

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Caractéristiques familiales associées aux trois profils du trouble déficitaire de  
l'attention/hyperactivité chez les enfants âgés de 6 à 9 ans

par

Marie-Claude Richer

Mémoire présenté à la faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès arts (M.A.)

Psychoéducation

Septembre 2009

© Marie-Claude Richer, 2009



Library and Archives  
Canada

Published Heritage  
Branch

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque et  
Archives Canada

Direction du  
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*  
*ISBN: 978-0-494-61478-5*  
*Our file* *Notre référence*  
*ISBN: 978-0-494-61478-5*

**NOTICE:**

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

**AVIS:**

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

---

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

■+■  
**Canada**

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Caractéristiques familiales associées aux trois profils du trouble déficitaire de  
l'attention/hyperactivité chez les enfants âgés de 6 à 9 ans

Marie-Claude Richer

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-Josée Letarte

Directrice de recherche

Sylvie Normandeau

Autre membre du jury

Robert Pauzé

Autre membre du jury

Mémoire accepté le 15 septembre 2009

## RÉSUMÉ DE MÉMOIRE POUR DÉPARTEMENT

Ce mémoire par article s'intitule *Caractéristiques familiales associées aux trois profils du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez les enfants âgés de 6 à 9 ans*. Celui-ci fait suite aux nombreuses études s'étant intéressées à la catégorisation du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H; American Psychiatric Association, 1994) qui entraîne la subdivision du trouble en trois profils distincts : inattention prédominante (TDA/H-I), hyperactivité-impulsivité prédominante (TDA/H-H) et mixte (TDA/H-M). Plusieurs différences sur le plan individuel ont été identifiées jusqu'ici entre les enfants des trois profils, mais les différences sur le plan des caractéristiques familiales restent encore à éclaircir. L'objectif de cette étude est de vérifier si les familles d'enfants ayant un TDA/H se distinguent en fonction du profil diagnostique de leur enfant. Les participants sont 110 familles d'enfants d'âge primaire présentant un TDA/H (TDA/H-I :  $n = 31$ , TDA/H-H :  $n = 11$ , TDA/H-M :  $n = 68$ ). Les résultats démontrent que les familles d'enfants ayant un TDA/H se différencient uniquement au niveau du stress parental en fonction du profil de leur enfant lorsqu'un contrôle statistique est exercé pour la présence du trouble oppositionnel. Ainsi, peu de différences sont observées entre les trois profils sur la base de leurs caractéristiques familiales.

**Mots-clés :** Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, profils diagnostiques, caractéristiques familiales, fonctionnement familial, caractéristiques parentales

## SOMMAIRE

La catégorisation du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H; American Psychiatric Association, 1994) permet l'identification de trois profils distincts : inattention prédominante (TDA/H-I), hyperactivité-impulsivité prédominante (TDA/H-H) et mixte (TDA/H-M). Depuis la formalisation de cette catégorisation, de nombreuses études se sont intéressées aux distinctions entre les profils. Or, la majorité de ces études se sont penchées sur les différences entre les profils au niveau des caractéristiques individuelles et un faible nombre d'entre elles se sont intéressées aux caractéristiques familiales. Pourtant, il a été démontré que les familles d'enfants ayant un TDA/H présentent davantage de difficultés sur le plan familial que les familles d'enfants n'ayant pas ce trouble. Le principal objet de cette étude est donc de vérifier si les caractéristiques familiales d'enfants ayant un TDA/H diffèrent en fonction des profils diagnostiques. Cette recherche vise d'une part à rendre plus explicite les caractéristiques familiales associées aux profils du TDA/H et d'autre part, à aider les intervenants à tenir compte des caractéristiques des familles lors des interventions.

Des analyses de covariance multiple sont effectuées sur un échantillon de 110 familles d'enfants ayant un TDA/H. Les enfants sont âgés entre 6 et 9 ans et sont répartis en fonction de leur profil diagnostique : 31 enfants présentant un TDA/H-I, 11 ayant un TDA/H-H et 68 présentant TDA/H-M. La composition de notre échantillon est représentatif de la population clinique. Le TDA/H a été diagnostiqué par le pédopsychiatre de l'équipe de recherche sur la base des critères diagnostiques du DSM-IV (Shaffer, Fischer, Lucas, Dulcan, et Schwab-Stone 2000) et du *Conners Rating Scale* (Conners, 1997) complété par les parents et l'enseignant. Lors de la collecte de données, les enfants recevaient tous une médication appropriée selon les recommandations du pédopsychiatre de l'équipe. Les variables des caractéristiques familiales sont mesurées à l'aide d'une batterie de tests incluant le *Family Assessment Device* (Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein, et Keitner, 1990), le *Parenting Practices Interview* (Webster-Stratton, 1998), le *Interactions Questionnaire* (Hoza et Pelham, 1995, cité dans Hoza *et al.* 2000), le *Parenting Self-Agency Measure* (Dumka, Stoerzinger, Jackson et Roosa, 1996), le *Marital Adjustment Test* (Locke et Wallace, 1959; Wright et Sabourin (1985), l'Indice de Stress Parental version abrégée (Bigras, Lafrenière, et Abidin, 1996) et le *Beck Depression Inventory* (Beck, 1978; Bourque et Beaudette, 1982). Ces différents questionnaires permettent d'évaluer neuf

dimensions précises des caractéristiques familiales réparties selon deux catégories soit le fonctionnement familial (cohésion familiale, résolution de conflits, relation parents-enfant, pratiques éducatives) et les caractéristiques parentales (conflits conjugaux, attributions de causalité, sentiment de compétence parentale, stress parental, problèmes de santé mentale). En outre, nous avons évalué la présence d'un trouble oppositionnel chez les enfants à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV* (Shaffer *et al.*, 1997) puisqu'une grande partie des jeunes présentant un TDA/H présente également ce trouble en comorbidité (Cantwell, 1995; Holderness, 1998, dans Lemelin, Lafortune et Fortier, 2006). Par ailleurs, l'équivalence des profils au niveau du sexe, de l'âge et des troubles intériorisés a été démontrée préalablement aux analyses.

Les résultats démontrent que les familles des trois profils se distinguent uniquement au niveau des variables reliées au stress parental lorsqu'un contrôle statistique est effectué pour le trouble oppositionnel. Les parents d'enfants ayant un TDA/H-M ressentent davantage de stress relié aux interactions avec leur enfant (ex. chaleur des contacts) comparativement aux parents d'enfants ayant un TDA/H-I ou un TDA/H-H. De plus, les parents d'enfants ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M présentent davantage de stress relié aux difficultés chez leur enfant (ex. humeur, caractère) comparativement aux parents d'enfants ayant un TDA/H-I. Enfin, les parents d'enfants ayant un TDA/H-M vivent plus de stress en général que les parents d'enfants ayant un TDA/H-I. Il semble donc que le stress parental soit la seule caractéristique familiale distinguant les familles dans lesquelles l'enfant présente un TDA/H et que précisément, ce sont les familles d'enfants ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M qui en sont les plus affectées. Il importe donc que les cliniciens tiennent compte de cet aspect lors de la conception de programmes visant à soutenir les familles d'enfants ayant un TDA/H.

L'implication de ces résultats est importante. Effectivement, cette étude est la première à pouvoir dresser un portrait aussi complet des familles ayant un TDA/H en fonction des profils diagnostiques. Effectivement, cette étude se démarque de par le nombre important de dimensions familiales considérées lors de la comparaison des profils ainsi que par le contrôle simultané effectué au niveau de la prise de médication et du trouble oppositionnel. Aucune étude n'avait encore effectué de tels contrôles limitant ainsi la portée de leurs résultats. Les résultats

obtenus par la présente étude permettent d'établir que les familles d'enfants ayant un TDA/H présentent peu de différences selon le profil de leur enfant.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DE MÉMOIRE POUR DÉPARTEMENT .....	3
SOMMAIRE .....	4
DÉDICACE . .....	9
REMERCIEMENTS.....	10
Article .....	11
Résumé/Summary .....	13
Caractéristiques familiales associées aux différents profils du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez les enfants âgés de 6 à 9 ans .....	14
<b>Différences familiales en fonction des profils</b> .....	16
<b>Limites des études actuelles</b> .....	17
<b>Objectif de l'étude</b> .....	18
Méthodologie .....	19
<b>Mesures</b> .....	20
<i>Fonctionnement familial</i> .....	20
<i>Caractéristiques parentales</i> .....	21
<i>Variables de contrôle</i> .....	23
<b>Procédure</b> .....	23
Résultats.....	23
<b>Identification des variables de contrôle</b> .....	23
<b>Comparaison des trois profils TDA/H au niveau des caractéristiques familiales</b> .....	24
Discussion.....	28
Conclusion .....	31
Références.....	33
ANNEXE A –RÉSUMÉ DES ÉTUDES RECENSÉES .....	38
ANNEXE B – NORMES DE PRÉSENTATION DE L'ARTICLE .....	61

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1	Caractéristiques sociodémographique selon le profil diagnostique .....	24
Tableau 2	Analyse de variance des caractéristiques familiales selon le profil diagnostique (ANOVA).....	26
Tableau 3	Analyses de covariance multiple identifiant les caractéristiques familiales selon le profil diagnostique (MANCOVA).....	28

## **DÉDICACE**

Je désire dédier mon mémoire à tous les enfants ayant un TDA/H auprès desquels j'ai eu l'opportunité de travailler au cours des dernières années. Vous êtes non seulement la source d'inspiration pour mon mémoire, mais également la raison pour laquelle je voue une telle passion à la psychoéducation...

## REMERCIEMENTS

D'abord, je tiens à remercier M<sup>me</sup> Marie-Josée Letarte, ma directrice de recherche. De par son soutien continu, elle a su être un très bon guide tout au long de ma maîtrise. Sa rigueur et son encadrement m'ont permis de développer davantage mes compétences sur le plan de la recherche et d'en reconnaître toute la pertinence. Sa patience, sa disponibilité et le partage de ses connaissances m'ont faite progresser en tant que future psychoéducatrice et je lui en suis très reconnaissante.

De plus, je désire remercier M<sup>me</sup> Sylvie Normandeau, professeure en psychoéducation à l'Université de Montréal, qui a eu la gentillesse de me donner accès à sa banque de données pour les fins de ma recherche. Sans cette collaboration, mon processus de recherche aurait probablement été plus laborieux et peut-être moins exhaustif. Je remercie également M. Robert Pauzé, professeur en psychoéducation à l'Université de Sherbrooke, pour sa collaboration et son apport personnel au modèle théorique sur lequel repose mon mémoire.

Je souhaite également remercier mon conjoint, David Giguère ainsi que ma famille qui ont fait preuve d'un grand soutien tout au long de ma maîtrise. Votre grande patience et votre compréhension m'ont permis de passer à travers ce processus qui s'est avéré ardu à plusieurs reprises.

Enfin, je remercie le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour son support financier.

**Caractéristiques familiales associées aux trois profils du trouble déficitaire de  
l'attention/hyperactivité chez les enfants âgés de 6 à 9 ans**

**Caractéristiques familiales associées aux trois profils du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez les enfants âgés de 6 à 9 ans**

**Auteurs :**

**Marie-Claude Richer<sup>1</sup>**

**Marie-Josée Letarte<sup>2</sup>**

**Sylvie Normandeau<sup>3</sup>**

**Adresse de correspondance :**

**Marie-Josée Letarte**

**2500, Boul. de l'Université**

**Pavillon Albert-Leblanc, A7-364**

**Sherbrooke, Québec**

**J1K 2R1**

**[Marie-Josée.Letarte@USherbrooke.ca](mailto:Marie-Josée.Letarte@USherbrooke.ca)**

**Numéro de téléphone : 1-819-821-8000 # 61338**

**Numéro de télécopieur : 1-819-821-7485**

---

<sup>1</sup> Étudiante à la maîtrise en psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

<sup>2</sup> Ph.D., professeure au département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

<sup>3</sup> Ph.D., professeure à l'École de psychoéducation, Université de Montréal, Québec, Canada

**Résumé :** Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H; American Psychiatric Association, 1994) se divise en trois profils: inattention prédominante (TDA/H-I), hyperactivité-impulsivité prédominante (TDA/H-H) et mixte (TDA/H-M). L'objectif de cette étude est d'identifier les caractéristiques familiales associées aux trois profils du TDA/H en exerçant un contrôle pour le sexe et l'âge des enfants, la prise de médication et la présence de troubles extériorisés et intériorisés. Les participants sont 110 familles d'enfants d'âge primaire présentant un TDA/H (TDA/H-I :  $n = 31$ , TDA/H-H :  $n = 11$ , TDA/H-M :  $n = 68$ ) et prenant tous une médication appropriée. Les résultats d'une analyse de covariance multiple démontrent que les familles des trois profils se différencient uniquement sur la dimension du stress parental, les parents d'enfants ayant un TDA/H-I ressentent moins de stress que les parents d'enfants ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M.

**Summary:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD; American Psychiatric Association, 1994) is subdivided into three different subtypes: predominantly inattentive type (ADHD-I), predominantly hyperactive type (ADHD-H) and combined type (ADHD-C). Whereas several studies have shown differences between these three subtypes in children's individual characteristics, less is known about differences in their family characteristics. The objective of this study was to examine if there were differences in the families of children with ADHD with respect to their diagnostic subtype. Participants were 110 families of children with ADHD (ADHD-I:  $n = 31$ , ADHD-H:  $n = 11$ , ADHD-C:  $n = 68$ ). Children were all in elementary school and all received an appropriate medication. Results revealed that the three subtypes of children only differed with respect to parental stress, revealing that parents of children with ADHD-I were less stressed than parents of children with ADHD-H or ADHD-C.

## Caractéristiques familiales associées aux trois profils du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez les enfants âgés de 6 à 9 ans

Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) touche de 4 à 6 % des enfants en Amérique du Nord (American Psychiatric Association, 2000). Au Québec, il représente le trouble le plus fréquemment diagnostiqué chez les enfants d'âge primaire selon le ministère de la Santé et des Services Sociaux et le ministère de l'Éducation (MSSS et MEQ, 2003). Le TDA/H se caractérise par des symptômes d'inattention tels que des étourderies, des pertes de matériel ou des oublis fréquents, par des symptômes d'hyperactivité comme des tortillements ou des difficultés à se tenir tranquille ainsi que par des symptômes d'impulsivité comme des difficultés à attendre son tour ou de l'intrusion face aux autres. Depuis 1994, le *DSM-IV* (APA, 1994) propose une catégorisation du TDA/H selon trois profils: inattention prédominante (TDA/H-I), hyperactivité-impulsivité prédominante (TDA/H-H) et mixte (TDA/H-M). Plusieurs études montrent que les enfants de chacun des profils présentent des caractéristiques individuelles différentes (Milich et al., 2001; Power et DuPaul, 1996).

Les études recensées par Milich et al. (2001) ainsi que par Power et DuPaul (1996) montrent d'abord que sur le plan des symptômes d'inattention, les enfants ayant un TDA/H-I présentent plus souvent des comportements lunatiques, apathiques et de démotivation ainsi que des oublis fréquents alors que les enfants ayant un TDA/H-M ont plutôt des difficultés à soutenir leur attention en raison de leur distraction et de leur impulsivité. Les enfants ayant un TDA/H-M démontrent également des déficits cognitifs plus importants que ceux ayant un TDA/H-I, notamment au niveau des fonctions exécutives et des habiletés motrices. Ils sont également plus agressifs et plus opposants face à l'autorité. Bref, le TDA/H-M semble plus sévère que le TDA/H-I et les enfants qui en sont atteints présentent un pronostic plus défavorable (Lynam,

1996, cité dans Milich et al., 2001). Ainsi, les enfants ayant un TDA/H-M sont référés jusqu'à 1,5 fois plus souvent en clinique que ceux qui ont un TDA/H-I (Milich et al., 2001).

Sur le plan du traitement, les enfants présentant un TDA/H reçoivent généralement les mêmes services, peu importe leur profil diagnostique. Le traitement le plus recommandé pour tous est la prise de psychostimulants (Pelham et al., 2000). La sévérité des symptômes et la présence d'autres problèmes chez les enfants atteints d'un TDA/H-M entraîneraient toutefois la prise d'une médication plus importante (Barkley et al., 1991, cité dans Milich et al., 2001). Divers traitements psychosociaux sont utilisés en complémentarité avec la médication. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) sont les plus recommandés aux parents ayant un enfant présentant un TDA/H (Bor et al., 2002; Pelham et Gnagy, 1999).

Jusqu'ici, plusieurs études se sont intéressées aux caractéristiques individuelles associées aux profils TDA/H (Milich et al., 2001; Power et DuPaul, 1996), mais peu se sont penchées sur les caractéristiques familiales. Or, la famille représente l'un des facteurs environnementaux les plus étudiés dans l'étiologie des psychopathologies infantiles telles que le TDA/H (Rutter et al., 1975). Par ailleurs, les symptômes du TDA/H soumettent la famille à d'importantes tensions associées à des difficultés au niveau du fonctionnement familial, des interactions parent-enfant, de la résolution de problèmes et de la communication (Lemelin et al., 2006). Les enfants présentant les trois profils du TDA/H étant différents sur le plan individuel, il est tout à fait pertinent de se questionner sur les différences vécues dans leur famille. Ces connaissances sont essentielles pour les intervenants œuvrant auprès de la population des familles d'enfant TDA/H afin de répondre de façon plus adaptée à leurs besoins spécifiques. La présente étude a pour but d'identifier les caractéristiques familiales associées aux trois profils du TDA/H. Les prochains paragraphes permettent de faire le point sur les connaissances actuelles à ce sujet.

### *Différences familiales en fonction des profils*

Les caractéristiques familiales regroupent deux catégories de facteurs, soit le fonctionnement familial et les caractéristiques parentales (Lemelin et al., 2006). Ces deux catégories incluent un total de neuf facteurs. Le fonctionnement familial réfère à la cohésion familiale, la résolution de conflits, la relation parents-enfant ainsi qu'aux pratiques éducatives. Les caractéristiques parentales regroupent quant à elles les conflits conjugaux, les attributions de causalité, le sentiment de compétence, le stress et les problèmes de santé mentale des parents.

Une recension des études portant sur les caractéristiques familiales associées aux trois profils du TDA/H a permis d'identifier sept études s'intéressant à l'une ou plusieurs des caractéristiques familiales. Cinq études ont jusqu'à maintenant portées sur le fonctionnement familial des enfants ayant un TDA/H. Ces études suggèrent que les familles dans lesquelles un enfant présente l'un des trois profils TDA/H sont plutôt homogènes au niveau de la cohésion familiale, de la résolution de conflits et des pratiques éducatives (Bauermeister et al., 2007; Bauermeister et al., 2005; Paternite et al., 1996; Peris et Hinshaw, 2003). Elles ne se distingueraient pas non plus pour ce qui est de l'expression de leurs émotions et de leur expression affective. Toutefois, les mères d'enfants ayant un TDA/H-M ou un TDA/H-H présenteraient plus de lacunes au niveau de la supervision et de l'engagement que les mères ayant un enfant TDA/H-I (Gadow et al., 2004).

Quatre études se sont intéressées aux caractéristiques des parents ayant un enfant qui a l'un des profils du TDA/H. Certains observent que ces parents sont homogènes au niveau des conflits conjugaux, des problèmes de santé mentale, du sentiment de compétence et du stress parental (Bauermeister et al., 2007; Podolski et Nigg, 2001). Toutefois, d'autres observent au contraire que les parents d'enfants ayant un TDA/H-M vivent davantage de conflits conjugaux,

présentent des indices de psychopathologies plus importants et vivent plus de stress que les parents d'enfants ayant un TDA/H-I (Bauermeister et al., 2005; Counts et al., 2005). Or, l'ensemble de ces études comporte des limites méthodologiques importantes, rendant difficile la comparaison de leurs résultats.

#### *Limites des études actuelles*

Considérant que les psychostimulants constituent le principal traitement offert aux enfants présentant un TDA/H quel que soit leur profil diagnostique, la première limite des études recensées concerne leur peu de considération à cet égard. En effet, les symptômes du TDA/H étant diminués par la prise de psychostimulants (Schachar et Tannock, 1993), il est essentiel d'assurer l'homogénéité de l'échantillon à ce sujet. Trois des études recensées indiquent la proportion de leur échantillon qui prend une médication (Bauermeister et al., 2005; Gadow et al., 2004; Paternite et al., 1996), mais aucune ne tient compte de cette caractéristique au moment d'analyser les résultats. Alors que la majorité des enfants ayant un TDA/H prennent une médication, aucune étude n'a été réalisée auprès d'un échantillon d'enfants prenant tous une médication appropriée.

Considérant que les enfants ayant un TDA/H-M présentent davantage de troubles associés que les enfants ayant un TDA/H-I (Lynam, 1996, cité dans Milich et al., 2001), la seconde limite des études réalisées jusqu'à maintenant concerne le peu de contrôle à ce sujet. En effet, les enfants ayant un TDA/H-M sont plus agressifs et opposants (Barkley et al., 1990; Lahey et al., 1984, dans Power et DuPaul, 1996) et ces comportements ont un impact sur la famille (Lynam, 1996, cité dans Milich et al., 2001). Pour connaître les caractéristiques familiales associées réellement aux profils TDA/H et non à leurs troubles associés, il est primordial de considérer la présence de ces troubles. Or, ce contrôle n'a été exercé que dans

deux études (Peris et Hinshaw, 2003; Podolski et Nigg, 2001) qui démontrent, qu'une fois la présence de ces troubles contrôlés, les familles d'enfants ayant un TDA/H se différencient peu en fonction du profil diagnostique de l'enfant.

Les caractéristiques des échantillons limitent aussi la portée de plusieurs études. Certains sont formés uniquement de garçons (Gadow et al., 2004; Paternite et al., 1996) ou de filles (Peris et Hinshaw, 2003) limitant la généralisation des résultats à la population générale. D'autres études ont de très petits échantillons, limitant leur pouvoir de détection. Par exemple, Paternite et al. (1996) étudient 36 familles parmi lesquelles 9 ont un enfant ayant un profil TDA/H-H. Dans le même sens, vu la faible proportion d'enfants ayant TDA/H-H dans la population clinique (Milich et al., 2001) la plupart des études n'ont pas considéré ce profil (Bauermeister et al., 2005; Counts et al., 2005; Peris et Hinshaw, 2003; Podolski et Nigg, 2001). Enfin, le nombre de caractéristiques familiales considérées simultanément dans les études est faible, ce qui ne permet pas d'avoir un regard complet de la situation et ne permet pas de contrôler la relation existant inévitablement entre les caractéristiques familiales. Certains facteurs, comme les attributions causales des parents, n'ont même jamais été considérés dans ces études.

### *Objectif de l'étude*

En dépit des connaissances disponibles sur les caractéristiques individuelles des enfants présentant les trois profils TDA/H, les connaissances sur les caractéristiques familiales associées à ces profils sont limitées en raison des limites méthodologiques observées dans les rares études à ce sujet. La présente étude vise donc à vérifier les différences familiales chez les enfants d'âge scolaire primaire présentant un des trois profils du TDA/H au niveau du fonctionnement familial (cohésion familiale, résolution de conflits, relation parents-enfant, pratiques éducatives) et des caractéristiques parentales (conflits conjugaux, attributions de causalité, sentiment de

compétence parentale, stress parental, problèmes de santé mentale). Cette étude permettra de remédier aux limites des études précédentes en exerçant un contrôle pour le sexe et l'âge des enfants, pour la prise de médication ainsi que pour la présence de troubles extériorisés et intériorisés. De plus, les neuf dimensions des caractéristiques familiales seront évaluées permettant ainsi de dresser un portrait complet des différences et de contrôler les relations entre ces caractéristiques. Ces connaissances permettront aux intervenants de mettre sur pied ou d'adapter des traitements psychosociaux, notamment les PEHP, à la réalité de chacune des familles (Edwards et al. 1995).

### Méthodologie

Les participants à cette étude sont 110 familles d'un enfant ayant un TDA/H. Les familles ont été référées au projet *Ces Années Incroyables* par un professionnel du milieu de la santé, de l'éducation ou des services sociaux en raison du TDAH de l'enfant. Pour participer à l'étude, l'enfant devait (a) être âgé entre 6 et 10 ans; (b) rencontrer les critères diagnostiques du TDA/H (APA, 1994); (c) avoir un TDA/H pour problème principal, bien qu'il puisse présenter d'autres problèmes de santé mentale; (d) ne pas présenter de retard mental, de trouble de langage ou d'apprentissage sévère, de maladies neurologiques, de syndrome Gilles de la Tourette ou des tics graves, ni de trouble obsessionnel compulsif et ne pas être né prématurément (avant 35 semaines de grossesse) et (e) accepter de prendre la dose appropriée de Méthylphénidate prescrite par un médecin tout au long de la période indiquée. Les familles de l'échantillon sont composées en moyenne de quatre personnes et sont biparentales dans 71%. Les mères sont âgées en moyenne de 37 ans et les pères de 39 ans. Le pourcentage de mères et de pères détenant un diplôme d'études post-secondaire atteint respectivement 75 % et 55 %. Le revenu moyen de ces familles se situe entre 55 000 \$ et 64 000 \$.

Les parents principaux (101 mères, 9 pères) ont complété les questionnaires utilisés dans la présente étude. Un parent est considéré comme principal s'il est disponible pour participer à l'étude ou s'il est celui qui passe le plus de temps avec l'enfant. Parmi les enfants de l'échantillon (16 filles, 94 garçons; âge moyen : 8,2 ans), 31 présentent un profil TDA/H-I (6 filles, 25 garçons), 11 ont un TDA/H-H (2 filles, 9 garçons) et 68 ont un TDA/H-M (8 filles, 60 garçons). De ceux-ci, 49 présentent un trouble oppositionnel en concomitance avec le TDA/H (44,5 %).

### *Mesures*

*Fonctionnement familial.* La catégorie du fonctionnement familial inclue la cohésion familiale, la résolution de problème, la relation parents-enfant et les pratique éducatives.

Le *Family Assessment Device* (FAD; Kabacoff et al., 1990) est un questionnaire de 60 énoncés répartis en 5 échelles évaluant la communication, les rôles, la résolution de problèmes, l'expression affective et l'engagement affectif (alphas entre ,57 et ,83). Le parent complète ce questionnaire en indiquant son niveau d'accord avec chaque énoncé sur une échelle de type Likert allant de *fortement d'accord* (1) à *fortement en désaccord* (5). Un score élevé indique un moins bon niveau de fonctionnement familial. Les seuils cliniques se situent entre 1,9 et 2,3 pour chaque échelle (Miller et al., 1985).

Le *Parent Practices Interview* (PPI ; Webster-Stratton, 1998) est un questionnaire de 80 énoncés mesurant l'utilisation de sept pratiques éducatives par les parents: discipline punitive et inconstante, punitions physiques, discipline verbale positive, félicitations et récompenses, discipline appropriée, clarté des attentes et supervision (alphas entre ,54 et ,82). Les réponses sont réparties sur une échelle allant de *jamais, ou pas de problème du tout, ou tout à fait en désaccord* (1) à *toujours, ou extrêmement probable, ou totalement en accord* (7). Un score élevé

à une dimension de cet instrument correspond à une plus grande utilisation de la pratique en question.

*Caractéristiques parentales.* Les caractéristiques parentales réfèrent aux attributions de causalité, au sentiment de compétence parentale, aux conflits conjugaux, au stress parental ainsi qu'à la dépression parentale.

Le *Interactions Questionnaire* (INTX; Hoza et Pelham, 1995, cité dans Hoza et al. 2000) évalue les attributions de causalité des parents, c'est-à-dire la façon dont les parents expliquent l'obéissance ou la désobéissance de leur enfant TDA/H. Cet instrument de 60 énoncés mesure les attributions parentales par l'entremise de six mises en situation du quotidien (alphas entre ,85 et ,88) qui indiquent les attributions causales de l'obéissance et celles de la désobéissance. Dix attributions sont proposées aux parents pour chaque mise en situation, celles-ci concernant soit le parent (ex. effort du parent, humeur du parent, qualité du parent) ou l'enfant (ex.: effort de l'enfant, humeur de l'enfant). Les parents indiquent à quel point ils adhèrent à l'explication donnée sur une échelle de type Likert allant de *très vrai* (1) à *totalelement faux* (10). Plus le score est faible aux différentes échelles, plus le parent attribue l'obéissance ou la désobéissance de son enfant à des causes instables (ex.: humeur, effort) et moins il l'attribue à des causes stables (ex. habiletés, qualités).

Le *Parenting Self-Agency Measure* (PSAM; Dumka et al., 1996) mesure la confiance des parents à l'égard de leur capacité à gérer le comportement de leur enfant à l'aide de 5 énoncés (alpha ,70). Les parents indiquent leur niveau d'accord avec chaque énoncé sur une échelle de type Likert allant de *fortement d'accord* (1) à *fortement en désaccord* (5). Plus le score est élevé, plus le sentiment de compétence parental est faible.

Le *Marital Adjustment Test* (Locke et Wallace, 1959), traduit et adapté par Wright et Sabourin (1985), est un questionnaire de 15 énoncés servant à mesurer le niveau d'adaptation et de satisfaction dans le couple ( $\alpha = ,90$ ). Chaque énoncé vérifie la satisfaction face à divers facteurs de la vie de couple comme la démonstration d'affection, les relations sexuelles ou de la résolution de conflits. Le parent indique son niveau de satisfaction sur une échelle de type Likert dont la valeur varie pour chaque énoncé. Le score total au questionnaire varie entre 2 et 158 points. Un score de 100 et plus indique un niveau d'adaptation et de satisfaction conjugale adéquat (Locke et Wallace, 1959).

La version abrégée de l'Indice de Stress Parental (ISP; Bigras et al., 1996) évalue le niveau de stress parental à l'aide de 36 énoncés répartis en trois facteurs : détresse parentale, dysfonctions au niveau des interactions parent-enfant et difficulté chez l'enfant. Le score total du stress parental inclut les 36 énoncés (alphas entre ,70 et ,95). Les réponses du parent sont réparties sur une échelle de type Likert, qui va de *profondément d'accord* (1) à *profondément en désaccord* (5). Pour l'ensemble des échelles, un score au-dessus du 85<sup>e</sup> centile indique un risque élevé alors qu'un score total supérieur au 90<sup>ème</sup> percentile indique un niveau de stress dysfonctionnel. De même, un score de plus de 90 indique un niveau élevé de stress.

Le *Beck Depression Inventory-II* (Beck et al., 1996), traduit et validé au Québec par Bourque et Beaudette évalue les symptômes dépressifs. Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés sur les symptômes de la dépression, comme la tristesse, le pessimisme ou l'agitation (alphas entre 0,92 et 0,93, selon les échantillons utilisés). Le parent doit choisir, pour chacun des 21 groupes d'énoncés, celui qui décrit le mieux comment il s'est senti au cours des deux dernières semaines. Plus le score est élevé, plus l'individu présente des symptômes dépressifs. Le seuil indiquant la présence d'une dépression est fixé à 14.

*Variables de contrôle.* Les variables de contrôle de l'étude sont le sexe et l'âge des enfants, la prise d'une médication ainsi que les troubles extériorisés et intériorisés. Ces derniers sont évalués à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (DISC-IV;* Shaffer et al., 2000). Cette entrevue semi-structurée avec le parent comporte 358 questions de base et 1 300 questions complémentaires permettant de dépister les désordres mentaux chez des enfants d'âge scolaire sur la base des critères diagnostiques du *DSM-IV* (alpha = entre ,29 et ,74). Les réponses à la majorité des questions sont de type *oui* ou *non* ou de type *parfois* ou *un peu*. L'étude de Shaffer et al. (2000) démontre des coefficients de *kappa* de ,68 pour le trouble oppositionnel et de ,56 pour les troubles anxieux et des coefficients de stabilité test-retest entre ,43 et ,96. Dans le cadre de l'étude, la présence ou l'absence du trouble oppositionnel et des troubles anxieux (score composite incluant l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée, la phobie sociale et la phobie spécifique) est considérée à titre de variable de contrôle.

### *Procédure*

Une fois référés au projet, les participants communiquaient avec la coordonnatrice de l'étude qui vérifiait leur éligibilité pour l'étude. Si tel était le cas, la procédure diagnostique était amorcée, puis la dose idéale de médication était déterminée et prescrite par le pédopsychiatre de l'équipe de recherche. Par la suite, l'ensemble des caractéristiques familiales étaient évaluées.

## Résultats

### *Identification des variables de contrôle*

Des analyses préliminaires ont été réalisées dans le but d'identifier les variables de contrôle à considérer (tableau 1). Ces analyses montrent que les trois profils ne se distinguent pas au niveau du sexe, de l'âge et de la présence de troubles intériorisés chez les enfants. Toutefois, les enfants ayant un TDA/H-H présentent davantage un trouble oppositionnel que les enfants ayant

un TDA/H-I ou un TDA/H-M. Le trouble oppositionnel sera donc contrôlé dans les prochaines analyses.

Tableau I  
Caractéristiques sociodémographiques selon le profil diagnostique

	TDA/H-I (n = 31)		TDA/H-H (n = 11)		TDA/H-M (n = 68)		Total (n = 110)		P <sup>3</sup>	Différences
	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)	%	M (e.t.)		
Sexe									,6	
Garçons	80,6		81,8		88,2		85,5			
Filles	19,3		18,2		11,8		14,5			
Âge		8,4 (1,1)		7,7 (1,5)		8,2 (1,1)		8,2 (1,2)	,24	
T. O. <sup>1</sup>	19,4		27,3		26,5		24,5		,73	
T. A. <sup>2</sup>	25,8		81,8		47,1		44,5		,01**	A, C

Notes. Les comparaisons entre les profils portent sur: A = Différences significatives entre TDA/H-I et TDA/H- H; B= Différences significatives entre TDA/H-I et TDA/H-M; C= Différence significatives entre TDA/H-H et TDA/H-M. <sup>1</sup>Trouble oppositionnel; <sup>2</sup> Troubles anxieux; <sup>3</sup> Les comparaisons entre les profils ont été réalisées à l'aide d'analyses univariées (ANOVA) et du test du khi-deux \*\*  $p \leq ,01$ .

#### Comparaison des trois profils TDA/H au niveau des caractéristiques familiales

L'objectif de cette étude consiste à identifier les caractéristiques familiales associées aux profils du TDA/H. Pour y parvenir, une série d'analyses en trois étapes a été réalisée : (a) des analyses préliminaires vérifiant les postulats de base des analyses de variance; (b) une série d'analyses de variance univariées identifiant les caractéristiques familiales dont le p est inférieur à ,10 (sans contrôle pour le trouble oppositionnel ni pour la relation entre les caractéristiques familiales) et qui seront retenues pour l'analyse multivariée et (c) une analyse de covariance multiple sur les caractéristiques familiales retenues suite à l'analyse de variance, afin d'identifier les différences entre les trois profils diagnostiques lorsqu'on contrôle pour la présence du trouble oppositionnel et pour la relation entre les caractéristiques familiales.

Les analyses préliminaires confirment la normalité des distributions et l'homogénéité des variances de toutes les variables à l'étude, nécessaires à la réalisation des analyses de variance

simples ou multiples. Les données sont disponibles pour l'ensemble des participants pour la plupart des variables sauf pour certaines où il peut manquer au plus 10 participants.

Les scores moyens des familles pour les différentes caractéristiques, présentés au tableau 2, n'atteignent pas les seuils cliniques. Bien que les familles de l'échantillon présentent peu de difficultés, les analyses de variance (ANOVA; tableau 2) montrent certaines différences entre les profils sur les dimensions du stress parental et des problèmes de santé mentale des parents. Les parents d'enfants ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M présentent plus de stress relié aux difficultés chez leur enfant ainsi que plus d'indices de dépression que les parents d'enfants ayant un TDA/H-I. De même, les parents d'enfants ayant un TDA/H-M ont un stress total plus élevé que les parents d'enfants ayant un TDA/H-I. D'autres résultats montrent que les familles des différents profils ont tendance à se distinguer ( $p < ,10$ ). Les familles d'enfants ayant un TDA/H-H présenteraient davantage de difficultés au niveau de la résolution de problèmes, de la distribution des rôles dans la famille, de l'expression affective et utiliseraient davantage la punition physique comparativement aux familles d'enfants ayant un TDA/H-I ou un TDA/H-M. Les parents d'enfants ayant un TDA/H-M attribueraient davantage la désobéissance de leur enfant à des causes stables comparativement aux parents d'enfants ayant un TDA/H-I et auraient tendance à avoir plus d'interactions dysfonctionnelles avec leur enfant. Les caractéristiques familiales dont le  $p$  est inférieur à ,10 seront incluses dans les analyses multivariées.

Tableau II  
Analyse de variance des caractéristiques familiales selon le profil diagnostique (ANOVA)

Caractéristiques familiales	Groupes			ANOVA	
	TDAH-I (n = 31)	TDAH-H (n = 11)	TDAH-M (n = 68)	F	Différences
	M (e.t.)	M (e.t.)	M (e.t.)		
Fonctionnement familial					
<i>Family Assesment Device</i>					
Expression affective	1,6 (,5)	1,9 (,5)	1,6 (,5)	2,4 <sup>t</sup>	A, C
Engagement affectif	1,9 (,5)	1,9 (,5)	1,9 (,5)	,1	
Résolution problèmes	1,8 (,4)	2,1 (,6)	1,9 (,4)	2,5 <sup>t</sup>	A, C
Communication	1,7 (,4)	2,0 (,5)	1,8 (,4)	2,1	
Rôles	1,7 (,4)	2,0 (,5)	1,9 (,4)	2,4 <sup>t</sup>	A, C
<i>Parenting Practices Interview</i>					
Discipline appropriée	4,5 (,9)	4,9 (,6)	4,7 (,8)	,6	
Discipline sévère et incohérente	2,9 (,6)	3,2 (,7)	3,1 (,6)	1,3	
Discipline verbale positive	5,3 (,7)	5,1 (1,1)	5,2 (,9)	,4	
Supervision	5,8 (1,0)	5,7 (1,1)	5,6 (,9)	,3	
Félicitations et récompenses	4,4 (,8)	4,6 (,9)	4,5 (,8)	,3	
Punitions physiques	1,2 (,4)	1,5 (,5)	1,3 (,3)	2,6 <sup>t</sup>	A, C
Attentes claires	3,6 (,4)	3,6 (,5)	3,4 (,7)	2,1	
Caractéristiques parentales					
<i>Marital Adjustment Test</i>					
Ajustement total mère	37,9 (10,0)	39,8 (8,3)	37,9 (10,2)	0,2	
Ajustement total père	40,3 (8,5)	40,3 (8,6)	38,9 (9,2)	0,6	
<i>Parenting Self-Agency Measure</i>					
Sentiment	2,0 (,5)	2,3 (,5)	2,2 (,5)	1,1	
Compétence parental					
<i>Interactions Questionnaire</i>					
Attribution stable O <sup>a</sup>	5,7 (2,2)	6,0 (1,5)	5,9 (1,7)	,2	
Attribution instable O <sup>b</sup>	6,2 (1,7)	5,4 (2,7)	5,9 (1,9)	,8	
Attribution stable D <sup>c</sup>	7,0 (1,9)	5,9 (1,8)	6,0 (1,8)	3,0*	B
Attribution instable D <sup>d</sup>	7,0 (1,8)	6,2 (2,4)	6,7 (1,9)	,8	

*Indice de Stress parental*

Détresse parentale	26,4 (9,0)	28,2 (9,3)	29,7 (7,9)	1,6	
Dysfonctions <sup>e</sup>	25,7 (6,5)	24,4 (5,6)	26,4 (6,8)	2,8 <sup>t</sup>	B
Difficultés enfant	32,8 (7,9)	39,7 (6,8)	41,8 (7,1)	16,1**	A, B
Stress total	84,9 (18,3)	92,3 (15,6)	94,9 (16,3)	8,5**	B

*Beck Depression Inventory*

Dépression totale	6,9 (5,2)	13,1 (6,9)	9,8 (6,8)	4,1*	A, B
-------------------	-----------	------------	-----------	------	------

*Note.* Pour l'examen des différences entre les groupes les comparaisons sont : A = Différences significatives entre TDAH-I et TDAH- H; B= Différences significatives entre TDAH-I et TDAH-M; C= Différence significatives entre TDAH-H et TDAH-M. O<sup>a</sup> = Attribution stable du parent ou de l'enfant quant à l'obéissance, O<sup>b</sup>= Attribution instable du parent ou de l'enfant quant à l'obéissance, D<sup>c</sup> = Attribution stable du parent ou de l'enfant quant à la désobéissance, D<sup>d</sup> = Attribution instable du parent ou de l'enfant quant à la désobéissance, Dysfonctions<sup>e</sup> = Dysfonctions dans les interactions parents-enfant.

\*  $p \leq ,05$ , \*\*  $p \leq ,01$ , <sup>t</sup> $p < ,10$ .

La dernière étape consiste à une analyse de covariance multiple (MANCOVA) comparant les trois profils diagnostiques du TDA/H sur les caractéristiques familiales retenues suite à l'ANOVA, tout en contrôlant pour le trouble oppositionnel et pour la relation entre toutes les caractéristiques familiales (tableau 3). Les résultats montrent que les parents d'enfants ayant un TDA/H-M ressentent davantage de stress relié aux interactions dysfonctionnelles avec leur enfant que les parents d'enfants ayant un TDA/H-I ou un TDA/H-H. De plus, les parents d'enfants ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M présentent davantage de stress relié aux difficultés chez leur enfant comparativement aux parents d'enfants ayant un TDA/H-I. Enfin, les parents d'enfants ayant un TDA/H-M vivent plus de stress en général que les parents d'enfants ayant un TDA/H-I. Toutefois, cette analyse permet de constater que les familles d'enfants ayant un TDA/H ne se distinguent plus en fonction des profils sur les autres caractéristiques familiales.

Tableau III

**Analyses de covariance multiple identifiant les caractéristiques familiales selon le profil diagnostique (MANCOVA)**

Caractéristiques familiales	Groupes			MANCOVA	
	TDA/H-I (n = 31)	TDA/H-H (n = 11)	TDA/H-M (n = 68)	F	Différences
	M (e.t.)	M (e.t.)	M (e.t.)		
<b>Fonctionnement familial</b>					
<i>Family Assesment Device</i>					
Rôles	1,7 (,4)	2,0 (,5)	1,9 (,4)	1,0	
Résolution problèmes	1,8 (,4)	2,1 (,6)	1,9 (,4)	,8	
Expression affective	1,6 (,5)	1,9 (,5)	1,6 (,5)	1,0	
<i>Parenting Pratices Interview</i>					
Punitions physiques	1,2 (0,4)	1,5 (,5)	1,3 (,3)	,4	
<b>Caractéristiques parentales</b>					
<i>Interactions Questionnaire</i>					
Attribution stable D <sup>a</sup>	7,0 (1,8)	5,9 (1,8)	6,0 (1,8)	2,3	
<i>Indice de stress parental</i>					
Dysfonctions <sup>b</sup>	25,7 (6,5)	24,4 (5,6)	26,4 (6,8)	4,3*	B, C
Difficultés enfant	32,8 (7,9)	39,7 (6,8)	41,8 (7,1)	12,5**	A, B
Stress total	84,9 (18,3)	92,3 (15,6)	94,9 (16,3)	7,6**	B
<i>Beck Depression Inventory</i>					
Dépression totale	6,5 (5,2)	12,4 (7,6)	9,2 (6,4)	2,4	

*Note.* Le trouble oppositionnel est inséré à titre de covariable pour l'ensemble des analyses. Pour l'examen des différences entre les profils les comparaisons sont : A = Différences significatives entre TDA/H-I et TDA/H-H; B= Différences significatives entre TDA/H-I et TDA/H-M; C= Différence significatives entre TDA/H-H et TDA/H-M. D<sup>a</sup> = Attribution stable du parent ou de l'enfant quant à la désobéissance. Dysfonctions<sup>b</sup> = Dysfonctions dans les interactions parents-enfant.

\* $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; <sup>t</sup> $p < 0,10$ .

### Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les caractéristiques familiales associées aux trois profils du TDA/H. Pour ce faire, un contrôle a été exercé au niveau du sexe et de l'âge des enfants, pour la prise de médication et pour la présence de troubles extériorisés et intériorisés. De plus, neuf dimensions des caractéristiques familiales ont été considérées afin de dresser un portrait plus complet de chacun des profils.

Les résultats montrent que le stress parental est l'unique dimension sur laquelle se distinguent les familles d'enfants ayant un TDA/H en fonction du profil de l'enfant lorsque celui-ci prend une médication. Ainsi, les parents d'enfants ayant un TDA/H-I ressentent moins de stress face à leur rôle parental que les parents des deux autres profils. Les symptômes d'agitation, de distraction et d'impulsivité observés chez les enfants atteints d'un TDA/H-H ou d'un TDA/H-M sont particulièrement sévères (Milich et al., 2001) et notre étude suggère qu'ils entraînent un stress plus important chez les parents d'enfants présentant ces profils. Ces résultats sont semblables à d'autres sur le sujet (Bauermeister et al., 2007; Bauermeister et al., 2005; Paternite et al., 1996; Peris et Hinshaw, 2003). Toutefois, les enfants présentant l'un ou l'autre profil du TDA/H se distinguant grandement, notamment au niveau des symptômes et des troubles associés, davantage de différences familiales auraient pu être anticipées. Trois hypothèses peuvent expliquer nos observations.

D'abord, rappelons que les familles de l'échantillon sont plus favorisées que la moyenne des familles québécoises. Ainsi, contrairement à ce qui est rapporté dans la littérature (Lemelin et al., 2006), les familles de l'échantillon présentent en moyenne des caractéristiques familiales les situant dans les normes et ce, en dépit des difficultés présentées par leur enfant. Cette particularité de notre échantillon pourrait expliquer que les familles présentent peu de difficultés et peu de différences entre elles. Deuxièmement, tous les enfants de l'échantillon prennent une médication atténuant leurs symptômes. Cette caractéristique peut influencer positivement l'attitude des parents et le fonctionnement familial en général (Schachar et Tannock, 1993). Par exemple, Gadow et al. (2005) observent de nombreuses différences entre les familles dont les enfants ont un TDA/H-M ou un TDA/H-I, mais les enfants de leur échantillon ne prenaient pas tous une médication. Finalement, le contrôle du trouble oppositionnel peut expliquer les

résultats obtenus. En effet, 44,5 % des enfants de l'échantillon, dont une majorité d'enfants TDA/H-H, présentent ce trouble. Les résultats de nos analyses diffèrent d'ailleurs lorsque le trouble oppositionnel est contrôlé ou non. Comme Gadow et al. (2005), qui n'ont pas considéré la présence de troubles extériorisés, plusieurs différences familiales sont observées entre les familles de notre échantillon lorsqu'un tel contrôle n'est pas exercé. Toutefois, lorsqu'un tel contrôle est exercé, on identifie beaucoup moins de différence, ce qui suggère que les différences familiales observées entre les profils sont attribuables à la présence du trouble oppositionnel plus qu'aux différences de symptômes du TDA/H.

Bref, la présente étude montre que les familles d'enfants ayant un TDA/H sont relativement homogènes, quel que soit le profil diagnostique de l'enfant. Elles ne se distinguent que sur le stress parental, les parents d'enfants ayant un TDA/H-I ressentant moins de stress que ceux qui ont un TDA/H-H ou un TDA/H-M. De tels résultats ont des répercussions théoriques, scientifiques et cliniques. Sur le plan théorique, on sait maintenant que les familles dont un enfant présente un TDA/H sont relativement homogènes, quel que soit le profil de l'enfant, lorsque ce dernier prend une médication. De plus, on sait que les différences observées entre ces familles sont probablement mieux expliquées par une propension plus grande des enfants qui ont un TDA/H-H ou un TDA/H-M à présenter un trouble oppositionnel en concomitance avec le TDA/H. Sur le plan scientifique, ces connaissances montrent l'importance de contrôler pour le trouble oppositionnel et la médication quand on s'intéresse aux profils du TDA/H.

Les résultats ont aussi des répercussions sur le plan clinique. D'abord, ils confirment qu'il est adéquat d'offrir des services psychosociaux similaires aux familles dont un enfant présente un TDA/H, peu importe son profil diagnostique, du moins si l'enfant prend une médication appropriée. À cet effet, les PEHP constituent une intervention de choix puisqu'elles aident les

parents à soutenir leur enfant avec plus d'efficacité (Barkley, 1998). En effet, les parents participant à ces programmes sont appelés à jouer un rôle de co-thérapeute auprès de leur enfant, maximisant ainsi les effets des interventions offertes directement aux enfants. Il est toutefois à noter que les familles participant à l'étude présentent des caractéristiques familiales se situant dans les normes populationnelles. Elles ne doivent donc pas être considérées comme problématiques, même si l'enfant nécessite un soutien particulier. De plus, bien que les parents des enfants présentant les trois profils du TDA/H ne se situent pas au-delà du seuil clinique, les résultats indiquent que ceux qui ont un enfant ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M vivent davantage de stress vis-à-vis leur rôle parental. Encore une fois, les PEHP sont particulièrement indiqués pour ces parents puisqu'ils permettent de diminuer ce stress parental (Treacy et al., 2005). Les intervenants de ces programmes devraient simplement être plus sensibles à la réalité des parents d'enfants ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M, qui présentent des défis particulièrement éprouvants pour les parents.

### Conclusion

En somme, seul le stress permet de différencier les familles d'enfants ayant un TDA/H en fonction des profils diagnostiques lorsque les enfants prennent une médication. La présente étude est la première à contrôler des variables essentielles et à intégrer autant de caractéristiques familiales. Cependant, la nature plutôt favorisée de l'échantillon peut limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population. De plus, les résultats obtenus s'appliquent uniquement aux familles où l'enfant prend une médication appropriée. Les recherches futures pourraient comparer des enfants n'ayant pas reçu de médication et d'autres recevant une médication appropriée afin de vérifier l'impact de la médication lors de la comparaison des familles en fonction des profils. Enfin, l'échantillon à l'étude comporte un faible nombre

d'enfants du profil TDA/H-H. Bien que notre échantillon soit représentatif de la proportion d'enfants présentant un TDA/H-H dans la population générale des enfants TDA/H (Lahey et al., 1994), les prochaines études devraient faire un effort particulier afin de recruter un plus grand nombre d'enfants présentant un TDA/H-H.

## Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision)*. Washington, DC, Author.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC, Author.
- BARKLEY, R.A., 1998, *ADHD : A handbook for diagnoses and treatment (second edition)*. New-York, The Guilford Press.
- BAUERMEISTER, J.J., SHROUT, P.E., CHÀVEZ, L., RUBIO-STIPEC, M., RAMIREZ, R., PADILLA, L., ANDERSON, A., GARCI, P., CANINO, G, 2007, ADHD and gender: Are risk and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child and Psychiatry*, 48, 831-839.
- BAUERMEISTER, J.J, MATOS, M. REINA, G., SALAS, C.S., MARTÌNEZ, J.V., CUMBA, E., C.S., BARKLEY, R.A, 2005, Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino-Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 166-179.
- BECK, A. T., STEER, R. A., BROWN, G. K., 1996, *Manual for the Beck Depression Inventory*, 2nd ed. San Antonio, TX, The Psychological Corporation.
- BIGRAS, M., LAFRENIÈRE, P.J., ABIDIN, R.R., 1996, *Indice de Stress Parental : Manuel Francophone en Complément de l'Édition Américaine*. Toronto, Multi-Health Systems.
- BOR, W., SANDERS, M.R., MARKIE-DADDS, C., 2002, The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behaviour and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 571-587.

- BOURQUE, F., BEAUDETTE, D., 1982, Étude psychométrique du questionnaire de la dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, XIV, 211-218.
- CONNERS, C.K., 1997, *Conners Global Index*. Toronto, Multi-Health Systems Inc.
- COUNTS, C. A., NIGG, J. T., STAWICKI, J. A., RAPPLEY, M. D., VON EYE, A., 2005, Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 690-698.
- DUMKA, L.E., STOERZINGER, H.D., JACKSON, K.M., ROOSA, M.W., 1996, Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*, 45, 216-222.
- EDWARDS, M.C., SCHULTZ, E.G., LONG, N., 1995, The role of the family in the assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical psychology review*, 15, 375-394.
- GADOW, K. D., DRABICK, D. A. G., LONEY, J., SPRAFKIN, J., SALISBURY, H., AZIZIAN, A., SCHWARTZ, J., 2004, Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1135-1149.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2003, *Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité: Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes*. Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux et Ministère de l'Éducation.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2000, *Rapport du comité-conseil sur le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*. Québec, Ministère de l'Éducation.

- HOZA, B., OWENS, J.S., PELHAM, W.E., SWANSON, J.M., CONNERS, K.C., HINSHAW, ARNOLD, L.E., KRAEMER, H.C., 2000, Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 6, 569-583.
- KABACOFF, R.I., MILLER, I.W., BISHOP, D.S., EPSTEIN, N.B., KEITNER, G.L. ,1990, A Psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. *Journal of Family Psychology*, 3, 431-439.
- LAHEY, B.B., APPLGATE, B., MCBURNETT,K., BIEDERMAN, J., GREENHILL, L., HYND, G.W., BARKLEY, R.A., NEWCORN, J., JENSEN, P., RICHTERS, J., GARFINKEL, B., KERDYK, L., FRICK, P.J., OLLENDICK, T., PEREZ, D., HART, WALDMAN, I., SHAFFER, D., (1994), DSM-IV field trails for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents, *American Journal of Psychiatry*, 151, 1673-1685.
- LEMELIN, G., LAFORTUNE, D., FORTIER, I., 2006, Les caractéristiques familiales des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: Recension critique des écrits. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, XLVII, 211-228.
- LOCKE, J., WALLACE, K.M., 1959, Short Marital Adjustment and Prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- MILICH, R., BALENTINE, A. C., LYNAM, D. R., 2001, ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488.

- MILLER, I., EPSTEIN, N., BISHOP, D., KEITNER, G., 1985, The McMaster family assessment device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 345-356.
- PATERNITE, C. E., LONEY, J., ROBERTS, M. A., 1996. A preliminary validation of subtypes of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 1, 70-86.
- PELHAM, W. E., GNAGY, E. M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 5, 225–236.
- PERIS, T.S., HINSHAW, S.P., 2003, Family dynamics and preadolescent girls with ADHD : The relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology and comorbid disruptive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1177-1190.
- PODOLSKI, C. L., NIGG, J. T., 2001, Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 503-513.
- POLLARD, S., WARD, E.M., BARKLEY, R.A., 1983, The effects of parent training and Ritalin on the parent-child interactions of hyperactive boys. *Child and Family Behavior Therapy*, 5, 51-69.
- POWER, T. J., DUPAUL, G. J., 1996, Attention-deficit hyperactivity disorder: The reemergence of subtypes. *School Psychology Review*, 25, 284-297.
- RUTTER, M., COX, A., TUPLING, C., BERGER, M., YULE, W., 1975, Attainment and adjustment in two geographical areas: Vol. 1. The prevalence of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 126, 493-509.

- SCHACHAR, R., TANNOCK, R., 1993, Childhood hyperactivity and psychostimulants: A review of extended treatment studies. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 3, 81–97.
- SHAFFER, D., FISCHER, P., LUCAS, D.P., DULCAN, M.K., SCHWAB-STONE, W.E., 2000, NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- STROBER, M., GREEN, J., CARLSON, G., 1981, Utility for the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 263-273.
- TREACY, L., TRIPP, G., BAIRD, A., 2005, Parent stress management training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*, 36, 223-233.
- WRIGHT, J., SABOURIN, S., 1985, *L'intervention auprès des couples: Diagnostic et Traitement*. Saint-Damasse, Les Éditions Consultations.

**ANNEXE A**

**DESCRIPTION ET RÉSUMÉ DES ÉTUDES RECENSÉES**

Bauermeister, J.J, Matos, M. Reina, G., Salas, C.S., Martinez, J.V., Cumba, E., et Barkley, R.A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino-Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 166-179.

**Devis de recherche**

Corrélationnel prédictif

**Objectif/Question de recherche**

Examiner les distinctions entre les profils TDA/H-I et TDAH-M à différents niveaux (comportemental, académique, social) dont au niveau des caractéristiques familiales (pratiques éducatives, stress parental).

**Échantillon**

- N= 98 enfants provenant de 26 écoles primaires différentes dans la région de Puerto-Rico;
- n TDA/H= 25 enfants ayant un TDA/H-I (72% garçons) / 44 enfants ayant un TDA/H-M (59.1% garçons);
- Médication : Certains enfants sont sous médication depuis moins de 6 mois;
- n Contrôle= 29 enfants pour le groupe contrôle (48,3% garçons);
- Âge = 6 à 11 ans;
- Critères d'inclusion : Avoir un QI égal ou plus grand que 80, être natif d'une mère Puerto-Ricaine, ne pas avoir vécu dans un autre pays plus de deux ans, ne pas présenter de retard ou de difficultés au niveau neurologique, développemental et langagier, ne pas avoir reçu de traitement avec des psychostimulants depuis les 6 derniers mois;
- Contrôle statistique au niveau du sexe et de l'âge.

<p><b><u>Variabes dépendantes (v. dép.) :</u></b></p> <p><b>Caractéristiques familiales :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pratiques éducatives (supervision parentale, engagement parental)</li> <li>2) Stress parental</li> </ol>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. dép.) :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Parent Practices Inventory (Salas-Serrano, 2003) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil servant à évaluer la supervision et l'engagement parental;</li> <li>- Fidélité test-retest (4 à 6 semaines d'intervalle) de 0.85.</li> </ul> </li> <li>2) <b>Family Experiences Inventory (Bauermeister, Matos, et Reina, 1999):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil servant à évaluer les expériences stressantes associées à la relation mère-enfant, à la vie sociale de la famille, à la relation mère-enseignant, aux finances et aux relations dans la fratrie;</li> <li>- Fidélité test-retest (4 à 6 semaines d'intervalle) de 0.93.</li> </ul> </li> </ol>
<p><b><u>Variabes indépendantes (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Profils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TDA/H-I</li> <li>- TDA/H-M</li> </ul>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>School Behavior Inventory (Bauermeister, 1994) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enseignant devait compléter les sous-échelles « Distraction-Motivation » et « Activity-Impulsivity » afin de cibler les élèves à risque de présenter un TDA/H.</li> </ul> <p><b>Disruptive Behavior Rating Scale (Barkley, 1997) et Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'enseignant devait compléter la sous-échelle « ADHD » du DBRS et la sous-échelle « Attention problem scale » du CBCL afin de vérifier la présence de comportement d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité chez l'enfant.</li> </ul> <p><b>Spanish Parent Version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (Shaffer et al., 2000):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les mères devaient répondre à une entrevue structurée afin de vérifier si l'enfant répondait aux critères diagnostics du TDA/H.</li> </ul>

### Analyses statistiques et Résultats pertinents

#### **\* MANOVA \***

*Analyse de la variance multiple, i.e. Comparer la moyenne d'une ou de plusieurs variables dépendantes pour deux groupes ou plus simultanément*

#### **\* ANOVA \***

*Analyse de la variance, i.e. Déterminer s'il existe une différence entre les moyennes de trois groupes indépendants ou plus*

#### **1) Stress :**

- Les mères d'enfants ayant un TDA/H-M démontrent un plus haut niveau d'expérience familiale stressante associée à leur rôle de parent comparativement aux mères d'enfants ayant un TDA/H-I.
- Les mères d'enfants ayant un TDA/H-I rapportent un plus haut niveau d'expérience familiale stressante associée à leur rôle de parent que le groupe contrôle.

#### **2) Pratiques éducatives :**

- Les mères d'enfants ayant un TDA/H-M ou un TDA/H-I ne démontrent pas de différences significatives quant à leurs pratiques éducatives.
- Toutefois, ces mères présentent des pratiques plus pauvres que les mères du groupe contrôle plus précisément au niveau de la supervision et de l'engagement parental.

#### **Limites**

- Un seul répondant, la mère, pour évaluer les caractéristiques familiales : menace à la **validité de construit** / biais liés aux méthodes uniques.
- Pas de contrôle statistique au niveau des troubles extériorisés/intériorisés et au niveau de la médication : menace à la **validité externe**.
- Aucun enfant ayant un TDA/H-H : menace à la **validité externe**.

#### **Autres éléments importants...**

Tous les questionnaires ayant fait l'objet de traduction pour la présente étude démontrent des propriétés psychométriques adéquates.

Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., Ramirez, R., Padilla, L., Anderson, A., Garci, P., et Canino, G. (2007). ADHD and gender: Are risk and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child and Psychiatry*, 48(8), 831-839.

**Devis de recherche**

Corrélationnel prédictif

**Objectif/Question de recherche**

Examiner les différences de chacun des profils du TDA/H à différents niveaux (fonctionnement scolaire et social, capacité d'adaptation, trouble du langage, échecs scolaires, suspensions et expulsions scolaires, trouble du sommeil) dont celui des caractéristiques familiales (cohésion familiale, relation parents-enfant, pratiques éducatives, stress parental).

**Échantillon**

- N = 1896 enfants et leurs parents provenant de **Puerto-Rico**;
- n **TDA/H** = 47 enfants ayant un TDA/H-I (12 filles, 35 garçons) / 99 enfants ayant un TDA/H-H (40 filles, 59 garçons) / 50 enfants ayant un TDA/H-M (14 filles, 36 garçons);
- **Médication** : Certains enfants sont sous médication (% inconnu);
- n **Contrôle** = 1696 enfants non-TDAH (847 filles, 849 garçons);
- **Âge** = entre 4 et 17 ans;
- **Pour le groupe « TDA/H »** : Certains présentent un trouble extériorisé ou intériorisé en comorbidité;
- **Pour le groupe « contrôle »** : Certains présentent un trouble extériorisé ou intériorisé en comorbidité;
- **Contrôle statistique** au niveau du sexe et de l'âge.

<p><b><u>Variabes dépendantes (v. dép.):</u></b></p> <p><b>Caractéristiques familiales :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cohésion familiale</li> <li>2) Stress parental</li> <li>3) Relation parents-enfant</li> <li>4) Pratiques éducatives</li> </ol>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. dép.):</u></b></p> <p>1) et 2) <b>Family Care Burden Scale (Messer, Angold, Costello, et Burns, 1996) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil permettant d'évaluer le sentiment de bien-être des membres de la famille tant au niveau du stress que de la cohésion familiale;</li> <li>- Alpha de 0.72.</li> </ul> <p>3) <b>Parent-Child Attachment Scale (Hudson, 1982) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil de 10 énoncés permettant d'évaluer la perception du parent quant à la qualité de la relation qu'il entretient avec son enfant;</li> <li>- Alpha de 0.76.</li> </ul> <p>4) <b>Parental Discipline Scale (Goodman et al., 1998) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cet outil permet de cibler les pratiques éducatives négatives à l'aide de 8 énoncés incluant la punition physique, les cris et le détachement émotionnel;</li> <li>- Alpha 0.62.</li> </ul>
<p><b><u>Variabes indépendantes (v. ind.):</u></b></p> <p><b>Profils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TDA/H-I</li> <li>- TDA/H-H</li> <li>- TDA/H-M</li> </ul>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. ind.):</u></b></p> <p><b>Diagnostic Interview Schedule for Children, Spanish version (Bravo et al., 2001) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permet de poser un diagnostic à l'aide des critères du DSM-IV;</li> <li>- TDA/H-I= Présence de 6 symptômes d'inattention et plus, mais moins de 5 symptômes d'hyperactivité-impulsivité; TDA/H-H= Présence de 6 symptômes d'hyperactivité-impulsivité et plus, mais moins de 5 symptômes d'inattention; TDA/H-M= Présence de 6 symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité.</li> </ul>

**Analyses statistiques et Résultats pertinents**

**\* Régression \***

*Prédire la valeur d'une variable dépendante d'après les valeurs de deux variables indépendantes ou plus et décrire les relations entre ces variables*

**1) Cohésion familiale, relation parents-enfant, pratiques éducatives et stress parental :**

- Il n'y a pas de différences significatives entre les variables des caractéristiques familiales (cohésion familiale, relation parents-enfant, pratiques éducatives, stress parental) en fonction des trois profils du TDA/H.
- Toutefois, les familles d'enfants TDA/H présentent une cohésion plus faible, des relations ainsi que des pratiques éducatives plus pauvres et un stress parental plus élevé que les familles d'enfants du groupe contrôle.

**Limites**

- Un seul répondant, la mère, pour évaluer les caractéristiques familiales : menace à la **validité de construit** / biais liés aux méthodes uniques.
- Pas de contrôle statistique au niveau des troubles extériorisés/internalisés et au niveau de la médication : menace à la **validité externe**.

**Autres éléments importants...**

Tous les questionnaires ayant fait l'objet de traduction pour la présente étude démontrent des propriétés psychométriques adéquates.

<p>Counts, C. A., Nigg, J. T., Stawicki, J. A., Rappley, M. D., et Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. <i>Journal of the American Academy of Child &amp; Adolescent Psychiatry</i>, 44(7), 690-698.</p>
<p><b><u>Devis de recherche</u></b> Corrélationnel prédictif</p>
<p><b><u>Objectif/Question de recherche</u></b> Évaluer les caractéristiques familiales des profils du TDA/H (conflits conjugaux, stress parental, problèmes santé mentale, SSE).</p>
<p><b><u>Échantillon</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- n TDA/H = 96 enfants ayant un TDA/H-M (74% garçons) / 38 enfants ayant un TDAH-I (57.9% garçons);</li> <li>- Médication : 57% des enfants sont sous médication;</li> <li>- n Contrôle = 72 enfants pour le groupe contrôle (59.7% garçons);</li> <li>- n Parents = 337 parents (206 mères, 131 pères);</li> <li>- Âge des enfants = 9,55 et 10,06 ans;</li> <li>- Pour le groupe « TDAH » : Un certain pourcentage d'enfants a aussi un TO ou TC en comorbidité;</li> <li>- Pour le groupe « contrôle » : Un certain pourcentage d'enfants a aussi un trouble extériorisé ou intériorisé en comorbidité;</li> <li>- Critères d'inclusion et d'exclusion : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pour être dans la catégorie « TDA/H » l'enfant devait excéder le 90<sup>e</sup> percentile dans au moins une évaluation faite par son enseignant et le 80<sup>e</sup> percentile dans au moins une évaluation faite par son parent par rapport à des problèmes d'attention ou des symptômes du TDA/H (évaluation = Achenbach Child Behavior Checklist or Teacher report Form, Behavior Assessment Scale for Children, Conners Rating Scale, SNAP-IV, ADHD Rating Scale) OU avoir reçu un diagnostic de TDAH par un professionnel de la santé.</li> <li>▪ Les enfants présentant un retard mental, un trouble autistique, un syndrome de Gilles de LaTourette ou un trouble bipolaire ont été exclus.</li> </ul> </li> <li>- Contrôle méthodologique au niveau de l'âge et du sexe.</li> </ul>

**Variabes dépendantes (v. dép.) :**

**Caractéristiques familiales :**

- 1) Stress parental
- 2) Conflits conjugaux
- 3) Problème santé mentale
- 4) SSE

**Instruments utilisés (v. dép.) :**

**1) Parenting Stress Index (Abidin, 1995) :**

- 17 questions posées aux parents et permettant de mesurer la liste d'événements stressants que la famille a vécus au cours des 12 derniers mois;
- 1 point est donné par énoncé;
- Les scores du père et de la mère sont pondérés pour obtenir une estimation des événements stressants vécus par la famille.

**2) Child's Perception of Interparental Conflict Scale (Grych *et al.*, 1992):**

- Entrevue faite auprès de l'enfant;
- 48 questions en lien avec les conflits conjugaux selon un format de réponse « vrai, un peu vrai, faux »;
- Permet de mesurer l'intensité, la résolution et le contenu des conflits conjugaux tel que perçu par l'enfant.

**3) Diagnostic Interview Schedule (DIS)-IV (Robins *et al.*, 1995) :**

- Entrevue structurée consistant à évaluer les problèmes de santé mentale chez le parent (anxiété généralisée, dépression majeure, choc post-traumatique, dépendance, trouble bipolaire, personnalité antisociale et TDA/H).

**4) Revised Duncan Socioeconomic Index (Stevens et Featherman, 1981) :**

- Questionnaire permettant d'évaluer le SSE des parents à l'aide du niveau d'éducation, de l'occupation et du salaire.

<p><b><u>Variabiles indépendantes (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Profils:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TDA/H-M</li> <li>- TDA/H-I</li> </ul>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Diagnostic Interview Schedule for Children (Shaffer et al., 1997):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevue diagnostique structurée et réalisée auprès des parents;</li> <li>- Sert à diagnostiquer différents troubles de l'enfance d'après les critères du DSM-IV;</li> <li>- Outils fidèle et valide.</li> </ul> <p><b>ADHD Rating Scale et SNAP-IV (Swanson et al., 1998) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire se basant sur les critères diagnostics du DSM-IV;</li> <li>- Doit être rempli à la fois par l'enseignant et par les parents.</li> </ul>
<p><b><u>Analyses statistiques et Résultats pertinents</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b>* Régression multiple*</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Prédire la valeur d'une variable dépendante d'après les valeurs de deux variables indépendantes ou plus et les relations entre ces deux variables</i></p> <p><b>1) Stress parental :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les parents ayant un enfant avec un TDA/H-M vivent plus de stress en général que les parents ayant un enfant avec un TDA/H-I.</li> <li>- Les symptômes du TDAH sont en général associés à un plus haut niveau de stress parental comparativement au groupe contrôle.</li> </ul> <p><b>2) Conflits conjugaux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les familles ayant un enfant avec un TDA/H-M connaissent plus de conflits conjugaux en général que les familles ayant un enfant avec un TDA/H-I.</li> <li>- Les symptômes du TDA/H sont en général associés à un plus haut niveau de conflits conjugaux comparativement au groupe contrôle.</li> </ul> <p><b>3) Problèmes de santé mentale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les parents d'enfants ayant un TDA/H-M présentent un plus haut niveau de problèmes de santé mentale comparativement aux parents d'enfants ayant un TDA/H-I.</li> <li>- Les parents d'enfants ayant un TDA/H présentent en général plus de problèmes de santé mentale que les parents d'enfants du groupe contrôle.</li> </ul> <p><b>4) SSE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les familles d'enfants ayant un TDA/H-M présentent un SSE plus faible que les familles d'enfants ayant un TDA/H-I.</li> <li>- Les familles d'enfants ayant un TDA/H présentent un SSE plus faible en général que les familles d'enfants du groupe contrôle.</li> </ul>	

**Limites**

- Pas de contrôle statistique au niveau des troubles extériorisés/intériorisés et au niveau de la médication : menace à la validité externe.
- Aucun enfant ayant un TDA/H-H : menace à la validité externe.

**Autres éléments importants...**

NIL

<p>Gadow, K. D., Drabick, D. A. G., Loney, J., Sprafkin, J., Salisbury, H., Azizian, A., et Schwartz, J. (2004). Comparison of ADHD symptom subtypes as source-specific syndromes. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i>, 45(6), 1135-1149.</p>
<p><b><u>Devis de recherche</u></b></p> <p>Corrélationnel prédictif</p>
<p><b><u>Objectif/Question de recherche</u></b></p> <p>Examiner les différences entre les trois profils du TDA/H selon différents aspects (cognitif, comportemental, académique) dont celui des caractéristiques familiales (relation parents-enfant).</p>
<p><b><u>Échantillon</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- N= 193 garçons âgés de 6 à 10 ans et leurs mères;</li> <li>- n TDA/H= 70 garçons ayant un TDA/H-I / 10 garçons ayant un TDA/H-H / 102 garçons ayant un TDA/H-M;</li> <li>- Médication : Tous les enfants sont sans médication;</li> <li>- n Contrôle= 11 garçons Non-TDA/H;</li> <li>- Âge = 6 à 10 ans;</li> <li>- Pour le groupe « TDA/H » : Certains présentent un trouble extériorisé ou intériorisé en comorbidité;</li> <li>- Pour le groupe « contrôle » : Certains présentent un trouble extériorisé ou intériorisé.</li> <li>- Critères d'exclusion : QI en bas de 70, psychotique, conditions médicales majeures, retard de développement, syndrome de Gilles de La Tourette, si n'habitait pas avec au moins un parent biologique, si nécessitait une évaluation et une hospitalisation psychiatrique;</li> <li>- Contrôle méthodologique au niveau de l'âge et du sexe.</li> </ul>

**Variabiles dépendantes (v. dép.) :**

**Caractéristiques familiales :**

- 1) Relation parents-enfant

**Instruments utilisés (v. dép.) :**

**1) Parent's Report (Cohen, Dibble, et Grawe, 1977; Dibble et Cohen, 1974) :**

- Outils contenant 25 énoncés mesurant la relation parents-enfant au niveau de l'engagement dans les interactions et de la supervision exercée dans les interactions;
- Réponses réparties sur une échelle de 7 points (0= jamais et 6= toujours);
- Bonne validité et fidélité.

**Variabiles indépendantes (v. ind.) :**

**Profil :**

- TDA/H-I
- TDA/H-H
- TDA/H-M

**Instruments utilisés (v. ind.) :**

**Child Symptom Inventory-4 (Gadow et Sprafkin, 1994, 2002) :**

- Version pour le parent (97 énoncés) et pour l'enseignant (87 énoncés);
- Outil qui se base sur les symptômes du TDA/H tel que décrit dans le DSM-IV;
- Catégories mesurées : TDA/H-I, TDA/H-H, TDA/H-M, TO, TC, Tr. Anxiété, Phobie Sociale, Tr. Anxiété de Séparation, Tr. Dysthémique, Schizophrénie, Relations sociales;
- Deux scores différents :
  - 1) Au niveau de la quantité de symptômes (0= jamais/presque jamais et 1= souvent/vraiment souvent)
  - 2) Au niveau de la sévérité des symptômes (0= jamais, 1= parfois, 2= souvent, 3= vraiment souvent).

**Analyses statistiques et Résultats pertinents**

**\* ANCOVA\***

*Analyse de la covariance, i.e. comparer le comportement de deux groupes ou plus en contrôlant l'effet d'une variable étrangère ou plus sur une variable dépendante*

**1) Relations parents-enfant :**

- Les mères d'enfants ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M auraient davantage tendance à encourager la dépendance de leur enfant comparativement aux mères d'enfants ayant un TDA/H-I.
- Les mères d'enfants ayant un TDA/H-M ou un TDA/H-H présentent moins d'engagement dans leurs relations avec leurs enfants, particulièrement lorsqu'elles sont en colère (tendance au retrait), comparativement aux mères ayant un enfant TDA/H-I.
- Le groupe TDA/H se distingue du groupe contrôle au niveau des relations parents-enfant, le groupe TDA/H présentant des relations plus négatives à tous les niveaux.

**Limites**

- Un seul répondant, la mère, pour évaluer les caractéristiques familiales : menace à la **validité de construit** / biais liés aux méthodes uniques.
- Échantillon pour le groupe TDAH-H très petit ce qui a un impact sur les analyses statistiques donc difficulté de généralisation : menace à la **validité de conclusion statistique**.
- Pas contrôle de contrôle statistique au niveau des troubles extériorisés/intériorisés : menace à la **validité externe**.
- Seulement échantillon de garçons TDA/H donc impossibilité de généraliser à une population de fille TDA/H vus les différences au niveau des symptômes : menace à la **validité externe**.

**Autres éléments importants...**

NIL

Paternite, C. E., Loney, J., et Roberts, M. A. (1996). A preliminary validation of subtypes of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders, 1*(2), 70-86.

**Devis de recherche**

Descriptif corrélationnel

**Objectif/Question de recherche**

Examiner les différences entre les profils du TDA/H différents niveaux (cognitif, comportemental) dont celui des caractéristiques familiales (cohésion familiale, résolution de problèmes, relation parents-enfant.).

**Échantillon**

- n TDAH= 28 garçons TDA/H -I/ 9 garçons TDA/H-H/ 59 garçons type TDA/H-M;
- Médication: Certains enfants sont sous médication
- n Contrôle = 18 garçons non-TDA/H pour le groupe contrôle;
- Âge = 6 à 12 ans;
- Pour le groupe « TDA/H » : Certains ont un TO, un TC ou un trouble intériorisé en comorbidité;
- Pour le groupe « contrôle » : Certains présentaient un trouble intériorisé;
- Critères d'exclusion : Retard mental, dommages biologiques, retard de développement, si le score-T au à l'échelle des troubles externalisés du CBCL était de plus de 59;
- Contrôle statistique au niveau de l'âge;
- Contrôle méthodologique au niveau du sexe.

<p><b><u>Variabes dépendantes (v. dép.) :</u></b></p> <p><b>Caractéristiques familiales :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cohésion familiale</li> <li>2) Résolution de conflits</li> <li>3) Relation parents-enfant (expression des émotions, contrôle)</li> </ol>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. dép.) :</u></b></p> <p><b>Family Environment Scale (Moos et Moos, 1981) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire basé sur les réponses de la mère;</li> <li>- Comporte 10 sous-échelles qui permettent de mesurer : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) La cohésion familiale</li> <li>2) La résolution de conflits</li> <li>3) La relation parents-enfant (expression des émotions, contrôle).</li> </ol> </li> </ul>
<p><b><u>Variabes indépendantes (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Profils:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TDA/H-I</li> <li>- TDA/H-H</li> <li>- TDA/H-M</li> </ul>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Diagnostic Interview for Children and adolescents, Parent Version (Herjanic, 1981):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrument de mesure qui se base sur les critères diagnostic du DSM-III;</li> <li>- TDA/H-I= 6 symptômes du DSM-IV dérivait du DICA-P. Un autre symptôme du profil TDAH-I (« A des oublis fréquents dans la vie quotidienne ») a été mesuré par l'énoncé « oublié » du <b>Mothers Measure for Subgrouping (Loney, 1984)</b>;</li> <li>- TDA/H-H= 4 symptômes d'hyperactivité et 2 symptômes d'impulsivité du DSM-IV dérivait du DICA-P. Un autre symptôme d'impulsivité (« Parle trop ») a été mesuré par l'item « Parle trop » du <b>Child Behavior Checklist (Achenbach et Edelbrock, 1983)</b>;</li> <li>- Le nombre de critères nécessaires pour l'obtention du diagnostic a été fait en fonction du DSM-IV (5 des 7 symptômes pour l'inattention et 6 des 9 symptômes pour l'hyperactivité-impulsivité);</li> <li>- L'âge et la durée des symptômes pour poser le diagnostic a été fait en fonction du DSM-IV.</li> </ul>

### Analyses statistiques et Résultats pertinents

#### **\* ANOVA \***

*Analyse de la variance, i.e. déterminer s'il existe une différence entre les moyennes de trois groupes indépendants ou plus*

#### **\*ANCOVA\***

*Analyse de la covariance, i.e. comparer le comportement de deux groupes ou plus en contrôlant l'effet d'une variable étrangère ou plus sur une variable dépendante*

#### **1) Cohésion familiale et résolution de problèmes :**

- Les familles ayant un enfant TDA/H-M obtiennent un score plus faible au niveau de la cohésion familiale et de la résolution de conflits que les familles d'enfants du groupe contrôle.
- Il n'y a pas de différences significatives entre les trois profils au niveau de la résolution de conflits et de la cohésion familiale.

#### **2) Relation parents-enfant (expression des émotions et contrôle) :**

- Les familles d'enfants ayant un TDA/H ont de moins bonnes relations familiales que les familles d'enfants du groupe contrôle.
- Il n'y a pas de différences significatives entre les trois profils au niveau de l'expression des émotions et du contrôle.

#### Limites

- Échantillon de petite taille pour le groupe TDA/H-H qui n'est formé que de 9 garçons ce qui a un impact sur les analyses statistiques donc difficultés de généralisation vu la faible puissance statistique : menace à la **validité de conclusion statistique**.
- Échantillon de garçons TDA/H seulement donc impossibilité de généraliser à un échantillon de filles TDAH vues les différences au niveau des symptômes : menace à la **validité externe**.
- Pas de contrôle statistique au niveau des troubles extériorisés/internalisés : menace à la **validité externe**.

#### Autres éléments importants...

NIL

Peris, T.S. et Hinshaw, S.P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD : The relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology and comorbid disruptive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1177-1190.

**Devis de recherche**

Descriptif corrélationnel

**Objectif/Question de recherche**

Examiner la relation parents-enfant (réponse affective) chez des jeunes filles présentant un TDA/H en fonction de leur profil.

**Échantillon**

- n TDAH = 59 filles présentant un TDA/H-M / 32 filles ayant un TDA/H-I;
- Médication : Certains sont sous médication;
- n Contrôle = 51 filles non-TDA/H
- Âge = 9,8 ans en moyenne;
- Pour le groupe « TDA/H » : Certains enfants présentent des TO ou TC;
- Critères d'exclusion pour le groupe « TDA/H » : QI en-deçà de 70, problèmes neurologiques, troubles psychotiques, trouble envahissant du développement ou tout autres conditions médicales pouvant rendre difficile la participation à l'étude.
- Contrôle statistique au niveau des troubles extériorisés;
- Contrôle méthodologique au niveau du sexe et de l'âge.

<p><b><u>Variabes dépendantes (v. dép.) :</u></b></p> <p><b>Caractéristiques familiales:</b></p> <p>1) Relation parents-enfant (réponse affective)</p>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. dép.) :</u></b></p> <p>1) <b>Five-Minute Speech Sample (Magana et al., 1986) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevue de cinq minutes où le parent doit parler de son enfant pendant 5 minutes;</li> <li>- Les thèmes abordés sont les caractéristiques de l'enfant, la nature des relations et les forces de l'enfant;</li> <li>- La réponse affective est mesurée à l'aide de deux concepts soit la critique envers l'enfant (sentiment d'hostilité, ressentiments) et la surprotection auprès de l'enfant (sur-engagement).</li> </ul>
<p><b><u>Variabes indépendantes (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Profils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TDA/H-I</li> <li>- TDA/H-M</li> </ul>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV (Shaffer et al., 2000) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Version complétée par le parent à l'aide d'un intervieweur formé;</li> <li>- Outil permettant de poser un diagnostic posé à l'aide des critères du DSM-IV (les problèmes ont commencés avant l'âge de 7 ans, persistance des symptômes depuis au moins 6 mois, et présence de difficultés au niveau de l'attention ou de l'hyperactivité ou de l'impulsivité);</li> <li>- Validité et fidélité acceptable.</li> </ul>

**Analyses statistiques et Résultats pertinents**

**\*  $Khi^2$  \***

*Analyse du khi carré, i.e. Déterminer les relations ou les différences entre les variables.*

**1) Relation parents-enfant :**

- Les familles d'enfants ayant un TDA/H ne se différencient pas au niveau de la relation parents-enfant (réponse affective) en fonction du profil de l'enfant.
- Les familles d'enfants ayant un TDA/H démontrent davantage de difficulté sur le plan de la relation parents-enfant comparativement aux familles d'enfants du groupe contrôle.

**Limites**

- Seulement échantillon de filles TDA/H donc impossibilité de généraliser à une population de garçons TDA/H vues les différences au niveau des symptômes : menace à la **validité externe**.
- Pas de contrôle statistique au niveau de la médication : menace à la **validité externe**.
- Aucun enfant ayant un TDA/H-H : menace à la **validité externe**.

**Autres éléments importants...**

NIL

Podolski, C. L., et Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of clinical child psychology, 30*(4), 503-513.

**Devis de recherche**

Descriptif corrélationnel

**Objectif/Question de recherche**

Examiner le sentiment de compétence parental et le stress parental chez les parents d'enfants ayant un TDA/H en fonction du profil diagnostique.

**Échantillon**

- n TDAH = 15 enfants ayant un TDA/H-I (56% garçons) / 22 enfants ayant un TDA/H-M (70% garçons);
- Médication : 26 enfants sont sous médication;
- n Contrôle = 22 enfants non-TDA/H (67% garçons);
- n Parents = 66 mères et 57 pères;
- Âge = entre 7 et 11 ans;
- Pour le groupe « TDA/H » : Certains enfants présentent des TO ou TC;
- Critères d'exclusion pour le groupe « TDA/H » : Problèmes d'apprentissage, désordres neurologiques, dépression majeure.
- Critères d'inclusion du groupe « contrôle » : Avoir un score inférieur à 60 au DISC-IV, ne pas présenter de TO, TC ou de problèmes d'apprentissage;
- Contrôle statistique au niveau des troubles extériorisés;
- Contrôle méthodologique au niveau du sexe et de l'âge.

<p><b><u>Variables dépendantes (v. dép.) :</u></b></p> <p><b>Caractéristiques familiales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2) Sentiment de compétence parental</li> <li>3) Stress parental</li> </ul>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. dép.) :</u></b></p> <p><b>1) Satisfaction With Parenting Performance subscale of the Parenting Satisfaction Scale (Guidubaldi et Cleminshaw, 1994) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Outil devant être complété par le parent;</li> <li>- Outil de 15 items ciblant le sentiment de compétence du parent;</li> <li>- Réponses réparties sur 4 points;</li> <li>- Le score est inversé, i.e. qu'un haut score = un haut degré d'insatisfaction;</li> <li>- Alpha de 0.83.</li> </ul> <p><b>2) Parenting Stress Index-Short Form (Abidin, 1995):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Version complétée par le parent;</li> <li>- Outil permettant de mesurer le niveau de stress du parent;</li> <li>- Alpha de 0.82.</li> </ul>
<p><b><u>Variables indépendantes (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Profils :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TDA/H-I</li> <li>- TDA/H-M</li> </ul>	<p><b><u>Instruments utilisés (v. ind.) :</u></b></p> <p><b>Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV (Shaffer et al., 1997) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Version complétée par le parent à l'aide d'un intervieweur formé;</li> <li>- Outil permettant de poser un diagnostic posé à l'aide des critères du DSM-IV (les problèmes ont commencés avant l'âge de 7 ans, persistance des symptômes depuis au moins 6 mois, et présence de difficultés au niveau de l'attention ou de l'hyperactivité ou de l'impulsivité);</li> <li>- Validité et fidélité acceptable.</li> </ul> <p><b>Child Behavior Checklist parent and teacher rating scale (Achenbach, 1991) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Version complétée par l'enseignant et le parent.</li> </ul>

**Analyses statistiques et Résultats pertinents**

**\* ANOVA \***

*Analyse de la variance, i.e. Déterminer s'il existe une différence entre les moyennes de trois groupes indépendants ou plus*

**1) Sentiment de compétence parental :**

- Les parents d'enfants ayant un TDA/H-M ou un TDA/H-I sont plus insatisfaits au niveau de leurs compétences parentales que les parents du groupe contrôle.
- Il n'y a pas de différences significatives entre les parents d'enfants ayant un TDA/H-M et les parents d'enfants ayant un TDA/H-I au niveau du sentiment de compétence parentale.

**2) Stress parental :**

- Il n'y a pas de différences significatives entre les parents d'enfants ayant un TDA/H-M et ceux ayant un TDA/H-I.

**Limites**

- Pas de contrôle statistique au niveau des troubles intériorisés et au niveau de la médication : menace à la **validité externe**.
- Aucun enfant ayant un TDA/H-H : menace à la **validité externe**.

**Autres éléments importants...**

NIL

**ANNEXE B**  
**NORMES DE PRÉSENTATION DE L'ARTICLE**

## **NORMES DE PRÉSENTATION DE LA REVUE *SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC***

### **1. SOUMISSION D'UN ARTICLE**

La revue invite tous ceux et toutes celles qui le désirent à soumettre des articles dans les dossiers thématiques ou dans la section Mosaïques qui regroupe les articles hors thème. Tous les articles présentés à la revue sont soumis anonymement pour évaluation aux membres du comité de lecture et aux membres du comité de rédaction. Les auteurs doivent soumettre les noms et les coordonnées de trois (3) lecteurs. La revue se chargera de choisir les évaluateurs externes et de leur faire parvenir une copie de l'article pour fin d'évaluation. La recommandation de publication est faite par le comité de rédaction après analyse des évaluations externes.

### **2. QUALITÉ DE LA LANGUE**

La revue accorde une grande importance à la qualité du français. Aussi demande-t-elle que les articles soient rédigés dans une langue correcte et dans un style accessible à la majorité des lecteurs et lectrices.

### **3. DROIT DE REPRODUCTION**

La revue conserve tous les droits sur les articles qu'elle publie. À cette fin, le ou les auteurs signent une cession de droits à cet effet. Le formulaire est envoyé après que toutes les étapes d'édition aient été complétées.

Toutefois, des ententes peuvent être conclues avec les auteur(e)s pour publication dans d'autres revues ou livres. La revue permet sans aucun frais la reproduction des articles pour fin d'enseignement. Elle demande que les références soient clairement indiquées.

Pour une demande de droit de reproduction, prière de remplir le formulaire « Demande de droits de reproduction »

### **4. RESPONSABILITÉS DU OU DES AUTEUR(S)**

L'auteur(e) ou les auteur(e)s sont responsables des opinions qu'il(s) ou qu'elle(s) exprime(nt) dans la revue.

La revue ne publiant que des articles originaux, les manuscrits déjà parus dans d'autres publications ou devant l'être, ne pourront être acceptés. Il relève de la responsabilité de l'auteur(e) de prévenir la revue d'une telle éventualité.

### **5. TIRÉS À PART**

La revue donne à chaque auteur(e) 25 tirés à part de son article. Les auteur(e)s des articles écrits en collaboration se partagent les tirés à part.

## 6. PRÉSENTATION DE L'ARTICLE

Les articles doivent être soumis sur traitement de texte (préciser le logiciel utilisé) à double interligne (maximum de 5,000 mots excluant les références).

Sur une feuille, l'auteur(e) indique uniquement le titre de l'article. Sur une deuxième feuille, il indique le titre de l'article et le nom du ou des auteur(e)s . En bas de cette page apparaissent la profession et le lieu de travail du ou des auteur(e)s. Sur une autre feuille est présenté un résumé de 10 lignes en français et en anglais.. Les citations sont présentées en retrait dans l'article, à simple interligne, et suivies de la référence entre parenthèses comme suit (nom de famille, année de publication, page (par exemple : Boutillier, 1980, 37).

S'il y a deux auteur(e)s, indiquer le nom de famille des deux. S'il y a plus de deux auteur(e)s, indiquer le nom de famille du premier auteur(e) et al. (par exemple : Lefebvre et al., 1987, 67).

Toute référence à un auteur faite dans l'article comporte le nom, la date de parution et la page (par exemple : Tousignant, 1986, 45).

Les tableaux et graphiques sont regroupés à la fin de l'article, numérotés en chiffres arabes. L'endroit où ils doivent être insérés doit être indiqué dans l'article. La légende des graphiques et les titres des tableaux sont clairement indiqués.

Les notes sont réduites au minimum et regroupées ensemble, à la fin de l'article, sur une feuille séparée. Elles ne comportent ni tableau, ni graphique.

Les références sont présentées sur des feuilles séparées à la fin de l'article par ordre alphabétique d'auteur(e)s. Si un auteur ou une auteure a plus d'un ouvrage, prière de les présenter par ordre chronologique en partant du plus récent.

Huit (8) copies de l'article incluant l'original doivent être fournies.

## 7. RÉFÉRENCES

La revue demande aux auteur(e)s d'apporter une attention particulière aux règles de présentation des références. En cas de doute, prière de communiquer avec la rédaction. Titre de livre français

S'il n'y a qu'un auteur : Nom de famille de l'auteur(e), initiale du prénom, date de parution, titre du livre, éditeur, ville de publication (par exemple : MANNONI, O., 1982, Ça n'empêche pas d'exister, Seuil, Paris).

S'il y a deux ou plusieurs auteurs : Indiquer le nom de famille, initiale du prénom pour chaque auteur (par exemple : GAULEJAC, V., BONETTI, M., FRAISSE, J.).

Titre de livre anglais Nom de famille de l'auteur(e), initiale du prénom, date de parution, titre du livre, éditeur, ville de publication (par exemple : BELLE, D., 1982, Lives in Stress : Women and Depression, Sage Publications, Beverly Hills.)

S'il y a deux ou plusieurs auteur(e)s : suivre le modèle français.

Chapitre dans un volume français MERCIER, C., 1984, Les données épidémiologiques in Nadeau, L., MERCIER, C., BOURGEOIS, L., eds., Les femmes et l'alcool en Amérique du Nord et au Québec, Presses de l'Université du Québec, Sillery, 23-70.

Chapitre dans un volume anglais BUTLER, R.N., 1975, Psychotherapy in old age in Arieti, S., ed., American Handbook of Psychiatry, Basic Books, New York, 807-828.

Article dans une revue de langue française DURAND, D., MASSÉ, R., OUELLET, F., 1989, Intervenants non professionnelles et prévention de l'enfance maltraitée : évaluation du projet de la visite, Santé mentale au Québec, XIV, no 2, 26-38.

Article dans une revue de langue anglaise FADDEN, G., BERRINGTON, P., KUIPERS, L., 1987, The burden of care : the impact of functional psychiatric illness on the patient's family, British Journal of Psychiatry, 150, no 4, 285-292.

## 8. PROCESSUS DU TRAITEMENT D'ARTICLE

Santé mentale au Québec fait parvenir un accusé dès la réception de l'article. Toutefois, un délai de trois à six mois peut s'écouler avant que le processus d'évaluation soit terminé. Les textes peuvent être soumis par la poste à l'adresse suivante : Santé mentale au Québec, C.P. 548, succ. Place d'Armes, Montréal, Qc., H2Y 3H3 ou par courriel : [rsmq@videotron.ca](mailto:rsmq@videotron.ca).

Veillez prendre note que si vous choisissez de soumettre votre article par voie postale, il faut envoyer six copies papier. Il n'est pas nécessaire de fournir ces copies papier si vous soumettez votre article par voie électronique. Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec la direction.