entre le responsable du programme et l'étudiante-chercheuse, afin de confirmer votre présence aux séances du programme.

À la suite de la dernière séance du programme, vous recevrez à nouveau par courriel un lien internet pour remplir les quatre questionnaires. Finalement, vous recevrez par courriel un nouveau lien internet, 3 mois suivant la fin du programme, afin de remplir les quatre questionnaires.

### **Avantages liés à la participation**

Votre participation à cette étude vous permettra de voir l'évolution de votre dynamique familiale et des comportements de votre enfant au fil du programme d'entraînement aux habiletés parentales. De plus, votre participation à cette étude contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine.

### **Risques liés à la participation**

Votre participation à cette étude comporte peu de risques ou d'inconvénients, soit le temps consacré à l'étude et la nature des questionnaires. En effet, ce projet de recherche comporte quatre évaluations d'environ 60 minutes chacune. Afin de combler cet inconvénient, les questionnaires seront remplis en ligne à la maison. De plus, il est à noter que les questionnaires sur votre vie familiale et les comportements problématiques de votre enfant pourraient susciter des questionnements, des réactions émotionnelles ou un inconfort (p. ex., anxiété, stress). Si c'est le cas, vous pourrez mettre fin en tout temps à votre participation à cette étude. Cela n'aura aucun impact sur la qualité des services qui vous sont offerts. N'hésitez pas à communiquer avec

l'une de ces ressources si vous ressentez un inconfort à la suite de votre participation à cette étude :

- Centre d'évaluation neuropsychologique et d'orientation pédagogique (CENOP)
  - o 30 rue Fleury O, Montréal, QC, H3L 1S8 (514-858-6484)
- PANDA de la MRC L'Assomption
  - o 50 rue Thouin, local 242, Repentigny, QC, J6A 7W7 (450-582-0003)
- PANDA de la MRC Les Moulins
  - o 737 rue de la Sœur-Marie-Rose, Terrebonne, J6V 1P1 (450-654-1153)
- Centre de services psychologiques de l'Université du Québec à Montréal
  - o 200, rue Sherbrooke Ouest H2X 3P2 (514-987-0253)
- Crise-ado-famille-enfant (CAFE)
  - o Téléphoner au CLSC de votre quartier ou au 811 option 2 (info sociale)
- Éducation Coup-de-fil : Service téléphonique de consultation professionnelle pour tous les membres de la famille et l'entourage des jeunes.
  - o 514 525-2573 ([www.education-coup-de-fil.com](http://www.education-coup-de-fil.com))
- LigneParents : Un service téléphonique et de clavardage spécialisé dans les relations parents-enfants.
  - o 1-800-361-5085 (<http://ligneparents.com>)
- Urgence sociale de la Protection de la jeunesse
  - o 514 896-3100
- Téléphoner en tout temps à Info-santé (811, option 2) pour une aide psychosociale

### **Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'étudiante-chercheuse et les assistants(es) de recherche recueilleront les renseignements vous concernant dans un dossier de recherche. Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans votre questionnaire sociodémographique, tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance, votre origine ethnique et des informations sur votre enfant, ainsi que les résultats de tous les questionnaires qui seront utilisés. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi et ne seront connus que de l'étudiante-chercheuse, de sa directrice de recherche et des assistants(es) de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Votre dossier de recherche et les résultats récoltés grâce aux questionnaires seront codés alpha-numériquement et seule l'étudiante-chercheuse aura la liste des participants(es) et du numéro qui leur aura été attribué. D'ailleurs, tous les documents relatifs à votre participation à ce projet de recherche seront conservés sous clé dans un classeur à l'Université du Québec à Montréal. Seuls l'étudiante-chercheuse, sa directrice de recherche et les assistants(es) de recherche y auront accès. Ces informations seront détruites 7 ans après la dernière rencontre d'évaluation. De plus, votre participation à cette étude sera anonyme. Aucun membre du personnel du CENOP ou de l'Association PANDA ne connaîtra le nom des participants de l'étude. Les présences de tous les parents du programme seront communiquées à l'étudiante-chercheuse afin de ne pas cibler les participants de l'étude.

### **Utilisation secondaire des données**

Il est possible que les données recueillies dans le cadre de la présente recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine. Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même

domaine ? Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifiés que par un numéro de code alpha-numérique.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheuses, chercheurs à ces conditions ?

Oui     Non

### **Participation volontaire et retrait**

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser de participer à ce projet ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser Carole-Ann Collin verbalement. Votre refus de participer à ce projet ou votre retrait n'aura aucune incidence sur la qualité des soins et des services reçus au CENOP ou à l'Association PANDA ni sur votre relation avec l'équipe qui les dispense. Ainsi, votre refus de participer au projet de recherche n'aura aucun impact sur votre participation aux programmes d'entraînement aux habiletés parentales. De plus, l'étudiante-chercheuse peut mettre fin à votre participation à cette étude si de nouvelles informations à votre sujet viennent à l'encontre des critères d'inclusion ou d'exclusion, telles que des absences répétées aux séances du programme.

### **Des questions sur le projet ?**

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet : Julie Leclerc (514-987-3000 poste 5267), [Leclerc.julie@uqam.ca](mailto:Leclerc.julie@uqam.ca) ; Carole-Ann Collin (514-296-4816), [Collin.carole-ann@courrier.uqam.ca](mailto:Collin.carole-ann@courrier.uqam.ca)

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le programme d'entraînement aux habiletés parentales, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous devez communiquer directement avec le CENOP, au numéro suivant : 514-858-6484, à L'association PANDA de la MRC L'Assomption, au numéro suivant : 450-582-0003 ou à L'association PANDA de la MRC Les Moulins, au numéro suivant : 450-654-1153.

Des questions sur vos droits ? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines impliquant des êtres humains (CERPÉ 4) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ 4 : [sergent.julie@uqam.ca](mailto:sergent.julie@uqam.ca) ou 514-987-3000, poste 3642].

### **Remerciements**

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

### **Consentement**

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose tels que présentés dans le présent

formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision. Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

---

Prénom Nom

---

Signature

---

Date (JJ/MM/AA)

Engagement du chercheur

Je, soussigné(e) certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire ; (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus ;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

---

Prénom Nom

---

Signature

---

Date (JJ/MM/AA)

ANNEXE B  
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE



## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Effet d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour les parents d'enfants ayant un trouble du comportement sur le fonctionnement familial et les stratégies d'adaptation de la famille
Nom de l'étudiant:	Carole-Ann COLLIN
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil professionnel)
Direction de recherche:	Julie LECLERC

### Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

**Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission.** Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Thérèse Bouffard  
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines  
Professeure, Département de psychologie

ANNEXE C  
QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS PAR LES PARENTS

## Questionnaire sociodémographique

Date : \_\_\_\_\_ # dossier : \_\_\_\_\_

### 1) Renseignements de base

1.1. Nom du père : \_\_\_\_\_ âge : \_\_\_\_\_

1.2. Nom de la mère : \_\_\_\_\_ âge : \_\_\_\_\_

1.3. Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ F M

1.4. Date de naissance de l'enfant (Jour/mois/année) : \_\_\_\_\_

1.5. Âge de l'enfant : \_\_\_\_\_

1.6. Adresse : \_\_\_\_\_

1.7. Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_

Téléphone (cellulaire) : \_\_\_\_\_

1.8. Origine ethnique: Mère Père

Blanc (type Caucasien)

Autochtone

Afro-Américains

Asiatique

Latino-Américain

Arabe

Autre : \_\_\_\_\_

1.9. Langue (s) parlée (s) par les parents à la maison/ au travail :

Français Anglais Autre : \_\_\_\_\_

### 2) Histoire familiale

2.1. Mère :

Occupation : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité : \_\_\_\_\_

Diagnostic confirmé : \_\_\_\_\_

2.2. Père :

Occupation : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité : \_\_\_\_\_

Diagnostic confirmé : \_\_\_\_\_

2.4. Les parents sont : Mariés Divorcés  
Conjoints de fait Monoparental  
Séparés Remariés

2.5. Si les parents sont séparés, divorcés ou monoparental, l'enfant vit :

Avec la mère Avec le père

Avec la mère et son conjoint Avec le père et sa conjointe

En garde partagé Autres : \_\_\_\_\_

2.6. Depuis combien de temps êtes-vous avec votre conjoint(e) actuel(le)? \_\_\_\_\_

2.7. L'enfant est-il adopté? Oui Non

2.8. Est-il en famille d'accueil? Oui Non

2.9. Avez-vous d'autres enfants? Oui Non

2.10. Si oui, ont-ils des troubles du comportement? Oui Non

Décrire : \_\_\_\_\_

Inscrivez, s'il y a lieu, le nom, l'âge et le sexe des autres enfants

### 3. Problèmes comportementaux

3.1. Comment décririez-vous les problèmes comportementaux de votre enfant?

3.2. Votre enfant a-t-il un diagnostic de trouble du comportement?

Oui Non Lequel \_\_\_\_\_

3.3. Votre enfant a-t-il ou a déjà eu des symptômes de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité?

Oui Non

Définir (âge, sévérité, traitement) : \_\_\_\_\_

3.4. Votre enfant a-t-il un diagnostic de Syndrome de Gilles de la Tourette?

Oui Non

3.5. Votre enfant a-t-il un diagnostic de trouble d'apprentissage?

Oui Non Lequel \_\_\_\_\_

3.6. Votre enfant a-t-il un diagnostic autre que ceux mentionnés précédemment?

Oui Non Lequel \_\_\_\_\_

3.7. Votre enfant a-t-il déjà consulté pour des difficultés émotionnelles, psychologiques ou un trouble du comportement? Oui Non

Définir (âge, sévérité, traitement) : \_\_\_\_\_

3.8. Quels sont les médicaments actuellement prescrits pour votre enfant :

Nom du médicament	Symptômes visés	Dosage	Date début
-------------------	-----------------	--------	------------

## Questionnaire 5 : le fonctionnement familial (modèle de McMaster)

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Le questionnaire qui suit porte sur le fonctionnement de votre famille				
Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
1. Il est difficile de planifier les activités familiales car nous nous comprenons mal les uns les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
2. Dans notre famille, nous trouvons une solution à la plupart des problèmes de tous les jours.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
3. Quand un membre de la famille est contrarié ou n'est pas en forme, les autres membres savent pourquoi.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
4. Lorsque nous demandons à quelqu'un de faire quelque chose, il faut que nous vérifiions s'il l'a fait.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5. Si un de nous a de la peine, les autres s'en mêlent trop.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
6. En temps de crise, nous pouvons compter sur le soutien des uns et des autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
7. En situation d'urgence, nous ne savons pas quoi faire.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
8. Il nous manque parfois de certaines choses dont nous avons besoin.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
9. Nous sommes hésitants à démontrer notre affection les uns envers les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
10. Nous nous assurons que les membres de la famille rencontrent leurs responsabilités familiales.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
11. Nous ne pouvons pas nous parler mutuellement de la tristesse que nous ressentons.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

## Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
12. Habituellement, lorsque nous prenons une décision par rapport à un problème, nous agissons en conséquence.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
13. Nous obtenons l'intérêt des autres seulement lorsque cela a de l'importance pour eux.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
14. Nous ne pouvons pas savoir ce qu'une personne de notre famille ressent à partir de ce qu'elle dit.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
15. Les tâches familiales ne sont pas suffisamment partagées également entre les membres de notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
16. Les individus sont acceptés pour ce qu'ils sont.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
17. Vous pouvez désobéir aux règlements sans qu'il y ait de conséquences.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
18. Les personnes s'expriment ouvertement et disent les choses comme elles sont plutôt que de les insinuer.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
19. Certains parmi nous ne font pas voir leurs émotions.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
20. Nous savons ce qu'il faut faire dans une situation d'urgence.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
21. Nous évitons de parler de nos peurs et de nos inquiétudes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
22. Il est difficile de parler entre nous de sentiments d'affection.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
23. Nous avons de la difficulté à payer nos dettes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

## Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
24. Après avoir tenté de résoudre un problème, habituellement notre famille en rediscute pour savoir si la solution a été efficace.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
25. Nous sommes trop centrés sur nous-mêmes (individualistes, égocentriques).	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
26. Nous pouvons exprimer nos sentiments les uns envers les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
27. Nous n'avons pas d'attentes claires en ce qui concerne les habitudes d'hygiène.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
28. Nous ne laissons pas voir l'amour que nous avons les uns envers les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
29. Nous nous parlons directement plutôt que par personne interposée.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
30. Chacun de nous a ses tâches et ses responsabilités.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
31. Il y a beaucoup de sentiments négatifs dans la famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
32. Nous avons des règles en ce qui concerne le fait de frapper les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
33. Nous nous impliquons les uns envers les autres seulement lorsque quelque chose nous intéresse personnellement.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
34. Dans notre famille, il y a peu de temps pour développer nos intérêts personnels (hobby, passe-temps).	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

## Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
35. Souvent, nous ne disons pas ce que nous pensons réellement.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
36. Nous nous sentons acceptés pour ce que nous sommes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
37. Nous démontrons de l'intérêt les uns pour les autres quand nous pouvons en retirer quelque chose personnellement.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
38. Nous solutionnons la plupart des bouleversements émotifs qui nous arrivent.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
39. La tendresse passe en deuxième place par rapport aux autres choses dans notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
40. Nous discutons de qui doit faire les tâches dans la maison.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
41. Prendre des décisions est un problème dans notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
42. Les membres de notre famille démontrent de l'intérêt les uns aux autres seulement lorsqu'ils peuvent en retirer quelque chose.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
43. Nous sommes francs les uns envers les autres.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
44. Nous n'avons aucune règle ou norme.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
45. Si on demande à quelqu'un de faire quelque chose, il faut le lui rappeler.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>



## Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
46. Nous sommes capables de prendre des décisions sur la façon de résoudre les problèmes.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
47. Si les règles ne sont pas respectées, nous ne savons pas à quoi nous attendre.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
48. Tout est permis dans notre famille.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
49. Nous exprimons de la tendresse.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
50. Nous accordons de l'importance aux problèmes émotifs.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
51. Nous ne nous entendons pas bien ensemble.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
52. Nous ne nous parlons pas lorsque nous sommes fâchés.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
53. En général, nous sommes insatisfaits des tâches familiales qui nous sont assignées.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
54. Même si nous voulons bien faire, nous nous mêlons trop des affaires des autres.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
55. Il y a des règlements pour les situations dangereuses (jouer avec le feu, dans la rue, etc.)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
56. Nous nous confions les uns aux autres.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

## Questionnaire 5 : suite

(Family assessment Device de Epstein traduit par Bolduc)

Cochez la réponse qui correspond le mieux à la perception que vous avez du fonctionnement de votre famille.	Je suis fortement d'accord	Je suis d'accord	Je suis en désaccord	Je suis fortement en désaccord
57. Nous pouvons pleurer ouvertement dans notre famille.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
58. Nous ne disposons pas de moyens de transport adéquat.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
59. Lorsque nous n'aimons pas ce que quelqu'un a fait, nous lui disons.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
60. Nous essayons d'imaginer plusieurs façons de résoudre les problèmes.	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

## Questionnaire Points forts - Points faibles (SDQ-Fra)

Pa4-17

Cochez pour chaque énoncé la case "Pas vrai", "Un peu vrai" ou "Très vrai". Cela nous aiderait si vous répondiez, pour chaque énoncé, du mieux que vous pouvez, même si vous n'êtes pas absolument sûr ou si l'énoncé vous paraît inadéquat! Répondez, s'il vous plaît, en vous basant sur le comportement de l'enfant au cours des six derniers mois.

Nom de votre enfant .....

Garçon/Fille

Date de naissance.....

	Pas vrai	Un peu vrai	Très vrai
Attentif(ve) aux autres, tient compte de ce qu'ils ressentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agité(e), hyperactif(ve), ne tient pas en place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se plaint souvent de maux de tête ou de ventre ou de nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partage facilement avec les autres enfants (friandises, jouets, crayons, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait souvent des crises de colère ou s'emporte facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général obéissant(e), fait habituellement ce que les adultes demandent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal ou ne se sent pas bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne tient pas en place ou se tortille constamment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A au moins un(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se bagarre souvent avec les autres enfants ou les tyrannise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souvent malheureux(se), abattu(e) ou pleure souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Généralement aimé(e) des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxieux(se) ou se cramponne aux adultes dans les situations nouvelles, perd facilement ses moyens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ment ou triche souvent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcelé(e) ou tyrannisé(e) par d'autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toujours prêt(e) à aider les autres (parents, professeurs, autres enfants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réfléchit avant d'agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'entend mieux avec les adultes qu'avec les autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs, maintient bien son attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous d'autres préoccupations ou remarques à faire?

**Tournez la page - vous trouverez d'autres questions au verso**

Dans l'ensemble, estimez-vous que votre enfant éprouve des difficultés dans l'un ou l'autre de ces domaines: émotion, concentration, comportement ou relations avec les autres?

Non	Oui- mineures	Oui- importantes	Oui- sérieuses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans le cas d'une réponse affirmative, veuillez continuer avec les questions suivantes:

• Ces difficultés ont été présentes depuis?

Moins d'un mois	1-5 mois	6-12 mois	Plus d'un an
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce qu'elles dérangent ou gênent votre enfant?

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce que ces difficultés interfèrent avec la vie quotidienne de votre enfant dans les domaines suivants?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
La vie à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les amitiés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les apprentissages à l'école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Est-ce que ces difficultés pèsent sur vous ou sur la famille en général?

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre signature ..... Date .....

Mère/Père/Autre (précisez, SVP:)

**Avec tous nos remerciements pour votre aide**

© Robert Goodman, 2005

**F-COPES**  
**FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL**  
**EVALUATION SCALES**

---

*French Version*



**F-COPES**  
**STRATÉGIES ADAPTATIVES FAMILIALES<sup>®</sup>**  
 Hamilton I. McCubbin    David H. Olson    Andrea S. Larson

<i>Dans notre famille, lorsque nous faisons face à des problèmes ou à des difficultés, nous:</i>	fortement en désaccord	modérément en désaccord	pas en accord ni en désaccord	modérément d'accord	fortement d'accord
1. partageons nos difficultés avec les membres de notre famille (enfants, petits-enfants, soeurs, frères, etc.)	1	2	3	4	5
2. recherchons de l'encouragement et du soutien auprès d'ami(e)s.	1	2	3	4	5
3. savons que nous avons le pouvoir de résoudre les problèmes majeurs.	1	2	3	4	5
4. recherchons de l'information et des conseils auprès de personnes d'autres familles qui ont fait face aux mêmes problèmes que nous ou à des problèmes semblables.	1	2	3	4	5
5. recherchons des conseils auprès des membres de notre famille (grands-parents, tante, oncle, frère, etc.)	1	2	3	4	5
6. recherchons de l'aide des ressources et programmes communautaires destinés à aider les familles dans notre situation.	1	2	3	4	5
7. savons que nous possédons, à l'intérieur de notre famille, la force pour résoudre nos problèmes.	1	2	3	4	5
8. recevons des cadeaux et des services de nos voisins (ex.: nourriture, remise de notre courrier).	1	2	3	4	5
9. recherchons de l'information et des conseils auprès de notre médecin de famille.	1	2	3	4	5
10. demandons de l'aide et des services à nos voisins.	1	2	3	4	5
11. faisons face aux problèmes de plein front et essayons de trouver une solution de façon immédiate.	1	2	3	4	5

<i>Dans notre famille, lorsque nous faisons face à des problèmes ou à des difficultés, nous:</i>	fortement en désaccord	modérément en désaccord	pas en accord ni en désaccord	modérément d'accord	fortement d'accord
12. regardons la télévision.	1	2	3	4	5
13. démontrons que nous sommes forts.	1	2	3	4	5
14. assistons à la messe.	1	2	3	4	5
15. acceptons les événements comme des réalités de la vie.	1	2	3	4	5
16. partageons nos soucis avec nos ami(e)s proches.	1	2	3	4	5
17. savons que la chance joue un grand rôle dans la façon dont nous sommes capables de résoudre nos problèmes familiaux.	1	2	3	4	5
18. faisons de l'exercice avec nos ami(e)s pour rester en forme et diminuer nos tensions.	1	2	3	4	5
19. acceptons que les difficultés surviennent de façon inattendue.	1	2	3	4	5
20. faisons des activités avec notre parenté (rencontre, dîner, etc.)	1	2	3	4	5
21. recherchons de l'aide et des conseils auprès de professionnels.	1	2	3	4	5
22. croyons que nous pouvons prendre en main nos propres problèmes.	1	2	3	4	5
23. participons à des activités religieuses.	1	2	3	4	5
24. essayons de voir le problème d'une façon plus positive afin que nous ne	1	2	3	4	5
25. demandons aux gens de notre famille comment ils se sentent face aux problèmes que nous vivons.	1	2	3	4	5
26. sentons que quoique nous fassions, nous aurons de la difficulté à prendre en mains nos problèmes.	1	2	3	4	5
27. demandons conseil à un prêtre.	1	2	3	4	5
28. croyons que si nous attendons suffisamment longtemps, le problème se règlera de lui-même.	1	2	3	4	5
29. partageons nos problèmes avec les voisins.	1	2	3	4	5
30. croyons en Dieu.	1	2	3	4	5

### Questionnaire des situations à la maison

Nom et prénom de l'enfant :

L'enfant présente-t-il un problème de comportement dans l'une ou l'autre de ces situations ? Si oui, indiquez son degré de sévérité.

Situation	Oui/ Non (entourez l'un des deux)	Si oui, quel degré d'intensité ? (entourez l'un des chiffres) Léger Sévère
Quand il/elle joue seul(e)	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand il/elle joue avec un autre enfant	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Lors du repas	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand il/elle s'habille ou se déshabille	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand il/elle fait sa toilette ou prend son bain	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand vous êtes au téléphone	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand il/elle regarde la télévision	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand vous avez des invités	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand vous êtes invités chez quelqu'un	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand vous êtes au supermarché, dans un magasin, à l'église, au restaurant, ou dans un autre lieu public	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand son père est à la maison	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand vous lui demandez de participer à des tâches ménagères	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand vous lui demandez de faire ses devoirs	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand il/elle va se coucher	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Au cours des conversations avec des personnes	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand il/elle est en voiture	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Quand il/elle est gardé par quelqu'un d'autre que vous	OUI NON	1 2 3 4 5 6 7 8 9



ANNEXE D  
PREUVE DE SOUMISSION D'ARTICLE



## REVUE SCIENCE ET COMPORTEMENT

Montréal, 2 décembre 2021

Chère Mme Collin,

il me fait plaisir de vous confirmer bonne réception de votre article :

“ Les effets d’un programme d’entraînement aux habiletés parentales sur le fonctionnement familial et ses dimensions affectives » (*Collin et Leclerc*).

Votre article sous forme anonymisée sera envoyé à deux reviseurs de notre Comité de rédaction. Ceux-ci devront évaluer votre article selon notre grille de cotation. Il me fera plaisir de vous tenir au courant de leurs évaluations dès leur réception.

Nous vous remercions d’avoir soumis votre article à *Science et Comportement*, nous espérons contribuer à l’avancement et la diffusion en langue française des connaissances en psychologie du comportement.

Je reste à votre entière disposition pour toute information et vous prie d’agréer, chère collègue, mes meilleures salutations,

Pascale Brillon, Ph.D.  
Rédactrice en chef  
Revue Science et Comportement  
[www.science-comportement.org](http://www.science-comportement.org)

## RÉFÉRENCES

- Akutagava-Martins, G. C., Rohde, L. A. et Hutz, M. H. (2016). Genetics of attention-deficit/ hyperactivity disorder: an update. *Expert review of neurotherapeutics*, 16(2), 145-156. <https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1130626>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5: American Psychiatric Pub.
- Bandel Castro, T. (2017). Slovenian families with children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: Interpersonal relations, parents' attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms and implications for family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(2), 170-186. <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1288993>
- Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychology Review*, 11(1), 1–29. <https://doi.org/10.1023/A:1009085417776>
- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. et Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of abnormal child psychology*, 29(6), 541-556. <https://doi.org/10.1023/A:1012233310098>
- Barkley, R. A. (2006). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 3 éd.
- Barkley, R. A. (2013). *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training*. The Guilford press.
- Barkley, R. A. (2015a). History of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015b). Etiologies of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 356–390). The Guilford Press.
- Barkley, R. A. et Lombroso, P. J. (2000). Genetics of childhood disorders: XVII. ADHD, Part I: The executive functions and ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1064–1068. <https://doi.org/10.1097/00004583-200008000-00025>
- Beaulieu, M-C. et Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales: Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDA/H. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(1), 59-69. <https://doi.org/10.1037/a0023844>

- Becker, S. P., Luebbe, A. M. et Langberg, J. M. (2012). Co-occurring mental health problems and peer functioning among youth with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 15(4), 279-302. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0122-y>
- Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C. et Korczak, D. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1: l'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454-461. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy110>
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R. et Faraone, S. V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological Medicine*, 42(3), 639- 646. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001644>
- Bögels, S. M., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S. et Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders, and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36 (2), 1–17. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004190>
- Bögels, S. M. et Restifo, K. (2014). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. New York, NY: Springer.
- Bögels, S., Helleman, J., van Deursen, S., Römer, M. et Van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536–551. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0209-7>
- Borden, L. A., Hankinson, J., Perry-Parrish, C., Reynolds, E. K., Specht, M. W. et Ostrander, R. (2016). Family and Maternal Characteristics of Children With Co-Occurring ADHD and Depression. *Journal of Attention Disorders*, 24(7), 963-972. <https://doi.org/10.1177/1087054716666321>
- Bourgueil, O. (2017, 6 janvier). *Chapitre 9- Et pour diminuer un comportement? Extinction*. L'Analyse du Comportement et ses Applications. <https://aba-sd.info/?tag=extinction>
- Breaux, R. P. et Harvey, E. A. (2018). A longitudinal study of the relation between family functioning and preschool ADHD symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(5), 749-764. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437737>
- Brossard-Racine, M., Shevell, M., Snider, L., Bélanger, S. A. et Majnemer, A. (2012). Motor skills of children newly diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder prior to and following treatment with stimulant medication. *Research in Developmental Disabilities*, 33(6), 2080-2087. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.06.003>
- Brousseau, M. et Simard, M. (2000). Fonctionnement familial et négligence des enfants. Dans M. Simard et J. Alary (dir.), *Comprendre la famille*. Presse de l'Université du Québec.

- Byrne, G., Ghráda, Á. N., O'Mahony, T., & Brennan, E. (2021). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy in supporting parents. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94, 378-407.
- Campbell, K., Thoburn, J. W. et Leonard, H. D. (2017). The mediating effects of stress on the relationship between mindfulness and parental responsiveness. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6 (4), 48-59. <https://doi.org/10.1037/cfp0000075>
- Chacko, A., Jensen, S. A., Lowry, L. S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E. et Pulgarin, B. (2016). Engagement in behavioral parent training: Review of the literature and implications for practice. *Clinical child and family psychology review*, 19(3), 204-215. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0205-2>
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. et Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1-27. <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4>
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y. et Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 36(8), 1237-1250. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9246-4>
- Clermont, M. et Leclerc, J. (2021). *Les effets d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur la satisfaction conjugale et la coparentalité selon les parents d'enfants ayant un trouble du comportement* [essai doctoral non publié, Université du Québec à Montréal].
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Greenberg, M. T. et Nix, R. L. (2010). Changing Parent's Mindfulness, Child Management Skills and Relationship Quality With Their Youth: Results From a Randomized Pilot Intervention Trial. *Journal of child and family studies*, 19 (2), 203–217. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9304-8>
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., Berrena, E. et Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program. *Developmental Psychology*, 51(1), 26–35. <https://doi.org/10.1037/a0038212>
- Cooper, C. E., McLanahan, S. S., Meadows, S. O., et Brooks-Gunn, J. (2009). Family structure transitions and maternal parenting stress. *Journal of Marriage and Family*, 71(3), 558-574. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00619.x>
- Coyne, J.C. et Holroyd, K. (1982). Stress, coping, and illness : A transactional perspective. *Handbook of clinical health psychology*, 103-127, New-York : Plenum Press.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. et Pelham, W. E. (2004).

Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1-27. <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4>

Craig, F., Savino, R., Fanizza, I., Lucarelli, E., Russo, L., & Trabacca, A. (2020). A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Research in developmental disabilities*, 98, 103571.

Dale, C., Parent, J., Forehand, R., DiMarzio, K., Sonuga-Barke, E., Long, N., & Abikoff, H. B. (2021). Behavioral Parent Training for Preschool ADHD: Family-Centered Profiles Predict Changes in Parenting and Child Outcomes. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-14.

Danforth, J. S. (1998a). The Behavior Management Flow Chart: A component analysis of behavior management strategies. *Clinical Psychology Review*, 18, 229–257.

Deault, L. C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development*, 41(2), 168-192. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0159-4>

Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É., Lesage, A., Vincent, A., Vasiliadis, H. M. et Palardy, S. (2019). *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.

Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26(6), 20-24.

Dulude, D. (2014). *Le TDAH, une force à rééquilibrer: Le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité*. Les Editions du CRAM.

Duncan, L. G., Coatsworth, J. D. et Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical child and family psychology review*, 12(3), 255–270. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>

DuPaul, G. J., Gormley, M. J. et Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of Learning Disabilities*, 46(1), 43-51. <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>

DuPaul, G. J. et Stoner, G. (2014). *ADHD in the Schools : Assessment and Intervention Strategies*. Guilford Press.

Epstein, N. B., Bishop, D. S. et Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>

Epstein, N. B., Baldwin, L. M. et Bishop, D. S. (1983). The McMaster family

- assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Fabiano, G. A. (2007). Father Participation in Behavioral Parent Training for ADHD: Review and Recommendations for Increasing Inclusion and Engagement. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 683–693. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.683>
- Faraone, S. V., Schachar, R. J., Barkley, R. A., Nullmeier, R. et Sallee, F. R. (2017). Early morning functional impairments in stimulant-treated children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus controls: Impact on the family. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 27(8), 715-722. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0164>
- Ferreira, D. (2019). Enjeux et fonctionnements familiaux dans le Trouble Déficitaire de l'Attention/ Hyperactivité chez les enfants et les adolescents. Revue de la littérature et illustrations cliniques.
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 39-49.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x>
- Freeman, R. D. (2007). Tic disorders and ADHD: answers from a world-wide clinical dataset on Tourette syndrome. *European child & adolescent psychiatry*, 16(1), 15-23.  
<https://doi.org/10.1007/s00787-007-1003-7>
- Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., Erder, M. H. et Chen, K. S. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/ adolescents with ADHD in the caregiver perspective on pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 373-386.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S121391>
- Fuster, J. M. (1997). The prefrontal cortex. New York: Raven Press.
- Garcia, A. M., Medina, D. et Sibley, M. H. (2019). Conflict between parents and adolescents with ADHD: Situational triggers and the role of comorbidity. *Journal of Child and Family Studies*, 28(12), 3338-3345. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01512-7>
- Généreux, R. (2015). L'effet d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur le comportement d'enfant TDA/H expliqué par l'amélioration de certaines pratiques éducatives parentales [Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke].
- Gerdes, A. C. et Hoza, B. (2006). Maternal attributions, affect, and parenting in attention deficit hyperactivity disorder and comparison families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 346-355. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503\\_1](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_1)
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of*



*Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>

Gonring, K., Gerdes, A. et Gardner, D. (2017). Program for the education and enrichment of relational skills: Parental outcomes with an ADHD sample. *Child & Family Behavior Therapy*, 39(1), 19-42. <https://doi.org/10.1080/07317107.2016.1268003>

Greene, W.R. (2014). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, chronically inflexible children* (5e éd.). HarperCollins Publisher.

Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S. et Pfiffner, L. J. (2017). Parenting as a mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation. *Journal of abnormal child psychology*, 45(5), 841-855. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0199-8>

Harrison, C. et Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711. <https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00010>

Hauth-Charlier, S. et Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H: considérations pratiques et implications cliniques. *Pratiques psychologiques*, 15(4), 457-472. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.001>

Hawes, D. J., Dadds, M. R., Frost, A. D., et Russell, A. (2013). Parenting practices and prospective levels of hyperactivity/inattention across early-and middle-childhood. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(3), 273–282. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9341-x>

Hayes, M. et Feldman, G. (2006). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 255-262. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph080>  
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.70.5.1086>

Jacobson, N. S. et Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

Johnston, C. et Chronis-Tuscano, A. (2015). Families and ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e édition, pp. 191-209). Guilford Press.



- Johnston C. et Jassy J. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2), 74–79. <https://psycnet.apa.org/record/2007-10250-004>
- Johnston, C. et Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207. <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, M. et Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.
- Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D. et Gnagy, E. M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 169-181. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_16](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_16)
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 38(2), 161-178. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01851.x>
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Keown, L. J. (2012). Predictors of boys' ADHD symptoms from early to middle childhood: The role of father–child and mother–child interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(4), 569–581. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9586-3>
- Lanza, H. I. et Drabick, D. A. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 39(1), 83-94. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9447-5>
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C. et Dillon, A. R. (2009). Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(4), 596-606. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0664-5>
- Lavoie, A. (2017). L'expérience des parents ayant un enfant atteint d'un problème de santé ou de développement. *Institut de la statistique du Québec*, nd(20), 1-24.
- Lee, S. (2020). *The role of family environmental factors on ADHD and ODD comorbidity in early childhood* [Dissertation submitted, University of North Carolina]. <https://doi.org/10.17615/640s-7n30>

- Lemelin, G., Lafortune, D. et Fortier, I. (2006). Les caractéristiques familiales des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: Recension critique des écrits. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*, 47(3), 211-228. <https://doi.org/10.1037/cp2006011>
- Lemelin, G., Lafortune, D., Fortier, I., Simard, L. et Robaey, P. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(5), 392-403. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.04.007>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. et Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 20(5), 561-592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Loyer Carbonneau, M. (2019). Méta-analyse sur les différences de sexe dans les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et les déficits cognitifs associés [Essai doctoral, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/12626/>
- Lunsky, Y., Hastings, R., Weiss, J., Palucka, A., Hutton, S., et White, K. (2017). Comparative effects of mindfulness and support and information group interventions for parents of adults with autism spectrum disorder and other developmental disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 1769-1779. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3099-z>
- Lussier, F. (2013). *100 idées pour mieux gérer les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)*. Tom Pousse.
- Lussier, F., Chevrier, E., et Gascon, L. (2018). *Neuropsychologie de l'enfant-3e éd.: Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Dunod.
- Manning M. M., Wainwright, L. et Bennett, J. (2011). The double ABCX model of adaptation in racially diverse families with a school-age child with autism. *Journal of autism and developmental disorders*. 41(3), 320-331. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1056-1>
- Mansfield, A. K., Keitner, G. I. et Dealy, J. (2015). The family assessment device: an update. *Family process*, 54(1), 82-93. <https://doi.org/10.1111/famp.12080>
- Marchand-Reilly, J. F. (2012). The role of fathers' depressive symptoms and lax and overreactive discipline in children's externalizing and internalizing behaviors. *Journal of Adult Development*, 19(4), 181-189. <https://doi.org/10.1007/s10804-012-9145-3>
- Marticotte, É. (2020). *Trait de pleine conscience, Pleine conscience parentale et Compassion pour soi chez les parents d'enfants ayant un Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)*[Mémoire, Université Laval]. <http://hdl.handle.net/20.500.11794/67305>
- Masi, L. et Gignac, M. 2015. ADHD and Comorbid Disorders in Childhood Psychiatric

Problems, Medical Problems, Learning disorders and Developmental Coordination Disorders. *Clinical Psychiatry*, 1(1), 1-9. <https://doi.org/10.21767/2471-9854.100005>

- Massé, L., Lanaris, C. et Couture, C. (2006). Interventions auprès des parents de jeunes présentant un TDA/H. Dans N. Chevalier (dir.), M-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant, *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p. 255-280). Presse de l'Université du Québec.
- Massé, L., Verreault, M., Verret, C., Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Chenelière Éducation.
- Massé, L., Verret, C., Boudreault, F., Verreault, M., Lévesque, M. et Lanaris, C. (2012). *Mieux gérer sa colère et sa frustration*. Chenelière éducation.
- Massé, L., Verret, C. et Lévesque, M. (2016). *Se faire des amis et les garder: programme Multi-Propulsions, volet Mieux vivre avec les autres, entraînement des habiletés sociales pour les enfants ayant des difficultés d'adaptation*. Chenelière éducation.
- Matheny, A. P., Wachs, T. D., Ludwig, J. L. et Phillips, K. (1995). Bringing Order out of Chaos: Psychometric Characteristics of the Confusion, Hubbub, and Order Scale. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 16(3), 429-444. [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(95\)90028-4](https://doi.org/10.1016/0193-3973(95)90028-4)
- McConaughy, S. H., Volpe, R. J., Antshel, K. M., Gordon, M. et Eiraldi, R. B. (2011). Academic and social impairments of elementary school children with attention deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Review*, 40(2), 200-225. <https://doi.org/10.1080/02796015.2011.12087713>
- McCubbin, H. I. (1979). Integrating coping behavior in family stress theory. *Journal of Marriage and the Family*, 41(2), 237-244. <https://doi.org/10.2307/351693>
- McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M. et Needle, R. H. (1980). Family stress and coping: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42(4), 855-871. <https://doi.org/10.2307/351829>
- McCubbin, H. I., Larsen, A. S. et Olson, D. H. (1981). *Family crisis oriented personal evaluation scales*. University of Wisconsin, family stress coping and health project.
- McCubbin, H. I. et Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(2), 7-37. [https://doi.org/10.1300/J002v06n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02)
- McKee, T. E., Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R., & Friedman, J. L. (2004). The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 158-168.

- Mikami, A. Y. et Pfiffner, L. J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 482-492. <https://doi.org/10.1177/1087054706295670>
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. et Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: reliability and validity. *Journal of marital and family therapy*, 11(4), 345-356. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00028.x>
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S. et Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of family therapy*, 22(2), 168-189. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00145>
- Ministères de l'Éducation, de la santé et des services sociaux (MSSS). (2003). TDA/H, agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Document de soutien à la formation: Connaissances et interventions. Gouvernement du Québec.
- Miranda, A., Grau, D., Rosel, J. et Meliá, A. (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A structural equation model. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 496-505. <https://doi.org/10.1017/S1138741600001876>
- Moen, Ø. L., Hedelin, B. et Hall-Lord, M. L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian journal of public health*, 43(1), 10-17. <https://doi.org/10.1177/1403494814559803>
- Moen, Ø. L., Hedelin, B. et Hall-Lord, M. L. (2016). Family functioning, psychological distress, and well-being in parents with a child having ADHD. *SAGE Open*, 6(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/2158244015626767>
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(12), 1073-1086. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.12.1073>
- Munoz-Silva, A., Lago-Urbano, R. et Sanchez-Garcia, M. (2017). Family impact and parenting styles in families of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2810-2823. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0798-1>
- Neece, C. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: implications for parental mental health and child behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(2), 174-186. <https://doi.org/10.1111/jar.12064>
- Nguyen, P. T. (2015). *Changements dans le fonctionnement des familles ayant un enfant atteint d'un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité après un programme d'entraînement aux habiletés parentales* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13113>

- Nigg, J. T. (2005). Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/ hyperactivity disorder: the state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biological psychiatry*, 57(11), 1424-1435. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.011>
- Park, J. L., Hudec, K. L. et Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 56(2), 25-39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.003>
- Pauzé, R. (s.d). Analyse des données. École de service social. Université de Laval. [http://www.systemique.be/spip/IMG/pdf/Analyse\\_des\\_donnes.pdf](http://www.systemique.be/spip/IMG/pdf/Analyse_des_donnes.pdf)
- Pauzé, R. et Petitpas, J. (2013). Évaluation du fonctionnement familial: état des connaissances. *Thérapie familiale*, 34(1), 11-37. <https://doi.org/10.3917/tf.131.0011>
- Peasgood, T., Bhardwaj, A., Biggs, K., Brazier, J. E., Coghill, D., Cooper, C. L., Daley, D., De Silva, C., Harpin, V., Hodgkins, P., Nadkarni, A., Setyawan, J. et Sonuga-Barke, E. J. (2016). The impact of ADHD on the health and well-being of ADHD children and their siblings. *European child & adolescent psychiatry*, 25(11), 1217-1231. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0841-6>
- Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porrás-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., Perez-Colmenero, S., Delgado-Gomez, D., Carballo, J. J. et Baca-García, E. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.003>
- Peters, K. et Jackson, D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 62-71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04853.x>
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Rathouz, P. J. et Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 33(5), 551-563. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-6737-4>
- Pliszka, S. R. (2015). Comorbid psychiatric disorders in children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4e edition, pp. 140-168). Guilford Press.
- Podolski, C. L. et Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of clinical child psychology*, 30(4), 503-513. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004\\_07](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_07)
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., Beach, M. L. et Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder

- (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(4), 189-197. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0089-z>
- Purper-Ouakil, D., Wohl, M., Cortese, S., Michel, G. et Mouren, M. C. (2006). Le trouble déficitaire de l'attention–hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(1), 63-72. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.11.003>
- Reigstad, B., Jørgensen, K., Sund, A. M. et Wichstrøm, L. (2006). Adolescents referred to specialty mental health care from local services and adolescents who remain in local treatment: what differs?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(4), 323-331. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0027-x>
- Reiss, D. et Oliveri, M.E. (1980). Family paradigm and family coping : A proposal for linking the family's intrinsic adaptive capacities to its response to stress. *Family Relations*, 29(4), 431-444. <https://doi.org/10.2307/584456>
- Roberts, R., McCrory, E., Joffe, H., De Lima, N. et Viding, E. (2017). Living with conduct problem youth: Family functioning and parental perceptions of their child. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 595–604. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1088-6>
- Roberts, R. J. et Pennington, B. F. (1996). An integrative framework for examining prefrontal cognitive processes. *Developmental Neuropsychology*, 12(1), 105–126. <https://doi.org/10.1080/87565649609540642>
- Roskam, I., Kinoo, P. et Nassogne, M. C. (2007). L'enfant avec troubles externalisés du comportement: approche épigénétique et développementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(4), 204-213. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.01.005>
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 345-379. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
- Schoeder, C. E. et Remer, R. (2007). Perceived social support and caregiver strain in caregivers of children with Tourette's disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 16(6), 888-901. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9133-6>
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I. et Kovess, V. (2009). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(9), 740-747. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0489-8>
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S. et Keitner, G. I. (2015). The evaluation of family functioning by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, 54(1), 94-115. <https://doi.org/10.1111/famp.12098>



- Stefaniak, N. (2018). *Le MLM vs l'anova : les différences*. Formation SFP 2018 : les modèles linéaires mixtes. Récupéré de [http://regnault.perso.math.cnrs.fr/R\\_tuto/Intro\\_modeles\\_lineaires\\_mixtes.html#422\\_le\\_ml\\_m\\_vs\\_l'anova : les différences](http://regnault.perso.math.cnrs.fr/R_tuto/Intro_modeles_lineaires_mixtes.html#422_le_ml_m_vs_l'anova : les différences)
- Stevens, M. C., Gaynor, A., Bessette, K. L. et Pearlson, G. D. (2016). A preliminary study of the effects of working memory training on brain function. *Brain imaging and behavior*, 10(2), 387-407. <https://doi.org/10.1007/s11682-015-9416-2>
- Tancred, E. M. et Greeff, A. P. (2015). Mothers' parenting styles and the association with family coping strategies and family adaptation in families of children with ADHD. *Clinical Social Work Journal*, 43(4), 442-451. <https://doi.org/10.1007/s10615-015-0524-7>
- Tercelli, I., & Ferreira, N. (2019). A systematic review of mindfulness based interventions for children and young people with ADHD and their parents. *Global Psychiatry*, 2(1), 79-95.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. et Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17. <https://doi.org/10.177/1063426610387433>
- Thomas, S. R., O'Brien, K. A., Clarke, T. L., Liu, Y. et Chronis-Tuscano, A. (2014). Maternal depression history moderates parenting responses to compliant and noncompliant behaviors of children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(7), 1257-1269. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9957-7>
- Verreault, M., Verret, C., Massé, L., Lageix, P. et Guay, M. C. (2011). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDA/H sur le stress parental et la relation parent-enfant. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(3), 150-160. <https://doi.org/10.1037/a0019273>
- Verreault, M., Verret, C. et Massé, L. (2014). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDA/H sur leurs habiletés sociales et leurs difficultés d'adaptation. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 68(4), 53-69. <https://doi.org/10.3917/nras.068.0053>
- Verret, C., Massé, L. et Lévesque, M. (2017). *Gérer ses émotions et s'affirmer positivement: programme Multi-Propulsions, volet Mieux vivre avec les autres, entraînement des habiletés sociales pour les enfants ayant des difficultés d'adaptation*. Chenelière éducation.
- Wefelmeyer, E. M. (2020). *Relationship Between Maternal/Family Functioning and Social Functioning in Youth with ADHD* [Thèse de doctorat, Marquette University].
- Wehmeier, P. M., Schacht, A. et Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.09.009>

- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R., Perwien, A. R. et Johnston, J. A. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 111-126. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9008-5>
- Wilkinson, B. J., Marshall, R. M. et Curtwright, B. (2008). Impact of Tourette's disorder on parent reported stress. *Journal of Child and Family Studies*, 17(4), 582-598. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9176-8>
- Wright, L. M. et Leahey, M. (1994). Theoretical foundations of the Calgary family assessment and intervention models. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 33-64.
- Young, M. E., Galvan, T., Reidy, B. L., Pescosolido, M. F., Kim, K. L., Seymour, K. et Dickstein, D. P. (2013). Family functioning deficits in bipolar disorder and ADHD in youth. *Journal of affective disorders*, 150(3), 1096-1102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.027>
- Youth in mind. (2004). Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. <http://www.sdqinfo.com>
- Yusuf, Ö., Gonka, Ö. et Pekcanlar Aynur, A. (2019). The effects of the triple P-positive parenting programme on parenting, family functioning and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. A randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 665-673. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1542189>
- Zhao, X., Page, T. F., Altszuler, A. R., Pelham III, W. E., Kipp, H., Gnagy, E. M., Coxe, S., Schatz, N. K., Merrill, B. M., Macphee, F. L. et Pelham Jr, W. E. (2019). Family burden of raising a child with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(8), 1327-1338. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00518-5>