

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, Marie-Josée Letarte et Sylvie Normandeau

Volume 1, mars 2012

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1012126ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1012126ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université Laurentienne

ISSN

1920-6275 (imprimé)

1929-8544 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Richer, M.-C., Letarte, M.-J. & Normandeau, S. (2012). Caractéristiques familiales associées aux trois profils du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité chez les enfants âgés de 6 à 9 ans. *Enfance en difficulté*, 1, 145-166. <https://doi.org/10.7202/1012126ar>

Résumé de l'article

Selon l'American Psychiatric Association (APA, 1994), le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) 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 statistique sur les variables de sexe et d'âge des enfants, ainsi que sur la prise de médication et la co-occurrence 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 au niveau 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. Par ailleurs, les résultats suggèrent qu'il est important de considérer la présence du trouble oppositionnel et la prise de médication dans l'étude des profils diagnostiques du TDA/H.



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, Marie-Josée Letarte

Université de Sherbrooke

et Sylvie Normandeau

Université de Montréal

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 (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* (American Psychiatric Association, 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, Balentine, & Lynam, 2001; Power & 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 plan des fonctions exécutives et des habiletés motrices. Ils sont également plus agressifs et plus opposants face à l'autorité. Bref, les études indiquent que les comportements hyperactifs et impulsifs des enfants qui ont un TDA/H-M prédisent une trajectoire plus défavorable comparativement aux enfants présentant uniquement un déficit sur le plan de l'attention (Lynam, 1996, cité dans Milich *et al.*, 2001). Toutefois, en l'absence d'études longitudinales, il est impossible de tirer des conclusions fermes à ce sujet. D'ailleurs, la présence de troubles associés aux TDA/H-H ou M pourrait aussi avoir un impact à long terme sur la trajectoire développementale de l'enfant présentant l'un ou l'autre des profils diagnostiques. 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 à la médication. Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) sont les plus recommandés aux parents ayant un enfant présentant un TDA/H (Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002; Pelham & Gnagy, 1999).

Jusqu'ici, plusieurs études se sont intéressées aux caractéristiques individuelles associées aux profils TDA/H (Milich *et al.*, 2001; Power & 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, Cox, Tupling, Berger, & Yule, 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, Lafortune, & Fortier, 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 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 font le point sur les connaissances actuelles à ce sujet.

Différences familiales en fonction des profils

Lemelin *et al.* (2006) suggèrent de regrouper les caractéristiques familiales en deux catégories de facteurs, soit le fonctionnement familial et les caractéristiques parentales. Ces deux catégories incluent un total de neuf facteurs. Le fonctionnement familial réfère à la cohésion familiale, à la résolution de conflits, à 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 écrits 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 comparé le fonctionnement familial des enfants ayant différents profils du TDA/H. Ces études suggèrent que les familles dans lesquelles un enfant présente un TDA/H sont plutôt homogènes au plan de la cohésion familiale, de la résolution de conflits et des pratiques éducatives, quel que soit leur profil diagnostique (Bauermeister *et al.*, 2005, 2007; Paternite, Loney, & Roberts, 1996; Peris & Hinshaw, 2003). Elles ne se distingueraient pas non plus au plan de leur expression affective (Bauermeister *et al.*, 2007; Paternite *et al.*, 1996; Peris & Hinshaw, 2003). Toutefois, les mères d'enfants ayant un TDA/H-M ou un TDA/H-H présenteraient plus de lacunes au plan 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 auteurs observent une homogénéité, dans ce groupe de parents, au plan des conflits conjugaux, des problèmes de santé mentale, du sentiment de compétence et du stress parental (Bauermeister *et al.*, 2007; Podolski & Nigg, 2001). Toutefois, d'autres auteurs 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, Nigg, Stawicki, Rappley, & Von Eye, 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 & 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 plus opposants face à l'autorité (Barkley *et al.*, 1990; Lahey *et al.*, 1984, cité dans Power & 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 co-occurrence de ces troubles. Or, ce contrôle n'a été exercé que dans deux études (Peris & Hinshaw, 2003; Podolski & Nigg, 2001). Celles-ci démontrent qu'une fois la présence de ces troubles contrôlée statistiquement, 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 & Hinshaw, 2003), limitant la généralisation des résultats à la population générale.

D'autres études portent sur de très petits échantillons, limitant leur pouvoir de détection. Par exemple, Paternite *et al.* (1996) étudient 36 familles parmi lesquelles neuf ont un enfant avec un profil TDA/H-H. Dans le même sens, vu la faible proportion d'enfants avec 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 & Hinshaw, 2003; Podolski & Nigg, 2001). Enfin, le nombre de caractéristiques familiales considérées simultanément dans les études est faible, ce qui ne permet pas de porter un regard complet sur la situation et 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 données 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 de la méthode utilisée 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 plan 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 les variables de sexe et d'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 pour dresser un portrait complet des différences et contrôler statistiquement 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, Schultz, & Long, 1995).

Méthode

Les participants à cette étude sont 110 familles avec 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 TDA/H de l'enfant. Pour participer à l'étude, l'enfant devait :

- (a) être âgé entre 6 et 10 ans;
- (b) satisfaire aux critères diagnostiques du TDA/H (APA, 1994);
- (c) avoir un TDA/H comme 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);
- (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% des cas. 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-secondaires atteint respectivement 75% et 55%. Le revenu moyen annuel de ces familles se situe entre 55 000 \$ et 64 000 \$.

Les parents répondants (101 mères, 9 pères) ont complété les questionnaires utilisés dans la présente étude dans les semaines précédant leur participation à un programme d'intervention. Un parent est considéré comme répondant 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%).

Instruments de mesures

Le fonctionnement familial et les caractéristiques parentales ont été mesurés avec des questionnaires d'abord validés en anglais, qui ont été traduits en français soit dans le cadre de cette recherche, soit par d'autres auteurs, et validés en français.

Fonctionnement familial

La catégorie du fonctionnement familial inclut la cohésion familiale, la résolution de problèmes, la relation parents-enfant et les pratiques éducatives.

Le fonctionnement familial est mesuré avec le *Family Assessment Device* (FAD; Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein, & Keitner, 1990), un questionnaire de 60 énoncés répartis en cinq échelles évaluant la communication, les rôles, la résolution de problèmes, l'expression affective et l'engagement affectif (alphas entre 0,57 et 0,83). 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* (4). 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, Epstein, Bishop, & Keitner, 1985).

Les pratiques parentales sont mesurées avec le *Parent Practices Interview* (PPI; Webster-Stratton, 1998), 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 0,54 et 0,82). 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 *totalelement 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 & 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 au moyen de six mises en situation du quotidien (alphas entre 0,85 et 0,88) 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 (p. ex., effort du parent, humeur du parent, qualité du parent) ou l'enfant (p. ex., effort de l'enfant, humeur de l'enfant). Le parent indique à quel point il adhère 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 (p. ex., humeur, effort) et moins il les attribue à des causes stables (p. ex., habiletés, qualités).

Le sentiment d'auto-efficacité parentale est évalué avec le *Parenting Self-Agency Measure* (PSAM; Dumka, Stoerzinger, Jackson, & Roosa, 1996) qui 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 de 0,70). Le parent indique son 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 parentale est faible.

La satisfaction conjugale est évaluée à l'aide du *Marital Adjustment Test* (Locke & Wallace, 1959), traduit et adapté par Wright et Sabourin (1985). Il s'agit d'un questionnaire de 15 énoncés servant à mesurer le niveau d'adaptation et de satisfaction dans le couple (alpha de 0,90). Chaque énoncé vérifie la satisfaction face à divers facteurs de la vie de couple comme la démonstration d'affection, les relations sexuelles ou 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 & Wallace, 1959).

Le stress parental est mesuré avec la version abrégée de l'*Indice de Stress Parental* (ISP; Bigras, Lafrenière, & Abidin, 1996) qui évalue le niveau de stress parental à l'aide de 36 énoncés répartis en trois échelles : détresse parentale, dysfonctions au niveau des interactions parents-enfant et difficulté chez l'enfant. Le score total du stress parental inclut les 36 énoncés (alphas entre 0,70 et 0,95). 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^{ième} centile indique un risque élevé alors qu'un score total supérieur au 90^{ième} centile indique un niveau de stress dysfonctionnel. De même, un score de plus de 90 indique un niveau élevé de stress.

La dépression est évaluée avec le *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Steer, & Brown, 1998). Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés sur les symptômes dépressifs, 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 de 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, Fischer, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 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 0,29 et 0,74). Les réponses à la majorité des questions sont de type *oui* ou *non* et, à l'occasion, de type *parfois* ou *un peu*. L'étude de Shaffer et al. (2000) démontre des coefficients de *kappa* de 0,68 pour le trouble oppositionnel et de 0,56 pour les troubles anxieux et des coefficients de stabilité test-retest entre 0,43 et 0,96. 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. Si tel était le cas, la procédure diagnostique était amorcée, puis la dose appropriée de médication était déterminée et ajustée par le médecin traitant de l'enfant. 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 selon le sexe, l'âge et 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. La prise de médication se trouve, quant à elle, contrôlée par le fait que tous les participants à l'étude prennent une dose de médication appropriée à leurs difficultés.

Tableau 1 — 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 ³	Diffé- rences
	%	M (ET)	%	M (ET)	%	M (ET)	%	M (ET)		
Sexe									0,6	
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)	0,24	
T. O. ¹	19,4		27,3		26,5		24,5		0,73	
T. A. ²	25,8		81,8		47,1		44,5		0,01**	A, C

Notes. Les comparaisons entre les profils portent sur : A = Différences significatives entre TDA/H-I et TDA/H-H; C = Différences significatives entre TDA/H-H et TDA/H-M. ¹Trouble oppositionnel; ²Troubles anxieux; ³Les comparaisons entre les profils ont été réalisées à l'aide d'analyses univariées (ANOVAs) et du test du Khi-carré. ** $p < 0,01$.

Comparaison des trois profils TDA/H au plan 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 (sans contrôle du trouble oppositionnel ni de la relation entre les caractéristiques familiales) identifiant les caractéristiques familiales qui pourraient être liées aux profils TDAH et qui seront retenues pour l'analyse multivariée (les résultats marginalement significatifs sur le plan statistique ($p < 0,10$) seront retenus à cette étape);

- (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 la présence du trouble oppositionnel et la relation entre les caractéristiques familiales (seuls les résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$) seront présentés ici).

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, dix 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 (ANOVAs; 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. Les analyses révèlent également que les familles des différents profils ont tendance à se distinguer ($p < 0,10$). Les familles d'enfants ayant un TDA/H-H présenteraient davantage de difficultés au plan 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 0,10 seront incluses dans les analyses multivariées. Les valeurs de p de chacune de ces analyses ne sont pas présentées avec précision puisqu'il s'agit à cette étape simplement de déterminer les variables qui seront retenues pour les analyses multivariées.

Tableau 2 — Analyses de variance (ANOVAs) des caractéristiques familiales selon le profil diagnostique

Caractéristiques familiales	Groupes			ANOVA		
	TDAH-I (n = 31)	TDAH-H (n = 11)	TDAH-M (n = 68)	F	df ^t	Différences
	M (ET)	M (ET)	M (ET)			
Fonctionnement familial						
Family Assessment Device						
Expression affective	1,6 (0,5)	1,9 (0,5)	1,6 (0,5)	2,4 ^t	102	A, C
Engagement affectif	1,9 (0,5)	1,9 (0,5)	1,9 (0,5)	0,1	102	
Résolution de problèmes	1,8 (0,4)	2,1 (0,6)	1,9 (0,4)	2,5 ^t	102	A, C
Communication	1,7 (0,4)	2,0 (0,5)	1,8 (0,4)	2,1	102	
Rôles	1,7 (0,4)	2,0 (0,5)	1,9 (0,4)	2,4 ^t	102	A, C
Parenting Practices Interview						
Discipline appropriée	4,5 (0,9)	4,9 (0,6)	4,7 (0,8)	0,6	104	
Discipline sévère et incohérente	2,9 (0,6)	3,2 (0,7)	3,1 (0,6)	1,3	103	
Discipline verbale positive	5,3 (0,7)	5,1 (1,1)	5,2 (0,9)	0,4	104	
Supervision	5,8 (1,0)	5,7 (1,1)	5,6 (0,9)	0,3	104	
Félicitations et récompenses	4,4 (0,8)	4,6 (0,9)	4,5 (0,8)	0,3	104	
Punitions physiques	1,2 (0,4)	1,5 (0,5)	1,3 (0,3)	2,6 ^t	104	A, C
Attentes claires	3,6 (0,4)	3,6 (0,5)	3,4 (0,7)	2,1	104	
Caractéristiques parentales						
Marital Adjustment Test						
Ajustement total (mère)	37,9 (10,0)	39,8 (8,3)	37,9 (10,2)	0,2	88	
Ajustement total (père)	40,3 (8,5)	40,3 (8,6)	38,9 (9,2)	0,6	84	
Parenting Self-Agency Measure						
Sentiment de compétence parentale	2,0 (0,5)	2,3 (0,5)	2,2 (0,5)	1,1	99	
Interactions Questionnaire						
Attribution stable O ^a	5,7 (2,2)	6,0 (1,5)	5,9 (1,7)	0,2	99	
Attribution instable O ^b	6,2 (1,7)	5,4 (2,7)	5,9 (1,9)	0,8	99	
Attribution stable D ^c	7,0 (1,9)	5,9 (1,8)	6,0 (1,8)	3,0 [*]	96	B
Attribution instable D ^d	7,0 (1,8)	6,2 (2,4)	6,7 (1,9)	0,8	96	

Indice de Stress parental						
Détresse parentale	26,4 (9,0)	28,2 (9,3)	29,7 (7,9)	1,6	108	
Dysfonctions ^e	25,7 (6,5)	24,4 (5,6)	26,4 (6,8)	2,8 ^t	108	B
Difficultés de l'enfant	32,8 (7,9)	39,7 (6,8)	41,8 (7,1)	16,1 ^{**}	108	A, B
Stress total	84,9 (18,3)	92,3 (15,6)	94,9 (16,3)	8,5 ^{**}	108	B
Beck Depression Inventory						
Dépression totale	6,9 (5,2)	13,1 (6,9)	9,8 (6,8)	4,1 [*]	106	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 = Différences significatives entre TDAH-H et TDAH-M. ^a = Attribution stable du parent ou de l'enfant quant à l'obéissance; ^b = Attribution instable du parent ou de l'enfant quant à l'obéissance; ^c = Attribution stable du parent ou de l'enfant quant à la désobéissance; ^d = Attribution instable du parent ou de l'enfant quant à la désobéissance; ^e = Dysfonctions dans les interactions parents-enfant; ^t*dl* : degré de liberté total (*dl* entre les groupes = 2 pour toutes les analyses; *dl* interne aux groupes = entre 82 et 106 selon l'analyse); * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, ^t $p < 0,10$.

La dernière étape consiste à faire 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 le trouble oppositionnel et la relation entre toutes les caractéristiques familiales (tableau 3). Les résultats démontrent 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 (taille de l'effet – $\eta^2 = 0,088$ – ampleur moyenne). De plus, les parents d'enfants ayant un TDA/H-H ou un TDA/H-M (taille de l'effet – $\eta^2 = 0,217$ – ampleur importante) 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 (taille de l'effet – $\eta^2 = 0,146$ – ampleur importante). Toutefois, une fois le trouble oppositionnel et la relation entre les caractéristiques familiales contrôlés, les familles d'enfants ayant un TDA/H ne se distinguent plus en fonction des profils sur les autres caractéristiques familiales.

Tableau 3 — Analyses de covariance multiple (MANCOVAs) identifiant les caractéristiques familiales selon le profil diagnostique

Caractéristiques familiales	Groupes			MANCOVA			
	TDA/H-I (n = 31)	TDA/H-H (n = 11)	TDA/H-M (n = 68)	dl	F	p	Différences
	M (ET)	M (ET)	M (ET)				
Fonctionnement familial							
Family Assesment Device							
Rôles	1,7 (0,4)	2,0 (0,5)	1,9 (0,4)	2	1,0	0,39	
Résolution de problèmes	1,8 (0,4)	2,1 (0,6)	1,9 (0,4)	2	0,8	0,44	
Expression affective	1,6 (0,5)	1,9 (0,5)	1,6 (0,5)	2	1,0	0,40	
Parenting Pratices Interview							
Punitions physiques	1,2 (0,4)	1,5 (0,5)	1,3 (0,3)	2	0,4	0,68	
Caractéristiques parentales							
Interactions Questionnaire							
Attribution stable ^a	7,0 (1,8)	5,9 (1,8)	6,0 (1,8)	2	2,3	0,11	
Indice de stress parental							
Dysfonctions ^b	25,7 (6,5)	24,4 (5,6)	26,4 (6,8)	2	4,3*	0,02	B, C
Difficultés de l'enfant	32,8 (7,9)	39,7 (6,8)	41,8 (7,1)	2	12,5**	0,001	A, B
Stress total	84,9 (18,3)	92,3 (15,6)	94,9 (16,3)	2	7,6**	0,001	B
Beck Depression Inventory							
Dépression totale	6,5 (5,2)	12,4 (7,6)	9,2 (6,4)	2	2,4	0,09	

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 = Différences significatives entre TDA/H-H et TDA/H-M; ^a = Attribution stable du parent ou de l'enfant quant à la désobéissance; ^b = Dysfonctions dans les interactions parents-enfant.

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 statistique a été exercé au plan du sexe et de l'âge des enfants, de la prise de médication et de 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 révèlent que le stress parental est l'unique dimension sur laquelle se distinguent les familles d'enfants ayant un TDAH en fonction du profil de l'enfant lorsque celui-ci prend une médication. Ainsi, les parents d'enfants ayant un TDAH-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 TDAH-H ou d'un TDAH-M sont particulièrement dérangeants pour les parents (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.*, 2005, 2007; Paternite *et al.*, 1996; Peris & Hinshaw, 2003). Toutefois, les enfants présentant l'un ou l'autre profil du TDAH se distinguant grandement, notamment au plan des symptômes et des troubles associés, davantage de différences familiales auraient pu être anticipées. Quatre hypothèses peuvent expliquer le nombre limité de différences observées.

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, un certain biais d'échantillonnage pourrait expliquer ces résultats, puisque tous les parents ont accepté de participer à une étude portant sur un programme d'intervention visant à modifier leurs pratiques éducatives. Troisièmement, 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 & Tannock, 1993). Les résultats du *Multimodal Treatment Study of Children With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder* (MTA) suggèrent que la prise de médication par l'enfant influence positivement les pratiques éducatives parentales, mais pas le stress parental (Wells *et al.*, 2000, 2006). Dans le même sens, Gadow *et al.* (2004) 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.* (2004), 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 contrôle est exercé pour le trouble oppositionnel, on identifie beaucoup moins de différences entre les familles. Il faut cependant considérer qu'en contrôlant le trouble oppositionnel, la variance au plan de l'impulsivité des enfants peut être diminuée, expliquant ce résultat. Ces observations suggèrent que les différences familiales observées entre les profils sont attribuables à la présence du trouble oppositionnel, ou à l'impulsivité, 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 qu'au niveau du 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, l'étude montre 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, et de l'impulsivité, en concomitance avec le TDA/H. Sur le plan scientifique, ces connaissances soulignent l'importance de contrôler statistiquement 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, ayant pour but de modifier les pratiques éducatives des parents dans le but ultime d'aider les enfants,

constituent une intervention de choix, puisqu'elles augmentent effectivement l'utilisation des pratiques éducatives positives comme les félicitations et les demandes claires et diminuent l'inadaptation sociale des enfants (Serketich & Dumas, 1996), aidant 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 envers leur rôle parental. Encore une fois, les PEHP sont particulièrement indiqués pour ces parents puisqu'ils permettent de diminuer ce stress parental (Treacy, Tripp, & Baird, 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, des profils 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 statistiquement des variables essentielles et à intégrer autant de caractéristiques familiales. En effet, les résultats révèlent l'importance de contrôler le trouble oppositionnel dans un échantillon d'enfants qui prennent tous la dose de médication déterminée et prescrite par le médecin. 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 chercheurs qui lanceront 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 (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Text Revision). Washington, DC: Author.
- Barkley, R. A. (1998). *ADHD: A handbook for diagnoses and treatment* (2nd Ed.). New York, NY: Guilford.
- Bauermeister, J. J., Matos, M. Reina, G., Salas, C. S., Martínez, J. V., Cumba, E., & 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.
- Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Chàvez, L., Rubio-Stipec, M., Ramirez, R., Padilla, L., ... 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.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *BDI-II: Inventaire de dépression de Beck, 2^{ième} édition*. Manuel. Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1998). *Indice de stress parental : Manuel francophone en complément de l'édition américaine*. Toronto, Ontario: 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.
- 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.

- Hoza, B., Owens, J. S., Pelham, W. E., Swanson, J. M., Conners, K. C., Hinshaw, S. P., 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, 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., Applegate, B., McBurnett, K., Biederman, J., Greenhill, L., Hynd, G. W., ... 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*, 47, 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.
- Ministères de l'Éducation, de la santé et des services sociaux (2003). TDAH, agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Document de soutien à la formation: Connaissances et interventions. Retrieved from <http://www.meq.gouv.qc.ca/dassc/cdt Dah/index.html>
- 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.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., Hoza, B., Hinshaw, S. P.; Swanson, J. M., ... McBurnett, K. (2000). Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 507-525.
- 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.
- 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.
- Serketich, W. J. et Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.
- 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.
- Treacy, L., Tripp, G., & Baird, A. (2005). Parent stress management training for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy, 36*, 223-233.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinic Psychology, 66*, 715-730.
- Wells, K. C., Epstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, K., Klaric, J., Abikoff, H. B., Wigal, T. (2000). Parenting and stress treatment outcomes in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA Study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 543-553.
- Wells, K. C., Hinshaw, S. P., Pfiffner, L., Owens, E. B., Abikoff, H. B., Elliott, G. R., Wigal, T. (2006). Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 649-657.
- Wright, J. et Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès des couples: diagnostic et traitement*. Saint-Damase, Québec: Les Éditions Consultations.

Correspondance

Marie-Josée Letarte
Département de psychoéducation
Université de Sherbrooke
2500, boulevard de l'Université, Pavillon Albert-Leblanc
Sherbrooke, Québec, Canada J1K 2R1
Courriel : marie-josee.letarte@usherbrooke.ca

Résumé

Selon l'American Psychiatric Association (APA, 1994), le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) 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 statistique sur les variables de sexe et d'âge des enfants, ainsi que sur la prise de médication et la co-occurrence 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 au niveau 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. Par ailleurs, les résultats suggèrent qu'il est important de considérer la présence du trouble oppositionnel et la prise de médication dans l'étude des profils diagnostiques du TDA/H.

Mots clés : trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH); profils diagnostiques; familles.

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD; American Psychiatric Association, 1994) is divided into three different subtypes : predominantly inattentive type (ADHD-I), predominantly hyperactive (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 purpose of this study was to examine whether there were differences in the families of children with ADHD with their diagnostic subtypes when statistically controlling children's age, gender, medication and co-occurrence with exteriorized and interiorized disorders. 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 were receiving 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 experience less stress than parents with ADHD-H or ADHD-C.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD); subtypes; family.
