

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Département de psychoéducation

Les variables familiales associées au trouble oppositionnel  
avec provocation chez les enfants

Par  
Clara Groulx-Swennen

Mémoire présenté dans le cadre du  
programme de Maîtrise en psychoéducation  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès Sciences (M.Sc.)

Avril 2017  
© Clara Groulx-Swennen, 2017



UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Département de psychoéducation

Les variables familiales associées au trouble oppositionnel  
avec provocation chez les enfants

Clara Groulx-Swennen

évalué par un jury composé des personnes suivantes

\_\_\_\_\_ Mélanie Lapalme \_\_\_\_\_ Directrice de recherche

\_\_\_\_\_ Luc Touchette \_\_\_\_\_ Autre membre du jury

\_\_\_\_\_ Nadine Lanctôt \_\_\_\_\_ Autre membre du jury

Mémoire accepté le 7 avril 2017

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	5
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	6
<b>INTRODUCTION</b> .....	7
<b>PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE</b> .....	9
1. TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION .....	9
1.1 Définition .....	9
1.2 Prévalence .....	9
1.3 Conséquences .....	10
2. MODÈLES EXPLICATIFS DU DÉVELOPPEMENT DES TROUBLES DE COMPORTEMENT ...	11
3. MODÈLE MULTIDIMENSIONNEL DU FONCTIONNEMENT FAMILIAL .....	13
4. QUESTION DE RECENSION .....	15
<b>DEUXIÈME CHAPITRE - RECENSION DES ÉCRITS</b> .....	16
1. MÉTHODE DE RECENSION .....	16
2. CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES .....	17
2.1 caractéristiques des échantillons .....	19
2.2 caractéristiques des devis .....	21
2.3 mesure du trouble de l'opposition avec provocation .....	22
3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES .....	23
3.1 Dynamique des relations familiales .....	23
3.2 Dynamique des opérations familiales .....	27
3.3 Communication .....	29
3.5 Structure familiale .....	30
4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET PERTINENCE SCIENTIFIQUE .....	31
5. OBJECTIFS DU MÉMOIRE .....	33
<b>TROISIÈME CHAPITRE - MÉTHODOLOGIE</b> .....	34
1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE .....	34
2. DEVIS DE RECHERCHE .....	34
3. PARTICIPANTS .....	35
3.1 Échantillon initial .....	35
3.2 Formation des groupes de comparaison .....	36
4. MESURES .....	37
4.1 Le trouble oppositionnel et les autres troubles de santé mentale .....	37

4.2 Fonctionnement familial .....	38
4.2.1 Index of parental Attitude .....	39
4.2.2 Alabama Parenting Questionnaire (APQ).....	39
4.2.3 Sous-échelle de fonctionnement familial général du Family Assesment Device (FAD).....	40
4.2.4 Questionnaire de l'Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes (1994).....	40
5. DÉROULEMENT .....	41
6. ANALYSES STATISTIQUES .....	41
<b>QUATRIÈME CHAPITRE - LES RÉSULTATS</b> .....	<b>43</b>
1. ANALYSES DESCRIPTIVES ET CORRÉLATIONNELLES .....	43
2. ANALYSES DE RÉGRESSIONS LOGISTIQUES MULTIVARIÉES .....	45
<b>CINQUIÈME CHAPITRE - DISCUSSION</b> .....	<b>49</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>57</b>
<b>ANNEXE A - GRILLES RÉSUMÉ DES ÉTUDES RECENSÉES</b> .....	<b>63</b>
<b>ANNEXE B - TABLEAU DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES</b> .....	<b>77</b>

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 - Caractéristiques méthodologiques des études recensées.....	18
Tableau 2 - Variables de fonctionnement familial étudiées par les études recensées .....	25
Tableau 3 - Variables du fonctionnement familial, instruments de mesure et répondants.....	38
Tableau 4 - Résultats des analyses descriptives comparatives entre les groupes TOP et témoin pour les variables de fonctionnement familial et les covariables .....	44
Tableau 5 - Corrélations entre les variables de fonctionnement familial, les covariables et l'appartenance au groupe TOP ou au groupe témoin.....	46
Tableau 6 - Résultats des analyses de régressions logistiques multivariées.....	48

## RÉSUMÉ

La prévalence du trouble oppositionnel avec provocation (TOP) chez les enfants est particulièrement élevée dans la population générale québécoise. Les conséquences liées à ce trouble sont lourdes et tendent à persister dans le temps. Puisque le TOP réside plus spécifiquement dans la relation problématique que l'enfant entretient avec ses figures d'autorité, porter attention aux variables du fonctionnement familial qui y sont associées est une avenue prometteuse pour identifier les cibles d'intervention à préconiser. L'objectif poursuivi dans ce mémoire est donc de déterminer les variables du fonctionnement familial les plus fortement associées à la présence d'un TOP chez les enfants et de vérifier l'effet modérateur du sexe. L'utilisation du modèle de fonctionnement familial de Pauzé et Petitpas (2013) a permis d'identifier les variables familiales les plus proximales à l'enfant et plus susceptibles d'avoir une influence sur son fonctionnement quotidien. L'échantillon est composé d'un groupe de 197 enfants (141 garçons et 56 filles) ayant un TOP comparé à un groupe témoin composé de 185 enfants (93 garçons et 92 filles) sans TOP, ni autres troubles de comportement. Au plan univarié, les résultats montrent que le fonctionnement familial global plus faible, la relation détériorée entre le parent et l'enfant, le faible engagement parental, le manque de supervision et la discipline inconstante sont significativement associés au groupe d'enfants présentant un TOP, en comparaison au groupe témoin. Au plan multivarié, les résultats montrent que la structure familiale (le fait de vivre dans une famille monoparentale ou recomposée) ainsi qu'une relation détériorée entre le parent et l'enfant ressortent comme étant les variables les plus fortement associées au TOP chez les enfants. La qualité de la relation parent-enfant serait d'ailleurs particulièrement importante pour les filles. Il y a donc tout lieu de travailler l'engagement parental, la supervision, la discipline et enfin, le fonctionnement familial global, mais la relation entre le parent et l'enfant demeure une cible d'intervention à prioriser.

Mots-clés: trouble de l'opposition avec provocation, fonctionnement familial, enfant.

## REMERCIEMENTS

Je tiens premièrement à remercier ma directrice de recherche, Mme Mélanie Lapalme, sans qui tout ce cheminement aurait été bien plus ardu. Tu as été d'un soutien inégalable et je t'en suis particulièrement reconnaissante. Travailler avec toi aura été enrichissant et très agréable.

Ensuite, un «merci »bien senti à mon conjoint, Louis-David, qui a su être présent et soutenant lors des périodes où les efforts étaient plus difficiles à rendre. Il a su monter la garde et m'accommoder lorsque je devais redoubler d'ardeur. J'ai aussi une pensée pour Mathéo, qui aura été une source de motivation importante, mais dont la naissance m'a également donné l'occasion de chercher et de trouver une façon de tendre vers un équilibre de vie, jonglant avec le travail, les études, le mémoire et la vie familiale.

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis pour les bons mots, mais aussi pour tout l'humour, me permettant de garder le moral lors des moments plus difficiles de ce processus.



## INTRODUCTION

Le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) est un trouble de comportements fréquemment observé chez les enfants et qui est reconnu pour sa persistance dans le temps. De plus, le TOP est associé à plusieurs difficultés chez les enfants qui le présentent, et ce, tant au niveau personnel, scolaire que familial. Les conséquences à plus long terme associées au TOP sont nombreuses. Un premier pas pour prévenir la persistance et l'aggravation du TOP est certainement de cibler certains facteurs de risque ou de maintien qui y sont associés. Comme le TOP se définit par des difficultés d'interactions majeures entre l'enfant et une figure d'autorité, souvent le parent, il y a tout lieu de croire que plusieurs facteurs de risque et/ou de maintien familiaux caractérisent les familles d'enfants ayant un TOP. C'est, d'une part, en s'appuyant sur les modèles explicatifs du développement des conduites antisociales (Lahey et Waldman, 2003 ; Lahey, Waldman et McBurnet, 1999; Moffitt, 1993; 2003; 2006; Moffitt *et al.*, 1996 ; Capaldi *et al.*, 2002) et, d'autre part sur le modèle multidimensionnel du fonctionnement familial proposé par Pauzé et Petitpas (2013) que les variables familiales d'intérêt ont été ciblées pour porter un regard sur la problématique du TOP.

Dans le premier chapitre sont présentés la définition du TOP, sa prévalence et ses conséquences, une brève description des principaux modèles explicatifs du développement des troubles de comportement et plus particulièrement du TOP ainsi qu'une explication du modèle de fonctionnement familial de Pauzé et Petitpas (2013). Ensuite, le deuxième chapitre contient la recension des écrits. Cette recension permet de mettre en lumière les connaissances liées à l'association entre les variables de fonctionnement familial et le TOP chez les enfants et d'identifier quels sont les manques à combler en terme de connaissances à ce sujet. Le présent mémoire comporte ensuite les objectifs de recherche conséquents à la recension des écrits et des indications sur la méthodologie de l'étude qui a été poursuivie. Viennent ensuite les résultats obtenus suite aux analyses descriptives, corrélationnelles et de régressions

logistiques multivariées, pour enfin terminer avec la discussion inhérente aux constats émis.

## PREMIER CHAPITRE PROBLÉMATIQUE

### 1. TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION

Parmi la grande catégorie des troubles de comportements, on retrouve entre autre le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) (Lahey et Waldman, 2003). Le TOP est aussi inclus dans la grande catégorie des troubles de la conduite, du contrôle des impulsions et des comportements perturbateurs du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, American Psychiatric Association, APA, 2013).

#### 1.1 Définition

Dans la cinquième version du *DSM* (APA, 2013), le TOP se définit par plusieurs symptômes divisés en trois catégories de comportements notablement perturbateurs, soit une humeur colérique et irritable (ex.: susceptibilité), des comportements contestataires et défiants (ex.: opposition aux règles et aux demandes des adultes ou des figures d'autorité, embêtement délibéré envers les autres, faire porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite, etc.), puis une attitude vindicative. Ces comportements sont principalement dirigés envers les adultes et les figures d'autorité telles que les enseignants, les éducateurs et de toute évidence, les parents. Quatre symptômes sur les huit possibles doivent avoir été observés chez l'enfant dans les six mois précédant l'évaluation afin d'attribuer ce diagnostic.

#### 1.2 Prévalence

Le TOP est l'un des troubles les plus fréquemment rencontrés chez les enfants (APA, 2013; Nock, Kazdin, Hiripi et Kessler, 2007). La prévalence du TOP se situerait

entre 1% et 11% aux États-Unis (APA, 2013; Maughan, Rowe, Messer, Goodman et Meltzer, 2004; Nock et *al.*, 2007). Cette prévalence élevée se maintient généralement d'un pays à l'autre et serait plus élevée chez les garçons que chez les filles. Le ratio évoqué étant de 1,4 garçon pour une fille (APA, 2013). Les premiers symptômes du TOP apparaissent généralement pendant la petite enfance (Rowe, Costello, Angold, Copeland et Maughan, 2010) et le plus souvent avant l'âge de 8 ans (APA, 2013). Quoique peu récentes, les données de Santé Québec (Valla et *al.*, 1994) sont tout de même les dernières en terme de prévalence du TOP au Québec et elles permettent de documenter ce trouble selon l'âge et le sexe des enfants. Valla et *al.* (1994) indiquent qu'il y aurait une augmentation du nombre de symptômes du TOP en fonction de l'âge chez les enfants de 6 à 11 ans, du moins, particulièrement chez les garçons. Puis, malgré que la prévalence du TOP tend à diminuer à l'adolescence (Lapalme et Déry, 2010; Maughan et *al.*, 2004; Valla et *al.*, 1994), le TOP est tout de même reconnu pour sa stabilité dans le temps. À ce sujet, Nock et *al.* (2007) ont conclu dans leur étude que le TOP se démarquait par son caractère persistant, évoquant que la durée moyenne de ce trouble dans la vie d'un individu ayant manifesté ses symptômes est de 6 ans. Les enfants qui manifestent le TOP en bas âge, soit avant 8 ans, se démarquent aussi par la durée plus longue du TOP dans leur vie (Nock et *al.*, 2007).

### **1.3 Conséquences**

Au-delà de sa persistance dans le temps, le TOP est associé à de nombreuses conséquences tant au plan émotif, social qu'académique. D'une part, des problèmes d'adaptation peuvent être observés dans la sphère émotive (humeur colérique, irritabilité, tristesse) des enfants, causés par l'impact des relations conflictuelles qu'ils entretiennent avec autrui (Greene et Doyle, 1999). Ces relations conflictuelles peuvent aussi affecter leur développement social (APA, 2013), en ayant un impact sur la capacité à résoudre des conflits, à conserver des relations positives avec leurs amis, etc. D'un point de vue académique, les manifestations du TOP sont des quant elles des

obstacles à la réussite scolaire des enfants présentant ce trouble. D'ailleurs, de manière générale, la présence de troubles de comportements chez les enfants, incluant bien évidemment le TOP, est significativement corrélée au risque d'abandon scolaire, et ce, tant chez les garçons que chez les filles (Marcotte, Fortin, Royer, Potvin et Leclerc, 2001). Puis, parmi les difficultés d'adaptation à l'âge adulte découlant de la présence d'un TOP chez les enfants et les adolescents, on retrouve la présence de comportements antisociaux, de problèmes de contrôle des impulsions, d'abus de substance, d'anxiété et de dépression (APA, 2013; Greene et Doyle, 1999; Rowe et *al.*, 2010). La forte prévalence du TOP, les conséquences importantes de celui-ci à court et long terme sur le développement des enfants ainsi que son risque élevé de persistance dans le temps évoquent les coûts considérables qu'il occasionne tant pour l'individu, son entourage que pour l'ensemble de la société.

## 2. MODÈLES EXPLICATIFS DU DÉVELOPPEMENT DES TROUBLES DE COMPORTEMENT

De plusieurs études empiriques visant à mieux comprendre les troubles de comportements présents à l'enfance sont nés différents modèles explicatifs du développement des troubles du comportement (Capaldi et *al.*, 2002; Lahey et Waldman, 2003 ; Lahey, Waldman et McBurnet, 1999; Moffitt, 1993; 2003; 2006; Moffitt *et al.*, 1996). Selon ces modèles, les facteurs impliqués dans le développement des troubles de comportements peuvent se regrouper selon deux grandes catégories: les facteurs liés à l'individu et les facteurs liés à l'environnement. Celui de Moffitt (1993; 2003; 2006; Moffitt *et al.*, 1996) propose deux typologies du développement des troubles de comportements en distinguant les troubles qui débutent tôt à l'enfance de ceux qui débutent plus tard à l'adolescence. Les enfants dont les troubles de comportements débutent plus tôt, ce qui est particulièrement le cas des enfants qui présentent un TOP (APA, 2013; Rowe et *al.*, 2010), s'expliqueraient par l'interaction entre, d'une part, des déficits neuropsychologiques et, d'autre part, des vulnérabilités personnelles aux parents, un environnement criminogène ainsi que des pratiques

éducatives lacunaires. L'interaction problématique entre ces facteurs peut s'illustrer par le fait que les enfants s'opposent aux demandes parentales par cause de leurs déficits neuropsychologiques et que de leur côté, les parents manquent de compétence pour gérer les comportements problématiques manifestés par leurs enfants (Moffitt, 1993). Ces difficultés d'interactions parent-enfant pourraient être liées au développement et au maintien du TOP.

Quant au modèle explicatif de Lahey (Lahey et Waldman, 2003; Lahey, Waldman et McBurnett, 1999), il permet d'identifier des facteurs individuels et environnementaux associés aux troubles de comportements de façon plus globale, mais les auteurs laissent entendre que certains facteurs plus spécifiquement impliqués, ou la sévérité de ceux-ci, varieraient selon la nature des troubles de comportements présentés. À cet effet, bien que le TOP et d'autres troubles de comportements, dont le trouble des conduites (TC) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) surviennent souvent en cooccurrence (Lapalme et Déry, 2010), il semble que certaines variables familiales seraient spécifiquement reliées au TOP tandis que d'autres pourraient être davantage associées au TC, par exemple. Ainsi, Lapalme et Déry (2008) indiquent que l'inconstance des pratiques disciplinaires caractérise plus particulièrement les enfants qui ont un trouble oppositionnel, alors que la personnalité antisociale des parents et le manque de supervision parentale seraient davantage liés à la présence du trouble des conduites chez les enfants.

Si les modèles de Moffitt et de Lahey illustrent l'importance de considérer l'influence de variables familiales pour possiblement comprendre le développement et le maintien du TOP, il offre un aperçu restreint de celles qui sont à considérer. Capaldi et *al.* (2002) ont, pour leur part, davantage développé l'explication des liens entre plusieurs variables familiales pouvant être liées aux conduites antisociales chez les enfants. Le modèle de Capaldi et *al.* (2002) propose, entre autres, certaines associations entre le niveau d'éducation des parents, leur occupation, le statut socio-économique familial, l'abus de substance, la santé mentale et la situation matrimoniale des parents et

les conduites antisociales des enfants, mais les intègre dans un modèle où ces variables auraient un impact sur les pratiques parentales, plus particulièrement la discipline et la supervision. Capaldi et *al.* (2002) indiquent que ce serait ces pratiques parentales qui influenceraient le développement des troubles de comportements chez les enfants.

Enfin, les modèles explicatifs du TOP (Capaldi et *al.*, 2002; Lahey et Waldman, 2003; Lahey, Waldman et McBurnet, 1999; Moffitt, 1993; 2003; 2006; Moffitt *et al.*, 1996) relèvent tous l'importance de la part environnementale dans le développement ou le maintien des troubles de comportements. Les auteurs relèvent que certaines variables liées à l'environnement se démarquent comme étant plus importantes que d'autres ou spécifiquement rattachées au TOP (Lapalme et Déry, 2008). Bien que les modèles évoquent tous une interaction entre les caractéristiques individuelles et environnementales dans le développement des troubles de comportement, la porte d'entrée de chacun des modèles demeure les troubles de comportement. L'utilisation du modèle de Pauzé et Petitpas (2013) offre un aperçu beaucoup plus complet des variables familiales pouvant possiblement être impliquées dans le développement et le maintien du TOP chez l'enfant.

### 3. MODÈLE MULTIDIMENSIONNEL DU FONCTIONNEMENT FAMILIAL

Le fonctionnement familial inclut un large éventail de concepts tous reliés aux différentes dimensions d'une vie familiale (Pauzé et Petitpas, 2013). Une recension des écrits effectuée par Pauzé et Petitpas (2013) a permis de mettre en lumière les différents modèles théoriques reliés au fonctionnement familial, ainsi que les instruments d'évaluation des différents concepts du fonctionnement des familles. Les auteurs proposent ensuite une réorganisation de tous les différents concepts énumérés dans les modèles théoriques et à travers les grilles d'évaluation, qu'ils ont comptabilisés afin de proposer un nouveau modèle théorique multidimensionnel permettant d'étudier le

dysfonctionnement familial. Ce nouveau modèle théorique compte sept dimensions principales (dimensions personnelles et contextuelles, structure familiale, dynamique des relations familiales, dynamique des opérations familiales, communication, dynamique du couple fondateur et histoire développementale de la famille).

Afin de cibler les variables familiales ayant un impact direct sur le fonctionnement des enfants, quatre des sept dimensions proposées par Pauzé et Petitpas (2013) apparaissent comme étant plus pertinentes à étudier dans la présente recherche (dynamique des relations familiales, dynamique des opérations familiales, structure familiale et communication). Les autres variables proposées (dimensions personnelles et contextuelles, dynamique du couple fondateur et histoire développementale de la famille) demeurent intéressantes à étudier, mais puisqu'elles se rapportent à des sphères plus indirectement liées au quotidien des enfants, elles pourraient faire l'objet d'une étude subséquente.

Alors que la dynamique des relations familiales comprend la cohésion familiale et plus spécifiquement, la qualité des liens émotionnels et affectifs entre les membres de la famille, la dynamique des opérations familiales réfère plutôt à la façon dont les familles répondent à leurs besoins et assument les tâches familiales pour rester en équilibre. Qu'il s'agisse de pratiques parentales, de résolution de tâches développementales, de négociation ou de la manière dont les conflits et problèmes familiaux sont résolus, ces concepts sont compris dans les opérations familiales. Quant à la communication, elle réfère inévitablement aux échanges qui ont lieu dans la famille, en invoquant «la clarté, la direction, la diversité, l'ouverture et la qualité de ces échanges» (Pauzé et Petitpas, 2013). Ces auteurs incluent aussi dans le concept de la communication l'expression des émotions ainsi que la capacité des membres de la famille à répondre de façon adaptée aux expressions émotionnelles d'autrui. La structure familiale inclut quant à elle le type de famille (intacte, monoparentale ou recomposée), l'identité et le nombre de personnes qui composent cette famille.



Bien que Pauzé et Petitpas (2013) aient permis d'identifier et de classer les différents concepts de fonctionnement familial à l'intérieur de sept dimensions principales, ces auteurs indiquent clairement que ce modèle ne propose pas une organisation par importance de variables, prises individuellement ou cumulées. Jusqu'à présent, le modèle servant surtout à évaluer le dysfonctionnement familial, on ne sait pas quelles sont les variables familiales qui ont le plus de poids dans l'explication d'un dysfonctionnement familial. L'importance des variables pourrait varier selon les difficultés auxquelles sont confrontées les familles. Par exemple, des variables pourraient être plus spécifiques aux familles dont un enfant présente un TOP et d'autres seraient plus importantes pour les familles avec un enfant qui a une déficience intellectuelle, etc.

#### 4. QUESTION DE RECENSION

La prise de connaissance de la problématique du TOP et du modèle de fonctionnement familial de Pauzé et Petitpas (2013) laisse un flou autour de certaines informations importantes. On sait donc que certains facteurs de risque des troubles de comportements, et donc du TOP, sont de nature familiale, mais l'importance de chaque facteur n'est pas précisée. La recension des écrits qui suit vise donc essentiellement à répondre à la question suivante: quelles sont les variables familiales associées spécifiquement au TOP chez les enfants en portant une attention particulière aux différences entre les garçons et les filles?

## DEUXIÈME CHAPITRE RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre comporte d'abord la description de la méthode de recherche documentaire utilisée pour recenser les études primaires pertinentes. Dans un deuxième temps, les caractéristiques méthodologiques des études retenues sont décrites, suivies des résultats détaillés des études présentées selon les dimensions du fonctionnement familial proposées par Pauzé et Petitpas (2013), avant de poursuivre avec une synthèse des résultats et la pertinence scientifique du mémoire. Enfin, les objectifs de ce mémoire sont présentés.

### 1. MÉTHODE DE RECENSION

Pour documenter les variables familiales qui sont spécifiquement associées au TOP chez les enfants, l'outil Thesaurus a été utilisé afin de trouver le plus de mots clés pertinents possible. Les mots clés suivants ont été saisis dans la banque de données *PsycINFO*, sans sélectionner de champ de texte particulier, mais en sélectionnant les textes révisés par un comité de pairs seulement: *Famil\* factor\* OR Famil\* function\* OR famil\* relation\* OR Dysfunction\* famil\* OR famil\* conflict\* OR Famil\* structur\* OR famil\* dynamic\* AND Opposition\* defiant disorder AND Child\**. 120 textes ont alors résulté de cette recherche. Les critères d'inclusion étaient la langue (le français ou l'anglais), la présence de différentes mesures familiales telles que celles incluses dans le modèle de Pauzé et Petitpas (2013) et la présence du TOP chez les enfants âgés de 0 à 18 ans telle que définie selon les critères du DSM-III-R (APA, 1987) ou selon les versions plus récentes de ce manuel diagnostique (APA, 2000; 2013). L'étude pouvait être transversale ou longitudinale, mais se devait d'être une étude primaire. Malgré l'utilisation de ces mots clés, dès le départ, 46 études ont dû être retirées parce qu'elles ne répondaient pas clairement à ces critères d'inclusion.

Parmi les 74 études restantes, à la lecture des résumés et parfois des articles au complet, 37 d'entre elles ont été exclues parce que les enfants de l'échantillon présentaient une caractéristique particulière (ex.: diabète, lésions cérébrales, trouble bipolaire, etc.) qui était difficilement généralisable à l'ensemble des enfants présentant un TOP. Les études portant sur les conséquences associées au TOP (trois études) plutôt qu'à ses facteurs « de risque » ainsi que celles qui portaient sur l'évaluation de l'efficacité d'un traitement (25 études) ont aussi été exclues de la recension. L'application de ces différents critères d'inclusion et d'exclusion porte le nombre d'études pertinentes à recenser à neuf.

En utilisant les mêmes mots clés, critères d'inclusion et critères d'exclusion, une recherche supplémentaire dans la banque de données de *SocIndex* n'a permis de trouver aucune autre étude pertinente pour compléter cette recension. L'utilisation des mêmes mots clés dans la banque de données *Medlines* a par contre permis de dénicher 95 articles n'ayant pas été répertoriés dans les autres banques. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion et suite à la lecture de tous les résumés, quatre nouveaux textes ont été retenus, chiffre qui s'est réduit à trois après la lecture complète des études. Finalement, cette recherche documentaire porte donc le nombre d'études primaires faisant partie de la présente recension à 12 (voir l'annexe A pour la grille de lecture détaillée de chacun des articles recensés).

## 2. CARACTÉRISTIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

La description détaillée des caractéristiques méthodologiques des études recensées est organisée de manière à présenter les échantillons, les devis et la mesure du TOP utilisés dans chacune d'entre elles afin d'en faciliter la comparaison. Ces différentes caractéristiques méthodologiques sont détaillées, étude par étude, dans le tableau 1.

Tableau 1  
Caractéristiques méthodologiques des études recensées

Auteurs, années	Échantillon			Devis corrélationnel			Mesure du TOP (variable prédite)			
	Type	Nombre	Âge (T1)	Groupes comparés	Longitudinal	Transversal	Dx	Nbr sympt.	Répondant	Méthode sensible
Boden, et <i>al.</i> , 2010	G	926 (sexe np)	15-16			x		$\bar{x}$ = np	E/P	x
Bornovalova et <i>al.</i> , 2013	G	2510 (1230 g, 1280 f)	11			x		$\bar{x}$ = 1,52	E/P	x
Cunningham et Boyle, 2002	G	129 (60 g, 69 f)	4	- TOP (N=7g, 11f) - Contrôle (N=15g, 20f)		x	x		P/ Ens	x
Frick et <i>al.</i> , 1992	C	177 (177 g)	7 -12	- TOP (N= 70) - Contrôle (N=39)		x	x		E/P/Ens	x
Greene et <i>al.</i> , 2002	C	1600, (1165 g, 435 f)	$\bar{x}$ = 10,7	- TOP (N= 468 g, 175 f) - Contrôle (N=487 g, 208 f)		x	x		P	
Harvey, et <i>al.</i> , 2011	C	199 (107 g, 92 f)	3		Temps 1 et temps 4 utilisés (3 à 6 ans)			$\bar{x}$ = np	P	
Harvey et Metcalfe, 2012	C	258 (138 g, 120 f)	3		Temps 1 et temps 4 utilisés (3 à 6 ans)			$\bar{x}$ = 1,07 à 1,12	P	
Kolko, et <i>al.</i> , 2008	C/ G	245 (199 g, 46 f)	6-11	- TOP (N=102 g, 34 f) - Contrôle (N=57 g, 12f) - Filles TOP (N=34) - Filles contrôle (N=12)		x	x		E/P	
Kuperman et <i>al.</i> , 1999	C	463, (sexe np)	np	- TOP (N= np) - Contrôle (N= np)		x	x		P	
Lavigne et <i>al.</i> , 2012	G	796 (391 g, 405 f)	4			x		$\bar{x}$ = np	P	
Lindahl, 1998	G	110 (110 g)	7-11	- TOP (N=17) - Contrôle (N=42)		x	x		P	
Rydell, 2010	G	1206 (627 g, 579f)	10	- Garçons (N=627) - Filles (N=579)		x		$\bar{x}$ = 0,51 (g) et 0,65 (f)	P	

G: population générale; C: population clinique/référée; Dx: présence ou absence de diagnostic; Nbr sympt. : nombre de symptômes du TOP;  $\bar{x}$ : moyenne; np: non-précisé; E: enfant(s); P: parent(s); Ens: enseignant(s); g: nombre de garçons; f: nombre de filles.

## 2.1 Caractéristiques des échantillons

Identifier si les échantillons utilisés dans les études ont été tirés d'une population générale ou clinique permet d'anticiper dans quelle mesure les résultats des études pourront être comparés et généralisés. Six études comptent un échantillon provenant d'une population générale (Boden, Fergusson et Horwood, 2010; Bornovalova, Blazei, Malone, McGue et Iacono, 2013; Cunningham et Boyle, 2002; Lavigne, Gouze, Hopkins, Bryant et LeBailly, 2012; Lindahl, 1998; Rydell, 2010) et cinq études se basent sur un échantillon de type clinique (Frick, Lahey, Loeber, Stouthamer-Loeber, Christ et Hanson, 1992; Greene, Biederman, Zerwas, Monuteaux, Goring et Faraone, 2002; Harvey, Metcalfe, Herbert et Fanton, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012; Kuperman, Schlosser, Lidral et Reich, 1999). Une autre (Kolko, Dorn, Bukstein et Burke, 2008) utilise un échantillon à la fois général et clinique. Il est reconnu que dans un échantillon clinique, les problèmes présentés sont généralement plus sévères et que les facteurs de risques associés sont plus nombreux ou plus problématiques (Waschbusch, 2002). D'ailleurs, parmi les études recensées, on observe que lorsque la mesure du TOP consiste à évaluer un nombre de symptômes et non un diagnostic, une moyenne considérablement plus petite du nombre de symptômes a été observée dans une population générale, variant entre 0,51 et 1,52 symptômes (Boden et *al.*, 2010; Bornovalova et *al.*, 2013; Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012; Lavigne et *al.*, 2012; Rydell, 2010) comparativement en population clinique où les enfants devaient présenter au minimum 4 symptômes pour être inclus dans le groupe d'enfants considérés comme ayant un TOP (Frick et *al.*, 1992; Kolko et *al.* 2008; Kuperman et *al.*, 1999). Les résultats obtenus auprès de ces différents échantillons peuvent donc s'avérer plus difficilement comparables et devront possiblement être nuancés par la provenance de l'échantillon étudié.

Peu importe la provenance de l'échantillon, un nombre assez élevé d'enfants a été sélectionné dans les études (voir le tableau 1 pour davantage de précisions).

Malgré cela, l'âge des participants varie largement entre les études. Dans quatre études, les chercheurs s'intéressent plus particulièrement aux facteurs associés au TOP chez les enfants en très bas âge, soit de 3 à 6 ans (Cunningham et Boyle, 2002; Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012; Lavigne et *al.* 2012), alors que six études comportent plutôt des échantillons dont les enfants sont âgés de 6 à 12 ans (Bornovalova et *al.*, 2013; Frick et *al.*, 1992; Greene et *al.*, 2002; Kolko et *al.*, 2008; Lindahl, 1998; Rydell, 2010). Une seule étude s'intéresse davantage aux adolescents de 15 et 16 ans (Boden et *al.*, 2010), alors qu'une autre ne mentionne tout simplement pas l'âge des enfants participants (Kuperman et *al.*, 1999). Les liens entre les variables de fonctionnement familial et le TOP peuvent possiblement varier en fonction de l'âge des enfants (Moffitt, 2003), tout comme les manifestations du TOP et sa sévérité (Lapalme et Déry, 2009). Il est donc possible que certaines divergences de résultats entre les études puissent s'expliquer par des différences d'âge entre les participants des études.

Si plusieurs études incluent des filles et des garçons dans leur échantillon (Bornovalova et *al.*, 2013; Greene et *al.*, 2002; Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012; Lavigne et *al.* 2012), seules trois études s'intéressent aux différences entre les garçons et les filles sur le plan de l'association entre les variables familiales et le TOP (Cunningham et Boyle, 2002; Kolko et *al.*, 2008; Rydell, 2010). Rydell (2010), vérifie l'effet d'interaction du sexe sur les liens entre les variables familiales et la présence d'un TOP, alors que Kolko et *al.* (2008), analysent plutôt les résultats d'abord auprès de leur échantillon complet incluant les filles et les garçons et ensuite, auprès du groupe de filles uniquement. Ainsi, ils peuvent vérifier si les résultats obtenus auprès de l'échantillon total s'appliquent spécifiquement aux filles mais sans comparer directement les filles et les garçons. Quant à Cunningham et Boyle (2002), ils ont effectué des comparaisons selon le sexe parmi un groupe d'enfants présentant tous un TOP. À l'exception de Cunningham et Boyle (2002), tant Rydell (2010) que Kolko et *al.* (2008) portent à croire que les relations entre certaines variables

familiales et la présence d'un TOP seraient différentes selon le sexe, ce qui milite en faveur de comparer le sexe dans les prochaines études.

## **2.2 Caractéristiques des devis**

Toutes les 12 études adoptent un devis corrélationnel et permettent donc de vérifier une association entre le TOP et différentes variables liées au fonctionnement familial. Certaines d'entre elles procèdent par comparaison de groupes où l'on s'assure précisément de la présence d'un TOP chez tous les enfants d'un groupe que l'on compare à un groupe d'enfants sans TOP (groupe témoin) (Cunningham et Boyle, 2002; Frick et *al.*, 1992; Greene et *al.*, 2002; Kolko et *al.*, 2008; Kuperman et *al.*, 1999; Lindahl, 1998; Rydell, 2010). Ce type d'analyse comparative permet de déterminer si des variables familiales caractérisent davantage un groupe qu'un autre. Les autres études (Boden et *al.*, 2010; Bornovalova et *al.*, 2013; Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012; Lavigne et *al.*, 2012), qui n'utilisent pas de comparaison de groupe, procèdent plutôt par analyse de régression et permettent de déterminer l'existence de relations ou la force des liens qui existent entre les variables familiales et le nombre de symptômes du TOP. Enfin, peu importe que l'on utilise la comparaison ou non, dans l'ensemble, les résultats sont complémentaires et permettent de bien documenter la question de recherche du présent mémoire. Par ailleurs, le devis est transversal pour la majorité des études. Seules deux d'entre elles (Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012) présentent un devis longitudinal et permettent donc de regarder les liens entre les variables de fonctionnement familial et le TOP chez les enfants dans le temps.

### 2.3 Mesure du trouble de l'opposition avec provocation

Selon les études, les chercheurs ont mesuré le TOP parfois en combinant l'information de différents répondants (parents, enfants, enseignants), parfois en utilisant un répondant unique. Systématiquement, le parent est un informateur important dans toutes les études répertoriées. L'enfant est aussi sondé dans quatre études (Boden et *al.*, 2010; Bornovalova et *al.*, 2013; Frick et *al.*, 1992; Kolko et *al.*, 2008) et l'enseignant est répondant dans deux études (Cunningham et Boyle, 2002; Frick et *al.*, 1992). Parmi les cinq études où l'on présente une méthode multi-répondants pour la mesure du TOP, quatre d'entre elles utilisent une méthode sensible (Boden et *al.*, 2010; Bornovalova et *al.*, 2013; Cunningham et Boyle, 2002; Frick et *al.*, 1992), c'est-à-dire que l'on considère la présence d'un symptôme aussitôt qu'il est rapporté par l'un ou l'autre des répondants. Cette combinaison des sources d'informations a l'avantage de tenir compte de différentes perceptions et environnements des enfants, procurant une mesure possiblement plus juste de l'étendue des différentes manifestations du TOP. Puis, au-delà des répondants, le TOP est parfois évalué selon une approche dimensionnelle où l'on mesure le nombre de symptômes de TOP présentés par les enfants (Boden et *al.*, 2010; Bornovalova et *al.*, 2013; Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012; Lavigne et *al.* 2012; Rydell, 2010) et tantôt selon une approche diagnostique où l'on détermine la présence ou l'absence d'un trouble (Cunningham et Boyle, 2002; Frick et *al.*, 1992; Greene et *al.*, 2002; Kolko et *al.*, 2008; Kuperman et *al.*, 1999; Lindahl, 1998). Dans les études utilisant une approche diagnostique, on peut supposer une plus grande sévérité du TOP chez les participants que lorsque l'on étudie le nombre de symptômes (Waschbusch, 2002).



### 3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES

La présentation des résultats des 12 études primaires recensées est organisée selon les quatre dimensions retenues du modèle de Pauzé et Petitpas (2013). Ces dimensions sont généralement bien couvertes par les 12 études recensées (voir tableau 2 pour les variables étudiées). C'est particulièrement le cas des dimensions concernant les dynamiques des relations familiales et des opérations familiales associées aux TOP. Un peu moins d'études ont traité de la communication dans la famille et de la structure familiale. Les résultats des études seront présentés par dimension en intégrant les différences liées au sexe des enfants. En complément au texte, un tableau synthèse des résultats des études est présenté à l'annexe B où les variables du fonctionnement familial significativement associées au TOP sont mises en caractère gras.

#### 3.1 Dynamique des relations familiales

Cette dimension du modèle de fonctionnement familial de Pauzé et Petitpas (2013) intègre toutes les variables pouvant faire référence aux relations qui existent entre les membres d'une famille. Ainsi, il sera question dans cette section de la qualité des relations familiales globale, mais aussi des conflits familiaux, de la cohésion, du soutien entre les membres de la famille, de l'implication affective, de l'affect négatif, du rejet ou de l'hostilité dont les parents font preuve envers leurs enfants.

Greene et *al.* (2002) se sont d'abord penchés sur la qualité des relations que l'enfant entretient avec son père et sa mère, séparément, et avec sa fratrie. Ainsi, la qualité des relations entre l'enfant et ses parents ou sa fratrie est significativement plus faible chez les familles du groupe d'enfants présentant un TOP que chez les familles du groupe témoin. Cinq études parmi les 12 recensées permettent de documenter plus spécifiquement les liens entre le TOP et la présence de conflits au

sein de la famille (Bornovalova et *al.*, 2013; Greene et *al.*, 2002; Lavigne et *al.*, 2012; Lindahl, 1998; Rydell, 2010). Dans chacune d'entre elles, peu importe l'âge et la provenance de l'échantillon, on rapporte qu'un niveau plus élevé de conflits au sein de la famille est significativement associé à un nombre plus élevé de symptômes du TOP (Bornovalova et *al.*, 2013; Lavigne et *al.*, 2012; Rydell, 2010) ou à la présence d'un diagnostic de TOP chez les enfants (Greene et *al.*, 2002; Lindahl, 1998).

Tableau 2  
Variables de fonctionnement familial étudiées par les études recensées

Auteurs	Variables prédictives (de fonctionnement familial)			
	Dynamique des relations familiales	Dynamique des opérations familiales	Communication	Structure familiale
Boden <i>et al.</i> , 2010				Nbr. de chang.
Bornovalova <i>et al.</i> , 2013	Conflits avec mère et père	Exposition à l'agression physique (mère et père)	Communication parent/enfant	Divorce
Cunningham et Boyle, 2002		Pratiques parentales (contrôlantes/négatives, positives/préventives)		Nbr enfants, monoparentalité
Frick <i>et al.</i> , 1992		Supervision/encadrement, et discipline inconstante	Communication parent/enfant	
Greene <i>et al.</i> , 2002	Cohésion, relation avec mère, père et fratrie, conflits		Communication familial.	
Harvey <i>et al.</i> , 2011	Implication affective et affect négatif (mère et père)	Surréactivité et discipline inconstante (mère et père)		Monoparentalité
Harvey et Metcalfe, 2012	Implication affective et affect négatif (mère et père)	Discipline inconstante et surréactivité (mère et père)		
Kolko <i>et al.</i> , 2008	Sentiment d'hostilité parental, soutien familial et cohésion	Exposition à l'agression psychologique, pratiques parentales (contrôlantes/négatives, positives/préventives)		
Kuperman <i>et al.</i> , 1999	Interaction parent-enfant (l'implication affective, cohésion).			
Lavigne <i>et al.</i> , 2012	Conflits et soutien familial	Supervision/encadrement		
Lindahl, 1998	Cohésion, soutien familial, rejet parental et conflits	Demandes/commandes parentales, style parental autoritaire et discipline inconstante		
Rydell, 2010	Conflits			Famille intacte ou monopar/reconst.

SSÉ: statut socio-économique; cpts: comportement(s); nbr: nombre; antisoc: antisocial(ité); dév: développemental(e); évèn: évènement(s); monopar/reconst: monoparentale/reconstituée; nég: négatif(s); prob: problème(s); verb: verbal(e).

Quant à la cohésion familiale telle qu'évaluée auprès d'échantillons d'enfants d'âge scolaire primaire issus d'une population générale ou clinique, elle s'avère être significativement plus faible chez les groupes d'enfants ayant un TOP que chez les enfants des groupes témoins (Greene et *al.*, 2002; Kolko et *al.*, 2008; Lindahl, 1998). Toutefois, en réalisant les mêmes analyses auprès de leur sous-échantillon de filles uniquement, Kolko et *al.* (2008) indiquent qu'il n'y aurait pas de différence entre les résultats des deux groupes de filles (TOP versus témoin). Si ce résultat suggère que la cohésion familiale serait une variable familiale davantage discriminante chez les garçons, l'absence de différence significative entre les deux groupes de filles pourrait être une erreur de type 2. En effet, le petit nombre de filles dans chacun des groupes pourrait être associé à un manque de puissance statistique.

La variable de soutien familial entre les membres d'une famille a, quant à elle, été mesurée dans trois études. Si deux d'entre elles rapportent qu'il n'y a pas de différence significative entre les groupes d'enfants ayant un TOP et les groupes témoins (Kolko et *al.*, 2008; Lindahl, 1998), chez l'ensemble des participants, mais aussi chez un sous-échantillon de filles (Kolko et *al.*, 2008), l'étude de Lavigne et *al.* (2012) montre, bizarrement, que plus le score de soutien familial est élevé, plus le nombre de symptômes de TOP est aussi élevé. Ce résultat peut peut-être s'expliquer par le fait que les enfants présentant un TOP, particulièrement en bas âge, nécessitent un plus grand soutien de la part de leur famille.

L'implication affective ou l'affect négatif ont été mesurés par trois études. En considérant l'implication affective des deux parents (score combiné) envers leurs enfants, l'implication affective ne semble pas significativement associée à la présence d'un TOP chez les enfants (Harvey et *al.*, 2011; Kuperman et *al.*, 1999). Par contre, les résultats sont différents lorsque l'implication affective/ affect négatif est mesurée par la mère ou par le père séparément. Ainsi, une plus faible implication affective ou un niveau plus élevé d'affect négatif particulièrement de la part de la mère envers son enfant serait significativement corrélé à un nombre plus élevé de symptômes du TOP

chez les enfants (Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012). L'importance d'approfondir les connaissances en lien avec l'implication affective parentale, particulièrement auprès de la mère, demeure.

Le sentiment d'hostilité éprouvé par les parents à l'égard de l'enfant a été étudié par Kolko et *al.* (2008). Ces auteurs ont rapporté que pour l'ensemble de l'échantillon, garçons et filles combinés, le score d'hostilité parentale n'était pas significativement relié au TOP. Cependant, lorsque des analyses sont spécifiquement effectuées chez les filles, le score de sentiment d'hostilité parentale s'avère significativement plus élevé chez les parents des filles ayant un TOP que chez les parents des filles du groupe témoin et cela, même auprès d'un très petit échantillon. Il s'avère donc pertinent de considérer le sentiment d'hostilité parentale comme étant une variable importante, et ce, particulièrement pour les filles. Dans un même ordre d'idées, Lindahl (1998) a porté attention au rejet parental. Les résultats montrent que chez les familles des enfants ayant un TOP, ce score est significativement plus élevé que chez les familles du groupe témoin.

### **3.2 Dynamique des opérations familiales**

Cette dimension du fonctionnement familial identifiée dans le modèle proposé par Pauzé et Petitpas (2013) a été largement documentée dans les études recensées. Rappelons que cette dimension réfère particulièrement aux différents volets des pratiques éducatives, telles que le manque de supervision parentale, l'inconstance disciplinaire et les pratiques éducatives négatives/contrôlantes ou, au contraire, positives.

Si Frick et *al.* (1992) ne relèvent aucun lien significatif entre la supervision parentale (assistance, encadrement) exercée par la mère et la présence d'un TOP, Lavigne et *al.* (2012) suggèrent plutôt la présence d'un lien. La provenance de

l'échantillon ou encore, la différence d'âge entre les enfants des deux échantillons [4 ans pour l'étude de Lavigne et *al.* (2012) et 7 à 12 ans pour l'étude de Frick et *al.* (1992)], mais aussi les différentes mesures utilisées, peuvent possiblement expliquer cette différence de résultats entre les deux études. Si la supervision parentale peut être plus discriminante pendant la petite enfance qu'à l'âge scolaire primaire, d'autres études devraient permettre de clarifier l'importance de la supervision parentale en lien avec la présence d'un TOP chez les enfants du primaire. Des résultats contradictoires ressortent aussi par rapport à l'inconstance disciplinaire. Deux études sur quatre relèvent une association significative entre l'inconstance disciplinaire et le TOP chez les enfants (Harvey et Metcalfe, 2012; Lindahl, 1998), alors que cette même variable ne serait pas liée au TOP selon deux autres études (Frick et *al.*, 1992; Harvey et *al.*, 2011). Considérant que l'âge des enfants, le type d'échantillon ou l'utilisation ou non de comparaison de groupes ne permettent pas d'expliquer clairement ces écarts de résultats, la différence d'outils utilisés pour mesurer le construit de l'inconstance disciplinaire pourrait peut-être expliquer ces divergences. Le lien entre l'utilisation d'une discipline inconstante et la présence d'un TOP demeure à clarifier.

Différentes études se sont aussi penchées sur le lien entre les pratiques parentales négatives/contrôlantes (incluant l'agression physique et psychologique) et le TOP chez les enfants. De manière générale, Cunningham et Boyle (2002) décèlent un lien significatif entre un score plus élevé de pratiques négatives/contrôlantes utilisées par la mère et davantage de symptômes de TOP chez les jeunes enfants (4 ans en moyenne), ce que Kolko et *al.* (2008) n'ont toutefois pas observé. Toutefois, l'étude de Kolko et *al.* (2008) concerne la présence d'un diagnostic de TOP chez des enfants plus âgés (de 6 à 11 ans). Plus spécifiquement, la surréactivité parentale face aux comportements des enfants, qu'elle soit manifestée par la mère ou par le père, serait associée à un nombre de symptômes du TOP plus élevé chez les jeunes enfants (3 ans en moyenne), (Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012). Par ailleurs, le type de demandes/commandes parentales ainsi que le style autoritaire parental ne

seraient, pas significativement liés au TOP, du moins, chez les enfants d'âge scolaire primaire (Lindahl, 1998).

Les recherches de Kolko et *al.* (2008) et de Bornovalova et *al.* (2013) qui concernent des enfants d'âge scolaire et qui ont porté sur des éléments plus spécifiques des pratiques parentales négatives, soit l'agression psychologique et l'agression physique, montrent des liens significatifs. Pour ces deux études, des scores plus élevés d'agression physique et psychologique sont significativement reliés au TOP chez les enfants et les adolescents. Ces résultats montrent l'importance de porter spécifiquement attention aux pratiques éducatives parentales négatives telles que l'agression psychologique et la punition physique.

Toujours sur le plan des pratiques parentales, les deux études qui se sont intéressées à l'association entre le TOP et les pratiques éducatives positives ont ressorti que les parents des groupes d'enfants présentant un TOP rapportaient des scores significativement plus faibles de pratiques positives que les parents des enfants des groupes témoins (Cunningham et Boyle, 2002; Kolko et *al.*, 2008). Enfin, auprès d'un échantillon de filles uniquement, Kolko et *al.* (2008) rapportaient significativement moins de pratiques positives chez les parents des filles avec un TOP comparativement aux parents du groupe témoin. Cet effet du score total de pratiques positives ne s'observait pas auprès de l'échantillon total incluant les garçons et les filles (Kolko et *al.*, 2008). Ces résultats sont d'autant plus parlants que le nombre de filles composant ces deux groupes comparés s'avère assez faible.

### **3.3 Communication**

Trois études ont, entre autres, porté sur la dimension de la communication familiale en lien avec le TOP. Les résultats s'avèrent plutôt contradictoires et ne permettent pas de se positionner clairement sur l'effet de cette dimension. Deux

d'entre elles ne montrent aucun lien significatif entre le score de qualité de la communication familiale (Greene et *al.*, 2002) ou plus spécifiquement la communication mère-enfant (Frick et *al.*, 1992) et le TOP chez les enfants. Ces études ont d'ailleurs toutes deux utilisé des échantillons de type clinique ou référé et utilisé des comparaisons de groupes pour tirer leurs conclusions. Bornovalova et *al.* (2013), qui utilisent plutôt un échantillon provenant de la population générale et mesurent le TOP en fonction d'un nombre de symptômes plutôt que selon la présence ou l'absence d'un diagnostic, relèvent que des scores de communication mère/enfant et père/enfant plus faibles étaient significativement liés à un nombre de symptômes du TOP plus élevé chez les enfants. Si ces différences au plan des caractéristiques méthodologiques peuvent peut-être expliquer les divergences de résultats observés, il est important de clarifier son lien avec le TOP chez les enfants.

### **3.5 Structure familiale**

La structure familiale, et plus particulièrement le nombre de changements de structure dans la famille tels que le divorce, la séparation (monoparentalité) ou la reconstitution familiale, ont été documentées dans cinq des 12 études recensées. D'abord, un nombre plus élevé de changements dans la composition familiale serait lié à un nombre plus élevé de symptômes de TOP chez les enfants (Boden et *al.*, 2010). Ensuite, si Bornovalova et *al.* (2013) montrent que le divorce est significativement associé au TOP chez les enfants, d'autres études (Cunningham et Boyle, 2002; Harvey et *al.*, 2011) n'obtiennent pas de relation significative entre la structure familiale (famille monoparentale ou reconstituée, nombre d'enfants par famille) et le TOP. La différence d'âge entre les échantillons de Bornovalova et *al.* (2013), d'une part, et de Cunningham et Boyle (2002) et de Harvey et *al.* (2011) d'autre part, pourrait possiblement expliquer cette divergence de résultats. Les changements de structures familiales seraient davantage associés au TOP chez les enfants plus âgés. Quant à Rydell (2010), il montre que le fait de vivre dans une



famille monoparentale ou reconstituée serait associé à un nombre significativement plus élevé de symptômes du TOP, mais uniquement chez les filles. Tout compte fait, ces résultats rappellent l'importance d'étudier plus en profondeur l'effet du sexe sur les variables liées à la structure familiale.

#### 4. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET PERTINENCE SCIENTIFIQUE

La présente synthèse des résultats vise à dresser un bilan des connaissances au sujet des variables familiales qui caractérisent les familles d'enfants ayant un TOP, mais aussi à indiquer les limites de ces connaissances afin d'argumenter la pertinence de poursuivre des recherches scientifiques dans ce domaine.

La dynamique des relations familiales a, quant à elle, été abordée par un plus grand nombre d'études et les résultats retenus ont tendance à converger. Dans l'ensemble, que l'on aborde la dynamique des relations familiales sous l'angle des conflits dans la famille (Bornovalova et *al.*, 2013; Greene et *al.*, 2002; Lavigne et *al.*, 2012; Lindahl, 1998; Rydell, 2010), du manque de cohésion familiale (Greene et *al.*, 2002; Kolko et *al.*, 2008; Lindahl, 1998), du manque d'implication affective maternelle (Harvey et *al.*, 2011; Harvey et Metcalfe, 2012) ou de la présence d'hostilité et de rejet parental (Kolko et *al.*, 2008; Lindahl, 1998), c'est associé à la présence d'un TOP (ou à ses symptômes) chez l'enfant. Toutefois, l'étude de Kolko et *al.* (2008) laisse entendre que l'importance de la qualité des relations familiales pourrait être différente entre les garçons et les filles ayant un TOP, ce qui demeure à vérifier.

La dynamique des opérations familiales référant principalement aux pratiques éducatives adoptées par les parents a aussi été étudiée par plusieurs auteurs. De manière générale, les résultats sont ici plus mitigés. Si les pratiques éducatives parentales positives s'avèrent moins fréquemment utilisées auprès des enfants (6-11

ans), garçons et filles, ayant un TOP comparativement à un groupe témoin (Kolko, 2008), pour les autres pratiques éducatives, les résultats sont moins concluants. Tant le manque de supervision parentale, l'inconstance disciplinaire que l'utilisation de pratiques plus négatives seraient associés à la présence d'un TOP chez les jeunes enfants (Cunningham et Boyle, 2002, Harvey et Metcalfe, 2012; Lavigne), mais pas chez les enfants plus âgés (Frick *et al.*, 1992). Ces résultats sont un peu surprenants, puisque les enfants d'âge scolaire primaire, même à la fin du primaire, ont encore besoin d'encadrement parental. Les différences de résultats entre les études peuvent peut-être s'expliquer par des différences d'âge entre les participants, mais possiblement aussi par la provenance des échantillons ou encore, par des mesures différentes des construits. Tout compte fait, les liens entre les pratiques éducatives parentales et la présence d'un TOP chez les enfants d'âge scolaire primaire méritent d'être explorés davantage.

Concernant la structure familiale, bien qu'une étude ait permis de constater qu'un nombre plus élevé de changements familiaux serait associé à la présence d'un TOP chez les enfants (Boden *et al.*, 2010), les constats s'avèrent plus mitigés concernant l'effet du divorce, de la monoparentalité et de la reconstitution familiale. Malgré tout, les résultats laissent croire que la structure familiale (monoparentalité, reconstitution familiale) aurait un effet différent selon le sexe de l'enfant (Kolko *et al.*, 2008). Quant à la dimension de la communication du modèle multidimensionnel du fonctionnement familial de Pazú et Petitpas (2013), elle a été peu étudiée et les résultats divergent d'une étude à l'autre. La cause de ces écarts peut résider dans la provenance de l'échantillon ou la sévérité du TOP présentée par les enfants des échantillons. Dans tous les cas, les liens entre la communication familiale et la présence d'un TOP chez les enfants doivent être clarifiés

Enfin, jusqu'à maintenant, les connaissances scientifiques liées aux associations entre les variables de fonctionnement familial et le TOP proviennent d'études qui ne touchent, pour la plupart, que quelques aspects du fonctionnement

familial. Les variables qui ressortent sont souvent différentes d'une étude à l'autre ou encore, s'avèrent réfutées par d'autres études. S'il est difficile d'identifier les variables de fonctionnement familial associées au TOP à l'enfance, il est encore plus difficile de déterminer, parmi l'ensemble des dimensions abordées, quelles variables familiales spécifiques contribuent le plus fortement à expliquer la présence d'un TOP chez les enfants. Afin de pallier aux différentes lacunes énoncées, la présente étude portera sur plusieurs variables de fonctionnement familial auprès d'un nombre considérable de garçons et de filles présentant un TOP (atteignant le nombre de symptômes requis pour poser un diagnostic). Il sera donc possible d'identifier non seulement les variables de fonctionnement familial associées à la présence d'un TOP, mais aussi de déterminer les plus importantes en plus de vérifier l'effet modérateur du sexe.

## 5. OBJECTIFS DU MÉMOIRE

C'est en s'appuyant sur le modèle multidimensionnel du fonctionnement familial de Pauzé et Petitpas (2013) que les quatre dimensions plus susceptibles de toucher les enfants de façon plus proximale ont été ciblées pour l'étude. L'objectif poursuivi dans ce mémoire est, dans un premier temps, de décrire et comparer les variables de fonctionnement familial (dynamique des relations familiales, dynamique des opérations familiales, structure familiale et communication) qui permettent de distinguer les familles d'enfants d'âge scolaire primaire ayant un TOP de celles d'un groupe témoin. Ensuite, il s'agit de déterminer les variables les plus fortement associées à la présence d'un TOP chez les enfants et de vérifier l'effet modérateur du sexe pour chacune des variables étudiées. Une meilleure identification de ces variables permettra de favoriser la mise en place d'interventions ciblant les facteurs de risque de nature familiale les plus importants.

## TROISIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE

### 1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Le présent projet de recherche s'inscrit à l'intérieur d'une étude longitudinale plus large dirigée par Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan (1999-2011) sur la persistance des troubles de comportements chez les enfants. Cette recherche a été subventionnée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et par le Fonds québécois pour la recherche sur la société et la culture. Il sera question, dans les prochaines lignes, du devis de recherche, des participants, des mesures du TOP et des dimensions du fonctionnement familial, du déroulement de la recherche et des analyses statistiques qui ont été effectuées afin de répondre aux objectifs de recherche.

### 2. DEVIS DE RECHERCHE

La présente étude opte pour un devis transversal (uniquement le premier temps de mesure de l'étude de Déry et *al.*, 1999-2011) avec des comparaisons de groupes. Il est question de documenter les associations qui existent entre les variables familiales couvrant les différentes dimensions du modèle de Pauzé et Petitpas (2013) sélectionnées et la présence d'un TOP chez les enfants, en les comparant à un groupe témoin composé d'enfants n'ayant pas de TOP. L'effet modérateur du sexe était aussi analysé.

### 3. PARTICIPANTS

#### 3.1 Échantillon initial

Les enfants participants avaient entre 6 et 13 ans au moment du recrutement. Celui-ci a eu lieu à trois reprises, soit en 1999, 2000 et 2001, dans trois commissions scolaires des régions de la Montérégie et de l'Estrie. Une quatrième période de recrutement a eu lieu en 2004 (n=38 filles) afin d'augmenter le nombre de filles dans l'échantillon et permettre d'étudier différentes questions traitant de l'effet modérateur du sexe. Les participants sont des élèves du primaire ayant recours à des services d'aide pour leurs problèmes de comportements, mais qui ne présentent pas de déficience intellectuelle ou sensorielle et qui ne vivent pas en famille d'accueil ou en centre de réadaptation. Ce dernier critère d'exclusion est expliqué par le fait que la participation d'un parent était requise pour la complétion des questionnaires. Le nombre total de participants dans l'échantillon de Déry et *al.* (2007) s'élève donc à 362 enfants, dont 28% d'entre eux sont des filles. La moyenne d'âge des enfants est de 9,9 ans (é.t. = 1,8).

Un groupe témoin, recruté en 2000 dans les mêmes commissions scolaires, a été formé en comptant parmi ses participants des élèves provenant de classes régulières de la première à la sixième année. Ces élèves, recrutés au hasard, ne devaient pas présenter de problème de comportement ou de difficulté émotionnelle et ne devaient pas avoir eu recours à des services spécialisés (psychologie, psychoéducation, orthopédagogie, etc.) lors de l'année du recrutement ou de l'année précédente. Le nombre total d'enfants appartenant au groupe témoin s'élève donc à 192 ( $\bar{x}$  = 8,7 ans; é.t. = 1,8).

### 3.2 Formation des groupes de comparaison

L'échantillon utilisé pour la présente étude se base sur un sous-échantillon de l'étude de Déry et *al.* (1999-2011; voir Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2007). Afin de vérifier l'association entre différentes variables de fonctionnement familial et le TOP chez les enfants, deux groupes d'enfants ont été formés. Un premier groupe était composé de 197 enfants (141 garçons et 56 filles) présentant tous un TOP. Ainsi, parmi l'échantillon de 362 enfants, 165 ont été exclus parce qu'ils ne présentaient pas de TOP. Quant au deuxième groupe, le groupe témoin, il était composé de 185 enfants (93 garçons et 92 filles) sans TOP, ni autre trouble de comportement. Afin de déterminer la présence ou l'absence du TOP et des autres troubles de comportement chez les enfants des deux groupes, la version française du *Diagnostic Interview Schedule for children-Revised* (DISC-R, Schwab-Stone, Schaffer, Fisher, Cohen, Piacentini, Davies, Connors et Regier, 1993, version française de Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et St-Georges, 1998) a été utilisée auprès des parents et des enseignants (voir la section sur les mesures pour une description plus détaillée).

Des analyses préliminaires ont été effectuées afin de s'assurer de l'équivalence des groupes comparés sur le plan de l'âge et du sexe des participants et du TDAH, un trouble qui survient très fréquemment en cooccurrence avec le TOP (APA, 2013). La proportion de filles dans le groupe témoin est significativement plus élevée que dans le groupe d'enfants ayant un TOP (49,7% vs 28,4%;  $\chi^2(1) = 18,24, n.s.$ ). De plus, l'âge moyen du groupe témoin s'avère plus petit que celui du groupe d'enfants ayant un TOP (8,7 ans contre 9,7 ans) ( $t(df=380) = -5,56; p < 0,001$ ) et les enfants du groupe témoin sont significativement moins nombreux à présenter un TDAH ( $\chi^2(1) = 125,50; p < 0,001$ ). Si le sexe a été traité comme une variable modératrice dans les analyses, l'âge des enfants et la présence du TDAH ont plutôt été utilisés comme variables de contrôle.

## 4. MESURES

### 4.1 Le trouble oppositionnel et les autres troubles de santé mentale

La version française du *DISC* (Schwab-Stone et *al.*, 1993, version française de Breton et *al.*, 1998) a été utilisée auprès des parents (groupes TOP et témoin) et des enseignants (groupe TOP seulement) afin d'évaluer la présence/absence du TOP, mais aussi pour évaluer la présence d'autres troubles de comportement survenant fréquemment en cooccurrence avec le TOP, tels que le TC (variable d'exclusion du groupe témoin évaluée auprès des parents) et le TDAH. La présence/absence du TDAH telle qu'évaluée auprès du parent (il n'y a pas de répondant enseignant pour le groupe témoin) sera utilisée comme variable de contrôle dans les analyses. En se basant sur les critères du DSM-V (APA, 2013), la présence ou l'absence du TOP, du TDAH et du TC était établie si le nombre de symptômes était égal ou supérieur au nombre de symptômes requis pour établir le diagnostic. Pour le TOP, afin de combiner les deux répondants (parent et enseignant) chaque symptôme était considéré comme présent s'il était rapporté par l'un ou l'autre des répondants. À prime abord, le *DISC-R* a été élaboré en fonction des critères du DSM-III-R (APA, 1987) mais a été légèrement modifié pour inclure les critères diagnostics établis dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). Selon l'étude de Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan (2004), les valeurs du *Kappa* calculées pour chacun des diagnostics entre les versions du DSM-III-R et du DSM-IV-TR se situent entre 0,65 et 0,88 lorsque le répondant est le parent, et entre 0,67 et 0,90 lorsque le répondant est l'enseignant. La cohérence interne du *DISC* a aussi été mesurée selon les réponses des parents et un résultat entre 0,80 et 0,90 serait attribué aux sous-échelles qui mesurent le TOP et le TDAH. Le coefficient de cohérence interne serait par contre plus faible (0,54) pour la sous-échelle du TC (Breton et *al.*, 1998). Dans la présente étude, les coefficients de cohérence interne obtenus auprès des parents pour l'ensemble de l'échantillon sont de 0,90 pour le

TOP, 0,85 pour le TC et de 0,94 pour le TDAH. Le coefficient obtenu auprès de l'enseignant (groupe TOP uniquement) est de 0,78 pour le TOP.

#### 4.2 Fonctionnement familial

Le tableau 3 illustre les variables qui ont été mesurées et qui permettent de couvrir de manière plus ou moins exhaustive les quatre dimensions retenues du modèle de fonctionnement familial de Pauzé et Petitpas (2013). Pour chacune des variables, l'instrument de mesure utilisé ainsi que le répondant sont précisés. La description plus détaillée des instruments de mesure utilisés est présentée suite au tableau 3.

Tableau 3  
Variables du fonctionnement familial, instruments de mesure et répondants

Dimensions	Variables mesurées	Instruments de mesure	Répondants
Dynamique des relations familiales	Score de qualité de relation parent-enfant	<i>Index of parental Attitude</i> (Hudson, 1982)	Parent principal
	Engagement parental	<i>Alabama Parenting Questionnaire</i> (APQ; Frick, 1991)	Parent principal
Dynamique des opérations familiales	Pratiques positives	APQ (Frick, 1991)	Parent principal
	Discipline inconstante	APQ (Frick, 1991)	Parent principal
	Manque de Supervision	APQ (Frick, 1991)	Parent principal
Communication	Fonctionnement général de la famille incluant la communication	<i>Family Assesment Device</i> (FAD; Epstein et al., 1983)	Parent principal
Structure familiale	Structure (famille intacte vs monoparentale ou recomposée)	Questions tirées de l'EQSMJ (Valla et al., 1994)	Parent principal



#### 4.2.1 *Index of parental Attitude*

L'Indice d'attitude parentale (Cheung et Hudson, 1982, version française de Comeau et Boisvert, 1985) a été utilisé pour évaluer la qualité de la relation parent-enfant. L'outil, dont le répondant est le parent, vise à évaluer les problèmes relationnels entre l'enfant et ce parent à l'aide de 25 items évalués sur une échelle en 5 points («rarement», «parfois», «quelquefois», «la plupart du temps» ou «tout le temps»). Un score plus élevé révèle une relation plus problématique entre le parent et l'enfant. Les qualités psychométriques de la version anglaise de l'outil montrent une cohérence interne de 0,90 (Cheung et Hudson, 1982). De plus, les coefficients de cohérence interne obtenus dans la présente étude sont très bons et excellents, allant de 0,93 pour l'ensemble de l'échantillon à 0,91 pour le groupe TOP et à 0,82 pour le groupe témoin.

#### 4.2.2 *Alabama Parenting Questionnaire (APQ)*

L'engagement parental, l'utilisation de pratiques parentales positives, le manque de supervision parentale et l'inconstance disciplinaire ont été mesurés par la version française de l'APQ (Frick, 1991). Cet instrument, lorsqu'utilisé auprès des parents, comprend 32 items répondus sur une échelle Likert en 5 points («jamais», «presque jamais», «quelquefois», «souvent» ou «toujours»). Ses qualités psychométriques ont été évaluées auprès de familles d'enfants ayant des difficultés d'ordre comportemental, émotionnel ou d'apprentissage par Shelton, Frick et Wootton (1996). Les coefficients de cohérence interne de la version anglaise varient de 0,67 à 0,80 et les coefficients de fidélité test-retest varient de 0,66 à 0,89. Dans la présente étude, les coefficients de cohérences internes sont tout autant acceptables, voire bons, variant entre 0,66 et 0,74 selon les échelles.

#### *4.2.3 Sous-échelle de fonctionnement familial général du Family Assesment Device (FAD)*

La sous-échelle de «fonctionnement familial général» du *FAD* (Epstein, Baldwin et Bishop, 1983) a été utilisée afin de mesurer un score global de fonctionnement familial qui inclut 12 items couvrant la résolution de problèmes, l'investissement affectif, les rôles, l'expression affective, le contrôle des comportements et la communication. Selon Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein et Keitner (1990), qui ont utilisé un échantillon à la fois clinique et populationnel, les résultats obtenus par cette sous-échelle peuvent être représentatifs des différents résultats obtenus à chacune des sous-échelles reliées à chacun des concepts énoncés ci-haut, dont la communication fait partie. Cette mesure a donc été utilisée afin de fournir un indice pouvant refléter, à la fois et dans une certaine mesure, la qualité de la communication familiale, mais aussi la dimension des relations familiales. Le parent complétait le questionnaire à l'aide d'une échelle de type Likert à 4 points («fortement d'accord», «d'accord», «en désaccord» ou «fortement en désaccord»). La cohérence interne de cette sous-échelle obtenue auprès d'un échantillon de type populationnel, composé d'enfants de 4 à 16 ans, est très bonne, avec un coefficient de 0,86 (Byles, Byrne, Boyle et Offord, 1988). Les coefficients de cohérence interne obtenus dans la présente étude sont aussi très bons : 0,86 pour l'ensemble de l'échantillon, 0,86 pour le groupe témoin et 0,83 pour le groupe TOP.

#### *4.2.4 Questionnaire de l'Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes (1994)*

Une question tirée d'un questionnaire utilisé dans l'Enquête Québécoise sur la Santé Mentale des Jeunes (EQSMJ; Valla et al., 1994) a permis d'évaluer la structure familiale. Cette question a permis de déterminer si l'enfant vit dans une famille intacte, recomposée ou monoparentale au moment de la cueillette de données. Dans la présente étude, une variable dichotomique (intacte vs monoparentale ou recomposée) a été utilisée.

## 5. DÉROULEMENT

Les élèves recevant des services spécialisés à l'école pour des difficultés émotionnelles ou comportementales (Déry et *al.*, 2007) ont d'abord été contactés par les intervenants psychosociaux des écoles visées afin de les solliciter pour participer à la recherche. Si les parents étaient d'accord, un professionnel de recherche communiquait avec eux afin de leur expliquer la recherche et fixer un premier rendez-vous. Les parents ayant accepté de participer à l'étude ont tous signé un formulaire de consentement pour leur propre participation et celle de leur enfant et ont donné l'autorisation de contacter l'enseignant de celui-ci. Une compensation monétaire (parents et enseignants) ou matérielle symbolique (enfants) a été offerte à chaque famille participante. Des intervieweurs spécialement formés à cet effet ont rencontré séparément les enfants et le parent participant au domicile de ces derniers afin d'effectuer la passation des entrevues diagnostiques structurées et la complétion des questionnaires. Un contact téléphonique a aussi eu lieu entre l'intervieweur et l'enseignant de l'enfant, afin de documenter les caractéristiques comportementales de celui-ci dans son milieu scolaire.

## 6. ANALYSES STATISTIQUES

Afin de déterminer les variables du fonctionnement familial qui permettent de prédire l'appartenance au groupe d'enfant ayant un TOP par rapport au groupe témoin et de vérifier l'effet modérateur du sexe, les analyses statistiques, réalisées avec le logiciel SPSS 21, ont été conduites en trois étapes. En premier lieu, des analyses descriptives et comparatives (test t ou  $\chi^2$ ) ont été effectuées pour identifier les variables qui permettent de distinguer significativement le groupe TOP du groupe témoin et qui devraient être incluses dans l'analyse de régression logistique multivariée finale. Ensuite, les corrélations entre chacune des variables ont été calculées pour vérifier la présence de multicollinéarité. Enfin, une analyse de

régression logistique multivariée a été menée afin de déterminer, parmi les variables familiales retenues à l'étape 1, celles qui contribuent le plus fortement à distinguer les deux groupes. Les covariables, soit l'âge, le nombre de symptômes de TDAH et le sexe ont été insérées dans un premier bloc. Le deuxième bloc inclut les variables de fonctionnement familial pour lesquelles le seuil de signification s'est avéré inférieur ou égal à  $p \leq 0,05$  dans les analyses descriptives comparatives (donc retenues comme prédicteurs). Quant au troisième bloc, il intègre ces mêmes prédicteurs en interaction avec le sexe pour vérifier son effet modérateur.

## QUATRIÈME CHAPITRE LES RÉSULTATS

La prochaine section tient pour but de présenter les résultats visant à répondre à l'objectif de cette étude, soit d'identifier les variables du fonctionnement familial en lien avec le TOP chez les enfants, en vérifiant l'effet modérateur du sexe. Les résultats des analyses descriptives et corrélationnelles sont d'abord présentés, suivis des résultats de l'analyse de régression logistique multivariée.

### 1. ANALYSES DESCRIPTIVES ET CORRÉLATIONNELLES

Des analyses descriptives et corrélationnelles ont été faites afin de vérifier quelles étaient les variables importantes à inclure dans l'analyse multivariée. Le tableau 4, illustrant les résultats des analyses descriptives-comparatives, permet de voir qu'il existe des différences significatives entre le groupe témoin et le groupe d'enfants ayant un TOP pour la majorité des variables étudiées. Les difficultés sur le plan du fonctionnement familial, de la relation entre le parent et l'enfant, de l'engagement parental de même que le manque de supervision parentale et l'utilisation d'une discipline inconstante sont significativement plus importantes chez le groupe d'enfants ayant un TOP que chez les enfants du groupe témoin. Quant à la structure familiale, 51,4% des enfants du groupe témoin vivent dans une famille intacte comparativement à seulement 27,5% des enfants ayant un TOP. La différence entre les deux groupes s'avère significative. Quant à l'échelle des pratiques parentales positives, elle est la seule variable de fonctionnement familial qui ne permet pas de différencier significativement les deux groupes à l'étude. L'échelle des pratiques parentales positives n'a donc pas été incluse dans l'analyse de régression multivariée présentée dans le tableau 6. Toutes les autres variables de fonctionnement familial ont été incluses comme prédicteurs. Enfin, comme le diagnostic d'hyperactivité est significativement plus fréquent chez les enfants ayant un TOP (52%) que chez le

Tableau 4  
 Résultats des analyses descriptives comparatives entre les groupes TOP et témoin  
 pour les variables de fonctionnement familial et les covariables

Variables		Témoin			TOP			df <sup>a</sup>	t ou $\chi^2$
		Garçons (n = 93)	Filles (n = 92)	Total (n = 185)	Garçons (n = 141)	Filles (n = 56)	Total (n = 197)		
Fonctionnement familial	M (é-t)	1,59 (0,43)	1,52 (0,40)	1,55 (0,42)	1,80 (0,44)	1,83 (0,53)	1,81 (0,47)	379	-5,64***
Famille intacte	%	46,2	56,5	51,4	28,8	24,1	27,5	1	22,63***
Relation avec l'enfant	M (é-t)	8,59 (6,82)	7,60 (5,98)	8,09 (6,42)	23,31 (12,23)	24,32 (13,07)	23,60 (12,45)	297,16	-15,43***
Engagement parental	M (é-t)	4,07 (0,45)	3,96 (0,46)	4,01 (0,46)	3,70 (0,54)	3,71 (0,47)	3,51 (0,52)	380	6,17***
Pratiques positives	M (é-t)	4,32 (0,48)	4,31 (0,46)	4,31 (0,47)	4,21 (0,52)	4,27 (0,47)	4,23 (0,50)	380	1,74
Manque de supervision	M (é-t)	1,30 (0,32)	1,25 (0,31)	1,27 (0,32)	1,52 (0,45)	1,45 (0,44)	1,50 (0,45)	353,14	-5,73***
Discipline inconstante	M (é-t)	2,29 (0,56)	2,35 (0,65)	2,32 (0,61)	2,78 (0,63)	2,97 (0,58)	2,83 (0,62)	380	-8,188***
Dx TDAH	%	2,2	0	1,1	55,3	44,6	52,3	1	125,50***
Âge de l'enfant	M (é-t)	8,66 (1,87)	8,75 (1,77)	8,70 (1,81)	9,77 (1,77)	9,70 (2,05)	9,75 (1,85)	380	-5,56***

<sup>a</sup> Les degrés de liberté varient selon l'égalité des variances ou non entre les groupes.

\*\*\* p < 0,001

enfants du groupe témoin (1%) et comme les enfants du groupe témoin sont plus jeunes d'environ un an (8,7 ans) que les enfants ayant un TOP (9,75 ans), l'âge et le diagnostic de TDAH ont été insérés comme covariables dans le premier bloc de l'analyse de régression multivariée.

Tel qu'illustré dans le tableau 5, afin de vérifier s'il y a risque de multicollinéarité, une matrice de corrélation a été calculée entre chacune des variables de fonctionnement familial, les covariables et le groupe d'appartenance (TOP ou témoin). Sans surprise, les résultats montrent que toutes les variables de fonctionnement familial s'avèrent significativement corrélées au groupe d'appartenance, à l'exception des pratiques parentales positives. Le tableau 5 montre aussi qu'il n'existe aucun risque de multicollinéarité. La seule corrélation se rapprochant du seuil de 0,6 concerne les variables d'engagement parental et de pratiques parentales positives (0,579), mais comme l'échelle des pratiques parentales positives ne sera pas incluse dans l'analyse de régression, cela n'affecte pas le risque de multicollinéarité.

## 2. ANALYSES DE RÉGRESSIONS LOGISTIQUES MULTIVARIÉES

Les analyses de régressions logistiques multivariées comprennent trois blocs. Le premier inclut l'âge, la présence ou non d'un diagnostic de TDAH et le sexe, alors que le second comprend les variables de fonctionnement familial (score global de fonctionnement familial, relation avec l'enfant, engagement parental, manque de supervision, discipline inconstante et famille intacte ou non). Enfin, le troisième bloc inclut chacune de ces variables familiales en interaction avec le sexe de l'enfant. Le bloc 1 s'avère significatif et permet d'expliquer 53,6% de la variance. Les trois covariables contribuent significativement à expliquer l'appartenance aux groupes. Le deuxième bloc, qui inclut les variables de fonctionnement familial, est aussi significatif. Il permet d'expliquer 71,6% de la variance, 18% de variance

Tableau 5  
Corrélations entre les variables de fonctionnement familial, les covariables et  
l'appartenance au groupe TOP ou au groupe témoin

Variables	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Fonctionnement familial	0,515***	-0,388***	-0,267***	0,332***	0,417***	-0,116*	0,087	0,280***	0,181***	0,278***
2. Relation avec l'enfant		-0,431***	-0,206***	0,392***	0,553***	-0,152***	0,136***	0,220***	0,465***	0,614***
3. Engagement parental			0,579***	-0,336***	-0,245***	0,168***	-0,017	-0,254***	-0,149***	-0,302***
4. Pratiques positives				-0,200***	-0,109*	0,032	-0,041	-0,154***	0,072	-0,089
5. Manque de supervision					0,361***	-0,176***	0,124*	0,356***	0,143***	0,279***
6. Discipline inconstante						-0,144***	0,000	0,189***	0,230***	0,387***
7. Famille intacte							-0,087	-0,026	-0,159***	-0,245***
8. Sexe								0,056	0,189***	0,219***
9. Âge de l'enfant									0,069	0,274***
10. Dx TDAH										0,573***
11. TOP vs Témoin										

\*\*\* p< 0,001; \* p<0,05



supplémentaire. Au-delà des covariables, on voit que la relation parent-enfant de même que la structure familiale (intacte ou non) prédisent de façon significative le groupe d'appartenance. Plus le score de relation parent-enfant est problématique et moins les enfants vivent dans une famille intacte, plus le risque d'appartenir au groupe d'enfants ayant un TOP est élevé. Les autres variables de fonctionnement familial (fonctionnement familial, engagement parental, manque de supervision et discipline inconstante) ne contribuent pas significativement, au-delà des autres prédicteurs, à expliquer l'appartenance aux groupes. Quant au 3<sup>e</sup> bloc, où l'on vérifie l'effet modérateur du sexe pour chacun des prédicteurs, il s'avère aussi significatif. Bien que le pourcentage total de variance expliquée est de 72,7%, on explique seulement 1,1% de variance supplémentaire avec l'ajout du troisième bloc. On observe tout de même un effet modérateur du sexe significatif sur la relation parent-enfant. Avec l'ajout du 3<sup>e</sup> bloc, la structure familiale (famille intacte) ne ressort plus comme étant significative. Au final, au-delà des covariables, la relation problématique entre le parent et l'enfant demeure significativement associée à la présence d'un TOP chez l'enfant, mais encore, pour un même niveau de relation problématique entre le parent et l'enfant, le risque d'appartenance au groupe d'enfants ayant un TOP est encore plus élevé chez les filles que chez les garçons.

Tableau 6  
Résultats des analyses de régressions logistiques multivariées

Prédicteurs	Bloc 1			Bloc 2			Bloc 3		
	<i>B</i>	<i>OR<sup>a</sup></i>	95%CI	<i>B</i>	<i>OR<sup>a</sup></i>	95%CI	<i>B</i>	<i>OR<sup>a</sup></i>	95%CI
<b>Bloc 1</b>									
Âge	0,38***	1,47	1,27 à 1,69	0,32***	1,37	1,14 à 1,66	0,32***	1,38	1,14 à 1,67
TDAH	4,78***	118,57	27,85 à 504,8	3,71***	40,66	9,17 à 180,36	3,99***	53,84	11,3 à 256,56
Sexe <sup>b</sup>	0,67**	1,96	1,14 à 3,38	0,92**	2,50	1,24 à 5,04	0,54	1,72	0,60 à 4,91
<b>Bloc 2</b>									
Fonctionnement familial				-0,3	0,74	0,49 à 1,12	-0,04	0,96	0,46 à 1,99
Relation avec l'enfant				2,00***	7,44	3,75 à 14,78	3,30***	27,07	5,89 à 124,38
Engagement parental				-0,09	0,91	0,62 à 1,34	0,19	1,21	0,58 à 2,52
Manque de supervision				0,07	1,08	0,72 à 1,62	-0,06	0,94	0,45 à 1,95
Discipline inconstante				0,23	1,26	0,81 à 1,95	-0,07	0,93	0,40 à 2,20
Famille intacte				-0,78**	0,46	0,23 à 0,91	-0,81	0,44	0,12 à 1,63
<b>Bloc 3</b>									
Fonctionnement familial X Sexe							-0,37	0,69	0,28 à 1,69
Relation avec l'enfant X Sexe							-1,83***	0,16	0,03 à 0,89
Engagement parental X Sexe							-0,46	0,63	0,26 à 1,54
Manque de supervision X Sexe							0,05	1,05	0,43 à 2,55
Discipline inconstante X Sexe							0,36	1,43	0,52 à 3,89
Famille intacte X Sexe							-0,03	0,97	0,20 à 4,63

CI = intervalle de confiance pour les odds ratio (OR)

\* $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

<sup>a</sup>Prédit la probabilité d'appartenir au groupe d'enfants ayant un TOP

<sup>b</sup>Dans la banque de données, fille = 0 et garçons = 1.

## CINQUIÈME CHAPITRE DISCUSSION

La présente étude a été réalisée afin d'identifier les variables de fonctionnement familial qui sont particulièrement associées à la présence d'un TOP chez les enfants. Par rapport aux autres études réalisées sur la question, cette recherche a l'avantage de couvrir, dans une même étude, un plus large éventail de variables de fonctionnement familial, et ainsi identifier les variables les plus fortement associées à la présence d'un TOP chez les enfants. Mais encore, cette recherche a permis de vérifier si les liens entre le TOP et les variables de fonctionnement familial différaient selon le sexe des enfants.

Le TOP étant particulièrement caractérisé par des conduites oppositionnelles envers les figures d'autorité, l'aspect relationnel entre les enfants avec un TOP et leurs parents ressort comme étant important. Le TOP représente donc un défi particulier sur le plan familial par rapport aux autres problèmes de comportement. Cette particularité met en lumière le fait que les facteurs de risque d'ordre familial ne sont pas une catégorie de facteurs parmi tant d'autres, mais plutôt un ensemble de variables plus importantes à considérer lorsque l'on s'intéresse à cette problématique. Par ailleurs, les liens entre le TOP et les variables de fonctionnement familial, de même que l'importance de ces liens, n'ont été que peu couverts dans la littérature scientifique. L'apport de cette étude sur les connaissances scientifiques aide donc à aiguiller l'intervention auprès des enfants manifestant un TOP et leur famille.

Cette étude permet d'étudier l'apport de plus de sept variables familiales susceptibles d'avoir un effet sur le TOP, couvrant ainsi les quatre dimensions du fonctionnement familial (Pauzé et Petitpas, 2013) qui touchent l'enfant de façon proximale (dynamique des relations familiales, dynamique des opérations familiales, communication et structure familiale). Les études recensées ne s'intéressant en moyenne qu'à deux de ces quatre dimensions, cette recherche permet de faire ressortir

l'importance relative de chacune des variables étudiées et ainsi de préciser l'intervention à privilégier auprès des enfants présentant un TOP.

En résumé, les résultats de l'étude montrent que les enfants ayant un TOP vivent dans des familles où le fonctionnement familial général (qui inclut entre autres la communication), la relation entre le parent et l'enfant, l'engagement parental, la supervision et la discipline sont tous plus problématiques que chez les familles des enfants du groupe témoin. Les enfants ayant un TOP vivraient aussi davantage dans des familles où il y a eu séparation ou divorce que les enfants du groupe témoin. On peut convenir que les familles d'enfants ayant un TOP sont clairement confrontées à des problèmes de fonctionnement familial.

La majorité des études s'étant intéressées à la relation entre le parent et l'enfant rapportait des résultats semblables à ceux de cette étude (Bornovalova et *al.*, 2010; Greene et *al.*, 2002; Harvey et Metcalfe, 2012; Lavigne et *al.*, 2012; Lindahl, 1998 et Rydell, 2010). Ces auteurs précisent qu'en comparaison aux familles d'enfants sans TOP, les familles d'enfants ayant un TOP présentaient davantage de relations conflictuelles. Malgré cela, les résultats de cette recherche se distancient tout de même de ce que certains auteurs rapportaient (Harvey et *al.*, 2011; Kolko et *al.*, 2008 et Kuperman et *al.*, 1999). Certaines limites des études recensées, telles qu'un accord interjuge assez faible dans la mesure de la relation entre le parent et l'enfant (Harvey et *al.*, 2011) peuvent peut-être expliquer l'écart entre les constats émis par cette étude et ceux des autres auteurs (Harvey et *al.*, 2011; Kolko et *al.*, 2008 et Kuperman et *al.*, 1999). Quant à l'engagement parental, ressortant comme étant significativement plus faible chez les enfants présentant un TOP dans cette étude, un plus grand nombre d'études rapportaient des résultats divergents de ceux-ci (Harvey et *al.*, 2011; Kolko et *al.*, 2008; Kuperman et *al.*, 1999; Lindahl, 1998) que de résultats similaires (Harvey et Metcalfe, 2012; Lavigne et *al.*, 2012). Dans l'ensemble, ces études rapportaient des mesures d'engagement parental obtenues par des instruments tous différents et dans certains cas, basés sur des outils de mesure présentant des qualités

psychométriques acceptables seulement (Kuperman et *al.*, 1998). Cela met en lumière l'importance de l'utilisation d'instruments standardisés ayant des qualités psychométriques démontrées, tels que ceux utilisés pour cette étude (voir le Chapitre 3).

Par ailleurs, il ressort de la présente étude que les familles d'enfants ayant un TOP manifestent significativement plus de difficulté à superviser leurs enfants que les enfants du groupe témoin. Alors que Lavigne et *al.* (2012) soutiennent des constats similaires, Frick et *al.* (1992) ainsi que Harvey et *al.* (2011) ne relevaient pas de différence entre les enfants ayant un TOP et ceux d'un groupe témoin. Il demeure intéressant de souligner que le groupe témoin de ces études incluait des enfants sans TOP, mais référés pour d'autres problématiques telles qu'un TDAH ou un trouble anxieux. Le groupe témoin utilisé dans la présente étude a été formé en s'assurant de l'absence de problèmes de comportements ainsi que de l'absence de services pour des difficultés émotionnelles et comportementales, s'assurant ainsi d'une plus grande validité interne de l'étude.

Les familles divorcées ou monoparentales étant largement plus nombreuses chez les enfants ayant un TOP que chez les enfants du groupe témoin, la structure familiale, au-delà des autres variables familiales, demeure importante à considérer. Dans la recension des écrits, deux études retenaient que le divorce des parents était significativement lié à un nombre de symptômes du TOP plus élevé chez les enfants (garçons et filles [Bornovalova et *al.*, 2013] ou filles seulement [Rydell, 2010]). Les autres études s'y intéressant (Cunningham et Boyle, 2002; Harvey et *al.*, 2011) ne ressortaient pas l'importance de cette variable familiale lorsque mise en relation avec le TOP à l'enfance. Il est intéressant de noter que les enfants des échantillons de Cunningham et Boyle (2002) et Harvey et *al.* (2011) étaient particulièrement plus jeunes (3,5 ans en moyenne) que les enfants de cette étude ou de celles qui corroboraient les présents résultats (9 à 11 ans en moyenne). Il pourrait être pertinent,

lors de futures recherches, de se pencher sur l'impact relatif de la structure familiale chez les enfants, selon qu'ils soient d'âge scolaire ou préscolaire.

Les analyses multivariées réalisées en un deuxième temps permettent ensuite de pousser la réflexion plus loin et évoquent le fait que parmi les variables familiales significativement liées au TOP chez les enfants, certaines d'entre elles sont particulièrement importantes à considérer. La qualité de la relation entre le parent et l'enfant ainsi que la structure familiale s'avèrent particulièrement prédictives de l'appartenance au groupe d'enfants ayant un TOP ou au groupe témoin. En fait, il ressort de cette étude qu'une relation détériorée entre le parent et l'enfant ainsi que le fait de vivre dans une famille monoparentale ou recomposée qualifient particulièrement le groupe d'enfants ayant un TOP, en comparaison des enfants du groupe témoin. Une seule des études recensées dans la littérature (Kolko et *al.*, 2008) vérifiant l'effet de plusieurs variables familiales a tenté de cibler les variables les plus particulièrement liées au TOP chez les enfants. Cette démarche visant à cibler les variables les plus importantes offre un apport important pour les connaissances scientifiques, permettant éventuellement aux professionnels travaillant auprès des enfants ayant un TOP et leur famille d'ajuster l'aide offerte, particulièrement dans des contextes de courts épisodes de services.

Enfin, la présente étude a aussi porté sur l'effet modérateur du sexe dans l'identification des variables familiales associées à la présence d'un TOP chez les enfants. En fait, le recours à un échantillon clinique a facilité le recrutement d'un nombre plus important d'enfants, et plus particulièrement de filles, présentant un TOP, ce qui a permis d'étudier l'influence des variables familiales chez les filles en comparaison des garçons. Cet aspect a très peu été documenté dans la littérature scientifique. Les résultats montrent que le sexe aurait un effet modérateur sur le lien entre la qualité de la relation parent-enfant et la présence d'un TOP chez l'enfant, alors qu'il n'influencerait pas les autres variables de fonctionnement familial. Si la qualité de la relation parent-enfant est davantage détériorée chez les enfants ayant un

TOP, cet effet serait plus marqué encore chez les filles. Ainsi, les filles qui présenteraient davantage de difficultés sur le plan de la relation parent-enfant auraient plus de risque d'appartenir au groupe d'enfants ayant un TOP. La seule étude (Kolko et al., 2008) s'étant intéressée spécifiquement aux différences entre les filles et les garçons ayant un TOP sur le plan des relations familiales rapporte des résultats divergents. Ainsi, selon Kolko et al. (2008), non seulement il n'y aurait pas de lien significatif entre le TOP et la relation parent-enfant, mais ces résultats ne seraient pas différents selon qu'on s'intéresse aux garçons ou aux filles. La légère différence du nombre de filles participant à l'étude, l'échantillon provenant partiellement d'une population générale pour Kolko et al. (2008) ainsi que la différence d'instruments de mesure de la relation entre le parent et l'enfant (*FACES II* [Olson, Porter et Bell, 1982]) pourraient expliquer en partie la différence de résultats. Parallèlement, sur le plan de d'autres problématiques telles que la dépression ou le TC, qui surviennent d'ailleurs fréquemment en cooccurrence avec le TOP (Angold, Costello et Erkanli, 1999), il est intéressant de constater que certains auteurs (Davies et Windle, 1997; Picarou, 2015; Zahn-Waxler et al., 2006; Zahn-Waxler, Shirtcliff et Marceau, 2008) soulèvent aussi que la relation entre le parent et l'enfant affecterait d'avantage les filles que les garçons. Une plus grande importance accordée aux relations interpersonnelles et aux difficultés familiales semble être manifestée par les filles, davantage que par les garçons, et c'est ce qui pourrait partiellement expliquer (Davies et Lindsay, 2004) les résultats de la présente étude.

Si la structure familiale et la relation entre le parent et l'enfant, particulièrement chez les filles, sont à cibler dans la problématique à l'étude, les autres variables familiales ne sont pas à oublier pour autant. À la lumière de ces constats, une intervention familiale auprès d'une clientèle ayant un TOP est non seulement nécessaire, mais devrait idéalement toucher à chacune des sphères identifiées par la présente étude, tout en étant flexible et ajustée aux besoins particuliers des familles concernées.

L'approche de la thérapie familiale, telle que définie par Bowen (1971), s'appuie sur le principe que des changements apportés au fonctionnement d'une personne dans une famille provoquent des changements dans le fonctionnement des autres membres de cette famille. Ainsi, en aidant les parents à modifier et améliorer leur fonctionnement et leurs pratiques parentales, l'impact peut s'observer sur le fonctionnement des enfants et sur leurs comportements. Au chapitre des programmes d'entraînement aux habiletés parentales, *Ces Années Incroyables* (Webster-Stratton, 2012) a été largement reconnu dans la littérature (Menting, de Castro et Matthys, 2013). Ce programme porte sur la relation entre le parent et l'enfant et sur les différentes compétences parentales qui incluent les variables analysées dans la présente étude (supervision, discipline et engagement parental). Webster-Stratton énonce l'importance de miser sur le développement de la relation harmonieuse entre le parent et l'enfant ainsi que sur l'apprentissage de stratégies éducatives efficaces pour prévenir les troubles de comportement chez les enfants. En se basant sur les résultats, il pourrait donc être intéressant, pour l'intervention, de cibler en premier lieu le développement d'une relation de confiance entre le parent et l'enfant pour ensuite utiliser cette relation plus harmonieuse afin d'adresser l'engagement, la discipline ou la supervision parentale. Bien que la relation entre le parent et l'enfant semble avoir légèrement plus d'importance chez les filles, elle est tout de même particulièrement significative chez les garçons. L'ordre de priorité de l'intervention pour traiter la problématique du TOP demeurerait donc le même pour chacun des sexes. Tout compte fait, la priorisation de l'amélioration de la relation entre le parent et l'enfant pourrait ainsi être utilisée comme pierre angulaire afin de travailler chacune des autres variables familiales ayant un impact sur le TOP chez les enfants. Évidemment, considérant que la présente étude ait porté sur un large échantillon où l'âge des enfants variait de 6 à 13 ans, il demeure important de spécifier qu'il est plus que nécessaire d'adapter la façon de travailler la relation parent-enfant ou les différentes variables de fonctionnement familial en fonction du niveau développemental des enfants par rapport à leur âge. À titre d'exemple, une supervision parentale adéquate



variera selon que l'enfant a 6 ou 13 ans; l'heure de rentrée ou les règles familiales se doivent d'être adaptées au niveau de développement de l'enfant.

Malgré les forces de cette étude, certaines limites restent importantes à mettre en lumière. Premièrement, il est reconnu que l'utilisation d'un échantillon clinique, comme dans le cas de cette recherche, implique une plus grande sévérité des troubles présentés et des difficultés associées (Angold et *al.*, 1999; Waschbusch, 2002). Il faut donc être prudent quant à la généralisation des résultats à l'ensemble des enfants présentant un TOP. Toutefois, qu'il y ait une exacerbation ou non des difficultés dans un échantillon clinique, la réalité de ces enfants qui reçoivent des services scolaires pour leurs problèmes de comportement est telle qu'elle nécessite des interventions non seulement en milieu scolaire, mais aussi sur le plan familial. Il semble incontournable de tenir compte des variables de fonctionnement familial lors de l'intervention auprès de ces enfants que ce soit pour résorber ou prévenir l'aggravation de ces problèmes.

Par ailleurs, malgré la volonté d'avoir dressé un portrait le plus exhaustif possible des variables familiales, certaines d'entre elles, qui pourraient aussi être associées à la présence d'un TOP chez les enfants, n'ont pas pu être étudiées. Par exemple, certains auteurs cités dans la recension des écrits relevaient l'importance de variables familiales telles que la communication, l'agression physique et l'agression verbale pour le développement ou le maintien du TOP chez les enfants (Bornovalova et *al.*, 2013; Kolko et *al.*, 2008). Ces variables n'ont pu être investiguées de façon plus approfondie dans cette recherche, puisque ces données n'ont malheureusement pas été évaluées chez les enfants de l'échantillon. Malgré que la communication ait été mesurée en étant comprise dans la variable de fonctionnement familial global, un manque de précision demeure concernant son impact sur le TOP à l'enfance. Puis, certaines caractéristiques personnelles aux enfants ou aux parents participants ont pu influencer les variables familiales étudiées (p. ex.: problèmes de santé mentale des parents). Ces caractéristiques pourraient éventuellement être étudiées, lors de futures

recherches, en association avec les variables familiales afin déterminer leur contribution unique et cumulée. Des recommandations plus complètes pour l'intervention auprès d'une clientèle d'enfants ayant un TOP en ressortiraient.

Enfin, il serait intéressant, lors d'éventuelles études, d'approfondir les connaissances sur le lien entre les variables de fonctionnement familial et le TOP en tenant compte de la possible cooccurrence avec d'autres troubles. Par exemple, le TOP survient souvent en cooccurrence avec le TDAH, le TC (Lapalme et Déry, 2010), mais aussi avec la dépression (Angold et *al.*, 1999). Il se pourrait que des variables familiales soient plus spécifiques au TC ou à la dépression chez ces enfants ayant un TOP. Toutefois, en contrôlant pour la présence d'un TDAH, un des troubles qui survient le plus fréquemment en cooccurrence avec le TOP (Biederman et *al.*, 1996; Maughan et *al.*, 2004), cette étude permet, au moins, de distinguer les variables familiales associées au TOP de celles qui seraient plutôt associées au TDAH. Pour terminer, les prochaines études portant sur le lien entre les variables de fonctionnement familial et le TOP chez les enfants pourraient bénéficier de l'usage d'un échantillon populationnel afin de pouvoir généraliser les résultats à toutes les familles composant avec cette problématique relationnelle répandue.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R* (3e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angold, A., Costello, E. J. et Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Bebbington, P. E., Brewin, C. R., Marsden, L., Lesage, A. D. et Lesage, A. (1996). Measuring the need for psychiatric treatment in the general population: The community version of the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 26(2), 229-236.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., et al. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1193-1204.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M. et Horwood, L. J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: Evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125-1133.
- Bornovalova, M. A., Blazei, R., Malone, S. H., McGue, M. et Iacono, W. G. (2013). Disentangling the relative contribution of parental antisociality and family discord to child disruptive disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(3), 239-246.
- Bowen, M. (1972). Family therapy and family group therapy. *In Group treatment of mental illness*. New York: E. P. Dutton.

- Breton, J., Bergeron, L., Valla, J., Berthiaume, C. et St-Georges, M. (1998). Diagnostic interview schedule for children (DISC-2.25) in Quebec: Reliability findings in light of the MECA study. *Journal of The American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174.
- Burke, J. D., Loeber, R. et Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal Of The American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275-1293.
- Byles, J., Byrne, C., Boyle, M. H. et Offord, D. R. (1988). Ontario Child Health Study: Reliability and validity of the General Functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, 27(1), 97-104.
- Cheung, P. L. et Hudson, W. W. (1982). Assessment of marital discord in social work practice: a revalidation of the Index of Marital Satisfaction. *Journal Of Social Service Research*, 5(1/2), 101-118.
- Choca, J.P., Shanley, L.A. et Van Denburg, E. (1992). *Interpretative Guide to the Millon Clinial Multiaxial Inventory*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cunningham, C. E. et Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 555-569.
- Davies, P.T. et Windle, M. (1997). Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology*, 33(4), 657-68.
- Davies, P.T. et Lindsay, L.L. (2004). Interparental conflict and adolescent adjustment: Why does gender moderate early adolescent vulnerability? *Journal of Family Psychology*, 18(1), 160-170.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11), 769-75.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R. et Verlaan, P. (2007). Difficultés de comportement, adaptation scolaire et parcours dans les services, Rapport de recherche. *Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE)* Université de Sherbrooke.

- Epstein, N. B., Bishop, D. S. et Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(4), 19-31.
- Fournier, L., Lesage, A. D., Toupin, J. et Cyr, M. (1997). Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: A Montreal catchment area study. *The Canadian Journal Of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 42(7), 737-743.
- Frick, P. J. (1991). *The Alabama Parenting Questionnaire*, University of Alabama.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G. et Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(1), 49-55.
- Goncalves, A. A., Woodward, M. J. et Millon, T. (1994). Millon Clinical Multiaxial Inventory-II. In M. E. Maruish, M. E. Maruish (Eds.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (p. 161-184). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Greene, R. W. et Doyle, A. E. (1999). Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: Implications for assessment and treatment. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 2(3), 129-148.
- Greene, R. W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M. C., Goring, J.C. et Faraone, S.V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1214-1224.
- Grych, J.H., Seid, M. et Fincham, F.D. (1992). Assessing marital conflict from the child's perspective: The Children's Perception of Interparental Conflict Scale. *Child Development*, 63, 558-572.
- Harvey, E. A. et Metcalfe, L. A. (2012). The interplay among preschool child and family factors and the development of ODD symptoms. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(4), 458-470.
- Harvey, E. A., Metcalfe, L. A., Herbert, S. D. et Fanton, J. H. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(6), 784-795.
- Kaplan, H. B. et Liu, X. (1999). Explaining transgenerational continuity in antisocial behavior during early adolescence. In P. Cohen, C. Slomkowski et L. N. Robins

- (Eds.), *Historical and geographical influences on psychopathology* (p. 163-191). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. et Burke, J. D. (2008). Clinically referred ODD children with or without CD and healthy controls: Comparisons across contextual domains. *Journal of Child and Family Studies*, 17(5), 714-734.
- Kabacoff, R. I., Miller, I. W., Bishop, D. S., Epstein, N. B. et Keitner, G. I. (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. *Journal Of Family Psychology*, 3(4), 431-439.
- Kuperman, S., Schlosser, S. S., Lidral, J. et Reich, W. (1999). Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 686-692.
- Lahey, B. B. et Waldman, I. D. (2003). A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt et A. Caspi (dir.), *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency* (p. 76-117). New York, NY, US: Guilford Press.
- Lahey, B. B., Waldman, I. D. et McBurnett, K. (1999). The development of antisocial behavior: An integrative causal model, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 669-682.
- Lapalme, M. et Déry, M. (2008). Caractéristiques associées au trouble oppositionnel, au trouble des conduites et à leur cooccurrence. *Santé mentale au Québec*, 33(2), 185-206.
- Lapalme, M. et Déry, M. (2009). Nature et gravité du trouble de l'opposition avec provocation et du trouble des conduites selon qu'ils surviennent ensemble ou séparément chez l'enfant. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 605-613.
- Lapalme, M. et Déry, M. (2010). Évolution du trouble d'opposition et du trouble des conduites au cours de l'enfance. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 42(1), 14-23.
- Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B. et LeBailly, S. A. (2012). A multi-domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. *Journal of abnormal child psychology*, 40(5), 741-757.
- Lindahl, K. M. (1998). Family process variables and children's disruptive behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 12(3), 420-436.

- Loeber, R., Burke, J. D. et Pardini, D. A. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 291-310.
- Marcotte, D., Fortin, L., Royer, É., Potvin, P. et Leclerc, D. (2001). L'influence du style parental, de la dépression et des troubles du comportement sur le risque d'abandon scolaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(3), 687-712.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. et Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609-621.
- Menting, A., de Castro, B. O., et Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 901-913.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P. et Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males : Natural history form ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology*, 8, 399-424.
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course-persistent and adolescent-limited antisocial behavior. In D. Cicchetti et D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology : Vol. 3. Risk, disorder and adaptation* (pp. 570–598). New York : Wiley.
- Moffitt, T. E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10 year research review and a research agenda, In B.B. Lahey, T.E. Moffitt, A. Caspi (eds.), *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency* (p.49-75). NewYork: Guilford Press.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. et Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 48(7), 703-713.
- Olson, D., Porter, J., et Bell, R. Q. (1982). FACES II: Family adaptability and cohesion evaluation scales. St. Paul, Minnesota: University of Minnesota.
- Pauzé, R. et Petitpas, J. (2013). *Évaluation du fonctionnement familial : État des connaissances*. Médecine Hygiène.

- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E. et Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal Of Abnormal Psychology, 119*(4), 726-738.
- Rydell, A. (2010). Family factors and children's disruptive behavior: An investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 45*(2), 233-244.
- Schwab-Stone, M., Fisher, P., Piacentini, J., Shaffer, D., Davies, M. et Briggs, M. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*(3), 651-657.
- Shelton, K. K., Frick, P. J. et Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal Of Clinical Child Psychology, 25*(3), 317-329.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal Of Marriage And The Family, 41*(1), 75-88.
- Valla, J. P., Breton, J. J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., St-Georges, M. et al. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. rapport de synthèse*. Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin, 128*(1), 118-150.
- Webster-Stratton, C. (2012). *Collaborating with Parents to Reduce Children's Behavior Problems: A book for Therapists Using the Incredible Years Programs*. Seattle, United States of America: Incredible Years Press.
- Zahn-Waxler, C., Crick, N. R., Shirtcliff, E. A., et Woods, K. E. (2006). The origins and development of psychopathology in females and males. In D. Cicchetti, D. J. Cohen, D. Cicchetti, D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 1: Theory and method (2nd ed.)* (p. 76-138). Hoboken, NJ, US: John Wiley and Sons Inc.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. et Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review Of Clinical Psychology, 4*, 275-303.



**ANNEXE A**  
**GRILLES RÉSUMÉ DES ÉTUDES RECENSÉES**

<b>Référence</b>	Boden, J. M., Fergusson, D. M. et Horwood, L. J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: Evidence from a new zealand birth cohort. <i>Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i> , 49(11), 1125-1133.
<b>Objectifs</b>	Examiner les relations entre les antécédents familiaux et l'évolution du nombre de symptômes du TOP à un ou l'autre des deux temps de mesure utilisés chez les enfants de 15 à 16 ans.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Étude populationnelle, avec échantillon recruté à la naissance, <b>Nombre de participants:</b> 926 adolescents, dont les répondants sont les adolescents eux-mêmes et leurs mères, <b>Âge:</b> 15 à la première mesure et 16 ans à la seconde, <b>Sexe (N):</b> Non indiqué
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Cette étude prend place dans une étude plus vaste longitudinale, où l'on utilise deux temps de mesure (à 15 et 16 ans) pour examiner le lien entre les antécédents et le nombre de symptômes du TOP à un moment ultérieur.
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Nombre de symptômes du TOP évalué selon le <i>Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)</i> (Costello, Edelbrock, Kalas, Kessler et Klaric, 1982) complété par l'adolescent lui-même, et selon les réponses de la mère au <i>Revised Behavior Problems Checklist (RBPC)</i> (Quay et Peterson, 1987), ces outils étant basés sur le DSM-III-R. Aussitôt qu'un symptôme est rapporté soit par l'adolescent ou la mère, à un ou l'autre des temps de mesure, il est considéré comme présent (méthode sensible). <b>Fonctionnement familial:</b> - Structure familiale: nombre de changement de structure familiale de 0 à 14 ans, - Dynamique des opérations familiales: score d'exposition à l'abus et à la violence interpersonnelle (incluant l'agression sexuelle et la punition corporelle vécue par l'enfant ainsi que l'exposition à la violence conjugale) lorsque l'enfant avait de 0 à 16 ans.
<b>Type d'analyses</b>	Des analyses de régression pour prédire le nombre de symptômes du TOP, prédicteur à la fois.
<b>Résultats</b>	- Structure familiale: Le nombre de changements de structure familiale entre 0 et 14 ans est un prédicteur significatif du nombre plus élevé de symptômes du TOP à l'adolescence. - Dynamique des opérations familiales: l'exposition à l'abus et à la violence interpersonnelle (l'agression sexuelle, la punition corporelle et l'exposition à la violence conjugale) est un prédicteur significatif du nombre plus élevé de symptômes du TOP à l'adolescence.
<b>Limites</b>	- Le nombre de filles et de garçons n'est pas spécifié et on ne distingue pas ces groupes, ils sont traités ensemble, dans les mêmes analyses. - L'échantillon provenant de la population générale, une méthode très sensible comme celle utilisée pour identifier le nombre de symptômes du TOP peut mener à un questionnement quant à la réelle présence de symptômes chez les adolescents.

<b>Référence</b>	Bornovalova, M. A., Blazei, R., Malone, S. H., McGue, M. et Iacono, W. G. (2013). Disentangling the relative contribution of parental antisociality and family discord to child disruptive disorders. <i>Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment</i> , 4(3), 239-246.
<b>Objectifs</b>	<b>Objectif général:</b> Décrire la relation entre la sévérité des symptômes du TOP chez les préadolescents et l'antisocialité des parents, les facteurs parentaux et les relations conjugales des parents. <b>Sous-Objectif 1:</b> Examiner le lien entre les variables de fonctionnement familial et la sévérité du TOP en contrôlant pour le sexe de l'enfant, l'antisocialité des parents et l'effet de la coparentalité. <b>Sous-Objectif 2:</b> Examiner le lien entre les relations conjugales et le TOP en contrôlant l'antisocialité des parents et l'effet de la coparentalité.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> 1255 familles (avec jumeaux) issues d'une communauté représentative de la population du Minnesota. <b>Nombre de participants:</b> 2510 enfants, dont les répondants sont leurs parents biologiques (1240 mères et 1185 pères) <b>Âge:</b> tous les enfants avaient 11 ans <b>Sexe (N):</b> 1230 garçons, 1280 filles
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Transversal, comparaison de groupe (sous-objectif 1), association entre des variables (sous-objectifs 2 et 3) <b>Groupes:</b> 1- Mères antisociales (N=76) vs. mères non-antisociales (N=1164), 2- Pères antisociaux (N=338) vs. pères non-antisociaux (N=847)
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Nombre de symptômes du TOP selon le <i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents - Revised</i> (Reich et Weiner, 1988) transformés en scores t, donc un score de sévérité. Un symptôme est considéré comme présent sitôt que la mère ou l'enfant le rapporte (méthode sensible). Une moyenne de 1,52 (ET=1,75) symptômes. En score T, cela équivaut à une moyenne de 50 avec un écart type de 10. <b>Fonctionnement familial:</b> - Communication: score de communication parent-enfant - Structure familiale: divorce ou non, - Dynamique des relations familiales: conflits avec la mère et avec le père, - Dynamique des opérations familiales: utilisation de la punition corporelle par la mère et par le père. <b>Covariables:</b> Sexe des enfants, effet de la coparentalité (parents biologiques séparés ou, divorcés mais qui s'occupent tous les deux de leurs enfants communs), antisocialité des parents (parfois pris comme variable contrôle, soit pour le sous-objectif 1).
<b>Type d'analyses</b>	Pour sous-objectif 1: Comparaison, Test T pour échantillon indépendant Pour sous-objectif 2 et 3: Régressions linéaires (Log-linear Poisson mixed-level regression model)
<b>Résultats</b>	<b>Sous-Objectif 1:</b> -Dynamique des relations familiales: Que l'on contrôle ou non pour les covariables (sexe, effet de la coparentalité et antisocialité des parents), les variables de relations familiales (conflits avec la mère et le père) sont significativement associées à un score plus élevé de sévérité du TOP. -Dynamique des opérations familiales: L'utilisation de la punition corporelle par la mère est significativement liée à un score plus élevé de sévérité du TOP, alors que celle du père ne l'est pas. - Des scores de communication mère-enfant et père-enfant plus faibles sont significativement liés à un nombre de symptômes plus élevé de TOP. * Dans l'ensemble, les liens entre les variables familiales liées à la mère et la sévérité du TOP sont plus forts que les liens avec les variables liées au père. <b>Sous-Objectif 2:</b> Structure familiale: La présence de divorce est significativement liée à un nombre de symptômes plus élevés chez les enfants.
<b>Limites</b>	On retrouvait chez les enfants une moyenne de 1,52 symptômes du TOP, ce qui est peu pour faire ressortir des conclusions généralisables à une population d'enfants avant un diagnostic de TOP.

<b>Référence</b>	Cunningham, C. E. et Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. <i>Journal of abnormal child psychology</i> , 30(6), 555-569.
<b>Objectifs</b>	<b>Sous-objectif 1:</b> Comparer un groupe d'enfants étant considéré à risque de TOP à un groupe d'enfants dits «normaux» (groupe contrôle) sur le plan des variables de fonctionnement familial. <b>Sous-objectif 2:</b> Parmi les enfants à risque de TOP, comparer les garçons et les filles sur le plan des pratiques parentales.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Enfants recrutés dans pré-maternelles de Hamilton, Ontario <b>Nombre de participants:</b> 129 enfants, dont les répondants sont les mères <b>Âge:</b> 4 ans <b>Sexe (N):</b> 60 garçons, 69 filles
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> transversal <b>Groupes d'intérêt pour la présente étude:</b> (groupe TDAH (N=24) et groupe TDAH +TOP (N=52) exclus) 1- Groupe d'enfants à risque de TOP (N=18, dont 7 garçons et 11 filles), 2- Groupe d'enfants dits «normaux» (groupe contrôle) (N=35, dont 15 garçons et 20 filles)
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Présence ou non du TOP selon le <i>Disruptive Behavior Disorders (DBD) Scale</i> (Pelham, Gnagy, Greenslade et Milich, 1992) basé sur une échelle du DSM-III, et selon le score au <i>Home situations Questionnaire</i> (Barkley et Edlebrock, 1987) (considéré comme étant à risque de TOP si le score de l'enfant se trouve à un écart type de 1,5 au-dessus de la moyenne), questionnaires complétés par parent ou professeur (méthode sensible). Comme les enfants considérés comme à risque de TOP répondent aux mêmes critères nécessaires à obtenir un diagnostic officiel, ils seront considérés comme faisant partie d'un groupe TOP pour la présente étude. <b>Fonctionnement familial:</b> - Structure familiale: nombre d'enfants dans la famille, monoparentalité, - Dynamique des opérations familiales: pratiques parentales (contrôlantes/négatives ou positives/préventives) * À partir de différentes dimensions (relations familiales, communication et résolution de problème), on utilise le <i>Family Assesment Device</i> (Epstein, Baldwin et Bishop, 1983) pour donner un score total au fonctionnement familial.
<b>Type d'analyses</b>	Manova et Anova avec comparaisons post hoc où l'on porte attention aux différences entre le groupe contrôle et le groupe TOP seulement
<b>Résultats</b>	<b>Sous-Objectif 1:</b> - Structure familiale: Pas de différence significative chez les deux groupes concernant le nombre d'enfants par famille et le taux de monoparentalité. - Dynamique des opérations familiales: Les mères d'enfants du groupe TOP rapportaient significativement plus de pratiques contrôlantes et négatives et moins de pratiques positives et préventives que les mères du groupe contrôle. <b>Sous-objectif 2:</b> Dynamique des opérations familiale: À première vue, les mères récompensaient et louangeaient les filles davantage que les garçons, mais la différence n'était pas significative.
<b>Limites</b>	- Échantillon de très petite taille - Pas de distinction entre les résultats des filles et des garçons

<b>Référence</b>	Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Christ, M. A. G. et Hanson, K. (1992). Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: Parental psychopathology and maternal parenting. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 60(1), 49-55.
<b>Objectifs</b>	Comparer un groupe d'enfants ayant un TOP (sans TC) à un groupe d'enfant n'ayant pas de TOP (ni de TC) sur le plan des variables de fonctionnement familial.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Population cliniquement référée pour comportements perturbateurs au <i>Western Psychiatric Institute and Clinic of Pittsburgh</i> , au <i>Georgia Children's Center for Psychological Assessment in Athens</i> et au <i>Emory Clinic in Atlanta</i> . <b>Nombre de participants:</b> 177 enfants dont les répondants sont l'enfant, le parent et l'enseignant <b>Âge:</b> 7 à 12 ans (moyenne de 9 ans et 6 mois) <b>Sexe (N):</b> 177 garçons, 0 fille
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Transversal (utilisation des données de la première année d'une étude longitudinale de 3 ans), <b>Groupes d'intérêt pour cette étude:</b> (Groupe TC exclu (N=68)) 1- Groupe d'enfants avec TOP (N= 70), 2- Groupe d'enfants sans TOP/TC (groupe contrôle) (N=39).
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Présence ou non de diagnostic selon le <i>DISC</i> (Costello, Edelbrock, Kalas et Dulcan, 1984), basé sur DSM-III-R, répondu par les enfants, leur parent et leur enseignant. Le diagnostic est considéré comme présent si le nombre minimal de symptômes (4) est rapporté soit par le parent ou l'enseignant (méthode sensible). <b>Fonctionnement familial:</b> - Dynamique des opérations familiales: Présence ou absence de problème de supervision et de discipline, ces variables étant toutes mesurées auprès de la mère. <b>Covariables:</b> âge, statut socio-économique
<b>Type d'analyses</b>	Chi-Carré
<b>Résultats</b>	- Dynamique des opérations familiales: Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur le plan du score de supervision de la mère, de temps passé et de discussion entre la mère et l'enfant et de discipline instaurée par la mère. * En contrôlant pour l'âge, le statut socio-économique et l'origine ethnique, tous les résultats demeuraient les mêmes, sauf pour l'abus de substance chez le père, où la différence entre le groupe TOP et le groupe contrôle n'était plus significative.
<b>Limites</b>	- Le groupe contrôle, tout de même référé, est composé d'enfants qui ont soit un TDAH, des troubles anxieux ou aucun diagnostic. Seulement 13% du groupe contrôle ne présente pas de critères diagnostics. - Les résultats des relations entre les troubles de santé mentale des parents et les différents groupes doivent être nuancés, puisque le diagnostic du père est rapporté par la mère de l'enfant et non par le père lui-même. - L'échantillon étant entièrement composé de garçons.

<b>Référence</b>	Greene, R. W., et al., (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. <i>The American Journal of Psychiatry</i> , 159(7), 1214-24.
<b>Objectifs</b>	Comparer un groupe d'enfants ayant un diagnostic de TOP à un groupe d'enfants sans diagnostic de problème de santé mentale (groupe contrôle) sur le plan du fonctionnement familial.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Enfants et adolescents référés en pédopsychiatrie au <i>Massachusetts General Hospital</i> <b>Nombre de participants:</b> 1600, dont les répondants sont les mères <b>Âge:</b> Moyenne de 10,7 ans <b>Sexe (N):</b> 1165 garçons, 435 filles
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Transversal <b>Groupes d'intérêt pour la présente étude:</b> (groupe TOP+TC exclus, N=262) 1- Groupe d'enfants ayant un diagnostic de TOP (N= 643, dont 468 garçons et 175 filles), 2- Groupe d'enfants sans diagnostic de TOP ou TC (groupe contrôle) (N= 695, dont 487 garçons et 208 filles).
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Diagnostic donné aux enfants qui, selon une entrevue, répondent à tous les critères établis par le DSM-III-R pour obtenir un diagnostic. <b>Fonctionnement familial:</b> - Dynamique des relations familiales: cohésion ( <i>Family Environment Scale</i> , (Moos et Moos, 1974)), relation avec la mère, relation avec le père, problèmes avec les parents, activités avec la fratrie et problèmes avec la fratrie (selon une sous-échelle du <i>Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents</i> (John, Gammon, Prusoff et Warner, 1987). - Communication - Dynamique des opérations familiales: conflits <b>Covariables:</b> statut socio-économique et sexe.
<b>Type d'analyses</b>	Anova avec comparaisons post hoc où l'on porte attention aux différences entre le groupe contrôle et le groupe TOP seulement, en contrôlant le sexe et le statut socioéconomique.
<b>Résultats</b>	- Dynamique des relations familiales: le groupe TOP obtenait un score significativement plus faible que le groupe contrôle sur le plan de la relation avec la mère, la relation avec le père ainsi que les activités avec la fratrie. Les scores de problèmes avec la fratrie et avec les parents s'avéraient significativement plus élevés chez le groupe TOP que chez le groupe contrôle. Quant à la cohésion, elle s'avère significativement moins élevée chez le groupe TOP que chez le groupe contrôle. Le score à la variable des conflits est significativement plus élevé chez le groupe TOP que chez le groupe contrôle. - Quoique le score de la communication se trouve plus faible chez le groupe TOP que chez le groupe contrôle, la différence n'est pas significative. * Il n'y a pas de différence significative entre les résultats du groupe TOP et les résultats du groupe TOP+TC, donc qu'il y ait présence de TC ou non chez les enfants, les résultats restent les mêmes.
<b>Limites</b>	Le groupe contrôle est formé d'enfants référés en clinique psychiatrique, quoi qu'ils n'aient pas de diagnostic de TOP ou de TC, donc il s'agit probablement d'enfants qui ont une problématique de santé mentale autre. Cela peut aussi être un avantage, permettant de cibler des variables qui sont spécifiquement liés au TOP.

<b>Référence</b>	Harvey, E. A., Metcalfe, L. A., Herbert, S. D. et Fanton, J. H. (2011). The role of family experiences and ADHD in the early development of oppositional defiant disorder. <i>Journal of consulting and clinical psychology</i> , 79(6), 784-795.
<b>Objectifs</b>	Examiner les relations entre les variables familiales au temps 1 et l'évolution et le nombre de symptômes du TOP chez les enfants en âge préscolaire avec des problèmes de comportements 3 ans plus tard (temps 4).
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Échantillon à risque issu de différents milieux (envoi de questionnaires aux familles trouvées par recherche dans registres de naissances, bureau de pédiatres, centres de soins de l'enfant et centres communautaires). <b>Nombre de participants:</b> 199 enfants (présentant un score T de 65 ou plus à l'échelle des troubles extériorisés du BASC-PRS: Reynolds et Kamphaus, 1992) dont les répondants sont les parents (199 mères et 158 pères) <b>Âge:</b> 3 ans au premier temps de mesure et 6 ans au dernier temps de mesure <b>Sexe (N):</b> 107 garçons, 92 filles
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Longitudinal
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Nombre de symptômes du TOP (évalué selon le DISC-IV (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan et Schwab-Stone, 2000)). <b>Fonctionnement familial:</b> - Structure familiale: monoparentalité - Dynamique des relations familiales: implication affective (chaleur) de la mère, affect négatif chez la mère, implication affective (chaleur) du père, affect négatif chez le père - Dynamiques des opérations familiales: surréactivité de la mère, discipline inconstante chez la mère, surréactivité du père, discipline inconstante chez le père.
<b>Type d'analyses</b>	Analyse de trajectoire latente pour prédire l'évolution du TOP et le nombre de symptômes du TOP au temps 4, un prédicteur à la fois.
<b>Résultats</b>	- La structure familiale ne prédit pas de façon significative le nombre de symptômes du TOP au 4e temps de mesure. - Dynamique des relations familiales: - Chez la mère, un faible niveau d'affect négatif au 1er temps de mesure prédit de façon significative un nombre plus petit de symptômes du TOP chez les enfants au 4e temps de mesure, alors que l'implication affective (la chaleur) n'y serait pas significativement liée. - Chez le père, l'implication affective et l'affect négatif n'y sont pas liés. - Dynamique des opérations familiales: - Chez la mère, un faible niveau de surréactivité, au 1er temps de mesure prédit de façon significative un nombre plus petit de symptômes du TOP chez les enfants au 4e temps de mesure, alors que la discipline inconstante n'y serait pas significativement liée. Un niveau plus faible de surréactivité au temps 1 est aussi associé à une diminution de symptômes du TOP chez les enfants d'un temps de mesure à l'autre. - Chez le père, un faible niveau de surréactivité au temps 1 prédit de façon significative un nombre plus petit de symptômes du TOP chez les enfants au 4e temps de mesure, alors que la discipline inconstante n'y est pas liée. Un niveau plus faible de surréactivité au temps 1 est associé à une diminution de symptômes du TOP chez les enfants d'un temps de mesure à l'autre. Puis, la réduction de la surréactivité chez le père à travers les temps de mesure est aussi associée à une diminution de symptômes du TOP chez les enfants à travers les temps de mesure
<b>Limites</b>	- Accord interjuge assez faible pour la cotation des enregistrements audio (mesurant les variables d'implication affective de la mère, d'affect négatif de la mère, d'implication affective du père et d'affect négatif du père.) - Pas de distinction entre les résultats des filles et des garçons

<b>Référence</b>	Harvey, E. A. et Metcalfe, L. A. (2012). The interplay among preschool child and family factors and the development of ODD symptoms. <i>Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> , 41(4), 458-470.
<b>Objectifs</b>	Examiner les relations entre les variables de fonctionnement familial et le nombre de symptômes du TOP chez les enfants à chacun des temps de mesure dans un modèle de « <i>cross lagged pannels</i> ».
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Échantillon à risque issu d'une communauté représentative du Massachusetts (envoi de questionnaires aux familles trouvées par recherche dans registres de naissances, bureau de pédiatres, centres de soins de l'enfant et centres communautaires). <b>Nombre de participants:</b> 258 enfants, dont les répondants sont les parents (258 mères et 207 pères) <b>Âge:</b> tous les enfants avaient 3 ans au temps 1 et 6 ans au dernier temps de mesure <b>Sexe (N):</b> 138 garçons, 120 filles
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Longitudinal
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Nombre de symptômes du TOP (évalué selon le <i>Disruptive Behavior Rating Scale-Parent Version</i> (Barkley et Murphy, 1998), basé sur DSM-IV) <b>Fonctionnement familial:</b> - Dynamique des relations familiales: Implication affective et affect négatif chez la mère, implication affective et affect négatif chez le père - Dynamique des opérations familiales: discipline inconstante et surréactivité chez la mère et chez le père
<b>Type d'analyses</b>	Cross-lagged pannels: pour chacune des variables familiales, on a mis dans un même modèle de prédiction le nombre de symptômes de TOP aux 4 temps de mesure et les variables familiales aux 4 temps de mesure.
<b>Résultats</b>	-Dynamique des relations familiales: Un niveau d'implication affective (ou la chaleur) plus élevé de la mère prédit un nombre de symptômes du TOP plus faible chez les enfants à des les temps de mesure ultérieurs. - Dynamique des opérations familiales: Le niveau de discipline inconstante de la mère ne prédit pas le nombre plus élevé de symptômes du TOP chez les enfants aux temps de mesure ultérieurs, alors que la discipline inconstante du père la prédit. La surréactivité, tant chez la mère que chez le père, ne prédit pas significativement la présence de symptômes du TOP chez les enfants aux temps de mesure ultérieurs.  * Toutes les variables familiales, tant chez la mère que chez le père, sont significativement liées au nombre de symptômes de TOP chez les enfants lorsqu'analysés à l'intérieur d'un même temps de mesure.
<b>Limites</b>	Peu d'enfants présentent des symptômes du TOP dans l'échantillon (enfants ont en moyenne 1,07 à 1,12 symptômes, selon le temps de mesure, ce qui est peu pour faire ressortir des conclusions généralisables à une population d'enfants ayant un diagnostic de TOP.). On voit donc des associations, mais il est possible qu'on prédise des comportements normatifs.



<b>Référence</b>	Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. et Burke, J. D. (2008). Clinically referred ODD children with or without CD and healthy controls: Comparisons across contextual domains. <i>Journal of Child and Family Studies</i> , 17(5), 714-734.	
<b>Objectifs</b>	<p><b>Sous-Objectif 1:</b> Comparer le groupe d'enfants ayant un TOP (sans TC) à un groupe d'enfants dits en «santé» (groupe contrôle) sur le plan des variables de fonctionnement familial.</p> <p><b>Sous-Objectif 2:</b> Afin de vérifier si les résultats s'appliquent aussi aux filles, l'étude vise aussi à comparer le groupe de filles ayant un TOP (<math>\pm</math>TC) au groupe de filles dites en «santé» (groupe contrôle) sur le plan des mêmes variables de fonctionnement familial.</p>	
<b>Échantillon</b>	<p><b>Population source:</b> 176 enfants cliniquement référés et 69 considérés comme étant en santé</p> <p><b>Nombre de participants:</b> 245 enfants, dont les répondants sont les enfants eux-mêmes, 211 mères biologiques, 22 pères biologiques et 12 autres sont les membres de la famille ou les parents adoptifs</p> <p><b>Âge:</b> Moyenne de 9 ans (enfants avaient entre 6 et 11 ans)</p> <p><b>Sexe (N):</b> 199 garçons et 46 filles</p>	
<b>Devis</b>	<p><b>Type de devis:</b> Transversal</p> <p><b>Groupes d'intérêt pour l'étude:</b> (groupe TOP+TC exclus (N=40))</p> <p><b>Sous-objectif 1:</b></p> <p>1- Groupe d'enfants ayant un TOP seulement (N=136),</p> <p>2- Groupe d'enfants dits en «santé» (groupe contrôle) (N= 69).</p> <p><b>Sous-objectif 2:</b></p> <p>1- Groupe de filles qui présentent un TOP (<math>\pm</math>TC) (N=34),</p> <p>2- Groupe de filles dites en «santé» (groupe contrôle) (N=12).</p>	<b>2:</b>
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<p><b>TOP:</b> Diagnostic du TOP selon échelle du DSM-IV (K-SADS, Kaufman et <i>al.</i>, 1996)</p> <p><b>Fonctionnement familial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dynamique des opérations familiales: Score total de pratiques parentales rapporté par les enfants, agression psychologique, pratiques positives et pratiques négatives.</li> <li>- Dynamique des relations familiales: soutien de la famille et cohésion</li> </ul> <p><b>Covariables:</b> QI de l'enfant, résultat à l'échelle des problèmes d'attention (CBCL) et statut socioéconomique familial.</p>	
<b>Type d'analyses</b>	Mancova par dimension et ensuite, Ancova	
<b>Résultats</b>	<p><b>Sous-Objectif 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dynamique des opérations familiales: Le score à la variable d'agression psychologique était significativement plus élevé chez le groupe d'enfants avec un TOP que chez le groupe contrôle. Le score de pratiques positives était significativement plus faible chez le groupe d'enfants avec un TOP que chez le groupe contrôle. Le score total de pratiques parental rapporté par l'enfant et le score aux pratiques négatives ne différaient pas significativement d'un groupe à l'autre.</li> <li>- Dynamique des relations familiales : Il n'y avait pas de différence significative entre ces deux groupes au plan des variables de soutien de la famille, de cohésion et d'adaptation.</li> </ul> <p>* Les groupes TC+TOP et TOP seulement ne diffèrent significativement à aucune des variables, sauf pour l'hostilité où l'on remarque un score significativement plus élevé chez le groupe TC+TOP.</p>	

	<p><b>Sous-Objectif 2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dynamique des opérations familiales: Les parents des filles du groupe avec problèmes extériorisés rapportaient moins de pratiques parentales positives, plus d'agression psychologique et un score global de pratiques parental plus faible que les parents des filles du groupe contrôle, ces différences étant toutes significatives.</li> <li>- Dynamique des relations familiales: Aucune différence significative n'a été rapportée entre les deux groupes sur le plan du soutien familial, de la cohésion ou de l'adaptation.</li> <li>- Comparaison entre échantillon total et groupe de filles: Les résultats diffèrent d'une part sur le plan de l'hostilité, où les filles du groupe TOP ±TC vivent davantage d'hostilité de la part de leurs parents que les filles du groupe contrôle, alors qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe TOP et le groupe contrôle de l'échantillon global au sujet de l'hostilité. Chez les filles, le score total des pratiques éducatives s'avère significativement plus faible chez le groupe TOP ±TC que chez le groupe contrôle, alors qu'il n'y a pas de différence significative entre le groupe TOP et le groupe contrôle dans l'échantillon global. On retrouve par contre, dans l'échantillon global, un score plus élevé d'exposition à des événements de vie stressants chez les enfants du groupe TOP que chez les enfants du groupe contrôle, ce qui n'apparaît pas chez les filles, où il n'y a pas de différence significative entre le groupe TOP ±TC et le groupe contrôle à ce sujet.</li> </ul>
<b>Limites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le score total de pratiques parentales ne révèle par contre pas les résultats plus précis quant aux sous-échelles de l'APQ (p.ex.: supervision, encadrement, etc.</li> <li>- Comme il y avait un nombre peu élevé de filles, les auteurs ont dû combiner les groupes TOP+TC et TOP en un seul groupe pour le sous-objectif 2 (comparer résultats de l'échantillon complet aux résultats des filles seulement).</li> </ul>

<b>Référence</b>	Kuperman, S., Schlosser, S. S., Lidral, J. et Reich, W. (1999). Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. <i>Journal of the American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry</i> , 38(6), 686-692.
<b>Objectifs</b>	Vérifier les liens entre les dimensions personnelles et les dynamiques des relations familiales et le risque de développer un TOP chez les enfants.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Les enfants proviennent d'une population clinique de la <i>Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism (COGA)</i> menée par plusieurs universités de différents états des États-Unis (New-York, Connecticut, Indiana, Washington, Iowa et Californie). Le quart des enfants étaient considérés comme à faible risque alors que les trois autres quarts étaient considérés comme à haut risque de développer un trouble de santé mentale. <b>Nombre de participants:</b> 463 enfants et leurs parents comme répondants <b>Âge:</b> Non-indiqué <b>Sexe (N):</b> Non-indiqué
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Transversal <b>Groupes d'intérêt pour cette étude:</b> - Enfants avec TOP - Enfants sans TOP
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Présence ou non de diagnostic selon le <i>Child Semi-Structured Assesment for the Genetics of Alcoholim</i> qui se base de façon rapprochée sur le <i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents</i> (Reich et coll., 1982), basés sur le DSM-III-R. <b>Fonctionnement familial:</b> - Dynamique des relations familiales: Score d'implication affective.
<b>Type d'analyses</b>	Régressions logistiques avec procédure de pairage de données
<b>Résultats</b>	- Dynamique des relations familiales: Il n'y a pas de relations significative entre l'implication affective des parents (combinés) et le risque qu'un enfant aie un diagnostic de TOP.
<b>Limites</b>	Le nombre d'enfants pour chaque sexe ainsi que l'âge des enfants ne sont pas précisés. L'âge des enfants n'est pas indiqué, mais considérant les mesures utilisées, on suppose qu'ils avaient entre 7 et 18 ans.

<b>Référence</b>	Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B. et LeBailly, S. A. (2012). A multi-domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. <i>Journal of abnormal child psychology</i> , 40(5), 741-757.
<b>Objectifs</b>	Examiner les liens entre des variables de fonctionnement familial et le nombre de symptômes de TOP chez des enfants de 4 ans.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Population générale, échantillon recruté dans les bureaux de 23 pédiatres et 13 écoles publiques d'une grande région urbaine <b>Nombre de participants:</b> 796 enfants, les répondants étant les parents <b>Âge:</b> 4 ans en moyenne <b>Sexe (N):</b> 391 garçons, 405 filles
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> transversal et corrélationnel
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Un nombre de symptômes du TOP selon les réponses du parent en combinant les informations provenant des ces trois outils de mesure auto-complétés par le parents: a) <i>Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent-Scale - Young child version</i> (DISC-YC), b) <i>Child Symptom Inventory</i> (CSI) et c) <i>Eyberg Child Behavior Inventory</i> (ECBI). <b>Fonctionnement familial:</b> - Dynamique des relations familiales: Scores de conflits et de soutien familial (auto-rapportés par les mères), - Dynamique des opérations familiales: Score d'interaction parent-enfant (qui comprend le soutien, l'encadrement, l'assistance et la stimulation du parent envers l'enfant) (observé par assistants de recherche).
<b>Type d'analyses</b>	Modèle d'équations structurelles
<b>Résultats</b>	Toutes les variables de fonctionnement familial (dimensions personnelles et contextuelles, dynamique des relations familiales et dynamique des opérations familiales) ont un lien significatif avec le nombre de symptômes de TOP chez les enfants. Quand toutes les variables sont incluses dans un même modèle, on voit que certains liens sont directs, et d'autres, indirects. - Dynamique des relations familiales: Des scores de conflits familiaux plus élevés sont directement et significativement associés à un nombre plus élevé de symptômes de TOP chez les enfants. Sur le plan du score de soutien familial, un niveau plus élevé est directement et significativement lié à un nombre légèrement plus élevé de symptômes de TOP. Par contre, quand le soutien passe par l'autocontrôle de l'enfant, le nombre de symptômes de TOP s'avère significativement plus faible. - Dynamique des opérations familiales: Un score plus élevé d'interaction parent-enfant est directement et significativement lié à un nombre légèrement plus élevé de symptômes de TOP chez les enfants. Par contre, quand le soutien passe par l'attachement puis l'autocontrôle de l'enfant, le nombre de symptômes de TOP s'avère significativement plus faible.
<b>Limites</b>	- Des études longitudinales seront nécessaires pour expliquer les relations causales entre chacune des variables qui mènent indirectement aux symptômes de TOP chez les enfants - Aucune mesure n'est prise auprès de l'enfant directement, puisque trop jeune. - D'autres variables familiales devraient être incluses au modèle pour comprendre les liens de causalité qui mènent aux symptômes de TOP (ex: structure familiale, antisocialité et problèmes de consommation des parents, etc.). - L'étude ne présente pas les différences possibles de liens de causalité entre les garçons et les filles. - La notion de soutien familial se retrouve autant comme variable prise seule que comme composante de la variable interaction parent-enfant.

<b>Référence</b>	Lindahl, K. M. (1998). Family process variables and children's disruptive behavior problems. <i>Journal of Family Psychology</i> , 12(3), 420-436.
<b>Objectifs</b>	Comparer un groupe de garçons de 7 à 11 ans ayant un TOP (sans TDAH) à un group de garçons du même âge n'ayant pas de TOP (ni de TDAH) sur le plan des variables de fonctionnement familial.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Population générale (des pamphlets envoyés à tous les enfants de 1ère à 4e année de 20 écoles primaires), <b>Nombre de participants:</b> 110 enfants avec leurs parents comme répondants <b>Âge:</b> 7 à 11 ans (moyenne de 8 ans et 6 mois) <b>Sexe (N):</b> 110 garçons, 0 fille
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Transversal <b>Groupes d'intérêt pour cette étude:</b> (Groupe TDAH et groupe comorbide (TDAH+TOP) exclus (N=51)) 1- Groupe TOP (N=17) 2- Groupe sans Diagnostic (groupe contrôle) (N=42)
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Diagnostic de TOP selon les réponses des parents à une échelle diagnostic créée pour cette étude et basée sur le <i>ADHD Rating Scale</i> (DuPaul, 1990), mais ajustée en fonction des critères diagnostics retrouvés dans le DSM-III-R. <b>Fonctionnement familial:</b> - Dynamique des relations familiales: Scores de cohésion, de soutien parental, de rejet parental - Dynamique des opérations familiales: Scores de conflits, de demandes/commandes parentales, de style parental autoritaire et de discipline inconstante. <b>Covariable:</b> revenu familial
<b>Type d'analyses</b>	Mancova, puis tests univariés avec comparaison avec post-hoc
<b>Résultats</b>	- Dynamique des relations familiales: Les parents du groupe contrôle rapportaient un score significativement plus élevé de cohésion familiale et un score significativement plus faible de rejet/coercition parental que les parents du groupe TOP. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur le plan du soutien parental. -Dynamique des opérations familiales: Les scores de conflits et de discipline inconstante étaient significativement plus élevés chez les parents du groupe TOP que chez les parents du groupe témoin. Il n'y avait par contre pas de différence significative entre les groupes pour les variables de demandes/commandes parentales et de style autoritaire parental. *L'utilisation de la méthode multivariée permet de discerner des différences significatives entre les groupes, mais de façon univariée, on remarque des scores plus problématiques aux variables familiales chez le groupe TOP que chez le groupe témoin, mais sans parler de différences significatives.
<b>Limites</b>	- Petit échantillon pour chacun des groupes (ex: N=17 pour le TOP) - Échantillon seulement formé de garçons

<b>Référence</b>	Rydell, A. (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: An investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. <i>Social psychiatry and psychiatric epidemiology</i> , 45(2), 233-244.
<b>Objectifs</b>	Examiner la relation entre les variables familiales et le nombre de symptômes de TOP chez des enfants de 10 ans et vérifier l'interaction du sexe pour les variables de structure familiale et d'éducation de la mère.
<b>Échantillon</b>	<b>Population source:</b> Échantillon sélectionné dans population générale suédoise par envoi de questionnaires chez les familles de 2000 enfants de 10 ans. <b>Nombre de participants:</b> 1206 dont les répondants étaient les parents <b>Âge:</b> 10 ans <b>Sexe (N):</b> 627 garçons, 579 filles
<b>Devis</b>	<b>Type de devis:</b> Transversal <b>Groupes d'intérêt pour cette étude:</b> 1- Garçons 2- Filles
<b>Variables mesurées et instruments de mesure</b>	<b>TOP:</b> Nombre de symptômes de TOP établis selon les critères du DSM-IV <b>Fonctionnement familial:</b> - Structure familiale: familles intactes ou familles monoparentales/reconstituées, - Dynamique des relations familiales: nombre de conflits.
<b>Type d'analyses</b>	Régressions linéaires multiples en vérifiant l'interaction du sexe
<b>Résultats</b>	- Structure familiale: On ne retrouvait pas de lien significatif entre la structure familiale et le nombre de symptômes de TOP, sauf pour l'interaction du sexe féminin, où le lien était significatif. - Dynamique des relations familiales: Les conflits familiaux sont significativement associés à un nombre plus élevé de symptômes de TOP chez les enfants.
<b>Limites</b>	- Peu de résultats ont permis d'examiner l'effet du sexe sur les relations entre des variables familiales et le nombre de symptômes de TOP chez les enfants (niveau d'éducation de la mère et structure familiale seulement).

**ANNEXE B**  
**TABLEAU DES RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES**

Auteurs	Résultats des études recensées: association entre variables de fonctionnement familial et le TOP chez les enfants			
	Dynamique des relations familiales	Dynamique des opérations familiales	Communication	Structure familiale
Boden <i>et al.</i> , 2010				Nbr de changements de struct. fam. entre 0 et 14 ans.
Bornovalova <i>et al.</i> , 2013	Scores plus élevés de conflits avec mère et père	L'exposition à l'agression physique par la mère	Scores de communication mère-enfant et père-enfant plus faibles	Divorce des parents
	Dans l'ensemble, les liens entre les variables fam. liées à la mère et la sévérité du TOP sont plus forts que les liens avec les variables liées au père			
Cunningham et Boyle, 2002		- Nbr plus grand de pratiques négatives/contrôlantes par la mère - Nbr plus petit de pratiques positives/préventives par la mère		- Nbr enfants par famille - Monoparentalité
Frick <i>et al.</i> , 1992		- Supervision/encadrement par mère - Discipline inconstante de la mère	Communication mère-enfant	
Greene <i>et al.</i> , 2002	- Scores plus faibles de relation avec mère et père - Score plus élevé de prob. avec fratrie et parents - Cohésion plus faible - Score de conflits plus élevé		Score de communication	
Harvey, <i>et al.</i> , 2011	- Chez la mère: niveau plus élevé d'affect négatif et implication affective - Chez le père, l'implication affective et l'affect négatif	- Chez deux parents: niveau plus élevé de surréactivité et discipline inconstante		- Structure familiale
Harvey et Metcalfe, 2012	- Niveau plus faible d'implication affective (ou la chaleur) de la mère	- Niveau plus élevé de discipline inconstante du père - Discipline inconstante de la mère - Surréactivité des deux		



		<b>parents</b>		
Kolko et <i>al.</i> , 2008	- Sentiment d'hostilité, soutien familial et cohésion - Chez les filles seul.: mêmes résultats	- <b>Score plus élevé d'exposition à l'agression psychologique</b> - <b>Score de pratiques positives/préventives plus faible</b> - Score total de pratiques parentales - Score de pratiques négatives/contrôlantes - <b>Chez filles seul.: moins de pratiques parentales positives, plus d'exposition à l'abus (psychologique) et score total de pratiques parental faible</b>		
Kuperman et <i>al.</i> , 1999	- Implication affective			
Lavigne et <i>al.</i> , 2012	- <b>Scores de conflits familiaux plus élevés</b> - <b>Score plus élevé de soutien familial (sauf quand soutien passe par autocontrôle plus élevé de l'enfant)</b>	- <b>Score plus élevé de supervision/encadrement (sauf quand il passe par l'attachement et l'autocontrôle plus élevé de l'enfant)</b>		
<b>Toutes variables. ont un lien (direct ou indirect) sign. avec nbr. de sympt. TOP</b>				
Lindahl, 1998	- <b>Score plus faible de cohésion familiale</b> - <b>Score plus élevé de conflits</b> - <b>Score plus élevé de rejet parental</b> - Soutien familial	- <b>Score plus élevé discipline inconstante</b> - Demandes/commandes parentales - Style autoritaire parental.		
Rydell, 2010	- <b>Niveau plus élevé de conflits familiaux</b>			- Struct. fam. - <b>Chez les filles seul: struct. fam.</b>

Comm: communication; SSÉ: statut socio-économique; nbr: nombre; struct. fam: structure familiale; pers. antisoc.: personnalité antisociale; prob.: problèmes; seul.: seulement; évèn. vie nég/stress: évènements de vie négatifs et/ou stressants.