

SCIENCE ET COMPORTEMENT

Revue de l'Association scientifique pour la modification du comportement



Volume 32 (2)

Juin 2022

Équipe éditoriale

Pascale Brillon, Ph.D.

Rédactrice-en-chef
Université du Québec à Montréal

Réal Labelle, Ph.D.

Rédacteur adjoint
Université du Québec à Montréal

Comité éditorial de révision

Canada

Arsenault, Marie, Psy.D.
Institut Douglas
Bélanger, Claude, Ph.D.
UQAM
Belleville, Geneviève, Ph.D.
Université Laval
Bigras, Marc, Ph.D.
UQAM
Bond, Suzie, Ph.D.
Université TÉLUQ
Bouchard, Sébastien, Ph.D.
Université de Sherbrooke
Bouchard, Stéphane, Ph.D.
Université du Québec en Outaouais
Boudreau, Maxine, Ph.D.
Institut Alpha
Brassard, Audrey, Ph.D.
Université de Sherbrooke
Brunet, Alain, Ph.D.
Université McGill
Brunet, Julie, Ph.D.
Clinique Cognitions Plus
D'Antono, Bianca, Ph.D.
Université de Montréal
Dionne, Frédérick, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Donais, Sylvie, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Dugas, Michel, Ph.D.
Université du Québec en Outaouais
Duhamel, Claudie, Ph.D.
Institut Alpha
Dupuis, Gilles, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Gamache, Dominick, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Godbout, Roger, Ph.D.
IUSMM, Université de Montréal
Goyer, Lysanne, Ph.D.
Centre Hospitalier Universitaire de Montréal

Groleau, Patricia, Ph.D.
Institut Alpha
Guay, Marie-Claude, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Hébert, Martine, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Laberge, Luc, Ph.D.
ÉCOBES-Cegep de Jonquières
Laberge, Melanie, Ph.D.
Clinique de Psychologie Change
Labra, Oscar Ramon, Ph.D.
Univ. Québec Abitibi-Témiscamingue
Langlois, Frédéric, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Lanovaz, Marc, Ph.D.
Université de Montréal
Leroux-Boudreault, Ariane, Ph.D.
Centre services scolaires Pointe-de-l'île
Marcoux, Lyson, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Marin, Marie-France, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Meilleur, Dominique, Ph.D.
Université de Montréal
Parent, Véronique, Ph.D.
Université de Sherbrooke
Paquet, Annie, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Pélissier, Marie-Claude, Ph.D.
Pratique privée, Montréal
Rivard, Mélina, Ph.D.
Université du Québec à Montréal
Roberge, Pasquale, Ph.D.
Université de Sherbrooke
Ross-Plourde, Mylène, Ph.D.
Université de Moncton
Savard, Josée, Ph.D.
Université Laval
Touchette, Évelyne, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières

Turgeon, Marie-Ève, Ph.D.
Clinique de Psychologie des Tr. Alimentaires
Vaillancourt, Marie-Pierre, Ph.D.
Université du Québec à Trois-Rivières
Vininsky, Harley, Ph.D.
Clinique Spectrum, Montréal

France

Ait Aoudia, Malik, Ph.D.
Institut de Victimologie de Paris
Belabre Sarra-Gallet, Jean-Luc, M.D.
Cabinet Libéral, Aix-en-Provence
Bouvard, Martine, Ph.D.
Université Savoie, Chambéry
Chapelle, Frédéric, Ph.D., M.D.
Cabinet Libéral, Toulouse
Czernecki, Virginie, Ph.D.
Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
Granier, Emmanuel, M.D.
Clinique Belle-Rive, Villeneuve-lez-Avignon

Belgique

Fontaine, Philippe, M.D.
CHU VanGogh, Charleroi

Suisse

Brodard, Fabrice, Ph.D.
Université de Lausanne
Ceschi, Grazia, Ph.D.
Université de Genève
Page, Dominique, Ph.D.
Université de Fribourg

Antilles

Bernos, Marc, M.Ps.
Établissement public de Santé Mentale de
Guadeloupe

République démocratique du Congo

Birangui, Jean-Pierre, Ph.D.
Université de Lubumbashi

Révision linguistique, mise en page et mise en ligne

Carole Desrochers
Revisseuse

Omari Abdennour
Webmestre

Conseil d'administration de l'ASMC et Comité éditorial de révision

Réal Labelle, Ph.D.
Président

Gilles Trudel, Ph.D.
Vice-Président

Jacques Forget, D.Ps.
Secrétaire

Kathleen Carvajal, Ph.D. (c)
Trésorière

Julie Leclerc, Ph.D.
Membre

Nathalie Poirier, Ph.D.
Membre

Georgette Goupil, Ph.D.
Membre

Association scientifique pour la modification du comportement
100 Sherbrooke Ouest, Montréal (Qc), Canada H2X 3P2

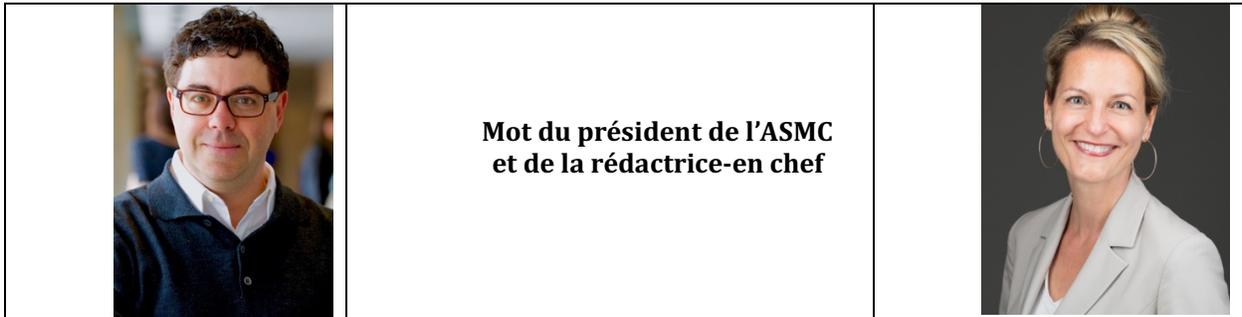
ISSN numérique 2562-6558
Volume 32(2), Juin 2022
Publication annuelle

Science et Comportement

Volume 32(2) – Juin 2022

Table des matières

- Mot du président de l'ASMC et de la rédactrice-en-chef 5
- Processus et facteurs psychosociaux associés à l'hypertension artérielle chez l'adulte à Mahajanga, Madagascar (Randrianarisoa, Eid, Randriamihangy, Rakotomalala et Bélanger) 7
- Le lien entre les épisodes explosifs d'enfants ayant le syndrome de Gilles de la Tourette, les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi (Gagnon et Leclerc)..... 19
- Validation de versions abrégées françaises du *Communication Pattern Questionnaire* (Lafontaine, Jolin, Séguin, Brassard et Lussier) 31
- Immersion au cœur de l'invalidité : Certificats médicaux et limitations fonctionnelles (Drolet, Brouillette, Caron, Forget, Turcotte, Guimond et Cameron) 43
- Les effets d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur le fonctionnement familial et ses dimensions affectives (Collin et Leclerc)..... 57
- Conséquences du trouble déficit de l'Attention/Hyperactivité chez les étudiants universitaires : Recension de la littérature scientifique (Dalpé, Goupil et Landry) 73
- Trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité et pleine conscience chez l'enfant d'âge scolaire : Une étude corrélative (Ouellette, Audrey-Boisvert, Saudrais et Parent) 89
- *In Memoriam* : Albert Bandura: 1925-2021 (Trudel) 101



Chers collègues,
Chères collègues,

Les derniers mois ont été marqués par le décès de deux imminents collègues en approche cognitive et comportementale. Le premier, considéré comme le père des thérapies cognitivo-comportementales, Aaron Temkin Beck, est décédé le 1er novembre 2021 à l'âge de 100 ans. Né le 17 juillet 1921 à Providence, le psychiatre est mort à son domicile de Philadelphie où il avait été un éminent professeur à l'Université privée de Pennsylvanie. Resteront de ce diplômé des universités de Brown et Yale, la centaine d'articles et la vingtaine de livres qu'il a écrits ou coécrits autour de son approche pragmatique de la psyché humaine. Notons que ses travaux ont révolutionné le traitement de la dépression ainsi que d'autres troubles psychologiques et continuent d'exercer une influence considérable. Le second, précurseur du courant de la psychologie sociale en Amérique du Nord, est Albert Bandura, mort le 26 juillet 2021 à l'âge de 95 ans. Bandura, psychologue canadien, était professeur émérite de l'Université Stanford et reconnu comme l'un des chercheurs en psychologie les plus influents du XXe siècle. Nous lui devons la théorie de l'apprentissage social qu'il a renommée théorie sociale cognitive en 1986 et le concept d'auto-efficacité. À ces deux collègues qui ont révolutionné la psychologie, au revoir et surtout merci.

Cela dit, nous sommes fiers de vous présenter ce 32^e numéro de la revue Science et Comportement. Après deux ans de pandémie de Covid-19 et de nombreux moments tumultueux, notre volonté de donner une magnifique vitrine à la recherche cognitivo-comportementale *qui se fait, s'écrit et se publie en français* se concrétise dans la durée. Ainsi ce numéro met en évidence sept articles théoriques, cliniques ou empiriques qui touchent diverses populations aux confins de la francophonie : des adultes vivant à Madagascar (Randrianarisoa et coll.), des étudiants universitaires souffrants de TDAH (Dalpé et coll.) ou des enfants souffrant de syndrome Gilles de la Tourette (Gagnon et Leclerc) ou de TDAH (Audet-Boisvert et coll.). Il présente les résultats d'un processus de validation de l'instrument *Communication Pattern* (Lafontaine et coll.) et d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur le fonctionnement familial (Collin et Leclerc). Un article fascinant au cœur de l'invalidité médicale et des limitations fonctionnelles est aussi publié (Drolet et coll.).

Veillez aussi noter que notre Revue *en ligne*, accessible à tous et totalement gratuite est toujours ouverte à recevoir vos articles provenant de tous les laboratoires de la francophonie internationale. Pour notre prochain numéro 2023, notre prochaine date de tombée est fixée au 16 décembre prochain. Notre processus de révision à l'aveugle par notre Comité de rédaction permet des publications rigoureuses, novatrices et inspirantes.

Enfin, et ce, pour la première fois en vingt ans, la revue a publié le mois dernier un supplément *Actes de Colloque*. Ce numéro Spécial offre un résumé de l'essentiel des conférences, ce qui permet aux lecteurs qui ne pouvaient être au Colloque de profiter des enseignements rendus lors de cet événement. Le prochain Colloque Thématique de l'ASMC a eu lieu le 9 juin 2022 sous le thème *Bienveillance et résilience : Les visages de l'adaptation*. La Revue présentera aussi des *Actes de Colloque* en 2023 afin de vous présenter l'essentiel de ces conférences sous forme écrite.

Nous vous souhaitons une bonne lecture,
Bien à vous,

Réal Labelle, Ph.D.
Président de l'ASMC

Pascale Brillon, Ph.D.
Rédactrice-en-chef

PROCESSUS ET FACTEURS PSYCHOSOCIAUX ASSOCIÉS À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE CHEZ L'ADULTE À MAHAJANGA, MADAGASCAR

Marie Alice Randrianarisoa¹, Patricia Eid², Narindrarimanana Avisoa Randriamihangy³, Olivier Rakotomalala¹ et Claude Bélanger⁴

¹ Université Catholique de Madagascar, ² Université Notre Dame - Louaize, Liban,

³ Université de Mahajanga, Madagascar, ⁴ Université du Québec à Montréal

L'hypertension artérielle (HTA) représente un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (MCV). Cette étude visait donc à connaître l'implication de certaines variables psychosociales dans l'HTA chez des adultes malagasy. Les traits de personnalité d'extraversion (E), d'amabilité (A) et de conscience (C), l'anxiété trait, et le soutien social perçu ont été mesurés par le *Big Five Inventory* (BFI), le *State And Trait Anxiety Inventory Form Y 2* (STAI-Y 2) et le *Multidimensional Scale Of Perceived Social Support* (MSPSS) auprès de deux groupes équivalents de 22 sujets hypertendus et de 22 sujets normotendus. De façon générale, les résultats démontrent, à travers une analyse discriminante, que l'anxiété et l'E, A, C ne prédisent pas les variations d'HTA. Par contre, une modélisation par équations structurelles suggère que le soutien social perçu est un modérateur des relations entre l'HTA et les traits de personnalité E, A, C d'une part et l'anxiété d'autre part. De plus, une régression multiple indique que le soutien social perçu n'est pas significativement relié aux traits EAC ni à l'anxiété trait. Ces résultats ainsi que les limites de l'étude sont discutés à la lumière du contexte social à Madagascar.

See end of text for English abstract

Mots clés : Hypertension artérielle (HTA), traits de personnalité extraversion, amabilité conscience (E, A, C), BIG FIVE, anxiété trait, soutien social perçu, Madagascar, fihavanana.

Correspondance : Marie Alice Randrianarisoa. lilinarisoa@gmail.com. Téléphone : +261-346450922. Ou Claude Bélanger belanger.claude@uqam.ca. UQAM.

Introduction

Les maladies cardiovasculaires (MCV) constituent la première cause de mortalité tant à Madagascar que mondialement (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2017). Ainsi, à travers le monde, près de 17,7 millions de mortalités par an sont d'origine cardiovasculaire (Hernandorena, 2019; OMS, 2017; Ratovoson, 2014). En ce qui a trait à la situation qui prévalait à Madagascar récemment, plus de 64,93% des évacuations sanitaires de Madagascar vers l'étranger pour y recevoir des soins adéquats étaient en raison de problèmes cardiovasculaires (Rakotoarimanana, 2017). Cette réalité propre à Madagascar implique un coût important tant pour le patient que pour sa famille, ainsi qu'un coût économique pour le pays. En outre, ce phénomène étant associé à la sortie de devises du pays afin de financer les soins requis à l'étranger (Rakotoarimanana, 2017).

Les MCV peuvent être associées aux facteurs reliés à la pauvreté qui prévaut dans un pays (Bela, 2018). L'hypertension artérielle (HTA) constitue un facteur de risque majeur de développer des MCV (Johnson et Schreer, 1996; Maroun, 2018; Rabarijaona et al, 2009). Les atteintes fréquentes au niveau des organes cibles comme le cœur et les artères, les reins et le cerveau hypothèquent le fonctionnement général de la personne atteinte (Bela, 2018). En effet, les organes atteints peuvent souffrir des complications irréversibles et des atteintes vasculaires inhérentes (insuffisances cardiaques, insuffisances rénales, accidents vasculaires cérébraux et maladies artérielles) dues à l'HTA.

L'HTA n'est souvent pas évaluée correctement ni considérée de manière rigoureuse (Maroun, 2018), car elle reste le plus souvent asymptomatique jusqu'à ce que les complications apparaissent. L'HTA est donc souvent négligée par les patients parce qu'elle est asymptomatique, ne présentant pas directement des symptômes qui seraient

susceptibles de les alerter. Cela cause souvent un retard de diagnostic et, donc, des complications éventuelles comme l'accident vasculaire cérébral (AVC) (Bela, 2018; Pateron, 2016). Pour cette raison, de nombreux auteurs, comme Michael et ses collègues (2017) parlent d'un « tueur silencieux » pour décrire l'HTA. L'HTA constitue un problème majeur de santé publique à Madagascar (Ratovoson, 2014) et il demeure le premier motif de consultation auprès des médecins généralistes et des cardiologues du pays (Edouard, 2005; Hernandorena, 2019). En 2009, la prévalence de l'HTA dans la capitale de Madagascar, Antananarivo, était de 28% chez les adultes (Rabarijaona, 2009). En 2017, Rakotoarimanana parle de l'oscillation de cette prévalence de l'HTA chez l'adulte de Madagascar pouvant varier entre 28% et 40%.

Une prise en charge adéquate de l'HTA conduit à une réduction de plusieurs maladies, à savoir les infarctus du myocarde, les AVC, ou les insuffisances rénales (Haute Autorité de Santé [HAS], 2008). Le soin et le traitement des MCV et de leurs facteurs de risque nécessitent par ailleurs l'intervention de plusieurs professionnels de la santé (Maroun, 2018). Une approche multidisciplinaire permettrait de mettre en place des programmes éducatifs axés sur l'HTA, et de mieux gérer, en conséquence, la non-observance du traitement et même à la limite l'échec thérapeutique (Koffi *et al.*, 2018). L'éducation thérapeutique implique également l'importance du soutien psychologique (Koffi *et al.*, 2018). Dans la mise en place de tels programmes d'aide psychologique dans la prise en charge globale de l'HTA, certains processus et facteurs psychologiques comme la personnalité, l'anxiété et la perception du soutien social mériteraient d'être mieux connus et leur implication dans l'HTA, mieux comprise. La présente étude s'inscrit dans cet objectif.

Déterminants psychosociaux de l'hypertension.

Selon Lillaz et Varescon (2012) certaines maladies pourraient se manifester de façon idiosyncratique chez différentes personnes en fonction de leur tempérament et de certains aspects de leur personnalité. Ce déterminisme pourrait expliquer que le développement de certaines maladies ne se fasse pas toujours de façon similaire chez des individus différents.

La personnalité est, selon Valladon (1991), une structure stable qui est propre à chaque individu, assurant sa particularité dans sa manière de sentir, de penser, d'agir et de réagir dans diverses circonstances. Depuis 1990, Goldberg a par ailleurs introduit la notion dimensionnelle des traits de personnalité selon cinq grands facteurs ou « *BIG FIVE* » (McCrae, et Costa, 1985; Plaisant et al, 2010). Cette classification décrit des traits de personnalité qui sont représentés par l'acronyme OCEAN : Ouverture, Conscience, Extraversion, Amabilité et Névrosisme (Digman 1990). Des études ont par ailleurs montré que certains traits de personnalité comme la conscience, l'amabilité et l'extraversion sont liés à la santé physique et émotionnelle (Koleck *et al.*, 2003). Dans cet esprit, ces trois traits de personnalité ont été sélectionnés afin de

déterminer leur impact sur un aspect particulier de la santé physique, soit l'HTA.

L'anxiété réfère à un état émotionnel issu d'une perception consciente subjective activant la vigilance du système nerveux autonome (Spielberger, 1983). Spielberger parle de deux types d'anxiété : l'anxiété état et l'anxiété trait (Spielberger, 2010). L'anxiété état est un état situationnel lié à un événement donné. L'anxiété trait est par opposition stable et fait partie des caractéristiques durables de la personnalité. Cette forme d'anxiété est donc dispositionnelle et elle façonne les perceptions d'un individu. Elle peut, par voie de conséquence, être décrite comme un trait de personnalité stable. Elle détermine la manière dont ce dernier peut réagir de manière disproportionnelle face à un danger, en présentant des symptômes physiques de tension, de détresse psychologique ou des comportements d'évitement du danger perçu (Spielberger, 1983). Un niveau élevé de l'anxiété trait est par ailleurs associé à une multitude de pathologies somatiques comme l'asthme, l'insomnie ou la migraine (Bruchon-Schweitzer, 2002). Szcześniak et ses collègues (2019) rapportent dans cette perspective une relation entre l'anxiété dispositionnelle (anxiété trait) et l'HTA, alors que l'anxiété état ne semble pas associée à l'HTA.

Par ailleurs, le soutien social constitue un processus transactionnel constitué de l'ensemble des comportements adoptés par les proches qui sont en lien avec les besoins d'un individu lorsque ce dernier est appelé à composer avec une situation stressante (Edith, 2009). L'humain étant foncièrement un être social, il ne peut pas vivre seul et a besoin de la relation avec autrui (Caron et Guay, 2005). Madagascar fait partie des sociétés avec forte prévalence collectiviste (Green, 2005). Le soutien réciproque y est fortement encouragé, l'influence de la société y étant très importante (Charles et Trompenaars; 2004). Le malagasy se démarque ainsi par le *Fihavanana*, une forme de lien social précisant un ensemble de normes et de règles régissant la conduite en société (Sandron, 2008). Ce concept de *Fihavanana* qui prévaut à Madagascar met l'accent sur « l'honneur de tous et les uns pour les autres » (Sandron, 2008). Dans un pays où prévaut le *Fihavanana*, il était intéressant de mieux comprendre le rôle joué par le soutien social dans le lien entre la santé et certains facteurs psychologiques. La présente recherche répond à ce besoin. Ainsi, le soutien social pourrait avoir un effet protecteur sur la santé et le bien-être physique (Bruchon-Schweitzer, 2002) et psychologique (Capponi et al, 2013) chez une population collectiviste comme c'est le cas à Madagascar. Ce type de soutien pourrait également avoir chez cette population un rôle modérateur dans le lien entre les problèmes de santé reliés à l'HTA (Rascle et Irachabal, 2001). L'examen de ces liens constitue l'objectif central de cette recherche. Le choix de trois facteurs E, A, C issus du test *BIG FIVE* comme variables de cette étude se fonde sur le postulat selon lequel ces facteurs seraient reliés à la

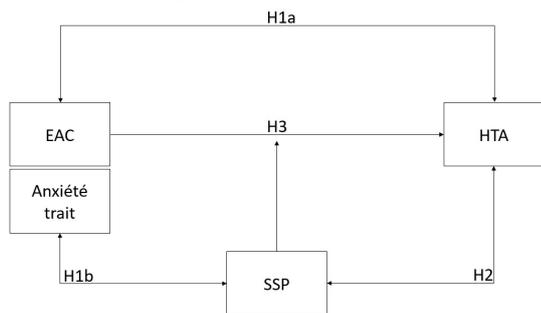
qualité des relations interpersonnelles et, par voie de conséquence, ils seraient associés au soutien social.

En raison de la prévalence de l'HTA et des MCV à Madagascar et en tenant compte du fait qu'il existe peu de données portant sur les traits de personnalité du *BIG FIVE*, sur l'anxiété trait, et sur le soutien social en relation avec l'HTA dans une population malagasy, cette étude tente de mieux comprendre la fonction de ces déterminants psychologiques dans leur lien avec l'HTA à Madagascar.

Objectifs et hypothèses. Cette recherche a donc pour objectif principal d'analyser chez l'adulte malagasy la relation entre les traits de personnalité selon trois des cinq grands facteurs de personnalité du *BIG FIVE* (extraversion, amabilité et conscience [E, A, C]) et l'anxiété trait d'une part et l'HTA d'autre part. Un objectif secondaire vise à déterminer le lien entre ces trois facteurs de personnalité et de l'anxiété trait, et le soutien social perçu. Cette étude tente en outre de mieux comprendre le lien entre le soutien social perçu et l'HTA. Enfin, un troisième objectif tente de déterminer si le soutien social perçu peut agir comme modérateur dans la relation entre les trois dimensions de la personnalité sous étude et l'HTA.

Trois hypothèses sont proposées (voir figure 1) : (1) les personnes hypertendues se distinguent des personnes normotendues sur les facteurs de personnalité, spécifiquement les facteurs E, A, C, le niveau d'anxiété de trait, ainsi qu'au soutien social perçu; (2) le soutien social perçu est négativement lié à l'HTA ; (3) le soutien social perçu est un facteur modérateur dans le lien entre les traits de personnalité constitués par l'E, A, C, l'anxiété trait et l'HTA.

Figure 1
Récapitulatif des hypothèses



Note: EAC : extraversion, amabilité, conscience, SSP : soutien social perçu; HTA : hypertension artérielle, H : hypothèse

EAC : extraversion, amabilité, conscience, SSP : soutien social perçu; HTA : hypertension artérielle, H : hypothèse

Méthodologie

La recherche consiste en une étude corrélacionnelle de nature transversale. L'étude a été réalisée en juin et juillet 2019, auprès d'un échantillon de convenance à l'aide de questionnaires standardisés et de mesures de pression artérielle (PA).

Participants. L'étude a été réalisée dans le service de cardiologie du centre hospitalier universitaire Mahavoky Atsimo de la ville de Mahajanga à Madagascar. Cette recherche a reçu l'approbation du comité éthique de l'Université Catholique de Madagascar. Deux groupes de participants d'hommes et de femmes âgés de 30 à 60 ans ont été recrutés. Le premier groupe comportait des personnes ayant un diagnostic d'HTA. Les sujets inclus dans ce groupe étaient considérés comme hypertendus lorsque la valeur de leur pression artérielle systolique (PAS) était supérieure ou égale à 140 mm Hg et/ou que leur pression artérielle diastolique (PAD) était supérieure ou égale à 90 mm Hg, avec prise sur plusieurs mesures et sans traitement antihypertenseur (Bentounès, 2011). Pour la présente étude, ces patients étaient déjà suivis et traités avec un traitement antihypertenseur par un cardiologue. D'autres patients hospitalisés ou vus en consultation externe, mais sans diagnostic préalable d'HTA avant leur hospitalisation ou leur consultation, mais qui présentaient une PAS au-dessus de 180 mmHg et une PAD supérieure à 110 mmHg ont été ajoutés à ce groupe. Étaient exclus de ce groupe les patients hypertendus qui présentaient d'autres maladies symptomatiques chroniques associées à l'HTA comme le diabète ou des complications de l'HTA comme l'AVC, l'insuffisance rénale, ou l'insuffisance cardiaque, car la comorbidité avec ces maladies aurait pu introduire du bruit dans l'interprétation des données.

Le deuxième groupe consistait en un échantillon de convenance, constitué de personnes normotendues volontaires recrutées par la responsable de la recherche au sein de la population de Mahajanga. Suite à leurs réponses au questionnaire sociodémographique et à la prise de leur PA, ces personnes présentaient une PA normale, inférieure à 140/90 mm Hg, ainsi qu'une bonne santé rapportée, sans maladies chroniques.

La présence de données manquantes dans l'ensemble des questionnaires constituait un critère d'exclusion, quel que soit le groupe. Au départ, 57 personnes ont accepté de participer à cette étude dont 27 sujets hypertendus et 30 sujets normotendus. Cependant, cinq sujets hypertendus et huit sujets normotendus ont été exclus en raison des données manquantes. Ainsi, 44 personnes faisaient partie de l'échantillon final; le groupe cible et le groupe contrôle étant composés chacun de 22 sujets. Tous les participants devaient bien comprendre la langue malagasy. Ils ont lu le formulaire de consentement et ont donné leur accord pour participer à la recherche.

PROCÉDURES ET MESURES

Mesure de la pression artérielle. Les PAS et PAD sont mesurées en millimètres de mercure ou mmHg à l'aide d'un tensiomètre électronique à brassard. Trois mesures de la PA en position assise ont été prises. Les deux premières mesures ont été effectuées à la 10^{ème} minute de repos, sur les deux bras. Une reprise de la mesure sur le bras ayant la PA la plus élevée a été effectuée à la 15^{ème} minute. La moyenne des deux mesures

effectuées sur le même bras a ensuite été calculée et retenue. La procédure de prise de tension a été suivie conformément aux recommandations du médecin cardiologue associé à la présente recherche (RA), tout en tenant compte du temps limité accordé pour l'évaluation des participants.

Questionnaire sociodémographique. Un questionnaire auto-administré en malagasy a été conçu par les responsables de la recherche afin d'obtenir des informations sociodémographiques sur les participants. Ce questionnaire visait à s'assurer que tous les participants remplissaient les critères d'inclusion/exclusion de la recherche. Les questions portaient sur l'âge, le sexe, le niveau d'études, la profession, le statut marital, la fratrie, l'ethnie, la nationalité, des informations sur la PA, sur la prise de médicaments prescrits et sur l'état de santé général (comprenant les maladies actuelles et récentes), ainsi que sur la présence d'une maladie chronique potentielle.

Mesures psychologiques. Le test mesurant les trois traits de personnalité (E, A et C), l'anxiété trait et le soutien social perçu étaient mesurés par trois tests psychométriques auto-administrés, standardisés dans leur version française. La passation de ces trois questionnaires était contrebalancée, permettant de générer six modalités de passation possibles afin d'éviter le biais entraîné par l'effet de fatigue et l'influence potentielle que pourrait avoir un questionnaire sur le suivant selon l'ordre de passation des tests. Certains participants qui avaient une difficulté de lecture étaient assistés à ce niveau par la responsable de la recherche. Lorsque c'était le cas, cette dernière s'assurait de limiter un biais potentiel de désirabilité sociale en n'influençant pas leurs choix de réponses et en ne leur donnant pas d'indications pouvant les amener à modifier ou à ajuster leurs réponses.

L'inventaire des cinq grands facteurs de la personnalité (BIG FIVE Inventory, BFI, 1990) est une échelle psychologique qui permet de connaître la position d'une personne sur un continuum dimensionnel de cinq traits de personnalité, à savoir : ouverture, conscience, extraversion, amabilité et névrosisme. Dans la présente étude, seuls les trois premiers facteurs du *BIG FIVE*, soit l'E, A, C ont été retenus en raison du fait qu'ils constituent des facteurs ayant été associés à la santé physique et émotionnelle (Koleck *et al.*, 2003). Le nombre d'items portant sur ces trois traits de personnalité est de 27. La version malagasy, traduite à partir de la version française et validée avec une population d'étudiants malagasy en psychologie, est la version utilisée dans cette étude (Ravelonjatovo, 2017). Dans l'étude menée par Ravelonjatovo en 2017, les coefficients alpha de Cronbach mesurant la cohérence interne des dimensions E, A et C étaient respectivement: 0,80 ; 0,70 et 0,70. Dans la présente étude, les trois facteurs présentent une consistance avec des coefficients alpha de Cronbach des dimensions E, A, C respectivement de 0,60, 0,44 et 0,54.

Les items 1, 24 et 25 ont été retirés afin de proposer une solution factorielle plus avantageuse.

La deuxième partie de *l'Inventaire d'anxiété état-trait, forme Y (State-Trait Anxiety Inventory form Y ou STAI-Y 2, Spielberger, 2010)* mesure le niveau d'anxiété trait d'une personne. Ce questionnaire comprend 20 items cotés sur une échelle de type Likert en quatre points. Un score élevé indique un niveau plus élevé d'anxiété. Dans sa version originale anglophone, cette mesure présente de bonnes propriétés psychométriques et une consistance interne élevée ($\alpha=0,92$) (Kabacoff, Segal, Hersen et Van Hasselt, 1997). C'est cette version qui a été traduite en malagasy dans le cadre de la présente étude, en adoptant la méthode de traduction inversée (*back-translation*; Vallerand, 1989). La version traduite du questionnaire de cette étude présente une bonne fidélité avec un alpha de Cronbach de 0,85 après le retrait de l'item 37.

Le soutien social perçu est mesuré par *l'Échelle multidimensionnelle de soutien social perçu (Multidimensional Scale of Perceived Social Support ou MSPSS, 1988)*. Ce test contient 12 items de type Likert en sept points. Sa version originale anglaise démontre une bonne fiabilité et une validité de construit modérée (Zimet, 1988). La consistance interne de l'échelle totale en anglais est de 0,88, ce qui est très satisfaisant. La version anglophone a été traduite en malagasy dans le cadre de la présente étude avec la méthode de traduction inversée (*back-translation*, Vallerand, 1989). Cette version présente une consistance interne satisfaisante avec un alpha de Cronbach de 0,73. La cotation du MSPSS a permis de dégager une cote globale de soutien social perçu, en faisant la moyenne des scores à chaque item.

ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses ont été effectuées en deux étapes : (a) les analyses préliminaires consistaient en des statistiques descriptives des variables sociodémographiques, physiologiques et psychologiques à l'étude. Les moyennes des deux groupes (hypertendus et normotendus) ont été comparées grâce à des tests-t, et (b) les analyses principales comprenaient une analyse discriminante avec la variable dépendante catégorielle, une analyse de régression multiple pour les variables continues, un test-t pour la comparaison des scores ainsi que des modélisations pour tester le modèle de modulation proposé dans les hypothèses. Pour cette analyse de modulation, les variables personnelles ont été traitées de façon combinée.

Résultats

Analyses descriptives des variables sociodémographiques. Une comparaison des groupes hypertendus et normotendus à l'aide d'un test du chi-carré (χ^2) permet de vérifier que les deux groupes ne diffèrent pas en termes de sexe des participants ($\chi^2 (1, N = 44) = 2,73, p = ,099$). Un test-t a permis de vérifier qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes en fonction de

l'âge (voir tableau 1). Par ailleurs, 72,7% des cas des sujets hypertendus et 54,5% des sujets normotendus sont mariés. Les participants ont un nombre de six frères et sœurs en moyenne. En outre, 9,1% des sujets hypertendus et 13,6% des sujets normotendus sont des enfants uniques. Tous les participants sont Malagasy et viennent de différentes provinces de Madagascar, et ils sont en conséquence issus de différentes ethnies malagasy distribuées également dans les deux groupes.

Analyses descriptives des variables psychosociales.

Afin de vérifier la normalité des distributions des variables continues à l'étude, un test de normalité de shapiro-wilk a été effectué. Les distributions sont toutes normales, pour les groupes cible et contrôle examinés séparément, pour les variables E, A et C du *BIG FIVE*, de l'anxiété trait et du soutien social perçu. Une série de test-t comparant les moyennes sur chacune des variables à l'étude montre qu'il n'existe pas de différence entre les deux groupes sur les variables psychologiques (voir tableau 1).

Analyses principales.

Hypothèse 1.a : E, A, C et anxiété trait comme prédicteurs de l'HTA

Afin de tester la première hypothèse selon laquelle les trois traits de personnalité (A, E, C) et l'anxiété trait seraient des prédicteurs de l'HTA, une analyse discriminante a été effectuée. Le modèle global du test des fonctions

discriminantes avec E, A, C et anxiété trait comme variable indépendante et le groupe (hypertendus, normotendus) comme variable de regroupement présente un Lambda de Wilks non significatif ($\lambda=0,88$, $\chi^2(4, N=44)=4,74$ et $p=0,3$). L'examen de chaque fonction mentionnant les tests d'égalité des moyennes de groupes (λ, f et sig) est présenté dans le tableau 2. Cela signifie que le modèle global ne semble pas discriminer entre les deux groupes.

Hypothèse 1.b : E, A, C et anxiété trait comme prédicteurs du soutien social perçu

Afin de tester la deuxième partie de la première hypothèse selon laquelle les trois traits de personnalité (A, E et C) et l'anxiété trait seraient des prédicteurs du soutien social perçu, tous groupes confondus, une analyse de régression multiple a été effectuée, avec comme variable dépendante continue le score obtenu à l'échelle de perception du soutien social et comme variables indépendantes les échelles E, A, C et STAI-Y-2. Les résultats montrent que l'équation globale de régression n'est pas significative ($R^2=0,052$, $F(4, 39)=0,53$, $p=.7$). L'examen des coefficients standardisés (beta, t et p) présentés au tableau 3 et les coefficients de corrélations entre les variables continues à l'étude (voir tableau 4) montrent qu'individuellement, aucun de ces prédicteurs n'explique significativement le soutien social perçu.

Tableau 1

Moyennes, écart-types et comparaisons intergroupes pour l'âge et les variables psychologiques à l'étude

	Groupe hypertendus		Groupe normotendus		test-t	Sig
	M	ET	M	ET		
Age	48,27	7,232	44,55	6,515	1,796	,080
Extraversion	3,93	0,59	4,04	0,67	-0,57	,56
Amabilité	4,17	0,45	3,97	0,38	1,4	,14
Conscience	4,09	0,53	4,07	0,55	0,13	,89
Anxiété trait	54,21	7,29	57,46	9,80	-1,24	,21
Soutien social perçu	5,24	0,76	4,92	1,049	1,16	,25

M : moyenne; ET : écart type

Tableau 2

Tests d'égalité des moyennes de groupes

	Lambda de Wilks	F	ddl1	ddl2	Sig.
Extraversion	,992	,336	1	42	,566
Amabilité	,949	2,242	1	42	,142
Conscience	1,000	,019	1	42	,891
Anxiété trait	,964	1,559	1	42	,219

Hypothèse 2 : Relation entre le soutien social perçu et l'HTA

Afin de tester la deuxième hypothèse selon laquelle une relation existerait entre le soutien social perçu et l'HTA, un test-t pour groupes indépendants a été effectué pour comparer les scores à l'échelle du soutien social perçu pour les deux groupes (hypertendus et normotendus). Les résultats démontrent qu'il n'y a pas de différence significative : $t(42) = 1,16, p = ,25$.

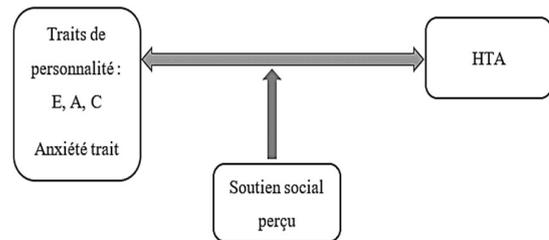
Hypothèse 3 : Rôle modérateur du soutien social perçu sur la relation entre les variables psychologiques et l'HTA

Afin de tester le modèle de modulation du soutien social perçu sur la relation entre les variables psychologiques et l'HTA, une analyse de modèle d'équations structurelles a été effectuée sur le logiciel SPSS (AMOS; voir figure 2). L'ajustement de ce modèle est fait en soumettant les échantillons de l'étude à une procédure de bootstrapping. Les valeurs d'acceptation des indices d'ajustement sont : chi-carré significatif si sa valeur est supérieure ou égale à trois et l'indice RMSEA

significatif si sa valeur est inférieure ou égale à 0,08 (Roussel *et al.*, 2002).

Figure 2

Modèle de modulation du soutien social perçu



EAC : extraversion, amabilité, conscience, HTA : hypertension artérielle

Tableau 3

Coefficients du modèle de régression multiple avec E, A, C, anxiété trait comme prédicteurs et le soutien social perçu comme variable dépendante

Prédicteurs	B	t	P
Extraversion	-0,14	-0,81	0,42
Amabilité	0,06	0,38	0,70
Conscience	0,05	0,32	0,74
Anxiété trait	0,21	1,20	0,23

Variable dépendante : soutien social perçu

Tableau 4

Coefficients de corrélations entre les variables continues à l'étude

	Amabilité	Conscience	Anxiété trait	Soutien social perçu
Extraversion	,19	,26	,36*	-,10
Amabilité		,26	,16	,09
Conscience			,24	,07
Anxiété trait				,17
Soutien social perçu				

$n = 44, * p < .05$

Le résultat indique une valeur de chi-carré de 3,97 avec un ddl=3, significative puisque supérieure à 3. Le RMSEA est égal à 0,08, une valeur significative qui valide l'ajustement du modèle. Le soutien social perçu a donc une fonction de modérateur dans le lien entre les traits de personnalité E, A, C et l'HTA.

Discussion

RETOUR SUR LES RÉSULTATS

Cette étude se penchait sur les processus et facteurs psychosociaux associés à l'HTA. Elle a pour objectif d'analyser la relation entre les trois facteurs de personnalité E, A, C, l'anxiété trait, le soutien social perçu et l'HTA.

L'hypothèse H1 faisant état de l'association entre les trois traits de personnalité E, A, C, l'anxiété trait et l'HTA, ainsi que l'association entre ces trois traits de personnalité, l'anxiété trait et le soutien social perçu a été infirmée. Ce qui a également été le cas pour l'hypothèse H2 suggérant un lien entre le soutien social perçu et l'HTA. Aucune association significative entre l'anxiété trait combinée aux traits de personnalité E, A, C et à l'HTA n'a été trouvée. Il en est de même pour le lien entre le soutien social perçu et l'HTA.

La troisième hypothèse (H3) stipulait que le soutien social perçu joue le rôle de modérateur dans le lien entre l'HTA et les traits de personnalité E, A, C d'une part, et l'anxiété trait d'autre part. Cette hypothèse a été confirmée. La perception d'un patient hypertendu quant au soutien qu'il peut avoir de son entourage intervient donc sur l'effet de ses traits de personnalité, et de ses traits dispositionnels sur l'HTA. L'association entre ces variables est, de ce fait, conditionnée par le niveau de soutien social perçu. Le niveau de soutien social perçu est donc susceptible de modifier son état de santé, notamment, sa PA.

Les résultats qui stipulent le rôle modérateur du soutien social perçu dans la présente recherche s'articulent bien avec l'étude de Capponi et ses collègues en 2013 qui soulignait le rôle protecteur du soutien social perçu dans l'HTA. Ce rôle tel que mesuré dans la présente recherche soutient en outre les données rapportées dans l'étude de Hawkey et de ses collègues. (2006) qui avancent une relation entre la PA et la solitude et, à l'inverse, que le soutien social perçu ne soit pas associé avec la PA. Selon cette recherche, la PA est donc associée à la solitude et non au soutien social perçu. Le soutien social perçu n'a donc peut-être pas de relation directe avec l'HTA, mais il constituerait plutôt une variable intermédiaire qui participe à l'influence des traits dispositionnels comme la personnalité et l'anxiété trait d'un individu sur sa PA. Le niveau de soutien social pourrait donc influencer la personnalité ou l'anxiété trait, qui ont, à leur tour des liens avec la PA.

En ce qui a trait à l'association entre les traits E, A, C, l'anxiété trait, le soutien social perçu et l'HTA et les

comparaisons entre les deux groupes de l'étude, cette absence de résultats est similaire aux résultats de Davies (1969) qui ne trouvait aucune relation entre l'extraversion et la PAD. Cette absence de résultats ne semble cependant pas aller dans le même sens que ce qui a été rapporté dans certaines autres études. Ainsi Bruchon-Schweitzer (2002), mentionne par exemple que l'anxiété trait, qui pourrait être décrite tel que rapporté plus haut comme une caractéristique de la personnalité, serait impliquée dans l'HTA. Koleck et ses collègues (2003) précisent aussi que l'anxiété trait semble impliquée dans l'hypertension. Pour Lourel (2006), la personnalité de type A (caractérisée par une orientation sociale avec ouverture à la vie sociale, de l'impatience, le goût de la compétition et du défi, et qui présente parfois de l'hostilité) est associée avec les maladies cardiaques. Ces caractéristiques de la personnalité de type A, quoique relativement anciennes dans leur formulation, présentent néanmoins plusieurs traits communs avec ceux des traits de personnalité mesurés dans la présente étude, soit l'E, A, C. Plus précisément, l'extraversion renvoie à l'enthousiasme et à l'hypersensibilité aux stimuli. L'amabilité se manifeste dans les comportements sociaux et la relation avec autrui. La conscience indique quant à elle la motivation, la propension à se fixer des objectifs à long terme en tenant compte des contraintes environnementales (Ravelonjatovo, 2017). En sachant que le système catécholaminergique est impliqué dans l'anxiété (Benard, 2013), une disposition générale de l'anxiété trait pourrait par ailleurs engendrer une augmentation de la contraction du cœur et de la PA. Dans la présente étude, ces résultats ne sont cependant pas corroborés, puisqu'il n'y a pas de lien entre l'anxiété trait et l'HTA.

La différence entre les résultats des précédentes recherches et ceux obtenus dans la présente étude pourrait trouver son explication dans le principe d'autoévaluation des participants malagasy dans l'administration des questionnaires, où le jugement subjectif de chacun pourrait biaiser la lecture des traits mesurés et engendrer des difficultés dans l'interprétation et la conclusion des résultats. L'autoévaluation se limitant à leurs perceptions personnelles. Il pourrait donc être intéressant de reprendre, par exemple, certaines mesures physiologiques de leur niveau d'anxiété, comme par exemple leurs niveaux de cortisol. Certaines variables pourraient en outre être prises en compte dans la détermination de modèles explicatifs de l'HTA. Ainsi, le soutien social perçu pourrait, tel que discuté, venir modérer les effets probables des traits de personnalité et de l'anxiété sur la santé en général et sur l'HTA en particulier.

Dans cette étude, le manque de résultats significatifs pourrait s'expliquer d'une part par le manque de fiabilité des items de certains questionnaires traduits en langue malgache et d'autre part par les caractéristiques des participants. Ainsi, même si la cohérence interne de la traduction en malagasy du MSPSS est bonne, avec un alpha de Cronbach de 0,73, lors de la traduction en

malagasy du STAI-Y 2, il a fallu enlever l'item 37 (« *Some unimportant thoughts run through my mind and bother me* ») pour avoir une bonne cohérence interne dans cette version. L'explication se retrouve peut-être dans la traduction de la question. Le mot « *unimportant* » ne se retrouve en effet plus dans la traduction malagasy en raison d'une omission des traducteurs, sans que le comité n'ait remarqué cette erreur, puisque les deux versions anglaises (originale et retraduite) coïncidaient. La suggestion pour une validation future du STAI-Y 2 serait d'insérer le mot « *unimportant* » à l'item 37 dans la prochaine version malagasy du STAI-Y 2. À propos du test de personnalité *BIG FIVE* traduit en malagasy, où seuls trois facteurs étaient utilisés, mais où le névrosisme et l'ouverture étaient exclus, il a été difficile de trouver une cohérence interne suffisante, même si ce test a été traduit et validé dans la langue malagasy par Ravelonjatovo en 2017. L'une des possibilités est que cette traduction validée par Ravelonjatovo a été menée avec un échantillon d'étudiants universitaires. Le niveau de compréhension de ce questionnaire psychologique a donc été possiblement différent dans la population à l'étude qu'elle ne l'était dans l'étude malagasy portant sur la validation de ce test auprès d'étudiants universitaires. En effet, les étudiants qui ont été testés afin de valider le *BIG FIVE* en malagasy avaient une familiarité avec l'administration des tests psychologiques et certaines connaissances des traits de personnalité mesurés selon les cinq grands facteurs, alors que dans la présente étude, les notions psychologiques sous étude et les tests psychologiques étaient nouveaux/inconnus pour la plupart des participants.

La répartition de l'échantillon de cette étude en fonction du sexe des sujets nous montre que ces derniers sont à prédominance féminine, à 80,8% dans le groupe des sujets hypertendus et à 59,1% dans le groupe des sujets normotendus. Le nombre d'enfants dans la famille des participant·es est disparate pour les deux groupes confondus. Ce nombre varie de 1 à 11 enfants, avec une moyenne de six enfants dans une même famille. Cette caractéristique nous montre que certains malagasy gardent la culture de la famille nombreuse et l'importance des enfants. Ceci souligne peut-être le concept d'intérêt collectif tel que discuté, en soulignant que le soutien social est essentiel au sein de la structure sociale malgache. Cela s'arrime bien d'une part, avec les résultats de cette recherche qui établit le rôle important du soutien social perçu, et d'autre part, avec la valeur malagasy de *Fihavanana* qui, exprime l'importance du lien social dans la société malagasy, avec une emphase sur la fonction centrale de l'entraide et de la solidarité (Sandron, 2008).

LIMITES DE L'ÉTUDE

Les liens de causalité ne peuvent pas être établis entre les variables à l'étude puisqu'il s'agit d'une étude corrélationnelle. Comme c'est en outre une étude monocentrique sur une petite taille d'échantillon de convenance, la généralisation des résultats ne peut être faite qu'avec la plus grande prudence. Comme l'étude a

été effectuée dans une ville ne possédant pas une culture d'autoévaluation et de familiarité avec les concepts psychologiques, le temps d'administration des tests a dépassé les indications prescrites dans les manuels des tests utilisés. La fiabilité du questionnaire de *BIG FIVE* avec un alpha de Cronbach de 0,68 est en outre limitrophe, ce qui peut présenter également une limite de cette étude. Aussi, le fait de grouper les variables personnelles dans l'analyse de modération représente une limite; séparer ces variables pourrait donner des résultats différents.

Conclusion

Dans le contexte malagasy, cette étude est en effet la première à s'être penchée sur certains facteurs de personnalité et sur l'anxiété comme déterminants de l'HTA. Dans ce travail exploratoire, la mise en place d'un modèle incluant des variables personnelles, l'anxiété et le soutien social perçu a permis de voir que certains facteurs psychosociaux pouvaient avoir un impact dans l'HTA. Comme ces maladies constituent un problème de santé publique important à Madagascar, cette recherche peut constituer une étape importante dans l'explication et dans la compréhension des facteurs psychologiques associés à des maladies somatiques telles l'HTA. Il appert en conséquence que le soutien psychologique pourrait s'avérer central dans le traitement non médical des personnes hypertendues. L'accompagnement psychologique auprès de ces patients et de leur entourage pourrait avoir un impact significatif sur leur motivation vis-à-vis la mise en place de méthodes prophylactiques et curatives telles l'activité physique, la prise de médicaments, l'adhésion au régime et à une hygiène de vie plus saine et adaptée à l'HTA.

PERSPECTIVES DE RECHERCHES FUTURES

Pour les recherches futures, l'étude des croyances typiques de la société malagasy qui sont potentiellement associées à l'HTA pourraient se faire par le biais de protocoles longitudinaux, ce qui permettrait de suivre l'évolution des interactions des variables dans le temps. Effectivement, tel que discuté, en raison de la grande solidarité dans la culture traditionnelle malagasy, les gens ont l'habitude de réaliser ensemble les tâches importantes et significatives (Andriamanjato, 1958). En conséquence, même si la personne peut bénéficier du soutien social de l'entourage à ce moment-là, les gens qui sont proches d'elle ne sont pas toujours nécessairement disponibles au moment opportun afin de pouvoir lui apporter le soutien nécessaire. Dans ce cas, la présence de l'entourage peut être à la fois perçue comme une pression et un soutien. Une future recherche considérant les mêmes variables serait intéressante en y combinant des mesures de concept de soi indépendant et interdépendant en lien avec l'individualisme et le collectivisme (Singelis, 1994 ; Triandis, 2001). Le concept de soi indépendant ou interdépendant de chaque répondant permettrait peut-être à la personne de mieux comprendre sa perception de soi et de la situation et de mieux voir que la présence des gens

de son entourage peut parfois être perçue comme une source de contrainte ou d'obligation sociale plutôt qu'une source de soutien. Ainsi l'individu qui reçoit de l'attention de son entourage à un moment où il est peu disponible à autrui pourrait ressentir de la honte, mais sans pour autant pouvoir se retirer, ou moduler la présence des pairs. En conséquence il pourra vivre plus d'anxiété que de bénéfices associés au soutien social.

Les recherches futures à Madagascar devraient s'assurer qu'il y ait un nombre équivalent d'hommes et de femmes dans l'échantillon. En effet, souvent dans les pratiques culturelles de certaines régions de ce pays, il y a des rôles bien définis pour les femmes. Ceci pourrait conditionner la perception et les comportements de ces dernières dans ses interactions sociales et dans leur vie quotidienne. Ces rôles peuvent être des sources de contraintes supplémentaires pour elles, même s'ils peuvent parfois la protéger. Faire une étude similaire dans d'autres provinces ou dans d'autres régions de Madagascar pourrait aussi s'avérer prometteur. Il faudrait cependant veiller à équilibrer le nombre de représentants de chaque ethnie de Madagascar dans l'échantillon pour avoir des données représentatives. Pour les futures recherches, il serait en outre important de s'assurer que les habitudes alimentaires, qui ne sont pas les mêmes dans les différentes ethnies, n'aient pas un impact délétère sur le niveau d'HTA.

Abstract

Arterial hypertension is a major risk factor for cardiovascular disease (CVD). Very few studies investigate the relationship between psychosocial factors and arterial hypertension. The purpose of this study is to examine psychosocial factors in relation with hypertension in Madagascar. A cross-sectional correlational study was designed to study hypertension in regard with the following variables: Personality traits (Extraversion – E, agreeableness – A and Conscientiousness – C), trait anxiety and perceived social support. These variables were measured respectively by the *Big Five Inventory* (BFI), the *State and Trait Anxiety Inventory Form Y2* (STAI-Y2) and the *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS). Two groups of subjects were created and included 22 hypertensive and 22 normotensive participants. Discriminant analysis tested the relationship between E, A, C, trait anxiety and hypertension. A multiple regression analysis tested the association of E, A, C, anxiety and perceived social support. A t-test verified whether there is a difference in perceived social support between hypertensives and normotensives. Perceived social support is a moderator of the relationship between E, A and C personality traits, trait anxiety, and hypertension. There is no significant difference between the two groups on sex, age, and psychological variables. Trait anxiety and EAC are not related to hypertension. The association between EAC traits and perceived social support is non-significant. There is no significant association between perceived social support and high blood pressure. The results are discussed in the light of the social context prevailing in Madagascar. Limitations of the research are finally addressed.

Keywords: High blood pressure (HBP), extraversion, agreeableness, conscientiousness EAC personality traits, BIG FIVE, trait anxiety, perceived social support, Madagascar, fihavanana.

Références

- Andriamanjato, R. (1958). La culture malgache. Présence Africaine, Editions Africaines 5, XXII p 58-62.
- Bela, C. (2018). Charges économiques liées à l'hypertension artérielle dans la région Antsinanana. Cas de la commune urbaine de Toamasina (Thèse de doctorat). Université d'Antananarivo.
- Bentounès, A., Safar, M (2011). L'hypertension artérielle : pratique clinique. Elsevier Masson SAS, 62. rue Camille-Desmoulins. 92442 Issy-les-Moulineaux cedex.
- Capponi, I., Bacro, F., Boudoukha, A.H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. Groupe d'études de psychologie. *Bulletin de psychologie*, 525(3), 209-224.
- Caron, J., Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30 (2), 15-41.
- Charles, H.T., Trompenaars, F. (2004). Au-delà du choc des cultures, dépasser les oppositions pour mieux travailler ensemble. Editions d'organisation.
- Chassot, P., Piguët, V., Remund, C., Luthy, C., Cedraschi, C. (2006). Douleurs chroniques et thérapie cognitivo-comprtementale de groupe. *Le courrier de l'algologie* (5), n°1, Janvier, février, mars 2006.
- Davies, M. (1969). Blood pressure and personality. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 14) pp. 89 to 104. Pergamon Press, 1970. Printed in Northern Ireland.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417 – 440.
- Green, E.G.T. (2005). L'Autre collectivisme : processus de mise en altérité dans la psychologie interculturelle. In M. Sanchez Mazas et L. Licata (Eds.), *L'Autre : regards psychosociaux*, 149-173. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Haute Autorité de Santé – FMIEC-Sartans (2008). Bon usage des médicaments. Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine dans l'HTA essentielle non compliquée, comment choisir entre IEC et sartans? www.has-sante.fr.
- Hernandorena, I., Bailly, H., Piccoli, M., Beunardeau, M., Cohen, A., Hanon, O. (2019) Hypertension artérielle du sujet âgé. *Presse Med.* [Doi :10.1016/j.lpm.2018.11.011](https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.011).
- Jorgensen, R. S., Kolodziej, M. E., Johnson, B.T., Schreer, G. (1996). Elevated Blood Pressure and Personality: A Meta-Analytic. Review. *Psychological Bulletin*. DOI: 10.1037//0033-2909.120.2.293. PubMed.

- Kabacoff, Segal, Hersen et Hasselt, V. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric in patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(1), 33-47. Doi : 10.1016/S0887-6185(96)00033-3.
- Koffi, J., Konin, C., Gnaba, A., NGoran, Y., Mottoh, N., Guikahue, M.K. (2018). Intérêt de l'éducation thérapeutique dans l'observance du traitement antihypertenseur chez le noir africain. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 67, 9–13.
- Koleck, Bruchon-Schweitzer, M., Bourgeois, M.L. (2003). Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico Psychologiques*, 161, 809–815.
- Lillaz, C., Varescon, I. (2012). *Personnalité et santé*. Presses Universitaires de France : « Licence ». 131-150. Récupéré du <https://www.cairn.info/psychologie-de-la-santé-978213053157-page-131.htm>.
- Louise, C., Hawkley, Christopher, M.M., Jarett, D., Berry, John, T., Cacioppo (2006), Loneliness Is a Unique Predictor of Age-Related Differences in Systolic Blood Pressure.
- Lourel, M. (2006). Stress et santé : le rôle de la personnalité présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Association de recherche en soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers*, 85 (2), 5-13.
- Maroun, C., Hajj, A., Sacre, H., Khabbaz, L. (2018). Individualisation du traitement des patients avec maladie cardiovasculaire. *Kines Rev*, 18(195), 37–45.
- McCrae, R. R., et Costa, P. T. Jr. (1985). Updating Norman's «adequate taxonomy»: intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality et Social Psychology*, 49, 710 – 721. doi: 10.1037/0022-3514.49.3.710.
- Michael, K., Scullinet David, T., L. Shelton, J. T. (2017). Healthy Heart, Healthy Brain: Hypertension Affects Cognitive Functioning in Older Age, *Translational Issues in Psychological Science*. American Psychological Association, Vol. 3, No. 4, 328–337 2332-2136. doi:10.1037/tps0000131.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Maladies cardiovasculaires*.
- Pateron, D. (2016). *Hypertension artérielle. Méga-Guide pratique des urgences*.
- Plaisant, O., Courtois, R., Reveillère, C., Mendelsohne, G.A., John, O.P. (2010). Validation par analyse factorielle du BIG FIVE Inventory français (BFI-Fr). Analyse convergente avec le NEO-PI-R. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 97–106.
- Plaisantat, O., Guertault, J., Courtois, R., Reveillère, C., Mendelsohne, G.A., John, O.P. (2010). Histoire des « BIG FIVE » : OCEAN des cinq grands facteurs de la personnalité. Introduction du BIG FIVE Inventory français ou BFI-F. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 481–486.
- Rabarijaona, L.M.P.H., Rakotomalala, D.P., Rakotonirina, El-C.J., Rakotoarimanana, S., Randrianasolo, O. (2009). Prévalence et sévérité de l'hypertension artérielle de l'adulte en milieu urbain à Antananarivo. *Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2009 (Septembre-Octobre)*, 1(4), 24-27. Récupéré du <http://www.rarmu.com/>.
- Rasclé, N., Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs : implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. Presses Universitaires de France : « le travail humain ». Vol. 64, 97-118. Récupéré du <https://www.cairn.info/revue-le-travail-humain-2001-2-page-97.htm>.
- Ratovoson, R., Rasetarinera, R.O., Rogiera, C. Piolaa, P., Pacau, P. (2014). L'hypertension artérielle chez les adultes en milieu rural à Moramanga, Madagascar. doi : 0.1016/j.respe.2014.06.187.
- Ravelonjatovo, R. N. (2017). Traduction et validation en Malagasy : test de personnalité Bige Five Inventory (Mémoire de master). Université Catholique de Madagascar, Antananarivo, Madagascar.
- Rokotoarimanana (2017). Réalité cardiovasculaire à Madagascar. Présenté au congrès de la société Malagasy de cardiologie. Motèl Anosy Antananarivo.
- Roussel, P., Durrieu, F., Campoy, E., El Akremi A. (2002). *Méthodes d'équations structurelles : recherches et application en gestion*, Paris. Economica.
- Sandron, F. (2008). Le *fitavanana* à Madagascar : lien social et économique des communautés rurales. *Revue tiers monde*, 195, 507-522.
- Spielberger, C.D. (2012). Inventaire d'anxiété état-trait forme Y [State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)]. Référence en santé au travail n°131.
- Spielberger, D.C. (2010). *State-trait anxiety inventory for adults sample set. Manual, instrument and scoring guide*.
- Singelis, T.M (1994). The measure of independant and interdependent self-construals. *Personality and Social Psychology Bulletin*. Doi.org/10.1177/0146167294205014.
- Szcześniak, M., Furmańska, J., Konieczny, K., Widecka, K., Rachubińska, K. (2019). Dimensions of neurotic personality and its selected predictors in individuals with arterial hypertension. *Psychiatr. Pol.* 2019; 53(4): 901–914 www.psychiatriapolska.pl. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/100373>.
- Triandis, H.C. (2001) Individualism-Collectivism. *Journal of Personality* 69:6
- Vallerand, J. R. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implication pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology*, 30 : 4.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S. G., Farley, G.K. (1988). Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-4.
- Zisimopoulou, S. (2017). Hypertension artérielle-Service de médecine de premier recours – DMCPRU – HUG

LE LIEN ENTRE LES ÉPISODES EXPLOSIFS D'ENFANTS AYANT LE SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE, LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS, ANXIEUX ET L'ESTIME DE SOI

Méliza Gagnon^{1,2} et Julie Leclerc^{1, 2}

¹Université du Québec à Montréal

² Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM)

Les épisodes explosifs (ÉE) sont considérés communs et dérangeants chez les enfants ayant le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT). Ces derniers présentent fréquemment des symptômes dépressifs et anxieux. L'estime de soi est peu étudiée. Pourtant, les enfants tout-venant avec comportements agressifs rapportent plus de symptômes dépressifs et anxieux, et une plus faible estime de soi. Cette étude évalue le lien entre les ÉE, les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi chez les enfants ayant le SGT. Soixante-et-onze enfants de 8 à 14 ans ont remplis les questionnaires. Les tests *t* révèlent des niveaux semblables de symptômes dépressifs, anxieux, et d'estime de soi (avec ou sans ÉE). Les résultats ne montrent pas d'effet de cumulation, mais une interaction négative entre les symptômes anxieux et l'estime de soi. L'étude révèle que, pour une population qui a fait des démarches pour entreprendre une thérapie, bien que l'effet des ÉE doit être considéré, les tics semblent avoir un effet plus important sur le fonctionnement global.

See end of text for English abstract

Mots-clés : syndrome de Gilles de la Tourette, épisodes explosifs, enfants, symptômes dépressifs, symptômes anxieux, estime de soi.

Correspondance : gagnon.meliza@courrier.uqam.ca UQAM, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 100 rue Sherbrooke Ouest, Montréal, H2X 3P2, Canada

Introduction

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est un trouble neurodéveloppemental regroupé avec les autres troubles tics dans la sous-catégorie des troubles moteurs (American Psychiatric Association [APA], 2015). Le SGT se caractérise par la présence de plusieurs tics moteurs et d'au moins un tic sonore qui se manifestent de manière persistante pendant au moins un an avant l'âge de 18 ans. Les tics sont définis comme des mouvements ou vocalisations qui sont soudains, rapides et récurrents. Les tics moteurs peuvent se manifester par exemple par le clignement des yeux et des haussements d'épaules excessifs, alors que les tics sonores peuvent se manifester par des reniflements et des raclements de gorge hors contexte. Les exemples précédents appartiennent à la catégorie de tics simples puisqu'ils n'utilisent qu'un seul groupe de muscles. Les tics complexes utilisent plusieurs groupes de muscles et sont généralement orientés vers un but comme des gestes à caractère sexuel ou la répétition de mots ou de sons (APA, 2015). La prévalence du SGT chez les enfants d'âge scolaire est de 3 à 8 personnes pour 1 000 (APA, 2015). Significativement plus de garçons sont touchés que de filles, selon un ratio allant de 4 pour 1 (Knight et al., 2012).

La revue systématique de la littérature de Ferreira et collaborateurs (2014) regroupant 64 études publiées de 1990 à 2013 conclut qu'outre la présence des tics, 90 % des personnes atteintes du SGT doivent vivre avec des troubles concomitants ou manifestations associées qui compliquent le portrait clinique. Le tableau 1 indique la prévalence de ces troubles ou manifestations au sein des individus ayant le SGT.

Tableau 1

Prévalence des troubles concomitants ou manifestations associées au SGT

Troubles ou manifestations	Prévalence des concomitances au SGT
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	40 % à 80 %
Problèmes de comportements	30 % à 90 %
Difficultés d'apprentissages	23 %
Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	10 % à 80 %
Trouble anxieux	40 %
Trouble de l'humeur	13 % à 75 %

Les troubles concomitants peuvent avoir un effet d'addition, c'est-à-dire que l'individu présente des symptômes du SGT ainsi que des symptômes du trouble particulier (Gaze *et al.*, 2006). Les troubles concomitants peuvent également avoir un effet d'interaction agissant de manière à augmenter les symptômes disproportionnellement à ce qu'un diagnostic seul aurait pu présenter (Gaze *et al.*, 2006), l'exemple le plus concret serait la manifestation d'épisodes explosifs.

Épisodes explosifs. Les épisodes explosifs (ÉE) se caractérisent par une apparition soudaine d'agressions physiques et/ou verbales qui sont disproportionnées par rapport au stimulus déclencheur (Budman *et al.*, 2000). Ces derniers se manifestent chez 35 % à 70 % des enfants présentant le SGT. La probabilité d'apparition des ÉE est nettement supérieure (> 90 %) lors de la présence de troubles concomitants (Budman *et al.*, 2000). La présence de symptômes d'impulsivité et le manque d'autocontrôle pouvant être liés au TDAH, juxtaposés à la rigidité et au perfectionnisme inhérents au TOC semblent engendrer les ÉE (Budman et Feirman, 2001). Leclerc et collaborateurs proposent la conception de l'ÉE comme un tic émotionnel puisque, comme les tics, il est précédé par un phénomène de montée et qu'il se déclenche de manière soudaine, intense et non volontaire (Leclerc *et al.*, 2012). Dans les tics, le phénomène de montée réfère à une augmentation de la tension musculaire, alors que dans les ÉE il réfère à une montée de l'irritation diminuant le seuil de tolérance à la frustration de l'individu. Lorsque présents, les parents décrivent les épisodes explosifs comme les manifestations les plus dérangementes du syndrome (Dooley *et al.*, 1999). Les ÉE sont souvent accompagnés d'un sentiment de perte de contrôle pouvant mener à des menaces de blesser autrui ou soi-même (Budman *et al.*, 2000). Un enfant pourrait crier, s'attaquer à autrui ou à des objets en les frappant et/ou en les lançant à la suite d'une situation ou d'un élément déclencheur (Budman *et al.*, 2003; Leclerc *et al.*, 2012a). À la suite des ÉE, les regrets et remords sont des

sentiments fréquents vécus chez 85 % des enfants (Budman *et al.*, 2000, 2003).

SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS

Symptômes dépressifs. Dans la population générale, les symptômes dépressifs se définissent par une humeur triste, vide ou irritable, une perte de l'intérêt et du plaisir, des changements dans les habitudes alimentaires et/ou de sommeil, des sentiments de dévalorisation ou culpabilité excessive, une difficulté à se concentrer et à prendre des décisions ou des pensées de morts récurrentes (APA, 2015). Chez les enfants, l'irritabilité ou des épisodes fréquents de perte de contrôle comportemental sont parfois plus remarquables que la tristesse (APA, 2015; Gaze *et al.*, 2006). Une étude regroupant les principales recherches épidémiologiques québécoises chez les jeunes de 6 à 17 ans rapporte qu'entre 0,7 % et 11,3 % de ces derniers présentent au moins un trouble dépressif (Piché *et al.*, 2017).

Les personnes atteintes du SGT présentent plus de symptômes dépressifs que la population générale (Rizzo *et al.*, 2017; Robertson, 2015). Une méta-analyse (n=16) rapporte que 13 % à 76 % des adultes et enfants atteints du SGT présentent des symptômes dépressifs (Robertson, 2006). Pour les enfants présentant le SGT, les symptômes dépressifs peuvent être liés à différentes causes, notamment, à un état de détresse psychologique (p. ex., manque de contrôle, réaction au diagnostic), aux effets des troubles concomitants (TOC, TDAH), aux effets secondaires de médicaments et aux difficultés relationnelles et sociales (p. ex., l'intimidation à l'école) (Robertson, 2006). Entre autres, une étude de Robertson et collaborateurs (2006) rapporte une corrélation positive significative entre les symptômes dépressifs et la présence du TDAH en concomitance au SGT sur l'échelle *Birleson self report depression rating scale* (BDSRS) ($r=0,43$; $p=0,001$) et sur l'échelle *Children's Depression Inventory* (CDI) ($r=0,33$; $p=0,017$), et une corrélation positive significative entre les symptômes dépressifs sur l'échelle *Children's Depression Inventory* (CDI) et les comportements obsessionnels compulsifs en concomitance au SGT ($r=0,36$; $p=0,003$). Selon l'étude de Rizzo et collaborateurs (2017) regroupant 98 enfants de 7 à 18 ans présentant le SGT, la sévérité des tics est significativement plus élevée ($p=0,013$) lorsque l'enfant présente des symptômes dépressifs que lorsqu'il n'en présente pas. La recension des écrits de Robertson (2006) rapporte que la dépression chez les individus présentant le SGT, réduit la qualité de vie et peut potentiellement mener à des hospitalisations et un risque de suicide.

Symptômes anxieux. Dans la population générale, les symptômes anxieux se manifestent par une peur démesurée ou une anticipation irraisonnable de menaces futures, souvent suivie par un comportement d'évitement envahissant (APA, 2015). La méta-analyse de Beesdo et collaborateurs (2009), regroupant 21 études de huit pays,

rapporte que la prévalence d'un trouble anxieux chez les enfants et adolescents est de 15 % à 20 %.

Approximativement la moitié (49,3 %, n=65 540) des jeunes de 6 à 17 ans atteint du SGT présentent des problèmes d'anxiété diagnostiqués (Bitsko *et al.*, 2014). Les enfants qui présentent des tics rapportent des symptômes d'anxiété tels que des symptômes physiques ($p<0,0001$), des symptômes d'anxiété sociale ($p<0,0001$) et d'anxiété de séparation ($p<0,0001$) plus sévères que les enfants ne présentant pas de diagnostic ($p<0,0001$) (Vermilion *et al.*, 2020). La sévérité des tics ainsi que la présence d'un trouble concomitant chez les enfants présentant le SGT peuvent être associées à la manifestation d'anxiété (Vermilion *et al.*, 2020). Aussi, les enfants présentant des tics et un TOC ont significativement plus de chance d'avoir un trouble d'anxiété généralisé (Marwitz et Pringsheim, 2018), ou simplement une anxiété plus sévère (Vermilion *et al.*, 2020) que les enfants ne présentant pas de trouble concomitant. Étant donné la forte relation entre la présence de tics et l'anxiété, les traitements visant autant les tics que l'anxiété seraient à privilégier pour une meilleure efficacité (Marwitz et Pringsheim, 2018).

ESTIME DE SOI

La perception de soi de tous et toutes est composée de deux éléments : 1) le concept de soi, qui réfère à ce que la personne pense d'elle-même; 2) l'estime de soi, qui réfère à ce que la personne ressent à propos d'elle-même (Smith *et al.*, 2006). La revue systématique de la littérature de Silvestri et collaborateurs (2018) montre que peu d'études se sont penchées sur la perception de soi des enfants atteints du SGT (concept de soi n=7, estime de soi n=3). En se penchant spécifiquement sur l'estime de soi, l'étude de Bawden et collaborateurs (1998) conclut que les enfants de 7 à 15 ans présentant des tics (n=18) ne rapportent pas plus de problèmes d'estime de soi que des enfants d'un groupe contrôle atteints de diabète (Bawden *et al.*, 1998). Tural Hesapcioglu et collaborateurs (2015) n'arrivent pas aux mêmes conclusions. Leur étude rapporte que les enfants de 6 à 16 ans présentant des tics (n=57) obtiennent un score moyen plus élevé à l'échelle d'estime de soi de Rosenberg ($2,3 \pm 1,5$) qu'un groupe de comparaison d'enfants du même âge sans autre problématique ($1,2 \pm 1$; $p<0,0001$); un score plus élevé reflétant une plus faible estime de soi. Les deux études diffèrent sur le plan méthodologique: 1) les groupes contrôles ne sont pas représentatifs des mêmes populations; 2) la taille de l'échantillon de la seconde étude est plus importante. Pour permettre des conclusions plus spécifiques sur l'estime de soi des enfants présentant un SGT, en particulier en concomitance avec un autre trouble, davantage d'études sont nécessaires. En somme, les résultats de la revue systématique de la littérature suggèrent que la présence d'un trouble concomitant chez les individus présentant un SGT serait le facteur influençant davantage le concept et l'estime de soi, et non la sévérité des tics uniquement (Silvestri *et al.*, 2018). Les troubles concomitants ainsi que

les symptômes intériorisés associés au SGT mènent à des conséquences affectant l'estime de soi de cette population (Eapen *et al.*, 2016). Silvestri et collaborateurs (2018) ont également mis en lumière un lien entre la perception de soi et la qualité de vie chez les enfants présentant des tics, soulignant l'importance de traiter cette problématique.

INTERACTION ENTRE LES COMPORTEMENTS AGRESSIFS, LES SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET L'ESTIME DE SOI

L'étude de Priddis et collaborateurs (2014) rapporte des différences significatives entre les symptômes intériorisés d'enfants tout-venant (âge moyen de 8,8 ans) présentant des comportements agressifs (n=31) et ceux n'en présentant pas (n=26). Les enfants qui présentent des comportements agressifs rapportent plus de symptômes intériorisés, dont des symptômes dépressifs et anxieux ($p<0,001$) ainsi que des problèmes émotionnels ($p<0,001$) et sociaux ($p<0,001$), que les enfants ne présentant pas de comportements agressifs. En outre, les enfants présentant des comportements agressifs rapportent plus de symptômes obsessionnels et compulsifs ($p<0,001$) ainsi que plus de comportements reliés au TDAH ($p<0,001$) que des enfants ne présentant pas ce type de comportements (Priddis *et al.*, 2014).

Des études révèlent un lien entre une faible estime de soi et des problèmes de comportements externalisés, tel que des comportements agressifs (Fergusson et Horwood, 2002; Rosenberg *et al.*, 1989; Sprott et Doob, 2000), tandis que d'autres ne parviennent pas à cette conclusion (Jang et Thornberry, 1998; Kirkpatrick *et al.*, 2002; McCarthy et Hoge, 1984). Donnellan et collaborateurs (2005) ont mené trois études répertoriées dans un article pour éclaircir le lien entre ces deux variables. La première (n=292; âge moyen=12,66 ans) et la deuxième étude (n=1548; âge moyen= 12 ans) rapportent que l'estime de soi est négativement corrélée aux problèmes de comportements externalisés, les effets sont significatifs pour les comportements agressifs (1 : rs -,17 à -,26; $p<,05$, 2 : rs -,13 à -,26; $p<,05$). La troisième étude (n=3 143; âge moyen=19,6 ans) se base sur les apports de Baumeister et collaborateurs (1996, 2000) qui sous-tendent qu'une estime de soi démesurément élevée, mesurée par le narcissisme, est associée à des comportements agressifs. L'étude rapporte que l'estime de soi est négativement corrélée avec le score d'agression total ($r=-,30$, $p<,05$), tandis que le narcissisme est positivement corrélé avec le score d'agression total ($r=,18$, $p<,05$). Ainsi, les études de Donnellan et collaborateurs (2005) rapportent qu'une faible estime de soi, ainsi qu'une estime de soi démesurément élevée, sont liées à des comportements agressifs, mais il demeure que les résultats concernant le lien entre l'estime de soi et les comportements restent mitigés selon échelles, les populations et les types de comportements répertoriés.

Les ÉE inhérents au SGT étant constitués de comportements agressifs, on peut se demander si les ÉE

seront liés, eux-aussi, à des symptômes intériorisés et à une faible estime de soi, d'autant plus que les comportements agressifs et les ÉE ont en commun une forte concomitance de TDAH et TOC.

PROBLÉMATIQUE

Outre la présence des tics, plusieurs troubles concomitants ou manifestations associées au SGT compliquent le portrait clinique (Ferreira *et al.*, 2014). Les enfants ayant le SGT présentent fréquemment des ÉE, une manifestation considérée dérangeante se distinguant des crises de colère par son intensité ainsi que la variabilité du facteur contextuel (Budman *et al.*, 2000; Dooley *et al.*, 1999). Par ailleurs, les symptômes dépressifs et anxieux sont aussi connus pour être fréquents chez les personnes atteintes du SGT (Robertson, 2015). L'estime de soi est une variable peu étudiée de façon spécifique et pour laquelle les observations, chez les personnes atteintes du SGT, ne font pas consensus (Silvestri *et al.*, 2018).

Parallèlement, les enfants tout-venant d'âge scolaire qui présentent des comportements agressifs rapportent en général plus de symptômes dépressifs et anxieux (Priddis *et al.*, 2014), de même qu'une plus faible estime de soi (Donnellan *et al.*, 2005) que les enfants qui ne présentent pas de comportement agressif. En général, ces problèmes d'extériorisation sont associés à des problèmes émotionnels, sociaux et/ou d'ordre de santé mentale (Priddis *et al.*, 2014), d'où l'importance de s'attarder également aux symptômes intériorisés.

À notre connaissance, la littérature scientifique ne permet pas à ce jour d'approfondir cette interaction au sein du SGT. Les ÉE étant constitués de comportements agressifs, on peut se demander si ces épisodes entraîneront, eux-aussi, des symptômes dépressifs et anxieux ainsi qu'une faible estime de soi chez les jeunes ayant le SGT. Il est possible de croire que les sentiments de perte de contrôle, de regret et de remord associés aux ÉE peuvent engendrer des symptômes intériorisés dépressifs, anxieux ainsi qu'une diminution de l'estime de soi. De plus, la relation entre les ÉE, les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi peut être vue comme une interaction, surtout en considérant qu'ils ont en commun un haut taux de troubles concomitants (Budman *et al.*, 2000; Robertson, 2006; Vermilion *et al.*, 2020; Silvestri *et al.*, 2018). Ceci pouvant mener à une spirale clinique vers la dépression. Par ailleurs, l'importance des comportements extériorisés peut mener à une sous-évaluation des comportements intériorisés, et conséquemment, manquer la cible de l'intervention. Une compréhension plus précise de cette relation complexe pourrait ainsi permettre d'améliorer les programmes d'autogestion pour possiblement diminuer la fréquence

d'ÉE et augmenter la qualité de vie de l'enfant ainsi que du contexte familial.

OBJECTIFS

L'objectif premier de la présente étude est d'évaluer le lien entre les ÉE, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l'estime de soi chez les enfants présentant le SGT.

Trois hypothèses sont émises :

(1) les enfants présentant le SGT et des ÉE rapporteront plus de symptômes dépressifs que les enfants présentant le SGT sans ÉE ;

(2) les enfants présentant le SGT et des ÉE rapporteront plus de symptômes anxieux que les enfants présentant le SGT sans ÉE ;

(3) les enfants présentant le SGT et des ÉE rapporteront une plus faible estime de soi que les enfants présentant le SGT sans ÉE.

La présente étude a comme second objectif d'explorer le lien entre les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l'estime de soi chez les enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE. L'hypothèse suivante est émise : les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux ainsi que la faible estime de soi seront des variables positivement corrélées chez enfants présentant le SGT et des ÉE.

Méthode

PARTICIPANTS

Les données utilisées pour cette étude ont été préalablement recueillies dans le cadre de trois projets de recherche de 2015 à 2018¹. L'objectif de ces projets était d'évaluer l'effet de thérapies cognitives comportementales visant la diminution de la fréquence et de l'intensité des tics ou la diminution de la fréquence et de l'intensité des ÉE chez les enfants présentant le SGT. Le recrutement a été effectué par l'entremise d'affiches incitatives, d'annonces sur les réseaux sociaux et par la présence à des formations spécifiques, dont celle de l'Association québécoise du syndrome de la Tourette (AQST). Les études principales sur lesquelles se base ce projet présentent leurs propres critères d'inclusion et d'exclusion. La présente étude inclut les participants âgés de 8 à 14 ans qui présentent le SGT comme diagnostic principal. Les participants sont exclus s'ils ont un changement dans leur médication moins d'un mois avant de début de la thérapie et s'ils présentent un diagnostic du trouble du spectre de l'autisme ou une déficience intellectuelle, cela pouvant engendrer des problèmes de compréhension des énoncés. La présente étude ajoute comme critère d'exclusion ne pas avoir rempli un des instruments de mesure propre à celle-ci. Un seuil d'un ÉE

¹ Les projets sont menés par Julie Leclerc (M.Ps., Ph.D.). Pour les objectifs et méthodes spécifiques des trois projets, consulter : [http://www.iusmm.ca/centre-detude-sur-les-troubles-](http://www.iusmm.ca/centre-detude-sur-les-troubles-obsessionnels/programmes-cliniques-et-recherche/programmes-pour-les-tics.html)

[obsessionnels/programmes-cliniques-et-recherche/programmes-pour-les-tics.html](http://www.iusmm.ca/centre-detude-sur-les-troubles-obsessionnels/programmes-cliniques-et-recherche/programmes-pour-les-tics.html) ou communiquer avec Dr. Leclerc : leclerc.julie@uqam.ca

par semaine a été considéré pour distinguer les deux groupes. Au total, 71 participants ont répondu aux questionnaires, dont 35 classés dans la catégorie sans ÉE et 36 classés dans la catégorie avec ÉE. L'âge moyen de 69 des participants est de 10,28 ans (ET = 1,62), 2 données sociodémographiques de participants du groupe sans ÉE sont manquantes. L'échantillon est composé de 51 garçons et 18 filles. Le tableau 2 présente les caractéristiques des participants (les données de certains participants sont manquantes).

Tableau 2

Caractéristiques des participants

Caractéristiques	Groupe sans ÉE (n = 33)	Groupe avec ÉE (n = 36)
Genre		
Garçon	21	30
Fille	12	6
Âge moyen	10,40	10,14
Troubles concomitants		
Symptômes du TDAH	28	32
Difficultés émotionnelles, psychologiques ou trouble du comportement	16	20
Symptômes du TOC*	7	3
Total	33	36

*Seulement les données de 39 participants sont présentes pour cette section, les autres données sont manquantes.

INSTRUMENTS DE MESURE

Les participants ont répondu à divers questionnaires dans le cadre des projets antérieurs, mais seuls les questionnaires pertinents pour cette étude ont été retenus. Considérant que des symptômes cliniques ne rencontrent pas forcément les critères d'un trouble, il est pertinent de se pencher sur les symptômes et non sur les diagnostics spécifiques (Vermilion *et al.*, 2020). La présence de symptômes dépressifs, anxieux et d'une faible estime de soi en lien avec les ÉE est évaluée à l'aide des questionnaires ci-dessous.

Évaluation descriptive des participants

Entrevue préliminaire. Le questionnaire sur lequel se base l'entrevue est composé de neuf sections relatives aux renseignements sociodémographiques et à l'histoire développementale des participants. À l'aide d'une définition précise des ÉE dans la section des autres problématiques comportementales, le questionnaire permet de déterminer les enfants qui en présentent ou non, ainsi que la fréquence. Pour cette étude, cet item a été utilisé pour distinguer les groupes; A) avec ÉE, B) sans ÉE en respectant le seuil de 1 ÉE par semaine pour le groupe avec ÉE.

Yale global tic severity scale (YGTSS; Leckman *et al.*, 1989). Cet instrument de mesure permet d'obtenir une caractérisation spécifique des tics moteurs et sonores du participant. Pour remplir le questionnaire, l'évaluatrice se base sur des rapports rétroactifs d'une semaine de l'enfant et des parents ainsi que sur une observation comportementale de l'enfant sous la forme d'un entretien semi-dirigé (Storch *et al.*, 2007). La présente étude prend en compte le score global pour caractériser les tics des participants (nombre, fréquence, intensité, complexité et interférence). Les propriétés psychométriques du YGTSS sont adéquates, avec une corrélation interne élevée ($\alpha = 0,89$), une fidélité test-retest élevée ($r = 0,86$ et $r = 0,91$) et un accord inter juge satisfaisant ($r = 0,52$ et $r = 0,99$) (Leckman *et al.*, 1989).

Évaluation des symptômes intériorisés

Behavioral assessment scale for children second edition (BASC-2; Reynolds, 2009). Cet instrument multidimensionnel est utilisé pour évaluer le comportement et les perceptions de soi des enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 2 à 25 ans. Les participants ont rempli le questionnaire auto-rapporté de l'enfant (SRP : *self-report of personality*) en entretien semi-dirigé avec un évaluateur. Pour la présente étude, deux versions du questionnaire à mesures auto-rapportées sont utilisées pour refléter le sentiment intérieur de l'enfant : la version pour les participants de 8 à 11 ans et celle de 12 à 21 ans pour les participants de 12 à 14 ans (Tan, 2007). Dans le cadre de la présente étude, les échelles cliniques qui concernent l'anxiété et la dépression sont utilisées pour évaluer ces symptômes intériorisés. Les items sont sous le format vrai ou faux ou sur une échelle de Likert à quatre points allant de « Jamais » à « Presque toujours ». Les propriétés psychométriques du BASC-2 sont adéquates, avec une cohérence interne élevée ($\alpha = 0,90$) et une fidélité test-retest élevée ($r = 0,80$) (Tan, 2007).

Évaluation de l'estime de soi

Battle culture free self-esteem inventory for Children (Battle, 1992). Cet instrument mesure l'estime de soi sous l'angle social, scolaire, familial ou en général des enfants âgés de 6 à 18 ans. Dans le cadre de cette étude, le formulaire B comportant 30 énoncés est utilisé. Les participants ont rempli ce formulaire sous forme d'entretiens semi-dirigés avec un évaluateur. Les propriétés psychométriques du BATTLE sont considérées adéquates, avec une fidélité test-retest allant de 0,79 à 0,92, ainsi qu'une bonne validité de contenu (Battle, 1992).

PROCÉDURE

À la suite du recrutement, les parents ont rempli un formulaire d'information et de consentement et l'assentiment des enfants a été demandé. Via une entrevue téléphonique, la coordonnatrice du laboratoire a vérifié que les critères d'inclusion et d'exclusion des participants

soient respectés. Lors de la première rencontre, l'évaluatrice, formée à la passation des questionnaires, a fait une double vérification des critères d'inclusion et d'exclusion avant d'entamer la passation de l'entrevue préliminaire et des tests standardisés. La présente étude a été approuvée par le comité éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

DEVIS DE RECHERCHE

La présente étude s'inscrit dans un devis quantitatif corrélationnel à mesure unique. Pour répondre à l'objectif premier, les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi sont comparés chez les enfants présentant le SGT et des ÉE, et les enfants présentant le SGT sans ÉE. Les symptômes intériorisés sont représentés par les variables (1) symptômes dépressifs, et (2) symptômes anxieux. L'estime de soi est la troisième variable mesurée. Les analyses quantitatives de la présente étude ont pour but d'investiguer une différence au niveau des symptômes intériorisés et de l'estime de soi des deux groupes. Les données analysées proviennent des scores des enfants aux questionnaires mesurant les symptômes intériorisés (BASC-2) et l'estime de soi (BATTLE), considérant que la mesure auto-rapportée est un réflecteur valide des sentiments intérieurs de l'enfant. Pour répondre au second objectif, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l'estime de soi des enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE sont évalués. Les analyses quantitatives de la présente étude ont pour but d'investiguer une corrélation au niveau des derniers symptômes pour expliquer le facteur interactionnel. Les données analysées proviennent des scores des enfants aux questionnaires mesurant les symptômes intériorisés (BASC-2) et à l'estime de soi (BATTLE).

Résultats

Les analyses statistiques ont été opérées par le programme d'analyse *IBM SPSS Statistics*. Pour obtenir une taille d'effet (d de Cohen) de 0,65 ($\alpha = .05$ et $\beta = .80$), la présente étude nécessite 78 participants, soit 39 dans chaque groupe.

Pour vérifier le premier objectif, trois tests de *Student* (test t) ont été effectués dans le but de comparer les symptômes intériorisés et l'estime de soi chez les deux groupes. Les comparaisons effectuées sont: (1) les symptômes dépressifs chez les enfants atteints du SGT qui présentent des ÉE et ceux qui n'en présentent pas; (2) les symptômes anxieux chez les enfants atteints du SGT qui présentent des ÉE et ceux qui n'en présentent pas; (3) l'estime de soi chez les enfants atteints du SGT qui présentent des ÉE et ceux qui n'en présentent pas.

ÉPISODES EXPLOSIFS ET SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS

Les résultats des test t montrent que le niveau moyen de dépression chez les participants qui manifestent des ÉE (8 à 11 ans : $M = 71,42$, $ET = 3,61$; 12 à 14 ans : $M = 69,40$, $ET = 2,61$) n'est pas significativement différent du niveau moyen de dépression chez ceux qui ne manifestent pas d'ÉE (8 à 11 ans : $M = 71,31$, $ET = 3,70$; 12 à 14 ans : $M = 68,33$, $ET = 4,03$), $t(55) = -,115$, $p = n.s.$, $t(12) = -,528$, $p = n.s.$ (voir tableau 3).

Les résultats des test t montrent que le niveau moyen d'anxiété chez les participants qui manifestent des ÉE (8 à 11 ans : $M = 51,61$, $ET = 6,63$; 12 à 14 ans : $M = 51,00$, $ET = 4,16$) n'est pas significativement différent du niveau moyen d'anxiété chez ceux qui ne manifestent pas d'ÉE (8 à 11 ans : $M = 50,15$, $ET = 7,48$; 12 à 14 ans : $M = 50,78$, $ET = 4,18$), $t(55) = -,780$, $p = n.s.$, $t(12) = -,094$, $p = n.s.$

Tableau 3

Résultats des test t pour les symptômes dépressifs et anxieux

Types de symptômes	Groupe sans ÉE	Groupe avec ÉE	Test t	Erreur standard	p
8 à 11 ans	$n = 26$	$n = 31$			
Dépressifs	71,31	71,42	-,115	,971	,909
Anxieux	50,15	51,61	-,780	1,890	,439
12 à 14 ans	$n = 9$	$n = 5$			
Dépressifs	68,33	69,40	-,528	2,019	,607
Anxieux	50,78	51,00	-,094	2,375	,927

ÉPISODES EXPLOSIFS ET ESTIME DE SOI

Les résultats des test t montrent que le niveau moyen d'estime de soi chez les participants tous âges confondus qui manifestent des ÉE ($M = 19,44$, $ET = 4,07$) n'est pas significativement différent du niveau moyen d'estime de

soi chez ceux qui ne manifestent pas d'ÉE ($M = 20,31$, $ET = 3,74$), $t(69) = ,936$, $p = n.s.$ (voir tableau 4). Les résultats des tests t des sous-échelles ne montrent pas une différence significative dans les niveaux moyens d'estime de soi.

Tableau 4

Résultats des test t pour l'estime de soi

	Groupe sans ÉE (n = 35)	Groupe avec ÉE (n = 36)	Test t	Erreur standard	p
Score Global	20,31	19,44	,936	,929	,352
Estime de soi générale	8,03	7,67	,796	,455	,429
Estime de soi sociale	3,60	3,47	,580	,220	,564
Estime de soi académique	4,34	4,08	1,113	,233	,270
Estime de soi parentale	4,34	4,22	,544	,222	,588
Lie items	4,00	4,14	-,549	,253	,585

RELATIONS ENTRE LES SYMPTÔMES INTÉRIORISÉS ET L'ESTIME DE SOI DANS LES ÉPISODES EXPLOSIFS

Pour vérifier le second objectif, des corrélations ainsi que des régressions multiples ont été effectuées dans le but d'explorer le lien entre: 1) les symptômes dépressifs; 2) les symptômes anxieux; 3) l'estime de soi chez les enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE. Pour ces analyses,

uniquement les participants manifestant un ÉE par semaine ou plus ont été sélectionnés (n = 36). Pour les participants de 8 à 11 ans (n = 31), les corrélations entre les trois variables indiquent une relation négative significative entre les symptômes anxieux et l'estime de soi $r(29) = -,458, p = ,009$, et des relations négatives non-significatives entre les symptômes dépressifs et anxieux $r(29) = -,113, p = n.s$ et entre les symptômes dépressifs et l'estime de soi $r(29) = -,041, p = n.s$ (voir tableau 5.1).

Tableau 5.1

Résultats des corrélations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi chez les participants de 8 à 11 ans présentant des ÉE

	Symptômes dépressifs	Symptômes anxieux	Estime de soi
Symptômes dépressifs			
Corrélation	1	-,113	-,041
p		,546	,828
Symptômes anxieux			
Corrélation	-,113	1	-,458**
p	,546		,009
Estime de soi			
Corrélation	-,041	-,458**	1
p	,828	,009	

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral)

Pour les participants de 12 à 14 ans (n = 5), les corrélations entre les trois variables indiquent des relations non-significatives; une relation positive entre les symptômes dépressifs et anxieux $r(3) = ,651, p = n.s$, une

relation négative entre les symptômes dépressifs et l'estime de soi $r(3) = ,642, p = n.s$ et une relation positive entre les symptômes anxieux et l'estime de soi $r(3) = ,068, p = n.s$ (voir tableau 5.2).

Tableau 5.2

Résultats des corrélations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi chez les participants de 12 à 14 ans présentant des ÉE

	Symptômes dépressifs	Symptômes anxieux	Estime de soi
Symptômes dépressifs			
Corrélation	1	,651	-,642
p		,234	,243
Symptômes anxieux			
Corrélation	,651	1	,068
p	,234		,914
Estime de soi			
Corrélation	-,642	,068	1
p	,243	,914	

Afin d'explorer davantage les relations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi lors de la présence d'ÉE, des régressions multiples ont été réalisées avec une méthode d'entrée simultanée des variables. Pour les participants de 8 à 11 ans ($n = 31$), le modèle avec les symptômes dépressifs comme variable dépendante et les symptômes anxieux ainsi que l'estime de soi comme variables indépendantes explique une partie non-significative de la variabilité $F(2,28) = ,336, p = n.s.$ Ce modèle explique 2,3 % de la variabilité totale (-4,6 % ajusté; voir tableau 6). Le modèle avec les symptômes anxieux comme variable dépendante et les symptômes dépressifs ainsi que l'estime de soi comme variables

indépendantes explique une partie significative de la variabilité $F(2,28) = 4,122, p = ,027.$ Uniquement l'estime de soi est un prédicteur significatif $\beta = -,464, t(28) = -2,790, p = ,009.$ Ce modèle explique 22,7 % de la variabilité totale (17,2 % ajusté). Le modèle avec l'estime de soi comme variable dépendante et les symptômes dépressifs ainsi que les symptômes anxieux comme variables indépendantes explique une partie significative de la variabilité $F(2,28) = 3,922, p = ,032.$ Uniquement les symptômes anxieux sont un prédicteur significatif $\beta = -,469, t(28) = -2,790, p = ,009.$ Ce modèle explique 21,9 % de la variabilité totale (16,3 % ajusté).

Tableau 6

Résultats des régressions multiples entre les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi chez les participants de 8 à 11 ans présentant des ÉE

	R ²	F	p	Coefficients
X ¹ : Symptômes anxieux X ² : Estime de soi Y: Symptômes dépressifs	,023	,336	,717	-
X ¹ : Symptômes dépressifs X ² : Estime de soi Y: Symptômes anxieux	,227	4,122	,027*	D: $\beta = -,131, t(28) = -,791, p = ,436$ ES: $\beta = -,464, t(28) = -2,790, p = ,009^{**}$
X ¹ : Symptômes dépressifs X ² : Symptômes anxieux Y: Estime de soi	,219	3,922	,032*	D: $\beta = -,093, t(28) = -,556, p = ,583$ A: $\beta = -,469, t(28) = -2,790, p = ,009^{**}$

* La corrélation est significative au niveau 0,05

** La corrélation est significative au niveau 0,01

Pour les participants de 12 à 14 ans ($n = 5$), le modèle avec les symptômes dépressifs comme variable dépendante et les symptômes anxieux ainsi que l'estime de soi comme variables indépendantes explique une partie non-significative de la variabilité $F(2,2) = 8,675, p = ,103, n.s.$ Ce modèle explique 89,7 % de la variabilité totale (79,3 % ajusté). Le modèle avec les symptômes anxieux comme variable dépendante et les symptômes dépressifs ainsi que l'estime de soi comme variables indépendantes explique une partie non-significative de la variabilité $F(2,2) = 4,717, p = ,175, n.s.$ Ce modèle explique 82,5 % de la variabilité totale (65 % ajusté). Le modèle avec l'estime de soi comme variable dépendante et les symptômes dépressifs ainsi que les symptômes anxieux comme variables indépendantes explique une partie non-significative de la variabilité $F(2,2) = 4,596, p = ,179, n.s.$ Ce modèle explique 82,1 % de la variabilité totale (64,3 % ajusté).

Discussion

Les ÉE sont fréquents et considérés dérangeants chez les enfants ayant le SGT (Budman *et al.*, 2000; Dooley *et al.*, 1999). De plus, ces derniers présentent fréquemment des symptômes dépressifs et anxieux (Robertson, 2015), et l'effet du syndrome sur l'estime de soi est peu étudié à ce jour (Silvestri *et al.*, 2018). Considérant que les enfants tout-venant qui présentent des comportements agressifs

rapportent plus de symptômes dépressifs et anxieux (Priddis *et al.*, 2014), de même qu'une plus faible estime de soi (Donnellan *et al.*, 2005) que les enfants qui ne présentent pas de comportement agressif, la présente étude visait à approfondir les relations entre ces variables chez les enfants présentant le SGT. Plus précisément, le premier objectif était d'évaluer le lien entre les ÉE, les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l'estime de soi chez les enfants présentant le SGT. Le second objectif était d'explorer le lien entre les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux et l'estime de soi chez les enfants présentant le SGT ainsi que des ÉE. Les participants ont été classés en deux groupes selon la manifestation d'ÉE, et ont répondu à des questionnaires évaluant leurs symptômes dépressifs, anxieux et estime de soi.

Le niveau de symptômes dépressifs chez tout participant confondu est cliniquement élevé, comme le suggérait Robertson (2015). Bien que la différence soit non-significative, les enfants présentant des ÉE rapportent un niveau de symptômes dépressifs légèrement plus haut que les enfants n'en présentant pas, ce qui ne permet pas de confirmer la première hypothèse. Ces résultats sont en contradiction avec l'étude de Priddis et collaborateurs (2014) qui suggérait que les enfants tout-venant présentant des comportements agressifs rapportent significativement plus de symptômes dépressifs que ceux n'en présentant

pas. Considérant le niveau cliniquement élevé de symptômes dépressifs pour tous les participants, un effet plafond peut expliquer la différence non-significative obtenue dans la présente étude.

Les résultats de la présente étude reflètent un niveau de symptômes anxieux non cliniquement élevé, tous participants confondus, contrairement à ce que suggérait Robertson (2015). Comme pour les symptômes dépressifs, les enfants présentant des ÉE rapportent un niveau de symptômes anxieux légèrement plus haut que les enfants n'en présentant pas, bien que cette différence soit non-significative. Ces résultats ne permettent pas de confirmer la deuxième hypothèse. Ces résultats sont également en contradiction avec l'étude de Priddis et collaborateurs (2014) qui suggérait que les enfants tout-venant présentant des comportements agressifs rapportent significativement plus de symptômes anxieux que ceux n'en présentant pas.

Le niveau d'estime de soi, tous participants confondus, est cliniquement bas. À l'inverse de la troisième hypothèse, les enfants présentant des ÉE rapportent un niveau d'estime de soi légèrement plus haut que les enfants n'en présentant pas, bien que cette différence soit non-significative. Ces résultats sont en contradiction avec l'étude de Donnellan et collaborateurs (2005) qui suggérait que les enfants tout-venant présentant des comportements agressifs rapportent significativement une plus faible estime de soi que ceux n'en présentant pas. En ce qui a trait à l'effet du SGT sur l'estime de soi, la revue de la littérature de Silvestri et collaborateurs (2018) n'arrivait pas à un consensus. Le profil d'estime de soi des enfants ayant le SGT ne correspondrait donc pas à celui des enfants tout-venant.

La quatrième hypothèse postulait que les symptômes dépressifs, les symptômes anxieux ainsi que la faible estime de soi seront des variables positivement corrélées chez enfants présentant le SGT et des ÉE. Les résultats révèlent une corrélation significative entre les symptômes anxieux et l'estime de soi chez les participants de 8 à 11 ans. Ceci laisse sous-entendre que plus un enfant a des symptômes anxieux, plus il aurait une estime de soi élevée. Les régressions multiples chez les participants de 8 à 11 ans confirment le rôle inattendu des symptômes anxieux. Dans le modèle où les symptômes dépressifs et l'estime de soi influencent les symptômes anxieux, l'estime de soi est un prédicteur significatif des symptômes anxieux. De plus, dans le modèle où les symptômes dépressifs et les symptômes anxieux influencent l'estime de soi, les symptômes anxieux sont un prédicteur significatif de l'estime de soi. Cependant, les résultats ne rapportent ni corrélation ni régression multiple significative pour les participants de 12 à 14 ans. Ceci s'explique en partie par le fait que l'échantillon était peu élevé ($n = 5$). Le BASC-2 (Reynolds, 2009) étant conçu de manière à séparer notre échantillon en deux tranches d'âge : 8 à 11 ans et 12 à 14 ans, il est possible de se demander si les résultats montrent un lien avec le développement, outre le plus petit nombre de participant âgés de 12 à 14 ans. En somme, les résultats

des corrélations et des régressions multiples indiquent qu'il n'y aurait pas de phénomène de cumulation des symptômes, ce qui infirme la dernière hypothèse. Cependant, il serait intéressant d'explorer plus en profondeur l'effet entre les symptômes anxieux et l'estime de soi.

La présente étude permet donc d'approfondir la compréhension actuelle des ÉE et ses relations avec les manifestations sous-jacentes du syndrome. La nature clinique de l'échantillon permet uniquement d'affirmer que pour un échantillon d'enfants présentant le SGT qui ont su se mobiliser pour s'engager dans une psychothérapie de 10 semaines, les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi seraient à des niveaux semblables chez les enfants manifestant des ÉE et ceux n'en manifestant pas. Ces résultats mettent en lumière les effets des tics sur le fonctionnement de l'enfant qui sont parfois négligés, surtout lorsque les ÉE sont présents. Le portrait clinique n'étant pas généralisable, il est pertinent d'évaluer les variables de manière individuelle. Les symptômes dépressifs étant cliniquement élevé et le niveau d'estime de soi étant cliniquement bas pour tous participants confondus, les comportements intériorisés des jeunes présentant le SGT sont alarmants. De plus, le rôle protecteur des symptômes anxieux sur le niveau d'estime de soi, est une interaction inattendue qui devrait être davantage étudiée. Toutefois, il ne faut pas négliger l'effet des ÉE, qui pourraient avoir un impact plus notable dans une population plus représentative du SGT chez les enfants.

LIMITES

La limite principale de la présente étude est la nature clinique de l'échantillon, qui empêche de généraliser les résultats à tous les enfants présentant le SGT. En effet, les participants qui ont pris part à l'étude ont su se mobiliser et avoir un soutien parental assez présent pour aller chercher de l'aide, puis suivre une psychothérapie ciblant les tics ou les ÉE. Un échantillon plus représentatif des enfants atteints du SGT serait à envisager dans de futures recherches. Le nombre de participants de 12 à 14 ans présentant des ÉE est une autre limite de la présente étude. Un échantillon plus grand pour le groupe manifestant des ÉE permettrait une meilleure exploration des relations entre les symptômes dépressifs, anxieux et l'estime de soi. De plus, l'instrument de mesure pour évaluer les symptômes dépressifs et anxieux, le BASC-2 (Reynolds, 2009), est conçu de manière à séparer notre échantillon. Ainsi, un instrument de mesure adapté aux participants de 8 à 14 ans permettrait de rapporter des résultats plus globaux et pallier en partie le problème de taille d'échantillon.

RETOMBÉES SCIENTIFIQUES ET CLINIQUES

Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour explorer davantage les interactions entre les ÉE chez les enfants présentant le SGT et les symptômes dépressifs, anxieux ainsi que l'estime de soi. Outre considérer un

échantillon plus grand et plus représentatif du SGT en général chez les enfants, il serait intéressant d'explorer des variables médiatrices comme le soutien parental considérant qu'un échantillon mobilisé dans une psychothérapie reçoit un soutien parental adéquat.

Sur le plan clinique, la présente étude soulève l'importance de la prise en compte des comportements intériorisés dans les interventions pour les enfants présentant le SGT, avec ou sans ÉE. Les ÉE étant tout de même la manifestation la plus dérangement du syndrome (Dooley *et al.*, 1999), elle n'est pas à négliger. Cependant, il est important de se sensibiliser aux effets des tics, particulièrement sur les symptômes dépressifs et sur l'estime de soi chez une population clinique.

Conclusion

La présente étude visait à investiguer le lien entre les ÉE des enfants ayant le SGT et la présence de symptômes dépressifs, de symptômes anxieux et d'une faible estime de soi. Bien que les résultats rapportent des niveaux semblables de symptômes dépressifs, anxieux et d'estime de soi chez les enfants manifestant ou non des ÉE, les résultats permettent tout de même d'approfondir la compréhension actuelle des relations entre ces variables. Les symptômes dépressifs étant cliniquement élevé et l'estime de soi cliniquement basse, ses variables sont à considérer dans les interventions auprès des jeunes présentant le syndrome. De plus, les résultats suggèrent que ces variables, ainsi que les symptômes anxieux, ne semblent pas se cumuler lorsqu'un enfant manifeste des ÉE, mais il y aurait une interaction négative entre les symptômes anxieux et l'estime de soi. Ce projet permet également de proposer des pistes de recherches futures permettant de définir plus précisément les relations entre les ÉE et les manifestations sous-jacentes du SGT et ainsi, permettre éventuellement d'améliorer les programmes d'autogestion pour possiblement diminuer la fréquence d'ÉE et augmenter la qualité de vie de l'enfant ainsi que du contexte familial.

Abstract

Explosive outbursts (EO) are common and considered disturbing in children with Tourette Syndrome (TS). Children with TS frequently have depressive symptoms and anxiety symptoms, while self-esteem is poorly studied. In general, children with aggressive behavior report more depressive and anxiety symptoms, as well as lower self-esteem. The aim of this study is to assess the relationship between EO, depressive and anxiety symptoms and self-esteem in children with TS. Seventy-one children aged from 8 to 14 completed the questionnaires. The *t*-tests revealed that participants with and without EO have similar levels of depressive and anxiety symptoms and similar levels of self-esteem. Correlations and multiples regressions show no cumulative effect, but a negative interaction between anxiety symptoms and self-esteem. This study reveals that for a clinical population, although the effect of EO must be considered, the effect of tics on overall functioning has a greater effect.

Keywords: Tourette syndrome, explosive outbursts, children, depressive symptoms, anxiety symptoms, self-esteem.

Références

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Elsevier Masson). Elsevier Masson.
- Battle, J. (1992). Culture-free self-esteem inventories (2nd ed.). *Austin, TX, PRO-ED*.
- Baumeister, R. F., Bushman, B. J. et Campbell, W. K. (2000). Self-Esteem, Narcissism, and Aggression : Does Violence Result From Low Self-Esteem or From Threatened Egotism? *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), 26-29. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00053>
- Baumeister, R. F., Smart, L. et Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5-33. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.1.5>
- Bawden, H. N., Stokes, A., Carol, S., Camfield, R., P. et Salisbury, S. (1998). Peer Relationship Problems in Children with Tourette's Disorder or Diabetes Mellitus. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 663-668.
- Beesdo, K., Knappe, S. et Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents : Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524.
- Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Visser, S. N., Mink, J. W., Zinner, S. H., Ghandour, R. M. et Blumberg, S. J. (2014). A national profile of Tourette syndrome. *Journal of Developmental et Behavioral Pediatrics*, 35(5), 317-322.
- Budman, C. L., Bruun, R. D., Park, K. S., Lesser, M. et Olson, M. (2000). Explosive outbursts in children with Tourette's disorder. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 39(10), 1270-1276.
- Budman, C. L. et Feirman, L. (2001). The Relationship of Tourette's Syndrome With Its Psychiatric Comorbidities : Is There an Overlap? *Psychiatric Annals*, 31(9), 541-548. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20010901-06>
- Budman, C. L., Rockmore, L., Stokes, J. et Sossin, M. (2003). Clinical phenomenology of episodic rage in children with Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(1), 59-65.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E. et Caspi, A. (2005). Low Self-Esteem Is Related to Aggression, Antisocial Behavior, and Delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335. <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x>
- Dooley, J. M., Brna, P. M. et Gordon, K. E. (1999). Parent perceptions of symptom severity in Tourette's syndrome. *Arch Dis Child*, 81, 440-441.
- Eapen, V., Cavanna, A. E. et Roberson, M. M. (2016). Comorbidities, Social Impact, and Quality of Life in

- Tourette Syndrome. *Front Psychiatry*, 7, 97.
- Fergusson, D. M. et Horwood, L. J. (2002). Male and female offending trajectories. *Development and Psychopathology*, 14(1), 159-177. <https://doi.org/10.1017/S0954579402001098>
- Ferreira, B. R., Pio-Abreu, J. L. et Januário, C. (2014). Tourette's syndrome and associated disorders: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 123-133. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1003>
- Gaze, C., Kepley, H. O. et Walkup, J. T. (2006). Co-occurring Psychiatric Disorders in Children and Adolescents With Tourette Syndrome. *Journal of Child Neurology*, 21(8), 657-664.
- Jang, S. J. et Thornberry, T. P. (1998). Self-Esteem, Delinquent Peers, and Delinquency: A Test of the Self-Enhancement Thesis. *American Sociological Review*, 63(4), 586. <https://doi.org/10.2307/2657269>
- Kirkpatrick, L. A., Waugh, C. E., Valencia, A. et Webster, G. D. (2002). The functional domain specificity of self-esteem and the differential prediction of aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(5), 756-767. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.5.756>
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N. et Pringsheim, T. (2012). Prevalence of Tic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90.
- Leckman, J. F., Riddle, M. A., Hardin, M. T., Ort, S. I., Swartz, K. L., Stevenson, J. et Cohen, D. J. (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: Initial Testing of a Clinician-Rated Scale of Tic Severity. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 28(4), 566-573.
- Leclerc, J., O'Connor, K. P., Forget, J. et Lavoie, M. E. (2012a). Évaluation de l'effet d'un programme d'entraînement à l'autogestion des épisodes explosifs chez des enfants atteints du syndrome de Gilles de la Tourette. *Pratiques Psychologiques*, 18(3), 221-244.
- Leclerc, J., O'Connor, K. P., Forget, J. et Lavoie, M. E. (2012b). Évaluation de l'effet d'un programme d'entraînement à l'autogestion des épisodes explosifs chez des enfants atteints du syndrome de Gilles de la Tourette. *Pratiques Psychologiques*, 18(3), 221-244. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2010.07.001>
- Marwitz, L. et Pringsheim, T. (2018). Clinical Utility of Screening for Anxiety and Depression in Children with Tourette Syndrome. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(1), 15-21.
- McCarthy, J. D. et Hoge, D. R. (1984). The Dynamics of Self-Esteem and Delinquency. *American Journal of Sociology*, 90(2), 396-410. <https://doi.org/10.1086/228085>
- Piché, G., Courmoyer, M., Bergeron, L., Clément, M.-È. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>
- Priddis, L. E., Landy, S., Darren, M. et Kane, R. (2014). An exploratory study of aggression in school-age children: Underlying factors and implications for treatment. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 24(1), 18-35.
- Reynolds, C. R. (2009). Behavior Assessment System for Children. *The Corsini Encyclopedia of Psychology: John Wiley et Sons, Inc.*
- Rizzo, R., Gulisano, M., Martino, D. et Robertson, M. M. (2017). Gilles de la Tourette Syndrome, Depression, Depressive Illness, and Correlates in a Child and Adolescent Population. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 27(3), 243-249.
- Robertson, M. M. (2006). Mood disorders and Gilles de la Tourette's syndrome: An update on prevalence, etiology, comorbidity, clinical associations, and implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(3), 349-358.
- Robertson, M. M. (2015). A personal 35 year perspective on Gilles de la Tourette syndrome: Prevalence, phenomenology, comorbidities, and coexistent psychopathologies. *The Lancet Psychiatry*, 2(1), 68-87.
- Rosenberg, M., Schooler, C. et Schoenbach, C. (1989). Self-Esteem and Adolescent Problems: Modeling Reciprocal Effects. *American Sociological Review*, 54(6), 1004. <https://doi.org/10.2307/2095720>
- Silvestri, P. R., Baglioni, V., Cardona, F. et Cavanna, A. E. (2018). Self-concept and self-esteem in patients with chronic tic disorders: A systematic literature review. *European Journal of Paediatric Neurology*, 22(5), 749-756. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2018.05.008>
- Smith, P. B., Bond, M. H. et Kâğıtçıbaşı, Ç. (2006). *Understanding social psychology across cultures: Living and working in a changing world*. SAGE.
- Sprott, J. B. et Doob, A. N. (2000). Bad, sad, and rejected: The lives of aggressive children. *Canadian Journal of Criminology*, 42(2), 123-133. <https://doi.org/10.3138/cjcrim.42.2.123>
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Fernandez, M., Krishnan, M., Geffken, G. R., Kellgren, A. R. et Goodman, W. K. (2007). Factor-analytic study of the Yale Global Tic Severity Scal. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 231-237.
- Tan, C. S. (2007). Test Review: Reynolds, C. R. et Kamphaus, R. W. (2004). Behavior assessment system for children (2nd ed.). *Assessment for Effective Intervention*, 32(2), 121-124.
- Tural Hesapcioglu, S., Tural, M. K. et Kandil, S. (2015). Quality of life and self-esteem in children with chronic tic disorder. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(4), 323-332. <https://doi.org/10.5152/tpa.2014.1947>
- Vermilion, J., Pedraza, C., Augustine, E. F., Adams, H. R., Vierhile, A., Lewin, A. B., Collins, A. T., McDermott, M. P., O'Connor, T., Kurlan, R., van Wijngaarden, E., Murphy, T. K. et Mink, J. W. (2020). Anxiety Symptoms Differ in Youth With and Without Tic Disorders. *Child Psychiatry et Human Development*.

VALIDATION DE VERSIONS ABRÉGÉES FRANÇAISES DU
COMMUNICATION PATTERN QUESTIONNAIRE

Marie-France Lafontaine¹, Stéphanie Jolin¹, Marie-Pier Séguin¹,
Audrey Brassard², Yvan Lussier³

¹École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa, ON.

²Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.

³Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC

La communication efficace entre deux partenaires amoureux est nécessaire afin de maintenir une relation de couple positive à long terme (Eid et Lachance-Grzela, 2017). Le *Communication Pattern Questionnaire - Short Form* (CPQ-SF) est un questionnaire auto-rapporté couramment utilisé pour mesurer ce construit. Toutefois, il n'existe pas de données publiées sur les qualités psychométriques d'une version abrégée en français de cet instrument. Deux études longitudinales ont permis de recueillir des données sur différentes facettes de la validité (de structure, de convergence et de critère) et sur la fiabilité (cohérence interne) de deux versions françaises abrégées du *Communication Pattern Questionnaire* (CPQ-11 items et CPQ-7 items; Lussier, 1995). Des adultes de 18 à 65 ans+ ($N = 316$), de même que des adolescents/adultes émergents ($N = 1428$) ont complété le CPQ-11 et le CPQ-7, respectivement, ainsi qu'une mesure de satisfaction conjugale et de détresse psychologique. À la suite du retrait d'items problématiques, le CPQ-11 a été renommé CPQ-8 et le CPQ-7 a été renommé CPQ-6. Une structure bidimensionnelle (communication positive et communication négative) est ressortie pour le CPQ-8 tandis qu'une structure unidimensionnelle (communication négative) caractérisait le CPQ-6. Les mêmes items composent l'échelle de communication négative du CPQ-6 et du CPQ-8. Les sous-échelles de communication étaient aussi liées de manière attendue avec la satisfaction conjugale et la détresse psychologique. Enfin, l'examen des coefficients alpha et oméga a permis d'établir que les items mesurent de façon cohérente chacune des sous-échelles de communication.

See end of text for English abstract

Mots clés : qualités psychométriques, fiabilité, validité, questionnaire, communication, couple

Correspondance : Marie-France Lafontaine, École de psychologie, Université d'Ottawa, 136 Jean-Jacques Lussier, Ottawa, Ontario, Canada, K1N 6N5. Courriel: mlafonta@uottawa.ca.

© 2022. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.
Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

La communication dyadique efficace est un élément essentiel à toute relation intime, facilitant les échanges amoureux et le soutien entre les partenaires. La communication efficace permet, entre autres, d'exprimer les sentiments amoureux, d'encourager la transparence et l'intimité en plus de favoriser la confiance au sein du couple. D'ailleurs, les problèmes de communication et la faible connexion émotionnelle sont parmi les raisons principales pour lesquelles les couples consultent en thérapie (Doss *et al.*, 2004). La communication problématique entre partenaires est également l'une des raisons principales pour justifier une séparation ou un divorce (Eid et Lachance-Grzela, 2017; Strizzi *et al.*, 2020). Les études sur l'efficacité de la thérapie de couple soulignent également le rôle central de la communication efficace pour favoriser la satisfaction conjugale (Burlison et Denton, 2014). Le *Communication Pattern Questionnaire - Short Form* (CPQ-SF; Christensen et Heavey, 1990) de de Christensen (1987) est une mesure de langue anglaise auto-rapportée couramment utilisée par les chercheurs (Futris *et al.*, 2010). Il n'existe toutefois pas de données publiées sur les qualités psychométriques de la version en langue française de l'instrument. L'objectif des deux présentes études consiste donc à accumuler des preuves de la validité et de la fiabilité pour interpréter les scores de deux versions existantes françaises et abrégées du CPQ (Lussier, 1995), et ce, afin d'optimiser leur utilisation en recherche et en clinique auprès d'adolescents et d'adultes de tous les âges en relation de couple.

Définition de la communication. De façon générale, la communication interpersonnelle est définie comme étant l'ensemble des comportements permettant d'être en relation avec autrui (Bélanger *et al.*, 2017). La communication conjugale est définie quant à elle comme l'ensemble des comportements verbaux et non verbaux

utilisé lors d'une interaction entre deux partenaires amoureux (Bélangier *et al.*, 2017). De façon générale, ces comportements sont utilisés par les partenaires amoureux afin de discuter de leurs pensées, sentiments ou afin de discuter d'un conflit ou de tenter de le résoudre (Baucom et Epstein, 1990).

Un patron de communication conjugal représente des comportements de communication entre conjoints qui sont habituellement répétitifs et stables (Christensen et Walczynski, 1997). Les chercheurs dans le domaine considèrent qu'il existe plusieurs patrons ou séquences d'interactions différentes dans lesquelles chaque membre du couple s'influence réciproquement (Heyman, 2001). Deux types de dynamiques de communication conjugale ressortent, soit la communication positive et la communication négative. La communication négative ou non-adaptative a été caractérisée en termes d'interactions basées sur la critique, l'attitude défensive, le retrait et le mépris (Gottman, 1990). L'un des phénomènes les plus communs et destructeurs chez les couples qui communiquent négativement est le développement d'un patron asymétrique de distance et de poursuite dans lequel l'un des partenaires demande des changements, se plaint, ou critique, alors que l'autre partenaire se retire, agit défensivement ou tente d'éviter l'interaction (Christensen, 1987; Heyman, 2001). La communication positive ou constructive est quant à elle décrite comme étant un patron de communication dans lequel les deux partenaires s'engagent dans des échanges visant une résolution de problème collaborative, en partageant leurs sentiments et en fournissant un soutien à l'autre partenaire lors d'une situation de conflit (Mitchell et Gamarel, 2018).

Historique du Communication Pattern Questionnaire. La version originale du CPQ (Christensen, 1987) contient 35 items permettant d'évaluer plusieurs patrons de communication chez les couples. Quatre sous-échelles sont habituellement évaluées, incluant 16 des 35 items, et ce, même si certains autres items sont conceptuellement cohérents avec certaines des sous-échelles existantes. Le manque d'information quant à la manière de coter les items restants a d'ailleurs été soulevée par d'autres chercheurs (p. ex., Crenshaw *et al.*, 2017). Deux sous-échelles évaluent le patron où un partenaire fait des demandes ou des critiques à l'autre, alors que celui-ci évite la confrontation : la sous-échelle *je demande/partenaire se retire* (3 items) et la sous-échelle *partenaire demande/je me retire* (3 items). Une sous-échelle évalue le patron *communication constructive*, que certains chercheurs nomment *interactions positives* (7 items), qui se produit lorsque les deux partenaires font des efforts pour discuter et négocier. Ensuite, une sous-échelle évalue le patron *retrait mutuel* (3 items), soit lorsque les deux partenaires évitent la discussion. À travers les publications de Christensen et d'autres chercheurs (p. ex., Christensen, 1987; Christensen et Heavey, 1990; Christensen *et al.*, 2006), les indices alpha de Cronbach des quatre sous-

échelles du CPQ original (1987) varient de pauvres à bons (entre 0,50 et 0,79).

En 1990, Christensen et Heavey ont créé une version abrégée en 11 items du CPQ, soit le *Communication Pattern Questionnaire - Short Form* (CPQ-SF), laissant ainsi tomber de nombreux items n'ayant pas été examinés et interprétés lors des analyses psychométriques de la version originale. Une version abrégée d'un questionnaire est utile pour les chercheurs intéressés à sonder plusieurs construits dans une même étude et aux cliniciens désireux d'obtenir des données dans un court laps de temps. Semblable au CPQ, le CPQ-SF demande aux participants d'évaluer leur patron de communication lors d'une situation de conflit. Le CPQ-SF évalue quatre sous-échelles de communication positive et négative, c'est-à-dire, *je demande/partenaire se retire* (3 items), *partenaire demande/je me retire* (3 items), *total demande/retrait* (les items des deux sous-échelles précédentes) et *interactions positives* (aussi appelées *communication constructive*; 3 items). Le CPQ-SF (Christensen et Heavey, 1990) contient également un item d'*évitement mutuel* et un item de *blâme mutuel*, mais comme pour le CPQ, ces items ne sont pas considérés dans le calcul des sous-échelles (Christensen et Heavey, 1990; Futris *et al.*, 2010). Futris et ses collègues (2010) ont évalué la structure du CPQ-SF et ont fait ressortir quant à eux trois facteurs, soit *critique/défense*, *demande/retrait* et *interactions positives* ayant une cohérence interne variant de questionnable à bonne (les indices alpha de Cronbach entre 0,60 et 0,89). Lussier (1995) a traduit en français le CPQ-SF (Christensen et Heavey, 1990), nommé CPQ-11 (acronyme en anglais a été privilégié). Lussier a ensuite épuré le CPQ-11 afin de générer une version en sept items (CPQ-7; Lussier, 1995). Cette version avait comme objectif de fournir une mesure encore plus brève concentrée sur les patrons de communication négative, soit *je demande/partenaire se retire* (2 items), *partenaire demande/je me retire* (2 items) et *total demande/retrait* (les items des deux sous-échelles précédentes). Le CPQ-7 conserve également un item d'*interactions positives*, l'item d'*évitement mutuel* et l'item de *blâme mutuel* inclus dans le CPQ-11.

À titre informatif, il existe d'autres questionnaires qui ciblent directement ou indirectement l'évaluation de diverses composantes de communication positive et négative dans le couple, pour la plupart en anglais, mais certains en français (p. ex., Guay *et al.*, 2003; Locke et Wallace, 1995). Turgeon (1996) a en effet fourni des données psychométriques sur un questionnaire en français évaluant le patron demande-retrait en situation de conflits dans le couple; mesure qui comprend les items du patron demande-retrait du CPQ original, mais pas les autres patrons de communication du CPQ. Guay *et al.* (2003) ont ensuite fourni d'autres données psychométriques pour trois mesures de communication dyadique, incluant la mesure de demande-retrait utilisée par Turgeon (1996).

Ceci étant dit, pour les présentes études, le CPQ-11 et le CPQ-7 ont été utilisés, puisqu'ils permettent de mesurer en français des construits couramment utilisés dans l'étude de la communication dyadique, en plus d'être des mesures auto-rapportées courtes qui permettent une passation et une interprétation rapide. Le CPQ-11 et le CPQ-7 permettent d'évaluer des composantes de la communication positive et négative. Cependant, compte tenu des fluctuations dans la structure factorielle et de la cohérence interne du CPQ original et du CPQ-SF rapportées dans les travaux antérieurs (Crenshaw *et al.*, 2017; Futris *et al.*, 2010; Noller et White, 1990), il s'avérait primordial de poursuivre la démarche de validation du CPQ-11 et du CPQ-7 lorsqu'ils sont utilisés auprès d'adolescents et d'adultes francophones canadiens. Parfois, le contexte (clinique ou de recherche) permet une version brève ou très brève de tels outils, donc ces deux versions pourraient permettre de répondre aux besoins spécifiques des chercheurs et cliniciens francophones.

Objectifs des deux études. L'objectif principal des deux études est d'examiner différentes composantes de la validité (de structure, de convergence et de critère), de même que la fiabilité (cohérence interne) des versions françaises abrégées de 11 et de 7 items provenant du *Communication Pattern Questionnaire- Short Form* (CPQ-SF, Christensen et Heavey, 1990; Lussier, 1995). D'abord, la structure factorielle du CPQ-11 sera examinée afin d'attester la présence des quatre sous-échelles du CPQ-SF (*je demande/ partenaire se retire*, *partenaire demande/ je me retire*, *total demande/retrait* et *interactions positives*). Les deux items ayant trait aux *retrait mutuel* et *blâme mutuel*, respectivement, seront conservés afin d'explorer leurs associations avec les sous-échelles existantes. Par la suite, la structure factorielle en trois sous-échelles du CPQ-7 sera examinée (*je demande/partenaire se retire*, *partenaire demande/ je me retire*, *total demande/retrait*). L'item d'*interactions positives*, l'item de *retrait mutuel* et celui de *blâme mutuel* seront conservés afin d'explorer leurs associations avec les sous-échelles existantes. La validité de convergence et de critère du CPQ-11 et du CPQ-7 seront aussi examinées en utilisant les construits de satisfaction conjugale et de détresse psychologique, respectivement. Plus précisément, il est attendu qu'une sous-échelle se référant à une communication négative sera reliée à moins de satisfaction conjugale et à plus de détresse psychologique tandis qu'une sous-échelle se référant à une communication positive sera reliée à plus de satisfaction conjugale et à moins de détresse psychologique. Les études qui appuient ces associations sont nombreuses (voir Bélanger *et al.*, 2017), faisant de la satisfaction conjugale et de la détresse psychologique d'excellents construits pour établir la validité de convergence et de critère du CPQ-11 et du CPQ-7. Au plan de la fiabilité, il est attendu qu'il y aura un bon degré de cohésion des items qui composent chacune des sous-échelles identifiées dans le CPQ-11 et le CPQ-7.

Méthode

PARTICIPANTS ET PROCÉDURE DE L'ÉTUDE 1

L'échantillon initial était composé de 316 couples hétérosexuels canadiens francophones. Pour participer à l'étude, les participants devaient avoir 18 ans ou plus et cohabiter pour une durée supérieure à 6 mois. Afin d'assurer l'indépendance entre les données, seulement un des deux partenaires du couple a été sélectionné de manière aléatoire en s'assurant d'avoir autant d'hommes que de femmes. Cette sélection aléatoire a aussi été effectuée par grappe dans le but de conserver la représentativité de l'âge des participants ($N = 316$ participants; 50 % de femmes et 50 % d'hommes). Chez les participants, 7,6 % étaient âgés de 18-24 ans, 21,6 % étaient âgés de 25-34 ans, 31,1 % étaient âgés de 35-44 ans, 25,9 % des participants étaient âgés de 45-54 ans, 8,6 % étaient âgés de 55-64 ans et 5,1 % des participants avaient 65 ans et plus. Soixante-quatre pourcent des participants étaient mariés et 34 % des participants étaient conjoints de fait (2% des participants n'ont pas répondu à cette question). De plus, 2,2 % des participants habitaient ensemble depuis moins d'un an, 13,3 % entre 1 et 3 ans, 7,6 % entre 4 et 5 ans, 16,8 % entre 6 et 10 ans, 15,2% entre 11 et 15 ans, 9,8% entre 16 et 20 ans, 13,6% entre 21 et 25 ans, 8,9 % entre 26 et 30 ans et 12,7 % pour plus de 30 ans. Les participants ainsi que leurs partenaires amoureux ont été recrutés par une firme de sondage grâce à un programme informatique choisissant de façon aléatoire les numéros de téléphone. Parmi les 2516 couples contactés, 1382 couples ne remplissaient pas les critères de participation et 634 autres ne pouvaient pas participer en raison d'un refus d'au moins un des partenaires. D'ailleurs, bien que 500 des couples contactés étaient intéressés à participer à l'étude, 184 d'entre eux n'ont pas retourné leur trousse de questionnaires.

Les participants qui remplissaient les critères d'éligibilité et qui étaient intéressés par l'étude recevaient une trousse de questionnaires par la poste. Dans le but d'assurer la confidentialité des réponses des partenaires, chaque membre était invité à signer le formulaire de consentement et répondre aux questionnaires et à les retourner dans une enveloppe de retour préaffranchie de manière indépendante dans un délai d'un mois. La trousse de questionnaires incluait un questionnaire sociodémographique ainsi que sept questionnaires portant sur les relations de couple. Les questionnaires utilisés dans la présente étude étaient complétés en environ 8 minutes. À titre de compensation, une carte-cadeau pour un cinéma de leur région était offerte à chaque participant. Cette étude a reçu les approbations éthiques nécessaires.

PARTICIPANTS ET PROCÉDURE DE L'ÉTUDE 2

Un échantillon de 1428 adolescents et adultes émergents canadiens francophones a participé à la deuxième étude (1041 femmes et 383 hommes). Afin d'être éligibles, les participants devaient être en relation de couple avec un partenaire amoureux. La moyenne d'âge

des participants était de 18,10 ans (variant de 15 à 26 ans; $\bar{E.-T.} = 1,34$) et ils étaient en relation amoureuse depuis en moyenne 14,7 mois ($\bar{E.-T.} = 14$ mois). Parmi les participants, 25 (2,2 %) ont rapporté être attirés par des partenaires du même sexe qu'eux, 1039 (72,8%) ont rapporté être attirés par des partenaires du sexe opposé, 50 (3,5 %) ont rapporté être attirés par des partenaires des deux sexes et 314 (22 %) personnes n'ont pas répondu à cette question. Par ailleurs, 90 % des participants étaient aux études à temps plein, 1,3 % étaient aux études à temps partiel, 3,7 % n'étaient pas aux études et 5 % n'ont pas répondu à la question.

Des assistants de recherche ont recruté les participants dans les classes d'écoles secondaires et postsecondaires dans une région du Québec. Les participants devaient retourner par la poste dans une enveloppe préaffranchie les questionnaires complétés et le formulaire de consentement signé. Les participants ont reçu 5\$ CA comme compensation monétaire. Cette étude a reçu les approbations éthiques nécessaires.

INSTRUMENTS DE MESURE DE L'ÉTUDE 1

Questionnaire sociodémographique. Ce questionnaire avait comme but de faire la collecte des informations personnelles des participants, comme leur âge, leur niveau de scolarité et leur statut relationnel.

Communication Pattern Questionnaire (CPQ-11). Ce questionnaire est la version française du CPQ-SF (Christensen et Heavey, 1990) traduite par Lussier (1995). Voir le Tableau 1 pour la liste des items du CPQ-11. Selon Christensen et Heavey (1990), le CPQ-11 évalue les patrons de communication en quatre sous-échelles : *je demande/ partenaire se retire* (3 items, p. ex., « Je commence la discussion alors que mon/ma conjoint(e) essaie de l'éviter »), *partenaire demande/ je me retire* (3 items, p. ex., « Mon/ma conjoint(e) commence la discussion alors que j'essaie de l'éviter »); *total demande/retrait* (combinaison des items des deux premières échelles) et *interactions positives* (3 items, p. ex. « Nous essayons tous les deux d'en parler »). Le CPQ-11 comprend aussi un item de *retrait mutuel* (« Nous évitons tous les deux d'en discuter ») et un item de *blâme mutuel* (« Chacun de nous blâme, accuse et critique l'autre »). Chaque item est évalué sur une échelle en neuf points, allant de 1 (très improbable) jusqu'à 9 (très probable). Les scores de chaque sous-échelle sont obtenus en faisant la somme des items. Plus le score total est élevé, plus le patron de communication est utilisé lors d'une situation de conflit. Les coefficients alpha et oméga de la présente étude sont présentés dans la section Résultats.

Échelle d'ajustement dyadique (DAS-4). Ce questionnaire est une version abrégée du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976) traduite et validée par Sabourin et al. (2005). Un exemple d'item est « *Quel est votre degré de bonheur dans votre couple ?* » Le DAS-4 fait preuve de bonnes qualités psychométriques en termes de validité de structure (structure

unidimensionnelle de la satisfaction conjugale) et de critère (dissolution du couple), de même qu'en termes de fiabilité ($\alpha = 0,84$; Sabourin et al., 2005). Les réponses des items 1 à 3 du questionnaire sont rapportées grâce à une échelle en six points allant de 0 (toujours) à 5 (jamais), tandis que les réponses de l'item 4 sont rapportées à l'aide d'une échelle en sept points allant de 0 (extrêmement malheureux) à 6 (parfait). Le score total est formé de la somme des items, variant de 0 à 21. Un score élevé suggère une satisfaction conjugale plus élevée. Dans l'étude 1, le coefficient alpha est de 0,78.

L'index de détresse psychologique (PSI-14). Le PSI-14 (Prévile et al., 1992) est une version française abrégée du *Psychiatric Symptom Index* (PSI-29; Ilfeld, 1976) qui démontre de bonnes qualités psychométriques en termes de fiabilité ($\alpha = 0,89$) et validité de structure (Prévile et al., 1992). Le score total du PSI-14 est formé de la somme des items, allant de 0 à 42. Un score élevé suggère une présence importante de symptômes de détresse psychologique (dépression, anxiété, irritabilité et problèmes cognitifs). Dans l'étude 1, le coefficient alpha est de 0,90.

Tableau 1

Items du CPQ-11 et du CPQ-7

Items originaux	CPQ-11	CPQ-7
Nous évitons tous les deux d'en discuter.	Item 1	Item 1
Nous essayons tous les deux d'en parler.	Item 2	-
Mon/ma conjoint(e) commence la discussion alors que j'essaie de l'éviter.	Item 3	-
Je commence la discussion alors que mon/ma conjoint(e) essaie de l'éviter.	Item 4	-
Chacun de nous exprime ses sentiments à l'autre.	Item 5	-
Chacun de nous blâme, accuse et critique l'autre.	Item 6	Item 2
Chacun de nous suggère des solutions et des façons de s'entendre.	Item 7	Item 3
Mon/ma partenaire se montre insistant(e) et fait des demandes alors que je me retire, je me tais ou je refuse de continuer la discussion.	Item 8	Item 4
Je me montre insistant(e) et je fais des demandes alors que mon/ma partenaire se retire, se tait ou refuse de continuer la discussion.	Item 9	Item 5
Mon/ma conjoint(e) me fait des reproches alors que je me défends.	Item 10	Item 6
Je fais des reproches à mon/ma conjoint(e), alors qu'il/elle se défend.	Item 11	Item 7

INSTRUMENTS DE MESURE DE L'ÉTUDE 2

Questionnaire sociodémographique. Ce questionnaire a comme but de faire la collecte des

informations personnelles des participants, comme leur âge, leur niveau de scolarité et leur statut relationnel.

Communication Pattern Questionnaire (CPQ-7). Ce questionnaire est une version abrégée française du CPQ-SF (Christensen et Heavey, 1990) traduite par Lussier (1995). Voir le Tableau 1 pour la liste des items du CPQ-7. Ce dernier contient les items pour examiner les trois sous-échelles suivantes du CPQ-11 : *je demande/partenaire se retire* (2 items), *partenaire demande/ je me retire* (2 items), total demande/retrait (combinaison des items aux deux échelles précédentes). Le CPQ-7 contient aussi un item d'*interactions positives*, de même qu'un de *retrait mutuel* et un item de *blâme mutuel*. Chaque item est évalué sur une échelle en neuf points, allant de 1 (très improbable) jusqu'à 9 (très probable). Les scores de chaque sous-échelle sont obtenus en faisant la somme des items. Plus le score total est élevé, plus le patron de communication est utilisé lors d'une situation de conflit. Les coefficients alpha de la présente étude sont présentés dans la section Résultats.

Échelle d'ajustement dyadique (DAS-4). Voir la section correspondante de l'étude 1 pour une description détaillée. Dans l'étude 2, le coefficient alpha est de 0,78.

Index de Symptômes Psychiatriques (PSI-14). Voir la section correspondante de l'étude 1 pour une description détaillée. Dans l'étude 2, le coefficient alpha est de 0,87.

DESCRIPTION DES ANALYSES STATISTIQUES PRINCIPALES

La validité de structure du CPQ-11 et du CPQ-7 sera examinée via une première analyse factorielle exploratoire en utilisant la méthode par factorisation en axes principaux (PFA). Une fois le nombre de facteurs identifiés, une deuxième analyse factorielle sera réalisée en fixant le nombre de facteurs. La variance expliquée de chaque facteur sera rapportée, ainsi que les statistiques descriptives (c.-à-d., moyennes, écart-types, minimums et maximums) de chaque sous-échelle. Des preuves de la validité de convergence et de critère seront obtenues à l'aide de corrélations de Pearson. Les coefficients alpha (Cronbach) et oméga (McDonald) seront utilisés pour mesurer la cohérence interne.

Résultats

ANALYSES PRÉLIMINAIRES ET DONNÉES DESCRIPTIVES

Avant de débiter les analyses principales, les données ont été examinées en vue de détecter la présence de valeurs manquantes et de valeurs aberrantes. Pour la première étude, il n'y avait aucune donnée manquante. Pour ce qui est des données aberrantes des 316 participants de l'étude

1, deux participants avaient un score Z de plus que 3,29 sur le DAS-4 et un participant avait un score Z de plus que 3,29 sur le PSI-14. Dans l'étude 2, 12 participants avaient un score Z de plus que 3,29 sur le DAS-4, huit participants avaient un score Z de plus que 3,29 sur le PSI-14 et un participant avait un score Z de plus que 3,29 sur l'échelle de communication négative. Pour les deux études, les valeurs aberrantes ont été modifiées en utilisant la méthode de winsorisation (Tabachnick et Fidell, 2007). Les moyennes, les scores minimums et maximums, ainsi que les écart-types de la détresse psychologique et de la satisfaction conjugale sont présentés au Tableau 2.

VALIDITÉ DE STRUCTURE

Pour le CPQ-11, une analyse factorielle exploratoire a tout d'abord été conduite en utilisant la rotation oblique, puisqu'il était attendu que les facteurs soient corrélés entre eux. La mesure de la qualité de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) était de 0,75 (force moyenne). Des valeurs KMO supérieures ou égales à 0,70 sont souhaitables (Hoelzle et Meyer, 2013; Lloret *et al.*, 2017). Le test de sphéricité de Bartlett était aussi significatif ($p < 0,001$). L'analyse factorielle a décelé trois facteurs différents des quatre facteurs de la version originale du CPQ-SF (Christensen et Heavey, 1990) et des trois facteurs trouvés plus récemment par Futris et ses collègues (2010). Le premier facteur était composé des items 6, 8, 9, 10 et 11, le deuxième facteur était composé des items 2, 5 et 7, tandis que le troisième facteur était composé des items 3 et 8. Combinés, ces deux derniers items avaient un alpha de Cronbach de 0,61 (force questionnable). Toutefois, sur le plan conceptuel, ils n'alliaient pas de pair. La meilleure solution était donc de conserver les deux premiers facteurs uniquement, de laisser de côté l'item 3 et d'insérer l'item 8 au facteur 1 (coefficient de saturation de 0,46). Les items 1 (*évitement mutuel*), 3 (*partenaire commence la discussion/je me retire*) et 4 (*je commence la discussion/mon partenaire se retire*) ont été abandonnés étant donné qu'ils ne faisaient partie d'aucun des deux facteurs et qu'ils nuisaient à leur cohérence interne. Une analyse factorielle a donc été refaite en fixant le nombre de facteurs à deux, tout en omettant les items 1, 3 et 4. Les coefficients de saturation varient entre 0,44 et 0,88 (voir Tableau 3). Le facteur 1, soit la *communication négative*, expliquait 43,0 % de la variance et le facteur 2, soit la *communication positive*, expliquait 22,9 % de la variance pour un total de 65,9 % de la variance expliquée. Puisque trois items ont été enlevés du CPQ-11, nous l'avons renommé le CPQ-8. Les moyennes, les scores minimums et maximums, ainsi que les écart-types des sous-échelles de *communication négative* et de *communication positive* du CPQ-8 sont présentés au Tableau 2.

Tableau 2

Moyennes, scores minimums, scores maximums et écarts-types des variables des études 1 et 2

Sous-échelles	<i>M</i>	Minimum	Maximum	<i>É.-T.</i>
Étude 1 (N = 316)				
Communication (CPQ-8)				
Communication négative	18,53	4,00	45,00	9,47
Communication positive	20,66	4,00	27,00	5,64
Détresse psychologique (PSI-14)	10,30	0,00	31,00	6,30
Satisfaction conjugale (DAS-4)	15,90	4,00	21,00	3,35
Étude 2 (N = 1428)				
Communication (CPQ-6)				
Communication négative	15,40	5,00	42,00	8,45
Communication positive	6,71	1,00	9,00	2,04
Détresse psychologique (PSI-14)	12,30	0,00	36,00	7,17
Satisfaction conjugale (DAS-4)	17,03	5,70	21,00	3,07

Tableau 3

Structure factorielle fixée à deux facteurs après la rotation oblimin pour le CPQ-8

Items du CPQ-8	Facteurs	
	1 Communication négative	2 Communication positive
Nous essayons tous les deux d'en parler.	-0,24	0,78
Chacun de nous exprime ses sentiments à l'autre.	-0,24	0,84
Chacun de nous blâme, accuse et critique l'autre.	0,72	-0,36
Chacun de nous suggère des solutions et des façons de s'entendre.	-0,28	0,77
Mon/ma conjoint(e) se montre insistant(e) et fait des demandes alors que je me retire, je me tais ou je refuse de continuer la discussion.	0,44	-0,12
Je me montre insistant(e) et je fais des demandes alors que mon/ma conjoint(e) se retire, se tait ou refuse de de continuer la discussion.	0,61	-0,39
Mon/ma conjoint(e) me fait des reproches alors que je me défends.	0,88	-0,19
Je fais des reproches à mon/ma conjoint(e), alors qu'il/elle se défend.	0,83	-0,20

En ce qui a trait au CPQ-7, l'analyse factorielle exploratoire (rotation oblimin) a décelé que la mesure de la qualité de l'échantillonnage de KMO était de 0,78 (force moyenne). Le test de sphéricité de Bartlett était aussi significatif ($p < 0,001$). L'analyse factorielle a encore décelé deux facteurs. Le premier facteur était composé des items 2, 4, 5, 6 et 7. Le deuxième facteur était composé de l'item 3 (*interactions positives*) seulement et a donc été éliminé. En effet, au moins trois variables sont nécessaires pour l'identification statistique d'un facteur, bien qu'il soit préférable d'en avoir encore plus (Fabrigar et Wegener, 2012; Izquierdo *et al.*, 2014). De plus, l'item 1 (*évitement mutuel*) a aussi été exclu car il ne saturait sur aucun

facteur.. Une analyse factorielle a donc été refaite en fixant le nombre de facteurs à un et en enlevant les items 1 et 3. Les coefficients de saturation variaient entre 0,64 et 0,86 (voir Tableau 4). La variance expliquée par le facteur 1, soit la *communication négative*, était de 56,5 %. L'item 1 (*évitement mutuel*) a été exclu du CPQ-7 étant donné qu'il nuisait à la cohérence interne de l'échelle de communication négative, cependant nous avons conservé l'item 3 (*communication positive*) puisqu'il peut être utilisé seul pour mesurer la communication positive. Ainsi, le CPQ-7 a été renommé le CPQ-6. Les moyennes, les scores minimums et maximums, ainsi que les écart-types de la sous-échelle de *communication négative* et

de l'item de *communication positive* sont rapportés au Tableau 2.

Tableau 4

Structure factorielle fixée à un facteur pour le CPQ-6

Items du CPQ-6	Facteur 1
	Communication négative
Chacun de nous blâme, accuse et critique l'autre.	0,77
Mon/ma partenaire se montre insistant(e) et fait des demandes alors que je me retire, je me tais ou je refuse de continuer la discussion.	0,64
Je me montre insistant(e) et je fais des demandes alors que mon/ma partenaire se retire, se tait ou refuse de continuer la discussion.	0,64
Mon/ma conjoint(e) me fait des reproches alors que je me défends.	0,86
Je fais des reproches à mon/ma conjoint(e), alors qu'il/elle se défend.	0,86

L'item « *Chacun de nous suggère des solutions et des façons de s'entendre* » réfère à la communication positive et fait partie du CPQ-6 final.

VALIDITÉ DE CONVERGENCE ET DE CRITÈRE

Pour le CPQ-8, il y a une corrélation significative et positive entre l'échelle de *communication positive* et la satisfaction conjugale, $r(316) = 0,53, p < 0,001$. Une corrélation significative et négative entre la *communication positive* et la détresse psychologique a été trouvée ($r(316) = -0,28, p < 0,001$). Pour ce qui est de la sous-échelle de *communication négative*, elle est corrélée significativement et négativement avec la satisfaction conjugale, $r(316) = -0,37, p < 0,001$, de même que significativement et positivement avec la détresse psychologique $r(316) = 0,24, p < 0,001$. Pour le CPQ-6, une relation significative et négative entre l'échelle de *communication négative* et la satisfaction conjugale a été trouvée ($r(1428) = -0,37, p < 0,001$) ainsi qu'une relation significative et positive entre l'échelle de *communication négative* et la détresse psychologique ($r(1428) = 0,26, p < 0,001$).

FIABILITÉ

Les coefficients alpha et oméga ont été calculés pour chaque sous-échelle afin d'établir leur cohérence interne. Pour le CPQ-8, de bons coefficients ont été trouvés pour la *communication négative* ($\alpha = 0,82; \omega$

$= 0,84$) et pour la *communication positive* ($\alpha = 0,83; \omega = 0,83$). Pour la sous-échelle de la *communication négative* du CPQ-6, de bons coefficients sont aussi obtenus ($\alpha = 0,81; \omega = 0,81$).

Discussion

Le but des deux études, dont il est question dans cet article, était de palier à l'absence de données psychométriques de deux versions françaises abrégées du *Communication Pattern Questionnaire* (traduite par Lussier en 1995) auprès d'une population d'adultes de tous âges, de même que d'adolescents/adultes émergents. À la lumière des résultats, le CPQ-11 est devenu le CPQ-8 et le CPQ-7 est devenu le CPQ-6. Une structure bidimensionnelle a été trouvée pour le CPQ-8 et unidimensionnelle pour le CPQ-6, résultats qui diffèrent de la version originale du CPQ-SF (Christensen et Heavey, 1990) et de ceux obtenus par Futris et ses collègues (2010). Plus précisément, l'analyse factorielle du CPQ-8 a décelé une sous-échelle de *communication négative* et une sous-échelle de *communication positive*, plutôt que les sous-échelles du CPQ-SF (*je demande/partenaire se retire, partenaire demande/je me retire, total demande/retrait et interactions positives*). Il s'agit donc d'une structure simplifiée mais cohérente conceptuellement avec celles initialement proposées; les sous-échelles de communication négative s'organisent en effet en une échelle globale de communication négative. Il s'avère intéressant de constater que dans les items retenus, les deux partenaires jouent un rôle dans le caractère positif (*Nous essayons tous les deux d'en parler*) ou négatif (*Mon/ma conjoint(e) me fait des reproches alors que je me défends*) de leur communication au sein de leur couple. Parmi les trois items non retenus du CPQ-11 (items 1, 3 et 4; voir Tableau 1), deux d'entre eux avaient à la fois une composante positive (c.-à-d., commencer la discussion) et négative (c.-à-d., éviter la discussion), ce qui peut expliquer le fait qu'ils n'ont pas été conservés dans cette sous-échelle. L'item 1 du CPQ-11, qui fait référence à l'évitement des deux partenaires, ne semble pas conceptuellement lié aux autres items de l'échelle de communication négative. Les items qui constituent cette échelle font référence à la présence d'un comportement néfaste, tandis que le fait d'éviter de discuter d'un problème réfère à l'absence de comportement, mais cela peut quand même être dommageable pour le couple à moyen et à long terme car les conflits sont évités et les sujets de tension ne sont pas discutés.

Pour le CPQ-6, l'analyse factorielle a fait ressortir une seule sous-échelle, soit celle de la *communication négative*. Les items qui composent cette sous-échelle sont les cinq mêmes que pour ceux du CPQ-8; il est

important que noter que les items 3 et 4 qui sont exclus du CPQ-11 n'étaient pas inclus dans la version du CPQ-7. L'item 1 *d'évitement mutuel*, possiblement pour les mêmes raisons que pour le CPQ-11 ne semble pas bien représenter la sous-échelle de *communication négative*. De plus, étant donné qu'il n'y avait qu'un seul item de *communication positive* à l'intérieur du CPQ-6, il était impossible de créer une sous-échelle. Néanmoins, nous suggérons aux chercheurs intéressés à étudier la communication positive de conserver l'item 2 du CPQ-6 « *Chacun de nous suggère des solutions et des façons de s'entendre* ». En effet, il appert préférable d'utiliser un item unique afin d'évaluer certains construits, plutôt que d'omettre un construit potentiellement pertinent (Fuchs et Diamantopoulos, 2009). Il est aussi important de noter que l'item de communication positive du CPQ-6, connu sous le nom de *patron d'engagement mutuel positif*, représente une composante importante d'une communication positive et est utilisée comme cible d'intervention en thérapie de couple (Allard, 2018).

L'examen des coefficients alpha et oméga des deux versions a permis d'établir que la cohérence interne des sous-échelles de *communication négative* (CPQ-8 et CPQ-6) et de *communication positive* (CPQ-8) est bonne et généralement supérieure à celle des sous-échelles du CPQ-SF (Christensen et Heavey, 1990). Selon Hogan (2017), un coefficient situé entre 0,80 et 0,89 est bon, mais qu'en contexte clinique, cela signifie que d'autres informations doivent s'ajouter au score d'un questionnaire. Hogan (2017) qualifie d'excellent un coefficient de 0,90 et plus. Toutefois, certains auteurs ont suggéré que la valeur maximale attendue serait de 0,90 car au-delà de cette valeur, on considère qu'il y a redondance dans les items ou duplication (p. ex., Taber, 2018).

Les résultats visant à vérifier la validité de convergence et de critère, quant à eux, procurent un appui psychométrique supplémentaire aux CPQ-8 et CPQ-6. Tel qu'attendu, plus une personne communique de manière positive (p. ex., « *Nous essayons tous les deux d'en parler* »), plus elle se dira satisfaite dans son couple et moins elle présentera de symptômes de détresse psychologique. De la même manière, plus une personne communique de manière négative (p. ex., « *Chacun de nous blâme, accuse et critique l'autre* »), moins elle se dira satisfaite avec son partenaire et plus elle rapportera de la détresse psychologique. Les corrélations vont dans le même sens et sont de la même ampleur auprès de nos deux populations. Ces résultats appuient ceux des travaux existants. En effet, il existe un lien empirique entre la communication et la satisfaction conjugale, c'est-à-dire qu'une bonne communication est un élément qui contribue à une meilleure satisfaction conjugale et

inversement qu'une satisfaction conjugale élevée à son tour favorise une meilleure communication chez un couple (Johnson *et al.*, 2018; Lavner *et al.*, 2016). D'autres études ont quant à elles fait ressortir qu'une plus grande utilisation de communication négative était associée à plus de difficultés psychologiques comme la dépression (p. ex., Holley *et al.*, 2018).

En somme, ces structures bidimensionnelles (CPQ-8) et unidimensionnelle (CPQ-6) suggèrent que les versions françaises du CPQ-8 et du CPQ-6 examinent davantage des macro-construits plutôt que des micro-construits de la communication dyadique. La sous-échelle de *communication négative* englobe maintenant les sous-échelles de *demande/retrait* et de *blâme mutuel* tandis que la sous-échelle de *communication positive* englobe à présent la sous-échelle d'*interactions positives*. Krokoff et ses collègues (1989) ont démontré qu'en utilisant des macro-construits, le clinicien ou le chercheur peut davantage faire la différence entre un couple avec un bon fonctionnement de celui avec un moins bon fonctionnement. Étant donné que les analyses des présentes études n'ont pas permis de faire ressortir les micro-construits originaux du CPQ-SF, les chercheurs intéressés à étudier ces sous-échelles spécifiques auprès de populations francophones sont encouragés à retourner à la version originale du CPQ (Christensen, 1987) et à valider au préalable les sous-échelles qui les intéressent.

LIMITES ET RECHERCHES FUTURES

Ces deux études fournissent des données sur la validité et la fidélité des versions françaises du CPQ-8 (originellement CPQ-11) et CPQ-6 (originellement CPQ-7). Il est important de noter que l'échantillon de l'étude 1 est composé de participants francophones qui s'identifiaient comme étant tous en relation de couple hétérosexuelle, toute généralisation en dehors de cette population est donc à effectuer avec prudence. Il s'avère important de poursuivre l'accumulation d'une variété de preuves de la validité et de la fiabilité de ces questionnaires (voir American Educational Research Association *et al.*, 2014), particulièrement auprès des personnes de la diversité sexuelle et de genre.

Conclusion

Les présentes études font ressortir qu'en présence d'une population francophone canadienne, il est recommandé aux chercheurs et cliniciens d'utiliser le CPQ-8 pour examiner les deux sous-échelles de *communication positive* et *négative* et d'utiliser le CPQ-6 si seule la *communication négative* est regardée, plutôt que les quatre sous-échelles proposées par Christensen et Heavey (1990) qui n'ont pas émergées dans la structure factorielle de ces versions

abrégées. La disponibilité du CPQ-8 et du CPQ-6 répond à un besoin éthique d'avoir des mesures brèves validées dans la langue de préférence de la personne (Canadian Psychological Association, 2017). Ces questionnaires pourront être utiles aux chercheurs qui s'intéressent à comprendre le rôle de la communication conjugale au sein du fonctionnement général du couple. L'étude de la communication dyadique positive et négative, de ses précurseurs et de ses conséquences est sans aucun doute un domaine de recherche prioritaire. Notons que la thérapie de couple cognitive-comportementale, fondée sur les données probantes, a parmi ses cibles thérapeutiques l'amélioration de la communication au sein de la dyade afin d'accroître leur satisfaction conjugale et la stabilité relationnelle (Christensen *et al.*, 2004; Cuddy, 2018). L'utilisation de questionnaires, en complément à l'entretien clinique, permettra au clinicien d'obtenir une auto-évaluation rapide de la qualité de la communication des couples qui consultent afin de cibler leurs objectifs thérapeutiques et d'évaluer l'atteinte de ces derniers.

Abstract

Effective communication between romantic partners is key to a positive long-term relationship (Eid et Lachance-Grzela, 2017). The *Communication Pattern Questionnaire - Short Form* (CPQ-SF), is a widely used self-report measure of this construct. However, there are no published data on the psychometric properties of any abridged French version of this instrument. Two studies allowed to collect data on different facets of the validity (structure, convergent and criterion) and reliability (internal-consistency) of two abridged French versions of the *Communication Pattern Questionnaire* (CPQ-11 items and CPQ-7 items; Lussier, 1995). Adults aged between 18 and 65 years old+ ($N = 316$) as well as adolescents/emerging adults ($N = 1428$) completed the CPQ-11 and CPQ-7, respectively, as well as a measure of couple satisfaction and psychological distress. Following the removal of problematic items, the CPQ-11 was renamed CPQ-8 and the CPQ-7 was renamed CPQ-6. A two-dimensional structure (positive communication and negative communication) was found for the CPQ-8, while a one-dimensional structure (negative communication) characterized the CPQ-6. In both the CPQ-6 and CPQ-8, the same items made up the negative communication scale. Moreover, communication was linked, in an expected way, with couple satisfaction and psychological distress. Finally, examination of the alpha and omega coefficients indicated that the items consistently measured each of the communication subscales.

Keywords: reliability, validity, questionnaire, communication, couple

Références

- Allard, F. (2018). Acceptation et changement, thérapie comportementale intégrative du couple. Dans F. Allard et P. Antoine (Éds.), *Le couple en thérapie comportementale cognitive et émotionnelle* (pp. 49-78). Elsevier Masson.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, and National Council on Measurement in Education (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Education Research Association.
- Baucom, D. H., et Epstein, N. (1990). *Brunner/Mazel cognitive therapy series: Cognitive-behavioral marital therapy*. Brunner/Mazel.
- Bélanger, C., Marcaurette, R., Lazaridès, A., Crevier, M.G. et Lafontaine M-F. (2017). Communication, résolution de problèmes et satisfaction conjugale. Dans Y. Lussier, C. Bélanger et S. Sabourin (Éds.), *Les fondements de la psychologie du couple* (pp. 359- 390). Presses de l'Université du Québec.
- Burleson, B. R., et Denton, W. H. (2014). The association between spousal initiator tendency and partner marital satisfaction: Some moderating effects of supportive communication values. *The American Journal of Family Therapy*, 42(2), 141-152.
<https://doi.org/10.1080/01926187.2012.754244>
- Canadian Psychological Association (2017). *Canadian Code of Ethics for Psychologists- 4th ed.* Canadian Psychological Association. https://cpa.ca/docs/File/Ethics/CPA_Code_2017_4thEd.pdf
- Christensen, A. (1987). Detection of conflict patterns in couples. Dans K. Hahlweg et M. J. Goldstein (Éds.), *The Family Process Press monograph series. Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research* (pp. 250-265). Family Process Press.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., Simpson, L. E., et Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 176-191.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.176>
- Christensen, A., Eldridge, K., Catta-Preta, A., Lim, R., et Santagata, R. (2006). Cross-cultural consistency of the demand/withdraw interaction pattern in couples. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 1029-1044.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00311.x>

- Christensen, A., et Heavey, C. L. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 73-81. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.1.73>
- Christensen, A., et Walczynski, P. T. (1997). Conflict and satisfaction in couples. Dans R. J. Sternberg, et Hojjat, M. (Éd.), *Satisfaction in close relationships* (pp. 249-274). Guilford.
- Crenshaw, A. O., Christensen, A., Baucom, D. H., Epstein, N. B., et Baucom, B. R. W. (2017). Revised scoring and improved reliability for the communication patterns questionnaire. *Psychological Assessment*, 29(7), 913-925. <https://doi.org/10.1037/pas0000385>
- Cuddy, M. (2018). Thérapie comportementale et cognitive de couple à partir du contexte. Dans F. Allard et P. Antoine (Éds.), *Le couple en thérapie comportementale cognitive et émotionnelle* (pp. 27-45). Elsevier Masson.
- Doss, B., Simpson, L., et Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 608-614. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.6.608>
- Eid, P., et Lachance-Grzela, M. (2017). Ruptures amoureuses. Dans Y. Lussier, C. Bélanger, et S. Sabourin (Éds.), *Les fondements de la psychologie du couple* (pp. 621-646). Presses de l'Université du Québec.
- Fabrigar, L. R., et Wegener, D. T. (2012). *Exploratory factor analysis*. Oxford University Press.
- Fuchs, C., et Diamantopoulos, A. (2009). Using single-item measures for construct measurement in management research: Conceptual issues and application guidelines. *Die Betriebswirtschaft*, 69(2), 195-210.
- Futris, T., Campbell, K., Nielsen, R., et Burwell, S. (2010). The communication patterns questionnaire- short form: A review and assessment. *The Family Journal*, 18(3), 275-287. <https://doi.org/10.1177/1066480710370758>
- Gottman, J. (1990). How marriages change. Dans G. R. Patterson (Éd.), *New directions in family research: Depression and aggression*. Erlbaum.
- Guay, S., Boisvert, J.-M., et Freeston, M. H. (2003). Validity of three measures of communication for predicting relationship adjustment and stability among a sample of young couples. *Psychological Assessment*, 15(3), 392-398. <https://doi.org/10.1037/10403590.15.3.392>
- Heyman, R. E. (2001). Observation of couple conflicts: Clinical assessment applications, stubborn truths, and shaky foundations. *Psychological Assessment*, 13(1), 5-35. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.1.5>
- Hoelzle, J. B., et Meyer, G. J. (2013). Exploratory factor analysis: Basics and beyond. Dans I. B. Weiner, J. A. Schinka et W. F. Velicer (Éds.), *Handbook of psychology: Research methods in psychology* (pp. 164-188). Wiley.
- Hogan, T. P., Stephenson, R., et Parent, N. (2017). Introduction à la psychométrie, 2e édition. Chenelière.
- Holley, S. R., Haase, C. M., Chui, I., et Bloch, L. (2018). Depression, emotion regulation, and the demand/withdraw pattern during intimate relationship conflict. *Journal of Social and Personal Relationships*, 35(3), 408-430. <https://doi.org/10.1177/0265407517733334>
- Ilfeld, F. W. (1976). Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population. *Psychological Reports*, 39(3), 1215-1228. <https://doi.org/10.2466/pr0.1976.39.3f.1215>
- Izquierdo, I., Olea, J., et Abad, F. J. (2014). Exploratory factor analysis in validation studies: Uses and recommendations. *Psicothema*, 26, 395-400. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.349>
- Johnson, M. D., Horne, R. M., Hardy, N. R., Anderson, J. R. (2018). Temporality of Couple Conflict and Relationship Perceptions. *Journal of Family Psychology*, 32(4), 445-455. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000398>
- Kelley, H. H., Berscheid, E., Christensen, A., Harvey J. H., Huston, T. L., Levinger, G., McClintock, E., Peplau L. A., et Peterson, D. R. (1983). Freeman.
- Krokoff, L. J., Gottman, J. M., et Hass, S. D. (1989). Validation of a global rapid couples interaction scoring system. *Behavioral Assessment*, 11(1), 65-79.
- Lavner, J. A., Karney, B. R., et Bradbury, T. N. (2016). Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication? *Journal of Marriage and Family*, 78(3), 680-694. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-3200.21.2.185>
- Locke, H. J., et Wallace, K. M. (1995). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255. <https://doi.org/10.2307/348022>
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernandez, A., et Tomas, I. (2017). The exploratory factor analysis of items: Guided analysis based on empirical data and software. *Anales de Psicología*, 33(2), 417-432. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.270211>
- Lussier, Y. (1995). Traductions françaises du Questionnaire sur les patrons de communication, versions abrégées. (Document inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, QC.

- Mitchell, J. W., et Gamarel, K. E. (2018). Constructive communication patterns and associated factors among male couples. *Journal of Couple et Relationship Therapy*, 17(2), 79-96. <https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1302378>
- Noller, P., et White, A. (1990). The validity of the communication patterns questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(4), 478-482. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.4.478>
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., et Légaré, G. (1992). La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Réseau Santécom. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/3556700006905.pdf>
- Sabourin, S., Valois, P., et Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale using a nonparametric item analysis model. *Psychological Assessment*, 17(1), 15-27. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.1.15>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Strizzi, J. M., Sander, S., Cipric, A., et Hald, G. M. (2020). "I had not seen star wars" and other motives for divorce in Denmark. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 46 (1), 57-66. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1641871>
- Tabachnick, G., et Fidell, S. (2007). *Using multivariate statistics* (5e éd). Pearson/Allyn et Bacon.
- Taber, K.S. (2018). The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48, 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Turgeon, L. (1996). *Le rôle du pouvoir conjugal comme variable prédictive du retrait des hommes lors de situations conflictuelles avec leurs conjointes* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, QC.

Appendice A

Versions françaises abrégées finales du Communication Pattern Questionnaire

Consigne : Veuillez indiquer comment votre conjoint(e) et vous réagissez lorsque vous rencontrez des problèmes dans votre relation conjugale. En utilisant l'échelle de 1 (très improbable) à 9 (très probable), encerclez le chiffre qui correspond le plus à votre réponse.

CPQ-8

1. Nous essayons tous les deux d'en parler.
2. Chacun de nous exprime ses sentiments à l'autre.
3. Chacun de nous blâme, accuse et critique l'autre.
4. Chacun de nous suggère des solutions et des façons de s'entendre.
5. Mon/ma conjoint(e) se montre insistant(e) et fait des demandes alors que je me retire, je me tais ou je refuse de continuer la discussion.
6. Je me montre insistant(e) et fais des demandes alors que mon/ma conjoint(e) se retire, se tait ou refuse de continuer la discussion.
7. Mon/ma conjoint(e) me fait des reproches alors que je me défends.
8. Je fais des reproches à mon/ma conjoint(e), alors qu'il/elle se défend.

© Christensen (1987). Traduit par Yvan Lussier (1995).

Cotation du CPQ-8 : Pour obtenir le score de communication négative, faire la somme des items 3, 5, 6, 7 et 8. Pour obtenir le score de communication positive, faire la somme des items 1, 2 et 4.

CPQ-6

1. Chacun de nous blâme, accuse et critique l'autre.
2. Chacun de nous suggère des solutions et des façons de s'entendre.
3. Mon/ma conjoint(e) se montre insistant(e) et fait des demandes alors que je me retire, je me tais ou je refuse de continuer la discussion.
4. Je me montre insistant(e) et fais des demandes alors que mon/ma conjoint(e) se retire, se tait ou refuse de continuer la discussion.
5. Mon/ma conjoint(e) me fait des reproches alors que je me défends.
6. Je fais des reproches à mon/ma conjoint(e), alors qu'il/elle se défend.

© Christensen (1987). Traduit par Yvan Lussier (1995).

Cotation du CPQ-6 : Pour obtenir le score de communication négative, faire la somme des items 1, 3, 4, 5 et 6. L'item 2 réfère à la communication positive.

IMMERSION AU CŒUR DE L'INVALIDITÉ :

CERTIFICATS MÉDICAUX ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES

**Lauriane Drolet¹, Carl Brouillette⁵, Pier-Olivier Caron², Jacques Forget¹,
Jean-Robert Turcotte³, Claude Guimond⁴, Cynthia Cameron⁶**

¹ Université du Québec à Montréal; ² Université TÉLUQ

³ Université de Montréal; ⁴ Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

⁵ Centre d'action et de prévention et réadaptation de l'incapacité au travail de
l'Université de Sherbrooke; ⁶ Université Laval

Les assureurs exigent des certificats médicaux pour déterminer l'admissibilité à des prestations d'invalidité. Pourtant, les pratiques des médecins de famille en contexte de certification d'une incapacité au travail pour troubles mentaux varient. Par ailleurs, les certificats médicaux sont souvent incomplets ou ambigus, particulièrement la section relative aux limitations fonctionnelles. La présente étude vise à déterminer s'il existe une variabilité entre les médecins de famille quant à l'évaluation diagnostique, à la recommandation de traitement, à l'évaluation de l'incapacité au travail d'un même patient et de la durée d'une incapacité au travail et à analyser le type d'interprétation qu'ils font de la notion de limitations fonctionnelles. Vingt-trois médecins de famille du Québec ont complété quatre vignettes pour lesquelles ils doivent déterminer le diagnostic, le traitement, la nécessité ou non d'un arrêt de travail, la raison et dans l'affirmative les limitations fonctionnelles. Des analyses descriptives sont effectuées. Les résultats montrent que la décision de certifier une incapacité au travail ne fait pas bon consensus pour la moitié des vignettes contrairement à la catégorie diagnostique. La notion de limitations fonctionnelles semble confondue avec celle de symptômes. Ces résultats pourront servir à évaluer les pratiques actuelles en matière de certification d'une incapacité au travail.

See end of text for English abstract

Mots-clés : limitations fonctionnelles, certificats médicaux, invalidité, troubles mentaux

Introduction

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2016), les troubles mentaux représentent le tiers des demandes de prestations d'invalidité, mais engendrent près de 70 % des coûts. Au Québec, les troubles mentaux représentent 41 % des demandes d'invalidité comparativement au reste du Canada, pour qui, la moyenne se situe autour de 25 % (Institut canadien des actuaires, 2019). Le Canada se distingue des autres pays membres de l'OCDE par un accès plus restrictif à des prestations d'invalidité du secteur public (OCDE, 2010). Au Canada, le secteur de l'assurance privée est prépondérant et le taux de prestations publiques d'invalidité est relativement bas comparativement aux autres pays de l'OCDE (OCDE 2010). Sous réserve d'y être admissibles, les Québécois absents du travail pour cause de troubles mentaux sont généralement indemnisés par un assureur privé. Ces bénéficiaires sont souvent inclus dans le régime d'assurances collectives offert par l'employeur (Sylvain *et al.*, 2017)

Pour déterminer l'admissibilité d'un travailleur à des prestations d'invalidité, l'assureur exige un certificat médical (Larouche, 2012). Dans la majorité des cas, les personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale consulteront d'abord leur médecin de famille avant toute autre ressource (Lesage *et al.*, 2006). Le médecin de famille occupe un rôle central dans le processus de la gestion de l'invalidité (Winde *et al.*, 2012). Or, bien que le système de santé du Québec repose sur la gratuité des soins pour tous, tous n'ont pas accès à un médecin de famille. Selon le

rapport de Champagne et collaborateurs (2018) environ un québécois sur quatre n'a pas accès à un médecin de famille au Québec. Dans la région métropolitaine, le pourcentage de la population inscrite à un médecin de famille est plus faible allant de 59 à 66 %, selon les territoires. Par conséquent, pour obtenir des soins et un certificat d'incapacité au travail (le cas échéant), un nombre important de travailleurs devra consulter dans une clinique sans rendez-vous un « médecin de famille » qui n'est pas le leur. Pour toutes ces raisons, le médecin pratiquant en première ligne, communément appelé médecin de famille, est souvent celui qui émet ce type de certificat.

Il convient d'énoncer qu'il incombe à l'assureur et non au médecin de déterminer l'admissibilité d'un travailleur à des prestations d'invalidité (Association médicale canadienne, 2017). Règle générale, le certificat médical inclut des renseignements objectifs tels que le diagnostic (sauf en l'absence de consentement du patient), la durée de l'absence, le pronostic et une section qui porte sur les limitations fonctionnelles (Association médicale canadienne, 2017; Söderberg et Alexanderson, 2005). Cette section est importante puisque la décision d'indemniser un travailleur repose en grande partie sur le lien entre les tâches requises au travail et les limitations fonctionnelles présentes. Le certificat médical est un élément central dans le processus de gestion de l'invalidité, car il est souvent l'un des seuls moyens de communication entre le médecin et l'assureur et c'est à partir de ce certificat que l'assureur détermine l'admissibilité d'un travailleur à des prestations. Pourtant, les résultats d'études suggèrent qu'il est souvent incomplet, ambigu ou mal complété, particulièrement la section portant sur les limitations fonctionnelles (Kiessling *et al.*, 2013; Söderberg et Alexanderson, 2005; Stureson *et al.*, 2015).

L'évaluation des capacités et des limitations fonctionnelles est l'une des difficultés les plus citées par les médecins (Dell-Kuster *et al.*, 2014; Engblom *et al.*, 2011; Gerner et Alexanderson, 2009; Löfgren *et al.*, 2007; Soklaridis *et al.*, 2011; Stureson *et al.*, 2013). Les limitations fonctionnelles se définissent comme une réduction des capacités à effectuer une activité dans les limites de ce qui est considéré normal (Maness et Khan, 2015). Plus spécifiquement, l'invalidité renvoie à l'incapacité d'une personne à effectuer les tâches liées à son emploi ou à tout emploi pour lequel elle est qualifiée selon les clauses contractuelles prévues pour y être admissible (Maness et Khan, 2015).

Afin de lier les concepts à des fins pratiques, prenons l'exemple d'une personne ayant un trouble de l'adaptation avec humeur anxiodépressive. Cette

personne peut présenter certains symptômes, dont un sentiment de tristesse, de l'anxiété et de l'insomnie. La présence unique de symptômes n'est pas synonyme de limitations fonctionnelles et encore moins d'invalidité. Il faut établir si ces derniers entraînent ou non des limitations fonctionnelles. Dans l'affirmative, il faut évaluer si elles empêchent effectivement le travailleur d'effectuer les tâches principales de son emploi ou non. Aux fins de l'exemple, supposons que l'anxiété (symptôme) de cette personne soit responsable d'une diminution de sa capacité à retenir de la nouvelle information, à amorcer et soutenir une conversation et d'une difficulté à contrôler ses affects engendrant des conflits interpersonnels (limitations fonctionnelles). Dans un cas de figure où cette personne occupe un emploi de service, il est probable que les limitations fonctionnelles décrites interfèrent avec les tâches principales de son emploi comme la qualité des interactions sociales avec les clients, la capacité à se rappeler leurs demandes et à leur répondre avec un affect approprié. Par contre, ces limitations fonctionnelles ne seraient pas forcément incompatibles avec un emploi de plongeur ou d'artiste-peintre. La figure 1 propose une représentation graphique de ces notions. Quoique sommaire, cet exemple illustre l'importance que revêt la section des limitations fonctionnelles, puisque la décision de l'assureur est fondée sur la qualité des renseignements médicaux reçus.

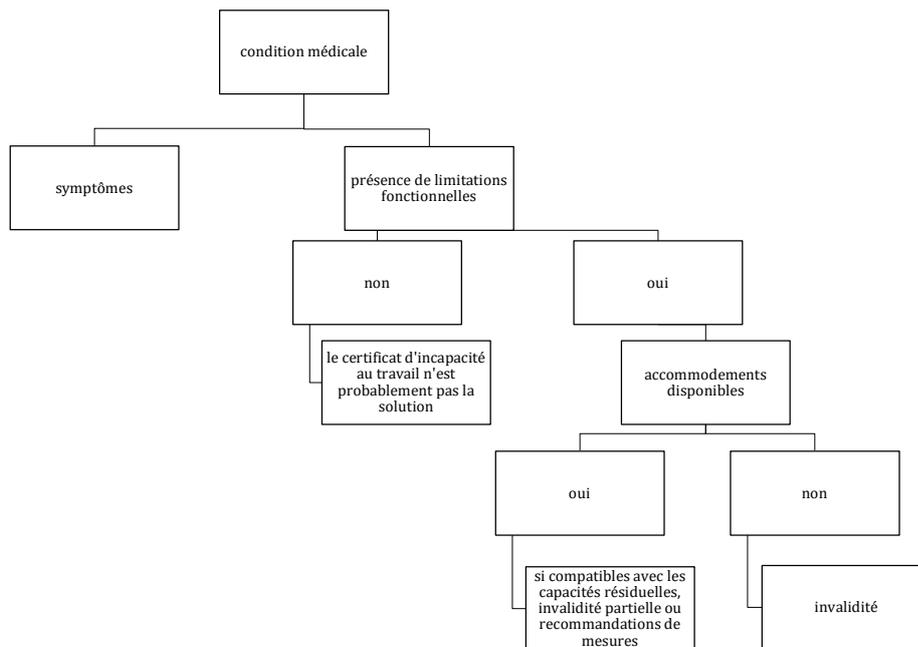
À l'instar d'une étude menée en Suisse (Kedzia *et al.*, 2015), la majorité de celles effectuées dans d'autres pays, en particulier dans les pays nordiques, révèlent que les médecins qualifient l'évaluation de la capacité à travailler de problématique (Arrelöv *et al.*, 2007; Hinkka *et al.*, 2018; Winde *et al.*, 2012). Contrairement à leurs homologues suédois, les médecins suisses sont relativement satisfaits du rôle qu'ils occupent dans le processus de certification d'une incapacité au travail et reconnaissent que cette tâche relève de leur sphère professionnelle (Kedzia *et al.*, 2015). Ces résultats sont différents des tendances dégagées d'autres études qui elles, suggèrent le souhait des médecins de transférer cette tâche à d'autres professionnels (ergothérapeutes, médecins spécialistes) qu'ils estiment mieux formés et outillés qu'eux pour effectuer ce type d'évaluation (Gerner et Alexanderson, 2009; Krohne et Brage, 2008; Nordling *et al.*, 2020; Stureson *et al.*, 2013). Une étude effectuée par vignettes a montré que les pratiques des médecins face à la recommandation d'une incapacité au travail varient (Kankaanpää *et al.*, 2011). Par exemple, les résultats de Kankaanpää et collaborateurs (2011) indiquent qu'en moyenne la durée d'une absence médicale est de 97,4 jours avec des variations allant de 42 à 165 jours. Les auteurs proposent que ces

différences puissent être dues aux facteurs individuels propres aux médecins et aux systèmes en place. Une analyse effectuée sur des certificats médicaux révèle que l'information relative aux limitations

fonctionnelles est insuffisante pour près de la moitié d'entre eux (Starzmann *et al.*, 2019).

Figure 1

Représentation graphique des notions liées à l'incapacité au travail pour une aide à la prise de décision



Considérant que les limitations fonctionnelles sont inhérentes à la notion d'invalidité, il est important de comprendre l'interprétation que les médecins de famille en font. À ce jour, aucune étude canadienne ou québécoise a porté sur la pratique des médecins de famille en contexte de certification d'une incapacité au travail, de la durée prescrite et des limitations fonctionnelles décrites pour la justifier. Effectivement, la majorité des connaissances proviennent de l'international ou sont très peu spécifiques aux troubles mentaux. Celles-ci ne reflètent pas nécessairement la réalité canadienne et québécoise puisque les systèmes sociopolitiques ne sont pas les mêmes. De plus, au sein des pays de l'OCDE, les politiques d'invalidité sont très variables. Certaines favorisent des mesures de réadaptation au travail alors que d'autres facilitent l'accessibilité aux programmes d'invalidité (OCDE, 2010). Il est fort possible que celles-ci influencent les attitudes des médecins face à la prescription d'un arrêt de travail. L'OCDE (2010) a créé une typologie des politiques d'invalidité divisée en trois modèles allant du plus accessible/généreux au plus restrictif. Il y a le modèle sociodémocrate qui

regroupe surtout les pays d'Europe du Nord (p.ex. Suède, Norvège, Danemark), le modèle libéral composé des pays essentiellement anglophones et situés dans le Pacifique (États-Unis, Canada, Australie, Royaume-Uni, Japon) et le modèle corporatiste qui englobe la majorité des autres pays d'Europe (France, Espagne, Irlande). L'exploration des réglementations encadrant l'invalidité dépasse largement le cadre de cette introduction. Par contre, citons en exemple certaines d'entre elles afin de mieux contextualiser la présente étude. En Espagne, la création d'organismes de régulation composés de médecins responsables de surveiller et de réévaluer les arrêts de travail certifiés par les médecins traitants peut possiblement influencer les avis et la façon dont sont articulées les informations contenues dans les certificats médicaux. Dans les pays nordiques, la réglementation a été adaptée de telle sorte que les médecins puissent recommander une invalidité partielle, surtout en contexte de troubles mentaux. En Norvège, le médecin doit obligatoirement considérer une invalidité partielle avant de recommander une invalidité totale (OCDE, 2010). Or, dans les contrats

standards des assurances privées canadiennes, la notion d'invalidité partielle est plutôt rare. Ainsi, il n'est pas exclu que les médecins québécois recommandent plus facilement une incapacité au travail plutôt que des accommodements tels qu'un horaire réduit. Outre ces distinctions de politiques, les régimes d'indemnisation sont aussi différents. À titre de rappel, au Canada, contrairement à la majorité des pays de l'OCDE, les prestations d'invalidité relèvent davantage du régime privé que du régime public. Il n'est pas exclu que les différences de régime d'indemnisation, de réglementations et de systèmes sociopolitiques puissent influencer les attitudes ou les comportements des médecins de famille face à la certification d'une incapacité au travail.

Le but de la présente étude est d'utiliser des vignettes cliniques pour décrire les pratiques des médecins de famille du Québec relatives à la certification d'une incapacité au travail pour trouble mental. Les variables décrites sont les choix de traitement, le recours ou non à un arrêt de travail, sa durée et la description/interprétation qu'ils font de la notion de limitations fonctionnelles psychologiques pour justifier l'arrêt de travail, le cas échéant.

Méthode

PARTICIPANTS

Les médecins de famille sont informés du projet de recherche par l'intermédiaire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), des directeurs de clinique, des associations médicales régionales et via les médias sociaux. Les critères d'inclusion à l'étude sont la maîtrise du français, avoir complété dans la pratique au moins un certificat d'incapacité au travail pour cause de troubles mentaux et être membre en règle du Collège des médecins du Québec. Au total, 23 médecins de famille (5 hommes et 18 femmes) issus du secteur public et exerçant dans différentes régions administratives du Québec ont participé. Le tableau 1 présente des informations additionnelles sur les participants. Le nombre moyen d'années de pratique est de 16,8 ans (ET = 12,3). L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de l'Université du Québec à Montréal et par le Comité éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est de l'Île de Montréal. Le projet s'est déroulé en 2019 sur une période de sept mois.

Tableau 1

Description de l'échantillon

	<i>N</i>	%
Sexe		
Femme	18	78,3
Homme	5	21,7
Années de pratique		
1 – 5 années	5	21,7
6 – 10 années	2	8,7
11 – 15 années	8	34,8
Plus de 15 années	8	34,8
Types de cliniques ^a		
GMF	21	91,3
CLSC	3	13
Urgence	2	8,7
Régions		
Montréal	4	17,4
Québec	5	21,7
Lanaudière	3	13
Outaouais	3	13
Montérégie	2	8,7
Autres	6	26

Note *N* = 23. Les participants ont en moyenne 16,8 années de pratique (*ET* = 12.3)

^a Certains participants travaillent dans plus d'un type de clinique

INSTRUMENTS DE MESURE

Le questionnaire développé pour la présente étude comprend quatre vignettes cliniques fictives dans lesquelles des patients ayant des symptômes psychologiques sont présentés. Sur le plan clinique, les vignettes sont révisées et approuvées par un psychiatre. À la suite de recommandations, des éléments supplémentaires en lien avec l'examen mental sont ajoutés. Cet ajout vise à rendre compte d'éléments un peu plus objectifs similaires à ceux observés dans un bureau de consultation. Deux psychologues indépendants habilités à effectuer des évaluations cliniques et à rédiger des rapports pour des tiers ont révisé les vignettes. Ils ont également répondu aux questions suivant les vignettes. Aucune inexactitude sur le plan clinique ni difficulté sur le plan de la compréhension n'est relevée. Par conséquent, les vignettes sont jugées valides.

Les vignettes sont écrites, prennent en moyenne moins de 5 minutes à lire chacune et incluent des éléments de l'examen mental (p.ex. apparence, attitude, comportement moteur, état émotionnel). Les médecins participants doivent ensuite répondre à des questions, similaires à celles retrouvées sur les formulaires médicaux exigés par les assureurs privés dont le diagnostic, les traitements recommandés, la

durée initiale de l'arrêt de travail et les limitations fonctionnelles, le cas échéant.

La première vignette décrit une patiente à l'habillement et l'hygiène appropriés qui rapporte ressentir du stress en raison de conflits avec un voisin et des restructurations en cours chez l'employeur de son mari. Lorsqu'elle aborde la problématique du voisinage, son débit s'accélère et des légers tremblements sont observés. Bien que son humeur soit anxieuse, son attitude est coopérative et le contact visuel est bon. Une légère élévation de sa tension artérielle est notée. Elle demande explicitement une médication pour l'aider à dormir et un arrêt de travail pour éviter que sa performance soit affectée. La vignette ne mentionne pas le type d'emploi occupé.

La deuxième vignette porte sur une patiente qui confie avoir des symptômes dépressifs et des difficultés familiales importantes (deux jumeaux ayant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, un conjoint qui est souvent à l'extérieur du pays pour le travail). L'examen mental met en évidence une patiente qui a un ralentissement psychomoteur. Dans le bureau du médecin, cette personne pleure et exprime des idéations suicidaires. Elle rapporte avoir de la difficulté à s'occuper de ses enfants et compte sur l'aide de sa mère. Son ton est monocorde et elle demande au médecin de répéter à quelques reprises ses questions. Cette patiente occupe un emploi de préposée aux bénéficiaires et admet avoir fait des erreurs au travail. Elle confie aussi se cacher aux toilettes pour pleurer pendant ses heures de travail. Elle exprime avoir besoin d'aide sans spécifier sa nature.

La troisième vignette met en action un patient qui décrit vivre du stress et être fatigué depuis que sa belle-sœur et son bébé ont temporairement déménagé chez lui. Ce patient se fait souvent réveiller par le bébé pendant la nuit, ce qui fait en sorte qu'il a de la difficulté à se réveiller le matin et qu'il arrive en retard au travail. Il occupe un emploi de paysagiste et commence le travail très tôt. Ses nombreux retards lui ont valu des mesures disciplinaires. Le patient verbalise avoir peur de perdre son emploi et il souhaite obtenir un arrêt de travail pour se reposer. Pendant ce temps, il s'occupe en suivant des cours en ligne, en améliorant l'aménagement paysager de son terrain et en s'entraînant. Le cours de sa pensée est cohérent sans atteinte évidente sur le plan de l'attention ou de la mémoire durant la consultation.

La quatrième vignette présente un patient qui consulte, à la demande de son employeur, pour obtenir un certificat médical qui atteste de sa capacité à travailler comme peintre de bâtiments. Il a été surpris sous l'effet de l'alcool au travail à deux reprises. Le

patient arrive en retard à son rendez-vous médical, il a une hygiène négligée et il sent l'alcool. Sa démarche est instable. Des contusions près de l'œil et un ralentissement psychomoteur sont observés. Le patient souhaite être au travail, puisqu'il perçoit que c'est le seul aspect positif de sa vie, sa femme l'ayant quitté et ses filles ne lui parlant plus.

COLLECTE DE DONNÉES

Les médecins peuvent accéder aux questionnaires en ligne, via un lien personnalisé, à leur convenance. Les vignettes et le questionnaire sont accessibles sur Interceptum, un logiciel sécurisé. Les vignettes sont présentées l'une à la suite de l'autre, sans possibilité de revenir à la précédente. Cette modalité est adoptée afin d'éviter que les éléments fournis dans une vignette subséquente viennent influencer les éléments de réponse aux questions précédentes. Le questionnaire prend environ 15 minutes à compléter. Ils peuvent y accéder, quitter et revenir à leur convenance.

PSYCHOMÉTRIE

Transformation des éléments qualitatifs en éléments quantitatifs. Pour chaque vignette, les médecins doivent indiquer si un traitement est nécessaire. Les thèmes émergents donnent lieu à trois catégories distinctes. La catégorie « médication » correspond à tout élément de réponse qui propose une médication, toutes molécules confondues. La catégorie « psychothérapie » inclut les éléments de réponse suggérant une aide psychologique (p.ex. une thérapie cognitive-comportementale, un programme d'aide aux employés, une référence en psychologie), indépendamment de l'approche recommandée. La catégorie « habitudes de vie » est créée pour refléter les recommandations en lien avec une meilleure alimentation, une participation à des activités physiques ou encore à de la méditation.

Les éléments de réponse qualitatifs des limitations fonctionnelles sont aussi transformés. Il importe de rappeler que le but de l'étude n'est pas de commenter l'exactitude des réponses offertes par les médecins, mais bien d'apprécier l'interprétation qu'ils font de la notion de limitations fonctionnelles. À partir des éléments de réponse qualitatifs donnés, cinq catégories sont créées. La première catégorie nommée « limitations fonctionnelles » comprend des éléments de réponse qui explicitement témoignent de la réduction des capacités à effectuer une activité dans les limites de ce qui est considéré normal (Maness et Khan, 2015). En appui à la définition, les auteurs se sont référés au tableau de Bender (2011) qui propose une transposition possible des symptômes dépressifs sur la capacité fonctionnelle d'une personne. À titre d'exemple, une diminution de la capacité à gérer ses

émotions entraînant des conflits ou une incapacité à prendre des décisions était reconnue. La deuxième catégorie nommée « symptômes » comprend des éléments subjectifs, voire symptomatologiques, mais qui ne permettent pas d'apprécier en quoi la capacité de fonctionnement de la personne est réduite. L'insomnie, la tristesse et le trouble de la concentration en sont des exemples (Bender, 2011). La troisième catégorie intitulée « mixte » contient des éléments de réponse issus des deux catégories précédentes. Une difficulté à prendre des décisions et de la fatigue est une réponse type de cette catégorie. La quatrième catégorie correspond à l'absence de limitations fonctionnelles, alors que la cinquième catégorie comprend des éléments de réponse peu spécifiques ou très larges (p.ex. ne peut travailler).

ACCORDS INTERJUGES

Pour assurer la validité des interprétations, une validité interjuge est implantée sur les variables diagnostic, traitement, durée de l'arrêt de travail et les limitations fonctionnelles. Pour chaque variable, les juges doivent classer la même façon la réponse du médecin. Les classes sont présentées aux tableaux 2 à 7. Une formation est réalisée préalablement afin de familiariser les juges avec la grille de cotation jusqu'à ce qu'ils obtiennent régulièrement un accord de plus de 90 % sur des éléments fictifs. Le degré d'accord

global à la formation atteint 98 %. Une fois l'accord obtenu, la validité interjuge des vignettes est calculée. Pour établir l'accord interjuge, 10 participants (médecins de famille) sont choisis aléatoirement, et ce, pour chacune des vignettes, ce qui correspond à 43,5 % de tous les items. Le taux d'accord des juges est de 95,6 %. Spécifiquement, le degré d'accord varie entre 90 à 100 % pour la vignette 1, entre 90 à 100 % pour la vignette 2, entre 90 à 100 % pour la vignette 3 et entre 80 à 100 % pour la vignette 4. Les items pour lesquels il y a eu désaccord sont discutés entre les deux juges jusqu'à obtenir consensus.

STRATÉGIES D'ANALYSE

Des analyses descriptives incluant des fréquences et des corrélations sont effectuées.

Résultats

VIGNETTES ET ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE

Le tableau 2 présente la fréquence des diagnostics retenus pour un même patient. Pour la vignette 1 et 3, le trouble de l'adaptation est diagnostiqué par 78,3 % et 65,2 % des participants. Pour la vignette 2, 87 % d'entre eux retiennent un diagnostic de dépression majeure et pour la vignette 4, 56,5 % évaluent un trouble d'abus de substances.

Tableau 2

Fréquences des évaluations diagnostics

Vignette	Diagnostic	N	%	IC	IC
1	Trouble de l'adaptation	18	78,3	60,9	91,3
	Anxiété	2	8,71	,00	21,7
	Aucun	3	13	,00	26,1
2	Dépression	20	87	69,6	100
	Trouble de l'adaptation	3	13	,00	30,4
3	Trouble de l'adaptation	15	65,2	43,6	82,6
	Dépression	4	17,4	21,3	34,8
	Anxiété	1	4,3	,00	13,0
	Aucun	3	13,0	,00	30,4
4	Trouble substance	13	56,5	34,8	73,9
	Dépression	1	4,3	,00	13
	Trouble substance x dépression	9	39,1	21,7	60,9

VIGNETTES ET TRAITEMENTS RECOMMANDÉS

Le tableau 3 présente les fréquences des recommandations de traitement. La psychothérapie est la modalité de traitement la plus recommandée, allant de 52,2 % à 100 %, suivie de la médication. La

modification des habitudes de vie est la modalité la moins suggérée avec une fréquence allant de 13 % à 47,8 %, selon les vignettes. Des corrélations sont effectuées entre la prescription d'une médication (1 = oui recommandée, 2 = non) et le nombre d'années de pratique du médecin. Le tableau 4 montre que les médecins ayant le plus grand nombre d'années

d'expérience prescrivent davantage. Pour la vignette 1, $r(22) = -,443, p = ,034.$, la vignette 2, $r(22) = -,553, p = ,006$ et la vignette 4, $r(22) = -,456, p = ,029$

cette relation est observée, mais pas pour la vignette 3, $r(22) = -,291, p = ,178.$

Tableau 3

Fréquence des traitements recommandés selon la vignette

Vignette s	Médication			Psychothérapie			Habitudes de vie		
	N	%	CI	N	%	CI	N	%	CI
1	14	60,9	39,1 78,3	19	82,6	65,2 95,7	10	43,5	26,1 65,2
2	20	87,0	73,9 100	21	91,3	78,3 100	8	34,8	17,4 56,5
3	11	47,8	26,1 65,2	12	52,2	30,4 73,9	11	47,8	26,2 69,6
4	8	34,8	17,4 52,2	23	100	100 100	3	13	0,0 30,3

Tableau 4

Recommandations de traitements selon le nombre d'années d'expérience et le genre du médecin

Vignette	Traitement prescrit	Années d'expérience		Sexe	
		r	p	r	p
1	Médication	-0,443	0,034	-0,207	0,344
	Psychothérapie	-0,052	0,812	0,036	0,869
	Habitudes de vie	0,158	0,472	0,037	0,867
2	Médication	-0,553	0,006	-0,204	0,350
	Psychothérapie	-0,035	0,873	0,211	0,333
	Habitudes de vie	0,083	0,705	-0,058	0,794
3	Médication	-0,291	0,178	-0,339	0,113
	Psychothérapie	-0,281	0,194	-0,294	0,174
	Habitudes de vie	0,338	0,115	0,083	0,708
4	Médication	-0,456	0,029	0,164	0,456
	Habitudes de vie	-0,0410	0,854	0,204	0,350

Vignettes et recommandations d'arrêt de travail

À l'exception de la vignette 2 où tous les participants recommandent un arrêt de travail, les conclusions des autres vignettes ne sont pas unanimes. Pour les vignettes, 1, 3 et 4, 30,4 %, 60,9 % et 73,9 % recommandent un arrêt de travail. La durée de l'absence initiale recommandée pour un même patient varie entre une à deux semaines à cinq semaines et plus, selon les vignettes. Des accommodements comme alternative à un arrêt de travail complet sont recommandés à trois reprises, par trois participants différents. Le tableau 5 présente la distribution.

LIMITATIONS FONCTIONNELLES

Le tableau 6 présente la distribution des éléments de réponse fournis à la question « quelles sont les limitations fonctionnelles ? ». Pour la vignette 1, pour

laquelle le type d'emploi occupé par le patient est volontairement omis par les auteurs, un seul des 23 participants (4,3 %) indique ne pas avoir suffisamment d'informations en lien avec le travail pour se prononcer sur la pertinence de produire un certificat d'incapacité au travail et de commenter sur les limitations fonctionnelles. Pour les vignettes 1 et 3, l'opinion des participants ne fait pas consensus. Pour ces vignettes, on note une tendance à 60,9 % et 47,8 % pour l'absence de limitations fonctionnelles trouvées chez le patient. Sauf pour la vignette 4, l'analyse révèle que la majorité des médecins de famille indiquant que le patient présente des limitations fonctionnelles a en fait rapporté des éléments de réponse qui correspondent plutôt à la définition d'un symptôme. Pour les vignettes 1, 2 et 3, cela représente 21,7 %, 52,2 % et 47,8 %, respectivement.

Tableau 5*Fréquence des décisions face à l'arrêt de travail*

Vignettes	Non-AT		Accom.		AT		Durée (semaines)						Stat	
	N	%	N	%	N	%	1 - 2		3 - 4		5 et +		κ	p
							N	%	N	%	N	%		
1	16	69,6	0	0	7	30,4	5	21,7	2	8,7	0	0	,39	,021
2	0	0	0	0	23	100	5	21,7	10	43,5	8	34,8	1	
3	9	39,1	2	8,7	14	60,9	12	52,2	2	8,7	0	0	,217	,143
4	6	26,1	1	4,3	17	73,9	4	17,4	8	34,8	4	17,4	,390	,021

Note. Non-AT= non-arrêt de travail; Accom = accommodement; AT = arrêt de travail

Tableau 6*Fréquence des éléments de réponse cités en réponse à la question quelles sont les limitations fonctionnelles du patient*

Vignettes	Limitations fonctionnelles		Symptômes		Mixte		Aucune		Réponse fournit peu d'information ou non disponible	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	0	0	5	21,7	3	13	14	60,9	1	4,3
2	2	8,7	12	52,2	9	39,1	0	0	0	0
3	0	0	11	47,8	1	4,3	11	47,8	0	0
4	10	43,5	0	0	4	17,4	1	4,3	8	34,8

Tableau 7*Explications sous-jacentes à la recommandation ou non d'un arrêt de travail*

Vignette	Explication	Arrêt de travail	
		Inapte	Apte
1	Symptômes	4	1
	Mixte	2	1
	Non applicable	0	14
	Information insuffisante	1	0
2	LF	2	
	Symptômes	12	
	Mixte	9	
3	Symptômes	9	2
	Mixte	1	0
	Non applicable	4	7
4	LF	1	9
	Mixte	1	3
	Non applicable	0	1
	Information insuffisante	4	4

LIMITATIONS FONCTIONNELLES ET ARRÊTS DE TRAVAIL

Des tableaux croisés sont effectués entre la prescription d'un arrêt de travail et les éléments de réponse compris sous la rubrique « limitations

fonctionnelles ». Les analyses sont regroupées sous le tableau 7 et montrent que selon les vignettes, de 1 à 4 médecins de famille accordent un arrêt de travail tout en indiquant ignorer si des limitations fonctionnelles sont présentes ou en l'absence de limitation fonctionnelle. Selon les vignettes, de 4 à 12 médecins

de famille recommandent un arrêt de travail appuyé par des éléments de réponse qu'ils considèrent comme des limitations fonctionnelles, mais qui, selon l'analyse qualitative effectuée, correspondent plutôt à des symptômes.

Discussion

L'étude a pour objectif de décrire les pratiques des médecins en lien avec la certification d'une incapacité au travail et d'analyser le type d'interprétation que ces derniers ont de la notion de limitations fonctionnelles. À titre de rappel, des vignettes cliniques écrites sont présentées et les participants doivent répondre à une série de questions, similaires à celles retrouvées sur un formulaire d'incapacité au travail.

La première information que doivent indiquer les médecins sur le formulaire est le diagnostic. Les résultats montrent dans l'ensemble un bon consensus chez les participants. Ces résultats ne sont pas étonnants, puisque la formation en médecine forme à l'évaluation diagnostique des conditions de santé physique ou psychologique. Ensuite, ils doivent indiquer le traitement requis, le cas échéant. La psychothérapie est fréquemment recommandée. Ces résultats sont positifs, puisque la psychothérapie offre une meilleure protection contre la survenue de symptômes anxieux ou dépressifs sur le long terme (Fansi *et al.*, 2015). La médication est également prescrite par une proportion importante de médecins, mais surtout chez les médecins ayant le plus grand nombre d'années d'expérience. Enfin, similaires aux résultats de Slebus et collaborateurs (2010), des différences entre les participants sont observées quant à l'octroi d'un arrêt de travail ou non et de sa durée, le cas échéant.

Plusieurs observations peuvent être tirées de l'analyse de l'interprétation que font les médecins de la notion de limitations fonctionnelles. D'abord, des désaccords existent entre les participants quant à la présence de limitations fonctionnelles ou non chez un même patient, surtout pour les vignettes dont le niveau d'atteinte n'est pas décrit comme étant très sévère (vignette 1 et 3). Ces résultats rejoignent ceux de Rudbeck et Fonager (2011) qui montrent un accord plutôt faible entre les professionnels de la santé dans l'évaluation de la capacité à travailler d'un patient, sauf dans les cas où l'information suggère une capacité extrêmement réduite. Ensuite, les résultats montrent qu'entre 14 et 29 % des médecins de famille qui certifient un arrêt de travail le font en dépit du fait qu'ils indiquent ignorer si des limitations fonctionnelles sont présentes ou en leur absence. En l'absence de limitations fonctionnelles, les raisons pour lesquelles des arrêts de travail sont prescrits sont inconnues. Toutefois, des études (Campbell et Ogden,

2006; Normén *et al.*, 2008) suggèrent que les médecins décrivent souvent un sentiment de sympathie plus grand envers les personnes aux prises avec un trouble mental, ou encore, certifient un arrêt de travail ou le prolongent inutilement pour des raisons autres que médicales. En plus de soulever des questions éthiques et déontologiques, un arrêt de travail pour des raisons autres que médicales comporte son lot de conséquences négatives pour le travailleur. Des études montrent que les arrêts de travail peuvent nuire à l'image de soi, aux perspectives professionnelles, accentuer certains symptômes ou mener à l'adoption du rôle de malade (Vingård *et al.*, 2004). Par ailleurs, médicaliser une problématique sociale ou un conflit au travail n'entraînant pas de limitations fonctionnelles peut devenir une béquille pour le patient et placer le médecin dans une situation délicate dans laquelle il s'expose à des demandes de prolongation de l'absence. En d'autres termes, le certificat médical peut devenir une forme d'évitement pour le travailleur. L'évitement est non seulement une stratégie inefficace sur le long terme, mais peut renforcer l'anxiété de la personne et compliquer son retour au travail.

L'étude permet aussi de constater qu'il y a un nombre important de médecins qui rapportent des symptômes plutôt que des limitations fonctionnelles, sous la rubrique libellée « limitations fonctionnelles ». Puisque la décision d'indemniser un travailleur repose essentiellement sur la démonstration que les limitations fonctionnelles interfèrent avec les tâches essentielles de l'emploi, il est primordial qu'elles soient clairement définies (Wahlström et Alexanderson, 2004).

Des travaux récents suggèrent que le processus d'évaluation visant à déterminer la pertinence de prescrire une incapacité au travail ou non du médecin devrait comprendre la recherche d'information sur la sphère professionnelle comme le type d'emploi et les tâches, l'horaire de travail, les accommodements disponibles et les obstacles au retour au travail (Bertilsson *et al.*, 2018; Durand *et al.*, 2017). Selon les résultats de la présente étude, la recherche d'information ne semble pas être systématique. Précisément, seul un des 23 participants a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur la présence ou non de limitations fonctionnelles de l'un des patients présentés dans une vignette en raison d'un manque d'information sur le type d'emploi occupé. L'information sur la sphère professionnelle peut possiblement aider le médecin à évaluer la pertinence d'un arrêt de travail, mais également de déterminer si d'autres mesures comme des accommodements peuvent être envisagées. Dans la présente étude, très peu de participants (trois seulement) ont proposé des

accommodements dans le but d'éviter l'arrêt de travail complet. Il est à noter que tout comme la majorité des formulaires médicaux, le questionnaire utilisé ne prévoyait pas de champs spécifiques offrant au médecin la possibilité de commenter les capacités fonctionnelles du patient ou sur des accommodements. Ces constats invitent à réflexion, notamment sur la forme que devrait prendre les certificats médicaux. Depuis une décennie, la « fit note (ou Statement of Fitness for Work) » que nous traduisons par *certificat d'aptitude au travail* est instauré au Royaume-Uni. Bien qu'il présente encore certaines lacunes, ce certificat a l'avantage de mettre l'accent sur les capacités fonctionnelles, c'est-à-dire sur ce que le travailleur est encore capable de faire (Coole *et al.*, 2015). Selon le site du gouvernement du Royaume-Uni, des médecins perçoivent que cette nouvelle façon de faire facilite leur discussion avec leur patient quant au retour au travail (Government of United Kingdom, 2022). D'autres rapportent qu'elle permet aussi de mieux comprendre les croyances du patient face au « risque perçu » de retourner au travail en n'étant pas rétabli complètement et permet aussi une discussion sur l'importance du travail pour la santé.

Les discussions en lien avec les demandes d'arrêt de travail ne sont pas toujours simples et peuvent engendrer des difficultés dans la relation patient-médecin (Letrilliart et Barrau, 2012). D'ailleurs, une perception de conflit de rôles ou de double rôle est souvent décrite. Ce double rôle renvoie au fait que le médecin traitant se sent parfois pris entre son rôle de soignant et celui « d'expert évaluateur » pour le tiers parti (Solli et Barbosa da Silva, 2019). Le médecin et le patient ne perçoivent pas toujours d'un même angle la nécessité d'un arrêt de travail. Devant une telle situation, le médecin de famille peut être déchiré entre le désir de protéger son patient (le retirer du travail), voire de maintenir une bonne alliance thérapeutique et celui de ne pas offrir de certificat de complaisance. Sur ce plan, certains médecins réclament que les certificats médicaux soient complétés par d'autres professionnels de la santé comme les ergothérapeutes. L'association médicale canadienne (2013) lance aussi un appel à cesser d'utiliser systématiquement le certificat médical comme pièce justificative à l'arrêt de travail et prône une meilleure collaboration entre l'employé, l'employeur et les autres professionnels. Il est recommandé que le médecin traitant aborde avec son patient la durée prévue de l'absence tout en insistant sur l'importance de demeurer actif dans son rétablissement.

Pour le moment, la majorité des assureurs exigent que les certificats d'incapacité au travail soient complétés par des médecins quoique certains assureurs acceptent maintenant que des infirmières

praticiennes ou psychologues les remplissent. À ce jour, les ergothérapeutes ne peuvent compléter de tels certificats, mais une collaboration interdisciplinaire pourrait être une alternative intéressante, quoique la pénurie actuelle de ces professionnels limiterait sans doute la généralisation d'une telle pratique (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2020).

Les résultats de cette étude peuvent servir aux assureurs privés, notamment en les amenant à réfléchir sur leurs pratiques et sur de potentiels changements à adopter. Par exemple, est-ce que les formulaires actuels permettent adéquatement d'exposer les effets de la condition du travailleur sur les habiletés à travailler autre que de simplement dire que le travailleur ne peut travailler ? Est-ce que les formulaires pourraient permettre aux professionnels de la santé d'indiquer les accommodements ou les soutiens dont le travailleur a besoin pour faire son travail ou tout autre élément concret pour soutenir un retour au travail ? Est-ce que les formulaires actuels prônent suffisamment une démarche de réadaptation ? Informent-ils d'emblée le médecin des accommodements possibles ? Devrait-on s'appuyer sur les données du Royaume-Uni et adopter le certificat d'aptitude au travail qui semble favoriser davantage la reprise du travail malgré la présence de limitations fonctionnelles résiduelles ? Dans l'éventualité où le certificat d'aptitude génère un enthousiasme chez les assureurs, selon les auteurs, il pourrait s'avérer pertinent que la certification d'aptitude au travail inclue ce que la personne ne peut effectuer tout en précisant que le travailleur présente des capacités résiduelles qui lui permettraient de contribuer à la force de travail. Les avantages de considérer les capacités résiduelles incluent entre autres de favoriser la participation occupationnelle d'une personne tout en continuant de maintenir son employabilité. À titre d'exemple, Le Work Ability Index (WAI) est un outil d'auto-évaluation qui pourrait servir à évaluer la capacité de travail. Les auteurs croient aussi qu'un autre avantage du certificat d'aptitude est qu'il permettrait sans doute d'orienter des mesures de réadaptation ou d'accommodements plus tôt dans le processus. Une intervention précoce de la part de l'assureur ou de l'employeur est plus susceptible de mener à un retour au travail précoce, ce qui peut être bénéfique pour tous. Par ailleurs, c'est ce que suggère une étude réalisée au Royaume-Uni (Hussey *et al.*, 2015). Les auteurs ont noté une légère diminution du taux de certification et une augmentation de mesures d'accommodements, cinq ans après l'implantation du certificat d'aptitude au travail (Hussey *et al.*, 2015). Enfin, des discussions orientées sur les capacités préservées plutôt que sur celles qui sont diminuées sont porteuses d'espoir pour

le travailleur et peuvent aussi servir de point d'ancrage à une future discussion qu'est celle du retour au travail.

De futures collaborations entre le monde de la recherche, médical et de l'assurance permettraient possiblement de mieux évaluer l'efficacité des pistes proposées sur le processus de la gestion de l'invalidité.

LIMITES

En science, les chercheurs se doivent de respecter de nombreux principes éthiques dont celui de ne pas solliciter indûment des participants. Devant ce principe éthique, les chercheurs ont déployé des efforts importants pour recruter des médecins de famille, sans toutefois faillir à leur engagement éthique. Par conséquent, ils ont dû accepter de terminer l'étude malgré une petite taille d'échantillon, ce qui limite la généralisation des résultats. Ceux-ci doivent par conséquent être interprétés avec prudence. Toutefois, il convient d'ajouter que les résultats sont comparables à ceux d'autres études. Les médecins de famille ayant participé à l'étude étaient informés qu'elle était menée par des chercheurs rattachés au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est possible que les réponses à certaines des questions reposent sur des biais qu'entretiennent les participants face aux attentes des chercheurs ou encore à la désirabilité sociale. La limite de la validité écologique se pose également car il serait faux de prétendre que des vignettes cliniques peuvent se substituer à une véritable consultation. D'abord, la relation patient-médecin qui existe en contexte naturel est inexistante dans une vignette. Dans leur pratique, les médecins de famille ont souvent une bonne connaissance de leur patient, de leurs antécédents et une relation de confiance établie qu'ils souhaitent sans doute protéger, ce qui peut possiblement influencer leurs pratiques. Ainsi, en contexte clinique il est possible que les médecins aient recommandé davantage d'arrêts de travail qu'ils ne l'ont fait pour des patients fictifs. Une consultation médicale en présentiel implique que le médecin puisse effectuer un examen mental plus complet (p.ex. observer la démarche, l'intonation, la posture, l'apparence, la capacité à interagir, l'hygiène) et poser des questions afin de mieux orienter son évaluation, ce que ne permettent pas des vignettes écrites. Par contre, les vignettes utilisées intègrent des éléments de l'examen mental et sont approuvées par des professionnels de la santé, ce qui leurs confèrent une bonne validité d'apparence et de contenu. Afin d'augmenter la validité écologique, de futures études pourraient envisager de recourir à des méthodes et des instruments de mesure différents, mais qui auront eux aussi leurs lots de défis et d'inconvénients. Par exemple, de véritables dossiers pourraient être utilisés.

Par contre, ils devront être anonymisés et possiblement modifiés, du moins légèrement, par souci de confidentialité, ce après quoi ils deviendront quasi l'équivalent d'une vignette clinique. Enfin, la tromperie pourrait être utilisée, mais compte tenu des difficultés d'accès aux cliniques sans rendez-vous, cette option est discutable, à moins qu'il n'existe pas d'autres moyens permettant d'étudier la question de recherche sans mettre la recherche en péril.

Conclusion

La présente étude québécoise se veut une première selon les auteurs quant à décrire les pratiques des médecins de famille du Québec relatives à la certification d'une incapacité au travail devant un patient présentant un trouble mental. Dans l'ensemble, les résultats de l'étude montrent des différences dans les évaluations qu'ils font de la pertinence de prescrire une incapacité au travail, tant sur le plan de l'octroi que sur la durée, le cas échéant. Cette étude est aussi l'une des premières au Québec à poser un regard sur l'interprétation que font les médecins de famille de la notion de limitations fonctionnelles. À la lumière des résultats, cette notion semble souvent confondue à tort avec celle de symptômes. Des prescriptions d'incapacité au travail sont aussi certifiées en l'absence de limitations fonctionnelles. Ces résultats sont préoccupants, puisque la raison d'être des programmes d'invalidité est de fournir des prestations à des personnes qui ne sont pas en mesure d'accomplir les tâches essentielles de leur emploi, en raison de limitations fonctionnelles.

En somme, les résultats mettent en lumière certaines difficultés pour lesquelles des pistes de solution sont proposées. Toutefois, il est important de rappeler que l'évaluation de la capacité à travailler d'un patient ayant un trouble mental est ardue pour le clinicien en raison de son caractère syndromique (basé sur les symptômes). Le médecin doit alors composer avec une réalité beaucoup plus subjective à laquelle des facteurs autres (p.ex. la motivation, les gains secondaires, l'accessibilité à de la psychothérapie) complexifient souvent le portrait clinique.

La communication et la collaboration entre tous les acteurs impliqués dans la gestion de l'invalidité (l'employeur, l'assureur, les autres professionnels de la santé, le patient et le médecin) apparaissent essentielles afin d'intervenir à tous les niveaux et de prévenir des incapacités au travail prolongées.

Abstract

Insurers require sickness certificates to determine eligibility for disability benefits. However, the practices of family

physicians in the context of certifying a work disability due to a mental disorder vary. Moreover, sickness certificates are often incomplete or ambiguous, particularly the section on functional limitations. The purpose of this study is to determine whether there is variability among physicians in terms of diagnostic assessment, treatment recommendation, evaluation of the work disability of the same patient, the duration of a work disability and to analyze the type of interpretation they make of the notion of functional limitations. Twenty-three family physicians from Quebec completed four vignettes for which they had to determine the diagnosis, the treatment, whether or not a sick leave was necessary, the reason and, if so, the functional limitations. Descriptive analyses were performed. The results show that the decision to certify a work disability does not meet with a good consensus for half of the vignettes, unlike the diagnostic category. The notion of functional limitations seems to be confused with that of symptoms. The results may be used to assess current practices in the certification of work disability.

Keywords : functional limitations, sickness certificates, disability, mental disorders

Références

- Arrelöv, B., Alexanderson, K., Hagberg, J., Löfgren, A., Nilsson, G. et Ponzer, S. (2007). Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health*, 7(1), 273. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-273>
- Association médicale canadienne. (2017). *Les formulaires des tiers*. https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/e-Panle-Surveys/cma_policy_third_party_forms_update_2017_pd17-02-f.pdf
- Bertilsson, M., Maeland, S., Löve, J., Ahlborg, G., Jr., Werner, E. L. et Hensing, G. (2018). The capacity to work puzzle: a qualitative study of physicians' assessments for patients with common mental disorders. *BMC Family Practice*, 19(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0815-5>
- Campbell, A. et Ogden, J. (2006). Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Family Practice*, 23(1), 125-130. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi099>
- Canadian Medical Association. (2013). *The treating physician's role in helping patients return to work after an illness or injury (update 2013)*. <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD13-05.pdf>
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Ste-Marie, G. et Chartrand, É. (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec*. Université de Montréal. [http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilité\(reduit\).pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Atlas_accessibilité(reduit).pdf)
- Coole, C., Nouri, F., Potgieter, I. et Drummond, A. (2015). Completion of fit notes by GPs: a mixed methods study. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 233-242. <https://doi.org/10.1177/1757913915594197>
- Dell-Kuster, S., Lauper, S., Koehler, J., Zwimpfer, J., Altermatt, B., Zwimpfer, T., Zwimpfer, L., Young, J., Bucher, H. C. et Nordmann, A. J. (2014). Assessing work ability - a cross-sectional study of interrater agreement between disability claimants, treating physicians, and medical experts. *Scandinavian Journal of Work, Environment et Health*, 40(5), 493-501.
- Durand, M.-J., Sylvain, C., Fassier, J.-B., Tremblay, D., Shaw, W. S., Anema, J. R., Loisel, P., Richard, M.-C. et Bernier, M. (2017). *Troubles musculosquelettiques Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail*. I. d. r. R.-S. e. s. e. e. s. d. travail. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-942.pdf?v=2021-05-04>
- Engblom, M., Nilsson, G., Arrelöv, B., Löfgren, A., Skånér, Y., Lindholm, C., Hinas, E. et Alexanderson, K. (2011). Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(4), 227-233. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.628235>
- Fansi, A., Jehanno, C., Lapalme, M., Drapeau, M. et Bouchard, S. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 141-173. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1036098ar>
- Gerner, U. et Alexanderson, K. (2009). Issuing sickness certificates: a difficult task for physicians: a qualitative analysis of written statements in a Swedish survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 57-63. <https://doi.org/10.1177/1403494808097170>
- Government of United Kingdom. (2022). *Getting the most out of the fit note: guidance for GPs*. Department for work and pensions. <https://www.gov.uk/government/publications/fit-note-guidance-for-gps/getting-the-most-out-of-the-fit-note-guidance-for-gps>
- Hinkka, K., Niemelä, M., Autti-Rämö, I. et Palomäki, H. (2018). Physicians' experiences with sickness absence certification in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(8), 859-866. <https://doi.org/10.1177/1403494818758817>
- Hussey, L., Money, A., Gittins, M. et Agius, R. (2015). Has the fit note reduced general practice sickness certification rates? *Occupational*

- Medicine*, 65(3), 182-189. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu207>
- Institut canadien des actuaires. (2019). *Group Long-term Disability Termination Study*. Retrieved 2020 from <https://www.cia-ica.ca/docs/default-source/research/2019/219012e.pdf>
- Kankaanpää, A. T., Franck, J. K. et Tuominen, R. J. (2011). Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *European Journal of Public Health*, 22(1), 92-96. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr031>
- Kedzia, S., Kunz, R., Zeller, A., Rosemann, T., Frey, P., Sommer, J., Herzig, L., Alexanderson, K. et de Boer, W. E. (2015). Sickness certification in primary care: a survey on views and practices among Swiss physicians. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14201. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14201>
- Kiessling, A., Arrelöv, B., Larsson, A. et Henriksson, P. (2013). Quality of medical certificates issued in long-term sick leave or disability in relation to patient characteristics and delivery of health care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(4), 412-420. <https://doi.org/10.1177/1403494813477928>
- Krohne, K. et Brage, S. (2008). How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners.*, 58(557), 850-855. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X376131>
- Larouche, C. (2012). Le certificat médical à remplir minutieusement. *Le Médecin du Québec*, 47(7), 73-75. <https://lemedecinquebec.org/Media/116180/073-075Droitaubut0712.pdf>
- Lesage, A., Vasiliadis, H., Gagné, M., Dudgeon, S., Kasman, N. et Hay, C. (2006). *Prevalence of mental illnesses and related service utilization in Canada: An analysis of the Canadian Community Health Survey*. www.ccmhi.ca
- Letrilliat, L. et Barrau, A. (2012). Difficulties with the sickness certification process in general practice and possible solutions: a systematic review. *Eur J Gen Pract*, 18(4), 219-228. <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.727795>
- Löfgren, A., Hagberg, J., Arrelöv, B., Ponzer, S. et Alexanderson, K. (2007). Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Prim Health Care*, 25(3), 178-185. <https://doi.org/10.1080/02813430701430854>
- Maness, D. L. et Khan, M. (2015). Disability evaluations: more than completing a form. *Am Fam Physician*, 91(2), 102-109.
- Mental Health Commission of Canada. (2016). *Making the Case for Investing in Mental Health in Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_Version_ENG.pdf
- Nordling, P., Priebe, G., Björkelund, C. et Hensing, G. (2020). Assessing work capacity - reviewing the what and how of physicians' clinical practice. *BMC Family Practice*, 21(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01134-9>
- Norrmén, G., Svärdsudd, K. et Andersson, D. K. G. (2008). How primary health care physicians make sick listing decisions: The impact of medical factors and functioning. *BMC Family Practice*, 9(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-3>
- OECD. (2010). *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles*. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/maladie-invalidite-et-travail-surmonter-les-obstacles_9789264088870-fr#page96
- Rudbeck, M. et Fonager, K. (2011). Agreement between medical expert assessments in social medicine. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(7), 766-772. <https://doi.org/10.1177/1403494811418282>
- Slebus, F. G., Kuijter, P. F. M., Willems, J. H. B. M., Frings-Dresen, M. H. W. et Sluiter, J. K. (2010). Work ability assessment in prolonged depressive illness. *Occupational Medicine*, 60(4), 307-309. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq079>
- Söderberg, E. et Alexanderson, K. (2005). Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(4), 314-320. <https://doi.org/10.1080/14034940510005798>
- Soklaridis, S., Tang, G., Cartmill, C., Cassidy, J. D. et Andersen, J. (2011). "Can you go back to work?": Family physicians' experiences with assessing patients' functional ability to return to work. *Canadian Family Physician*, 57(2), 202-209.
- Solli, H. M. et Barbosa da Silva, A. (2019). Physicians in the double role of treatment provider and expert in light of principle-based social insurance medical ethics. *Etikk i praksis - Nordic Journal of Applied Ethics*, 13, 81-97. <https://doi.org/10.5324/eip.v13i2.2911>
- Starzmann, K., Hjerpe, P. et Boström, K. B. (2019). The quality of the sickness certificate. A case control study of patients with symptom and disease specific diagnoses in primary health care in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 37(3), 319-326. <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639905>
- Sturesson, M., Bylund, S. H., Edlund, C., Falkdal, A. H. et Bernspång, B. (2015). Quality in sickness

- certificates in a Swedish social security system perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(8), 841-847. <https://doi.org/10.1177/1403494815597163>
- Stureson, M., Edlund, C., Fjellman-Wiklund, A., Falkdal, A. H. et Bernspång, B. (2013). Work ability as obscure, complex and unique: Views of Swedish occupational therapists and physicians. *Work*, 45, 117-128. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1416>
- Sylvain, C., Durand, M.-J. et Maillette, P. (2017). Insurers' Influences on Attending Physicians of Workers Sick-listed for Common Mental Disorders: What Are the Impacts on Physicians' Practices? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9744-8>
- Vingård, E., Alexanderson, K. et Norlund, A. (2004). Chapter 9. Consequences of being on sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(Supplement 63/October 2004), 207-215. <https://doi.org/10.1080/1403495041002189>
- Wahlström, R. et Alexanderson, K. (2004). Chapter 11. Physicians' sick-listing practices. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(Supplement 63/October 2004), 222-255. <https://doi.org/10.1080/14034950410021826>
- Winde, L. D., Alexanderson, K., Carlsen, B., Kjeldgård, L., Wilteus, A. L. et Gjesdal, S. (2012). General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Family Practice*, 13, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-10>

LES EFFETS D'UN PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT AUX HABILITÉS PARENTALES SUR LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL ET SES DIMENSIONS AFFECTIVES

Carole-Ann Collin^{1,2,3} et Julie Leclerc^{1,2,3}

¹Université du Québec à Montréal

² Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM)

³ Laboratoire d'études des troubles de l'ordre de la psychopathologie en enfance (LETOPE)

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

See end of text for English abstract

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

Correspondance : Julie Leclerc, Ph.D. Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 8888, succ. Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8.

Introduction

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

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

l'expression affective et l'investissement affectif des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H.

LE FONCTIONNEMENT FAMILIAL

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

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

Selon l'étude de Moen et collaborateurs (2016) (n=264), des caractéristiques telles que la santé mentale des parents, le stress parental et les conflits familiaux peuvent par ailleurs expliquer jusqu'à 44,3 % de la variance du fonctionnement familial des familles d'un enfant ayant un TDA/H. Tout d'abord, ces parents peuvent présenter un haut niveau d'anxiété et de dépression ainsi qu'un faible niveau de bien-être considérant la charge supplémentaire sur les plans émotionnel, social et économique qu'occasionnent les difficultés attentionnelles et comportementales de leur enfant (Fridman *et al.*, 2017 ; Johnston et Mash, 2001 ; Lemelin *et al.*, 2006 ; Moen *et al.*, 2016 ; Penuelas-Calvo *et al.*, 2020 ; Whalen *et al.*, 2006). Ensuite, une méta-analyse de Theule et collaborateurs (2013), incluant 44 articles, montre que ces parents vivent un haut niveau de stress parental. La sévérité des comportements perturbateurs de l'enfant et le sentiment du parent d'avoir peu de contrôle sur les comportements de l'enfant sont directement associés à un haut niveau de stress parental (Harrison et Sofronoff, 2002). Parmi les principaux défis familiaux que

peut engendrer le diagnostic de TDA/H chez un enfant, les mères rapportent assumer un haut niveau de responsabilités dans l'éducation et la vie quotidienne de la famille, ressentir de la tristesse, de la colère, de la honte et de la culpabilité face à leur enfant, être limitées dans leurs activités familiales et sociales, ainsi qu'avoir rarement du temps pour elle-même (Miranda, Grau, Rosel, et Meliá, 2009 ; Munoz-Silva, Lago-Urbano, et Sanchez-Garcia, 2017 ; Peters et Jackson, 2009 ; Whalen *et al.*, 2006). Conséquemment, le stress parental ressenti peut affecter les pratiques parentales en devenant plus directives, incohérentes et rigides (Barkley, 2006 ; Chronis *et al.*, 2004 ; Johnston et Mash, 2001 ; Lemelin *et al.*, 2006 ; Miranda *et al.*, 2009 ; Munoz-Silva *et al.*, 2017). En retour, ces pratiques peuvent exacerber les comportements perturbateurs de l'enfant et les conflits familiaux (Chronis-Tuscano *et al.*, 2008 ; Johnston et Mash, 2001 ; Johnston et Jassy, 2007 ; Lemelin *et al.*, 2006). Enfin, la relation et la communication peuvent être plus conflictuelles avec leurs parents ou leur fratrie (Bandel Castro, 2017 ; Borden *et al.*, 2020 ; Johnston et Mash, 2001 ; Mikami et Pfiffner, 2008 ; Whalen *et al.*, 2006), puisque les enfants ayant un TDA/H présentent une faible capacité de régulation émotionnelle (Biederman *et al.*, 2012 ; Primack *et al.*, 2012) et de moins bonnes habiletés de résolution de problèmes (Barkley, 2006 ; Lemelin *et al.*, 2006). D'ailleurs, les routines du matin et du soir, ainsi que la période des devoirs semblent propices aux conflits dans les familles ayant un enfant présentant un TDA/H (Lanza et Drabick, 2011).

DIMENSIONS AFFECTIVES

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

niveau de conflits ($t(149) = 2,78, p < 0,01$), une faible cohésion familiale ($t(149) = -2,68, p < 0,01$), des difficultés de communication ($t(149) = -2,28, p < 0,05$) et des difficultés dans le contrôle du comportement de l'enfant ($t(149) = 2,50, p < 0,05$). Ainsi, il semble que la sévérité des symptômes du TDA/H influence les difficultés vécues par les membres de la famille et nuit à leurs interactions, ce qui intensifie le dysfonctionnement familial et diminue la sensibilité des parents aux besoins affectifs de l'enfant (Borden *et al.*, 2020 ; Lemelin *et al.*, 2006).

PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT AUX HABILÉTES PARENTALES

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

Quelques études ont évalué l'effet de différents PEHP sur le fonctionnement familial (Gonring, 2017 ; Nguyen, 2015). Tout d'abord, l'étude de Nguyen (2015) a évalué l'effet d'un programme sur le fonctionnement familial auprès de parents d'enfant ayant un TDA/H ($n=28$). Le PEHP créé en milieu hospitalier se basait sur l'approche systémique familiale de Calgary (Wright et Leahney, 1994) et l'approche de solution collaborative et proactive (Greene, 2014). Les enfants participaient de façon parallèle à un PICC visant l'apprentissage de compétences sociales. Nguyen (2015) conclut que le fonctionnement familial s'est nettement amélioré à la suite du programme, selon la perception des mères ($F(1,42) = 11,7, p = 0,001$) et des pères ($F(1,24) = 4,46, p = 0,045$), comparativement

au groupe témoin ($n=18$). Puis, l'étude de Gonring (2017) a évalué l'effet du *Program for the Education and Enrichment of Relational Skills* (PEERS ; Laugeson, Frankel, Mogil et Dillon, 2009) sur le stress parental, le fonctionnement familial et la qualité de la relation parent-adolescent. Le programme était offert à des adolescents ($n=25$) âgés de 11 à 17 ans et présentant un TDA/H, ainsi qu'en parallèle à leurs parents ($n=25$). À la suite du programme, bien que les résultats tendent vers une amélioration du fonctionnement familial, l'étude n'a toutefois pas obtenu de résultats significatifs pour le fonctionnement familial ($t(24) = 1,26, p > 0,05$). Pourtant, selon la méthode d'analyse de Jacobson et Truax (1991), permettant d'évaluer individuellement la présence d'un changement significatif, trois parents (12 %) rapportent une amélioration dans leur fonctionnement familial à la suite du programme PEERS (Gonring, 2017).

Objectif de l'étude

La littérature scientifique révèle que le fonctionnement familial est souvent perturbé au sein des familles ayant un enfant qui présente un TDA/H, que la relation entre les membres de la famille est plus conflictuelle et que ceux-ci sont moins sensibles aux besoins affectifs des autres. Pourtant, peu d'études ont évalué si un PEHP est une intervention efficace pour améliorer le fonctionnement familial (Gonring, 2017 ; Ngugen, 2015) et ces études ont obtenu des résultats divergents. À notre connaissance, aucune étude n'a évalué spécifiquement l'effet d'un PEHP sur les dimensions affectives du fonctionnement familial, ce qui semble crucial pour aider ces familles à améliorer leur relation au quotidien. Ainsi, l'objectif de la présente étude est d'évaluer l'effet d'un PEHP sur le fonctionnement familial, l'expression affective et l'investissement affectif chez les familles ayant un enfant présentant un TDA/H. L'hypothèse est que les parents ayant participé au PEHP rapportent une amélioration significative du fonctionnement familial et des dimensions affectives.

Méthode

PARTICIPANTS

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

PROCÉDURE

Les participants de cette étude ont été recrutés parmi ceux qui ont pris part au PEHP offert par l'Association Parents Aptés à Négocier le Déficit de l'Attention (PANDA) de deux régions administratives du Québec et

animé par leurs intervenantes indépendantes. Le recrutement a eu lieu de janvier 2019 à avril 2021. En mars 2020, le PEHP a été interrompu par la pandémie de COVID-19 et les conséquences sur le taux d'attrition sont décrites dans la section Discussion de cet article. Ainsi, c'est à partir du logiciel d'enquête en ligne *LimeSurvey* que les participants ont signé le formulaire d'information et de consentement, ainsi que les questionnaires de l'étude. Un code unique leur a été transmis afin d'assurer leur confidentialité. Cette étude comportait trois temps de mesures : pré-PEHP, post-PEHP, ainsi qu'un suivi de trois mois. La durée de chaque évaluation variait de 60 à 90 minutes. À la fin du programme, la liste des présences aux rencontres a permis de s'assurer de l'assiduité des participants. La présence du même parent à un minimum de sept rencontres du PEHP était requise pour que les participants remplissent les deux derniers temps de mesures (Chacko *et al.*, 2016). Ce projet a été approuvé par le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Montréal.

MODALITÉ DE TRAITEMENT

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

INSTRUMENTS DE MESURE

En plus du questionnaire sociodémographique, deux questionnaires ont été remplis par les participants lors des trois temps de mesures (pré-PEHP, post-PEHP, suivi 3 mois). Le questionnaire du Fonctionnement familial est la version française du *McMaster Family Assessment Device (FAD)* d'Epstein, Baldwin et Bishop (1983). Ce questionnaire évalue le fonctionnement familial selon sept échelles (Fonctionnement familial, Résolution de problèmes, Communication, Rôles, Contrôle des comportements, Expression affective et Investissement affectif). Lors de cette étude, seules les échelles du fonctionnement familial, de l'expression affective et de l'investissement affectif sont utilisées. La version originale du questionnaire obtient une bonne cohérence interne (α) se situant entre 0,72 et 0,92 et une bonne

fidélité test-retest se situant entre 0,66 et 0,76 selon l'échelle (Epstein *et al.*, 1983). L'évaluation de la version française montre aussi une bonne cohérence interne se situant entre 0,68 et 0,87 selon l'échelle (Pauzé, s.d). Miller et collaborateurs (1985) ont déterminé les seuils cliniques pour chacune des échelles du FAD, dont le fonctionnement familial (2,0), l'expression affective (2,2) et l'investissement affectif (2,1). Ainsi, l'échelle du FAD est considérée comme dysfonctionnelle lorsque le résultat est supérieur au seuil clinique. Puis, le questionnaire Points forts-Points faibles (Youth in mind, 2004) est la version française du *Strengths and difficulties questionnaire (SDQ)* créé par Goodman (1997). Ce questionnaire permet l'évaluation des comportements chez les enfants de 4 à 17 ans selon cinq échelles (Troubles émotionnels, Troubles comportementaux, Hyperactivité, Troubles relationnels avec les pairs et Prosociale). Il a été administré dans le but de décrire l'intensité des difficultés des enfants. Les qualités psychométriques de ce test sont satisfaisantes avec une consistance interne moyenne de 0,73 et une fidélité test-retest moyenne de 0,62 (Goodman, 2001). Les qualités psychométriques de la version française sont satisfaisantes avec une consistance interne moyenne, soit de 0,46 à 0,74 selon l'échelle (Shojaei, Wazana, Pitrou, et Kovess, 2009). L'interprétation des résultats permet d'identifier si l'échelle est considérée comme normale, limite ou anormale.

ANALYSES STATISTIQUES

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

comparer les résultats et identifier la présence d'un changement réel. Les moyennes et les écarts-types proviennent donc de l'échantillon de participants (n=262) de l'étude de Lemelin et collaborateurs (2009).

Résultats

Au cours des trois années de recrutement, 25 parents âgés de 29 ans à 51 ans (M = 39,75 ; E.T = 5,43) ont participé à l'étude. Parmi ceux-ci, 92 % étaient des mères. Leurs enfants, âgés de 6 ans à 15 ans (M = 8,65 ; E.T =

2,19), étaient majoritairement des garçons (73,91 %). L'ensemble des enfants avait un diagnostic (90,90 %) ou des symptômes (9,10 %) de TDA/H et la majorité (59,09 %) était médicamenteuse. Sur les 25 parents ayant initialement participé à cette étude, dix ont participé au deuxième temps de mesure (taux d'attrition de 60 %) et six parents ont participé au troisième temps de mesure (taux d'attrition de 76 % entre pré-PEHP et le suivi). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont résumées au Tableau 1. Il importe de noter que deux participants n'ont pas rempli entièrement le questionnaire sociodémographique.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants et leurs enfants

Caractéristique des parents	(n = 25)
Sexe du parent participant	
Mère : n (%)	23 (92%)
Âge du parent participant : M (E.T.)	39,75 (5,43)
Composition familiale	
Marié ou conjoint de fait : n (%)	19 (79%)
Séparé, divorcé ou monoparental : n (%)	5 (21%)
Diagnostic chez l'un des deux parents: n (%)	8 (33%)
Familles ayant d'autres enfants : n (%)	18 (78%)
Autres enfants ayant aussi des difficultés : n (%)	8 (44%)
Dimensions du fonctionnement familial (FAD) pré-PEHP	
Fonctionnement familial : M (E.T.)	1,95 (0,37)
Expression affective : M (E.T.)	1,73 (0,35)
Investissement affectif : M (E.T.)	2,11 (0,35)
Caractéristique de l'enfant	(n = 23)
Sexe de l'enfant	
Garçon : n (%)	17 (74%)
Âge de l'enfant : M (E.T.)	8,65 (2,19)
Diagnostic de TDA/H : n (%)	20 (91 %)
Échelles du questionnaire Points forts-Points faibles (SDQ) pré-PEHP	
Troubles émotionnels : M (E-T.)	4,29 (2,78)
Troubles comportementaux : M (E-T.)	4,52 (2,16)
Hyperactivité : M (E-T.)	7,71 (1,74)
Troubles relationnels avec les pairs : M (E-T.)	2,43 (1,86)
Comportements prosociaux : M (E-T.)	7,38 (1,8)
Consultation de professionnel	
Aucun : n (%)	11 (50%)
Psychologue, psychoéducateur ou neuropsychologue: n (%)	16 (73%)
Travailleur social: n (%)	5 (23%)
Autres : n (%)	11 (50%)
Médication : n (%)	13 (59%)

Les caractéristiques des enfants aux points de vue comportemental, émotionnel et social, évalué par le questionnaire Points forts-Points faibles, sont présentées dans le Tableau 1. Les résultats montrent qu'en moyenne, avant de participer au PEHP, les enfants présentaient des

problèmes de comportements, de l'hyperactivité et ils étaient à la limite des troubles émotionnels. Les résultats indiquent par ailleurs que les enfants ont de bonnes relations avec leurs pairs et des comportements prosociaux.

Avant le programme, les moyennes des échelles du questionnaire sur le fonctionnement familial (FAD), présentées au Tableau 1, indiquent que les résultats des participants se situent sous le seuil clinique (Miller, Epstein, Bishop, et Keitner, 1985) pour le fonctionnement familial (2,0) et l'expression affective (2,2). Seule la moyenne de l'investissement affectif se situe au-dessus du seuil clinique (2,1) et est ainsi jugée inadéquate.

Fonctionnement familial

Pour répondre à l'objectif de cette étude, le résultat du modèle linéaire mixte ne montre aucun changement

significatif à l'échelle du fonctionnement familial du FAD à la suite du PEHP ($F(2, 13.154) = 0,65 ; p = 0,538$). Les analyses secondaires, ciblant de potentielles covariables, ne révèlent aucun changement significatif à l'échelle du fonctionnement familial en lien avec le sexe du participant ($F(1, 22.255) = 0,49 ; p = 0,488$), l'âge du participant ($F(1, 18.352) = 0,85 ; p = 0,370$), le sexe de l'enfant ($F(1, 21.602) = 0,16 ; p = 0,696$) et l'âge de l'enfant ($F(1, 18.008) = 0,52 ; p = 0,480$). Le Tableau 2 présente les résultats du modèle linéaire mixte.

Tableau 2

Modèle linéaire mixte sur le fonctionnement familial

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

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

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

Tableau 3

Analyse individuelle du fonctionnement familial

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

D'autres analyses secondaires ont été effectuées à l'aide de la méthode Jacobson et Truax (1991) pour déterminer si un changement statistiquement significatif est observé individuellement, puisque 13 participants (52%) ont initialement montré un fonctionnement familial

inadéquat. Le Tableau 3 présente les résultats. Ceux-ci indiquent un changement significatif pour le participant 4 qui présentait un fonctionnement familial dysfonctionnel avant le PEHP (2,67). À la suite du PEHP, le résultat de ce participant (2,33) se retrouve toujours au-dessus du seuil

clinique (2,0), mais une nette amélioration est observée. Par ailleurs, tout en demeurant sous le seuil clinique, la situation s'est détériorée de manière significative pour le participant 7.

Expression affective

Le résultat du modèle linéaire mixte ne montre aucun changement significatif pour l'échelle de l'expression affective du FAD à la suite du PEHP ($F(2, 6.140) = 0,31, p = 0,747$). Les mêmes covariables ont alors été ajoutées au modèle comme analyse secondaire. Les résultats n'indiquent également aucun changement significatif à l'échelle de l'expression affective pour le sexe du participant ($F(1, 21.516) = 0,41; p = 0,531$), le sexe de l'enfant ($F(1, 5.694) = 2,23; p = 0,188$) et l'âge de l'enfant ($F(1, 14.122) = 0,15; p = 0,703$). Néanmoins, l'âge du participant a un effet significatif sur l'expression affective ($F(1, 14.894) = 13,62, p < 0,01$). L'analyse indique que plus le participant est âgé, plus le résultat à l'échelle d'expression affective augmente d'une petite amplitude de 0,035, pouvant alors se rapprocher du seuil clinique de 2,2 (Miller *et al.*, 1985). Le Tableau 4 présente les résultats du modèle linéaire mixte.

La méthode de Jacobson et Truax (1991) a été utilisée comme analyse secondaire. Les résultats sont présentés au Tableau 5. Une amélioration significative est observable

pour le participant 1 qui présentait des difficultés au niveau de l'expression affective avant le PEHP (2,67). À la suite du PEHP, son résultat (1,83) était sous le seuil clinique (2,2). Par ailleurs, tout en demeurant sous le seuil clinique, les résultats du participant 2 montrent une détérioration significative à la suite du PEHP.

Investissement affectif

Le résultat du modèle linéaire mixte n'a montré aucun changement significatif pour l'échelle de l'investissement affectif du FAD à la suite du PEHP ($F(2, 13.410) = 1,95; p = 0,181$). Lors des analyses secondaires, les résultats n'ont également montré aucun changement significatif à l'échelle de l'investissement affectif en lien avec le sexe du participant ($F(1, 21.972) = 0,16; p = 0,697$), l'âge du participant ($F(1, 19.015) = 0,75; p = 0,398$) et l'âge de l'enfant ($F(1, 18.756) = 2,27; p = 0,149$). Toutefois, les résultats ont montré un effet significatif pour le sexe de l'enfant ($F(1, 22.697) = 8,47, p < 0,01$) et une interaction significative entre le sexe de l'enfant et le temps ($F(2, 13.429) = 4,31, p < 0,05$). Le Tableau 6 présente les résultats du modèle linéaire mixte.

Tableau 4

Modèle linéaire mixte sur l'expression affective

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

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

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

Tableau 5*Analyse individuelle de l'expression affective*

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

Tableau 6*Modèle linéaire mixte sur l'investissement affectif*

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

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

Sig. – Signification * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ **Tableau 7***Analyse individuelle de l'investissement affectif*

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

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

D'autres analyses secondaires ont aussi été effectuées avec la méthode de Jacobson et Truax (1991), puisque douze participants (48 %) ont initialement montré un investissement affectif inadéquat. Le Tableau 7 présente les résultats de l'analyse. Un changement significatif est observé chez le participant 5 qui présentait des difficultés au niveau de l'investissement affectif avant le PEHP (2,71). À la suite du PEHP, son résultat (2,0) se retrouve sous le seuil clinique (2,1).

Discussion

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

L'absence de changement significatif peut s'expliquer par le fait que les participants présentaient déjà un fonctionnement familial et une expression affective sous le seuil clinique avant leur participation au PEHP (Miller *et al.*, 1985). Ceci peut provenir d'un biais de l'échantillon puisque la majorité de ces familles avaient déjà rencontré divers professionnels (50 %) par le passé et leur enfant prenait une médication adaptée (59 %). En effet, une amélioration des comportements de l'enfant et du fonctionnement familial est observée lorsque l'enfant prend une médication seule ou combinée à une intervention comportementale (Lemelin *et al.*, 2006 ; Moen *et al.*, 2015 ; MTA Cooperative Group, 1999). Seule la moyenne des résultats à l'échelle de l'investissement affectif était légèrement au-dessus du seuil clinique. Cela indique que les participants rencontraient des difficultés à s'engager émotionnellement dans leur relation avec les membres de la famille, et ce, malgré leur participation au PEHP, puisque les difficultés demeurent à la suite de

l'intervention. Ces résultats concordent d'ailleurs avec ceux obtenus dans l'étude de Verreault et collaborateur (2011) indiquant que la participation au PEHP a eu un effet positif sur la relation parent-enfant, sans toutefois avoir eu d'effet sur la satisfaction parentale, c'est-à-dire la joie liée à leur rôle de parent. Une explication possible peut être les émotions négatives (colère, frustration, inquiétude) ressenties par les parents en présence de leur enfant ayant un TDA/H (Primack *et al.*, 2012 ; Whalen *et al.*, 2006) et dont un changement est peut-être plus long à observer.

Il semble que les familles ayant un enfant qui présente un TDA/H, disposées à se mobiliser dans un PEHP, en milieu clinique ou communautaire, présentent un fonctionnement familial adéquat. En effet, les participants des études de Lemelin et collaborateurs (2009), de Nguyen (2015) et de Young et collaborateurs (2013) n'atteignaient pas les seuils cliniques du questionnaire *Family Assessment Device (FAD)*, à l'instar des participants de la présente étude. Il a été montré que le FAD demeure un instrument approprié pour évaluer le fonctionnement familial, autant en contexte clinique qu'en recherche (Mansfield, Keitner, et Dealy, 2015 ; Staccini, Tomba, Grandi, et Keitner, 2015). Néanmoins, la revue systématique de Staccini et collaborateurs (2015) rapportant les résultats de 148 études, montre que la sensibilité du FAD à détecter un changement significatif à la suite d'une intervention est mitigée (14 études sur 26). Les auteurs expliquent que les résultats peuvent être influencés par des difficultés sur le plan méthodologique et si l'intervention ne cible pas spécifiquement le fonctionnement familial (Staccini *et al.*, 2015). Dans le cadre de cette étude, le haut taux d'attrition n'est pas considéré comme étant classique puisque la plupart des participants ($n=7$) n'ont pas choisi d'interrompre leur participation au PEHP, mais y ont été contraints par la pandémie de COVID-19. De plus, il est possible qu'il soit plus long avant d'observer un changement chez ces familles, ayant déjà un fonctionnement familial considéré adéquat et puisque le programme *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison* cible à la base les symptômes attentionnels et comportementaux du TDA/H chez l'enfant (Massé *et al.*, 2011).

Dans le cadre de cette étude, les enfants ne participaient pas en parallèle à un PICC. Il apparaît que le choix du PEHP et la participation de l'enfant sont essentiels pour obtenir des changements plus ciblés sur le fonctionnement familial. Par exemple, le choix du programme PEERS dans l'étude de Gonring (2017 ; $n=25$), qui visait les habiletés sociales des adolescents âgés de 11 à 17 ans, n'a pas permis d'observer de changement significatif sur le fonctionnement familial. Les résultats semblent être différents lorsque les enfants participaient en parallèle à un PICC et que le PEHP était ciblé. Par exemple, Nguyen (2015) a créé un programme qui visait le fonctionnement familial et la relation parent-enfant. À la suite de ce PEHP, les résultats ont montré un fonctionnement familial amélioré comparativement au

groupe contrôle. Ce fut également le cas de l'étude de Yusuf et collaborateurs (2019) (n=23, groupe contrôle n=25), qui évaluait les effets d'un PEHP sur la sévérité des symptômes du TDA/H, sur les problèmes émotionnels et comportementaux d'enfants âgés de 7 à 12 ans, ainsi que sur l'attitude parentale et le fonctionnement familial. Cette étude utilisait le programme *Triple P-Positive parenting programme* (Sanders, 2012) et les auteurs concluent que le programme permet de diminuer les symptômes du TDA/H, les problèmes émotionnels et comportementaux ainsi que d'améliorer l'ensemble des dimensions du fonctionnement familial, dont l'expression affective et l'investissement affectif (Yusuf, Gonka, et Pekcanlar Aynur, 2019). Il est donc probable qu'un changement du fonctionnement familial s'observe plus rapidement lorsque le parent et l'enfant travaillent de façon parallèle pour améliorer la situation familiale. Il serait aussi recommandé d'évaluer les besoins de la famille afin de les orienter vers un PEHP qui leur correspond.

LES DIMENSIONS AFFECTIVES

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

Il est possible de concevoir qu'un parent plus âgé puisse avoir un modèle de réaction émotionnelle consolidé au quotidien. Les symptômes du TDA/H influencent autant la manière dont l'enfant interagit avec ses parents que la manière dont les parents interagissent avec l'enfant (Johnston et Jassy, 2007). Les parents peuvent avoir, à long terme, des réactions émotionnelles négatives envers leur enfant ayant un TDA/H (Whalen *et al.*, 2006), puisqu'ils peuvent ressentir une charge supplémentaire liée au travail, aux activités sociales et à la vie familiale (Fridman *et al.*, 2017 ; Munoz-Silva *et al.*, 2017 ; Peters et Jackson, 2009). Avoir d'autres enfants peut aussi accentuer la charge et les responsabilités parentales ressenties. Dans cette étude, 78 % (n=18) des participants avaient d'autres enfants et parmi ceux-ci, 44 % (n=8) rapportaient que leurs autres enfants présentaient également des diagnostics. Par ailleurs, ces parents peuvent vivre avec des symptômes du TDA/H et avoir eux-mêmes des comportements impulsifs, sévères ou relâchés envers leurs enfants (Chronis-Tuscano *et al.*, 2008 ; Lemelin *et al.*, 2006 ; Park, Hudc, et Johnston, 2017). La littérature scientifique révèle qu'un parent ayant lui-même un TDA/H peut induire un dysfonctionnement familial (Moen *et al.*, 2015 ; Moen *et al.*, 2016), puisqu'il

peut présenter des difficultés à maintenir l'organisation et la cohésion familiale, avoir un plus faible bien-être, avoir des divergences dans la prise de décision parentale, ainsi qu'être peu impliqué, soutenant et sensible (Chronis-Tuscano *et al.*, 2008 ; Foley, 2011 ; Moen *et al.*, 2016). Parmi les participants de la présente étude, 32 % (n=8) ont rapporté qu'un des deux parents avait un diagnostic de TDA/H. Il importe aussi de se questionner quant à l'effet du TDA/H du parent sur leur participation au PEHP.

Ainsi, ces parents peuvent développer et maintenir des pratiques parentales inadaptées, qui résultent de leurs difficultés à gérer les comportements inadéquats de leur enfant et leur propre régulation émotionnelle, ce qui peut amplifier les difficultés et les troubles concomitants associés au TDA/H (Barkley, 2006 ; Chronis *et al.*, 2004 ; Chronis-Tuscano *et al.*, 2008 ; Johnston et Mash, 2001 ; Johnston et Jassy, 2007 ; Lemelin *et al.*, 2006 ; Miranda *et al.*, 2009 ; Munoz-Silva *et al.*, 2017). Les parents expriment moins de comportements renforçateurs (Gerdes et Hoza, 2006), donnent des ordres, font des reproches et sont moins sensibles et à l'écoute des demandes d'attention de l'enfant comparativement aux parents d'enfants tout-venant (Chronis-Tuscano *et al.*, 2008). Cette charge et ces difficultés à intervenir auprès de leur enfant peuvent mener à un sentiment de compétence parentale plus faible (Beaulieu et Normandeau, 2012 ; Chronis *et al.*, 2004 ; Johnston et Mash, 2001 ; Lemelin *et al.*, 2006 ; Miranda *et al.*, 2009 ; Primack *et al.*, 2012 ; Whalen *et al.*, 2006), à des symptômes dépressifs et à plus de stress parental (Theule *et al.*, 2013). Cet état psychologique et émotionnel influence en retour leurs réponses affectives envers leur enfant et leur pratique parentale (Lee, 2020 ; Lovejoy, Graczyk, O'Hare, et Neuman, 2000). Une étude qualitative ciblant l'évaluation de la satisfaction conjugale et la coparentalité (n=8) a été réalisée auprès du même bassin de recrutement que la présente étude (Clermont et Leclerc, 2021). Les résultats indiquent, entre autres, qu'avant le PEHP, 75 % des participants avaient des symptômes de troubles de santé mentale (dépression, anxiété, stress parental). Aussi, 63 % des participants avaient de la difficulté à gérer leurs émotions pendant les interventions auprès de leurs enfants et 50 % avaient des pratiques parentales estimées trop laxistes ou autoritaires (Clermont et Leclerc, 2021). La majorité des participants considérait recevoir du soutien et partager les responsabilités de manière satisfaisante, mais 25 % des participants ressentaient une charge mentale en lien avec les responsabilités parentales du quotidien (Clermont et Leclerc, 2021). Ces résultats soulignent l'importance de considérer les besoins psychologiques et émotionnels des parents qui influencent leurs réactions émotionnelles. Des études subséquentes seraient aussi nécessaires pour évaluer l'effet de l'âge, la santé mentale des parents et leur pratique parentale sur l'expression affective des familles ayant un enfant TDA/H.

La deuxième dimension affective, l'investissement affectif, est initialement considérée comme étant inadéquate chez les participants de la présente étude. L'investissement affectif s'améliore significativement lorsque l'enfant est une fille dès la fin du programme et cette amélioration se maintient au suivi de trois mois. Ainsi, le PEHP semble avoir permis de rétablir l'intérêt et l'engagement relationnel et émotionnel que les membres de la famille portent entre eux lorsque l'enfant est une fille. Cela peut s'expliquer par les différences dans la symptomatologie du TDA/H entre les sexes. Une méta-analyse de Loyer Charbonneau (2019) visait à identifier, à travers 54 articles, les différences entre les garçons et les filles quant au fonctionnement attentionnel, exécutif et comportemental. Les résultats montrent que les filles qui ont un TDA/H présentent autant de déficits attentionnels, de mémoire de travail, de planification et de contrôle des inférences que les garçons qui ont TDA/H (Loyer Charbonneau, 2019). Par contre, les filles présentent moins de comportements hyperactifs et extériorisés, moins de difficultés dans la flexibilité cognitive et l'inhibition, comparativement aux garçons qui ont un TDA/H (Loyer Charbonneau, 2019). La présence du TDA/H et de comportements externalisés chez l'enfant peuvent amener les membres de la famille à être moins engagés et sensibles aux besoins affectifs des autres (Lemelin *et al.*, 2006 ; Lemelin *et al.*, 2009). Ainsi, les symptômes du TDA/H chez les filles sont souvent considérés par l'entourage comme étant moins perturbants et amène un moins haut niveau de stress parental (Loyer Charbonneau, 2019 ; Theule *et al.*, 2013). La symptomatologie du TDA/H étant différente selon le sexe de l'enfant, il importe d'accorder du soutien aux parents lors du PEHP afin de rétablir l'engagement émotionnel de chacun envers les autres membres de la famille, particulièrement lorsque l'enfant est un garçon.

LIMITES DE CETTE ETUDE

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

années de recrutements, plusieurs intervenantes ont animé le PEHP et celles-ci ont inclus leurs propres connaissances et expériences aux contenus du PEHP. Les rencontres ont pu être administrées différemment, ce qui amène un biais dans la fidélité du traitement.

Conclusion

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

Abstract

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

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

Références

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5: American Psychiatric Pub.
- Bandel Castro, T. (2017). Slovenian families with children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Interpersonal relations, parents' attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and implications for family therapy. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(2), 170-186. doi: <https://doi.org/10.1080/08975353.2017.1288993>
- Barkley, R. A. (2006). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 3 éd.
- Beaulieu, M-C. et Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales: Cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDA/H. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(1), 59-69. doi: <https://doi.org/10.1037/a0023844>
- Biederman, J., Spencer, T., Lomedico, A., Day, H., Petty, C. R. et Faraone, S. V. (2012). Deficient emotional self-regulation and pediatric attention deficit hyperactivity disorder: a family risk analysis. *Psychological Medicine*, 42(3), 639- 646. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291711001644>
- Borden, L. A., Hankinson, J., Perry-Parrish, C., Reynolds, E. K., Specht, M. W. et Ostrander, R. (2016). Family and maternal characteristics of children with co-occurring ADHD and depression. *Journal of attention disorders*, 24(7), 963-972. doi: <https://doi.org/10.1177/1087054716666321>
- Brousseau, M. et Simard, M. (2000). Fonctionnement familial et négligence des enfants. Dans M. Simard et J. Alary (dir.), *Comprendre la famille*. Presse de l'Université du Québec.
- Chacko, A., Jensen, S. A., Lowry, L. S., Cornwell, M., Chimklis, A., Chan, E. et Pulgarin, B. (2016). Engagement in behavioral parent training: Review of the literature and implications for practice. *Clinical child and family psychology review*, 19(3), 204-215. doi: <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0205-2>
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T. et Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 7(1), 1-27. doi: <https://doi.org/10.1023/B:CCFP.0000020190.60808.a4>
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y. et Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 36(8), 1237-1250. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9246-4>
- Clermont, M. et Leclerc, J. (2021). *Les effets d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales sur la satisfaction conjugale et la coparentalité selon les parents d'enfants ayant un trouble du comportement* [essai doctoral non publié]. Université du Québec à Montréal.
- Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É., Lesage, A., Vincent, A., Vasiliadis, H. M. et Palardy, S. (2019). *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec*. Institut national de santé publique du Québec.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S. et Levin, S. (1978). The McMaster model of family functioning. *Journal of Marital and Family therapy*, 4(4), 19-31. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. et Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Foley, M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(1), 39-49. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x>
- Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., Erder, M. H. et Chen, K. S. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/ adolescents with ADHD in the caregiver perspective on pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 373-386. doi: <https://doi.org/10.2147/NDT.S121391>
- Gerdes, A. C. et Hoza, B. (2006). Maternal attributions, affect, and parenting in attention deficit hyperactivity disorder and comparison families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 346-355. doi: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3503_1
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Gonring, K. (2017). *Program for the education and enrichment of relational skills: Parental outcomes with an ADHD sample* (Dissertations, Marquette University). https://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/650
- Greene, W.R. (2014). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily*

- frustrated, chronically inflexible children* (5e éd.). HarperCollins Publisher.
- Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S. et Pfiffner, L. J. (2017). Parenting as a mechanism of change in psychosocial treatment for youth with ADHD, predominantly inattentive presentation. *Journal of abnormal child psychology*, 45(5), 841-855. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0199-8>
- Harrison, C. et Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: Role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703-711. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00010>
- Hauth-Charlier, S. et Clément, C. (2009). Programmes de formation aux habiletés parentales pour les parents d'enfant avec un TDA/H: considérations pratiques et implications cliniques. *Pratiques psychologiques*, 15(4), 457-472. doi: <https://doi.org/10.1016/j.prps.2009.01.001>
- Jacobson, N. S. et Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Johnston, C. et Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207. doi: <https://doi.org/10.1023/A:1017592030434>
- Johnston C. et Jassy J. S. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(2), 74-79. doi: <https://psycnet.apa.org/record/2007-10250-004>
- Kashdan, T. B., Jacob, R. G., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Blumenthal, J. D. et Gnagy, E. M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 169-181. doi: https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_16
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.
- Lanza, H. I. et Drabick, D. A. (2011). Family routine moderates the relation between child impulsivity and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 39(1), 83-94. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9447-5>
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Mogil, C. et Dillon, A. R. (2009). Parent-assisted social skills training to improve friendships in teens with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 39(4), 596-606. doi: <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0664-5>
- Lee, S. (2020). *The role of family environmental factors on ADHD and ODD comorbidity in early childhood* [Dissertation submitted] University of North Carolina. doi: <https://doi.org/10.17615/640s-7n30>
- Lemelin, G., Lafortune, D. et Fortier, I. (2006). Les caractéristiques familiales des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité: Recension critique des écrits. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 47(3), 211-228. doi: <https://doi.org/10.1037/cp2006011>
- Lemelin, G., Lafortune, D., Fortier, I., Simard, L. & Robaey, P. (2009). Étude du fonctionnement familial et de la symptomatologie des enfants présentant un TDA/H. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(5), 392-403. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.04.007>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. et Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 20(5), 561-592. doi: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Loyer Carbonneau, M. (2019). Méta-analyse sur les différences de sexe dans les symptômes du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et les déficits cognitifs associés (Essai doctoral, Université du Québec à Montréal, Montréal). <https://archipel.uqam.ca/12626/>
- Mansfield, A. K., Keitner, G. I. et Dealy, J. (2015). The family assessment device: an update. *Family process*, 54(1), 82-93. doi: <https://doi.org/10.1111/famp.12080>
- Massé, L., Lanaris, C. et Couture, C. (2006). Interventions auprès des parents de jeunes présentant un TDA/H. Dans N. Chevalier (dir.), M-C. Guay, A. Achim, P. Lageix et H. Poissant, *Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Soigner, éduquer, surtout valoriser* (p. 255-280). Presse de l'Université du Québec.
- Massé, L., Verreault, M., Verret, C., Boudreault, F. et Lanaris, C. (2011). *Mieux vivre avec le TDA/H à la maison*. Chenelière Éducation.
- Mikami, A. Y. et Pfiffner, L. J. (2008). Sibling relationships among children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(4), 482-492. doi: <https://doi.org/10.1177/1087054706295670>
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S. et Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: reliability and validity. *Journal of marital and family therapy*, 11(4), 345-356. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1985.tb00028.x>
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S. et Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of family therapy*, 22(2), 168-189. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00145>
- Ministères de l'Éducation, de la santé et des services sociaux (2003). TDA/H, agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, Document de soutien à la

- formation: Connaissances et interventions. Gouvernement du Québec.
- Miranda, A., Grau, D., Rosel, J. et Meliá, A. (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: A structural equation model. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 496-505. doi: <https://doi.org/10.1017/S1138741600001876>
- Moen, Ø. L., Hedelin, B. et Hall-Lord, M. L. (2015). Parental perception of family functioning in everyday life with a child with ADHD. *Scandinavian journal of public health*, 43(1), 10-17. doi: <https://doi.org/10.1177/1403494814559803>
- Moen, Ø. L., Hedelin, B. et Hall-Lord, M. L. (2016). Family functioning, psychological distress, and well-being in parents with a child having ADHD. *SAGE Open*, 6(1), 1-10. doi: <https://doi.org/10.1177/2158244015626767>
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(12), 1073-1086. doi: 10.1001/archpsyc.56.12.1073
- Munoz-Silva, A., Lago-Urbano, R. et Sanchez-Garcia, M. (2017). Family impact and parenting styles in families of children with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 26(10), 2810-2823. doi: <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0798-1>
- Nguyen, P. T. (2015). *Changements dans le fonctionnement des familles ayant un enfant atteint d'un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité après un programme d'entraînement aux habiletés parentales* [Mémoire de maîtrise]. Université de Montréal.
- Park, J. L., Hudec, K. L. et Johnston, C. (2017). Parental ADHD symptoms and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 56(2), 25-39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.003>
- Pauzé, R. (s.d). Analyse des données. École de service social. Université de Laval, http://www.systemique.be/spip/IMG/pdf/Analyse_des_donnees.pdf
- Pauzé, R. et Petitpas, J. (2013). Évaluation du fonctionnement familial: état des connaissances. *Thérapie familiale*, 34(1), 11-37. doi: <https://doi.org/10.3917/TF.131.0011>
- Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porrás-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I. et Baca-García, E. (2021). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166-172. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.003>
- Peters, K. et Jackson, D. (2009). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of advanced nursing*, 65(1), 62-71. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04853.x>
- Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J. et Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(4), 189-197. doi: <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0089-z>
- Reigstad, B., Jørgensen, K., Sund, A. M. et Wichstrøm, L. (2006). Adolescents referred to specialty mental health care from local services and adolescents who remain in local treatment: what differs?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(4), 323-331. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0027-x>
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 345-379. doi: <https://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
- Shojaei, T., Wazana, A., Pitrou, I. et Kovess, V. (2009). The strengths and difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparisons. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(9), 740-747. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0489-8>
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S. et Keitner, G. I. (2015). The evaluation of family functioning by the family assessment device: A systematic review of studies in adult clinical populations. *Family Process*, 54(1), 94-115. doi: <https://doi.org/10.1111/famp.12098>
- Stefaniak, N. (2018). *Le MLM vs l'anova : les différences*. Formation SFP 2018 : les modèles linéaires mixtes. Récupé de http://regnault.perso.math.cnrs.fr/R_tuto/Intro_modelles_lineaires_mixtes.html#422_le_mlm_vs_lanova_les_différences
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R. et Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17. doi: <https://doi.org/10.1177/1063426610387433>
- Verreault, M., Verret, C., Massé, L., Lageix, P. et Guay, M. C. (2011). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDA/H sur le stress parental et la relation parent-enfant. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(3), 150-160. doi: <https://doi.org/10.1037/a0019273>
- Whalen, C. K., Henker, B., Jamner, L. D., Ishikawa, S. S., Floro, J. N., Swindle, R. et Johnston, J. A. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD: Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(1), 111-126. doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-005-9008-5>
- Wright, L. M. et Leahey, M. (1994). Theoretical foundations of the Calgary family assessment and intervention models. *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention*, 33-64.

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

CONSÉQUENCES DU TROUBLE DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ CHEZ LES ÉTUDIANTS UNIVERSITAIRES : RECENSION DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Julien Dalpé, Georgette Goupil et France Landry

Université du Québec à Montréal

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) compte parmi les troubles les plus fréquents chez les étudiants universitaires québécois. Pour guider les interventions auprès des étudiants ayant ce trouble, le présent article vise à dresser un portrait des conséquences du TDAH sur les études universitaires, à partir d'une recension de la littérature scientifique. Les 79 études recensées révèlent que les étudiants ayant un TDAH présentent des difficultés liées aux habiletés d'étude, à la santé mentale et au bien-être, aux fonctions exécutives ainsi qu'aux comportements à risque. La nature et la gravité de leurs difficultés varient toutefois selon les études. Les étudiants ayant un TDAH présentent aussi des forces telles que l'ambition et la résilience, mais celles-ci demeurent peu explorées.

See end of text for English abstract

Mots clés : trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH), étudiants universitaires, habiletés d'étude, santé mentale, fonctions exécutives, comportements à risque.

Correspondance : Julien Dalpé, à l'attention de France Landry, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 8888, succ. Centre-ville, Montréal (Québec), H3C 3P8.

Introduction

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) constitue l'un des troubles les plus fréquents parmi les étudiants universitaires québécois. Selon les statistiques de l'Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap (AQICESH, 2020) pour l'année 2019-2020, 7263 étudiants ayant un TDAH ont eu recours aux services adaptés de leur établissement d'enseignement, ce qui représente 38 % des étudiants ayant eu recours à ces services. Étant donné que certains étudiants ayant un TDAH n'ont pas recours aux services de soutien, ces chiffres sous-estiment la prévalence de ce diagnostic en milieu universitaire. En ce sens, les étudiants ayant un TDAH représentent une proportion notable de la clientèle des psychologues et des autres professionnels de soutien exerçant en milieu universitaire.

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, cinquième édition (DSM-5; APA, 2015) définit le TDAH comme un trouble neurodéveloppemental caractérisé par deux types de symptômes : l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité. Deux des principaux modèles explicatifs du TDAH, le modèle de Barkley (1997) et celui de Brown (2006), sont basés sur des déficits des fonctions exécutives, soit les processus cognitifs nécessaires aux comportements orientés vers un but. Le modèle de Barkley (1997) associe le TDAH à un déficit de l'inhibition du comportement se traduisant par des difficultés liées à quatre fonctions exécutives : (1) la mémoire de travail; (2) l'autorégulation des affects, de la motivation et de l'éveil; (3) l'internalisation du discours et (4) la reconstitution de séquences comportementales. Le modèle de Brown (2006) identifie six groupes de fonctions exécutives associés au TDAH : (1) l'activation; (2) le focus; (3) l'effort; (4) l'émotion; (5) la mémoire et (6) l'action. Ces deux modèles explicatifs ont été maintes fois utilisés pour comprendre les conséquences associées au TDAH, particulièrement sur le plan des études.

La poursuite d'études universitaires pourrait constituer un défi plus important pour les étudiants ayant un TDAH que pour leurs pairs sans TDAH. En effet,

l'étudiant doit apprendre à organiser ses apprentissages et ses activités et à gérer son temps de manière efficace. Il doit effectuer des lectures complexes, théoriques et denses. Il doit aussi rédiger des textes, ce qui implique l'organisation des idées et la création d'un fil conducteur. Enfin, il doit souvent intégrer et mémoriser la matière de ses cours en vue des évaluations.

Green et Rabiner (2012) ont recensé les articles portant sur les étudiants universitaires ayant un TDAH. Leur recension identifie quatre sphères de fonctionnement influencées par le TDAH, soit les études, les relations sociales et amoureuses, le fonctionnement psychologique et émotionnel et la consommation de substances. Il ressort des études recensées par ces auteurs que les étudiants ayant un TDAH présentent de moins bons résultats scolaires que leurs pairs, sont moins confiants envers leurs habiletés, vivent davantage de détresse et de difficultés psychologiques et consomment davantage d'alcool et de drogues.

Plus récemment, une autre recension de la littérature scientifique sur les étudiants ayant un TDAH a été publiée par Sedgwick (2018) dans la revue *Irish Journal of Psychological Medicine*. Cette recension s'attarde principalement aux aspects « médicaux » du TDAH, incluant le traitement, l'utilisation de psychostimulants médicaux et non médicaux ainsi que la simulation du diagnostic. Elle décrit également le fonctionnement scolaire, social et psychologique des étudiants ayant un TDAH. Tout comme la recension de Green et Rabiner (2012), elle fait ressortir les difficultés de ces étudiants sur le plan des études, des relations sociales et amoureuses ainsi que de l'estime de soi. Elle relève toutefois une absence de consensus concernant leur fonctionnement psychologique et émotionnel.

S'inscrivant dans la continuité de la recension de Green et Rabiner (2012), le présent article vise à décrire, à partir d'une recension de la littérature scientifique récente, les conséquences du TDAH chez les étudiants universitaires, en particulier les aspects susceptibles d'influencer la réussite dans les études. Notre recension se distingue de celle de Green et Rabiner (2012) par les années de publication des articles (2010 à 2021) ainsi que par les catégories utilisées pour classer les études. Elle inclut également les études récentes portant sur le fonctionnement cognitif des étudiants ayant un TDAH, qui n'est pas directement traité dans l'article de Green et Rabiner (2012). Notre recension se distingue aussi de celle de Sedgwick (2018) par son accent sur les variables susceptibles d'influencer la réussite scolaire des étudiants universitaires. Un autre aspect original de notre recension

est la présentation détaillée, sous forme de tableau, des principales caractéristiques des études recensées, incluant les pays où elles ont été effectuées, le nombre de participants, les objectifs et les principaux résultats.

Méthode de recension

La figure 1 résume le processus de sélection et de classification des études. Nous avons consulté les bases de données PsycInfo et Google Scholar en utilisant les mots-clés suivants : *ADHD*, *attention deficit disorder with hyperactivity*, *college*, *university* et *higher education*. Nous avons également examiné les listes de références des articles consultés ainsi que des essais ou thèses doctorales sur le TDAH afin d'identifier d'autres références pertinentes. Pour être sélectionnés, les articles devaient porter sur les conséquences du TDAH chez les étudiants universitaires, employer une méthode de recherche quantitative, être rédigés en anglais ou en français et avoir été publiés entre 2010 et 2021. Nous avons identifié 79 articles correspondant à ces critères. Les articles sélectionnés ont par la suite été classifiés en catégories en fonction des principales variables étudiées. Nous n'avons conservé que les articles traitant des conséquences du TDAH pouvant avoir un effet sur les études universitaires. Par exemple, les études traitant spécifiquement des comportements sexuels et de la conduite automobile n'ont pas été retenues. À la fin du processus, quatre catégories ont été identifiées : la réussite et les habiletés scolaires (24 articles)¹, la santé mentale et le bien-être (33 articles), les habiletés cognitives et les fonctions exécutives (9 articles) et les comportements à risque (13 articles). La figure 2 résume les aspects associés à chaque catégorie.

Le tableau 1 résume le contenu des articles recensés. La majorité des articles proviennent des États-Unis ($n = 53$) et du Canada ($n = 8$). Les participants sont en grande majorité des étudiants de premier cycle. Le nombre de participants est très variable, allant de cinq (Dauphinais *et al.*, 2016) à 15 273 (DuPaul *et al.*, 2017). Quarante-six articles comparent les étudiants ayant un TDAH à un groupe contrôle d'étudiants sans TDAH. La majorité des articles emploient des instruments autorapportés. Les instruments les plus fréquents incluent la *Conners' Adult ADHD Rating Scale*, la *Barkley Adult ADHD Rating Scale*, la *Barkley Functional Impairment Scale*, le *Conners' Continuous Performance Test*, le *Beck Depression Inventory* et le *Beck Anxiety Inventory*. Les sections suivantes résument les conclusions des articles se rapportant à chacune des catégories de conséquences (réussite et habiletés scolaires, santé mentale et bien-être, habiletés cognitives et fonctions exécutives, comportements à risque).

¹ Les articles traitant de variables associées à plusieurs catégories ont été classés dans la catégorie correspondant le mieux à leur sujet et leur objectif.

Figure 1

Processus de sélection et de classification des articles recensés

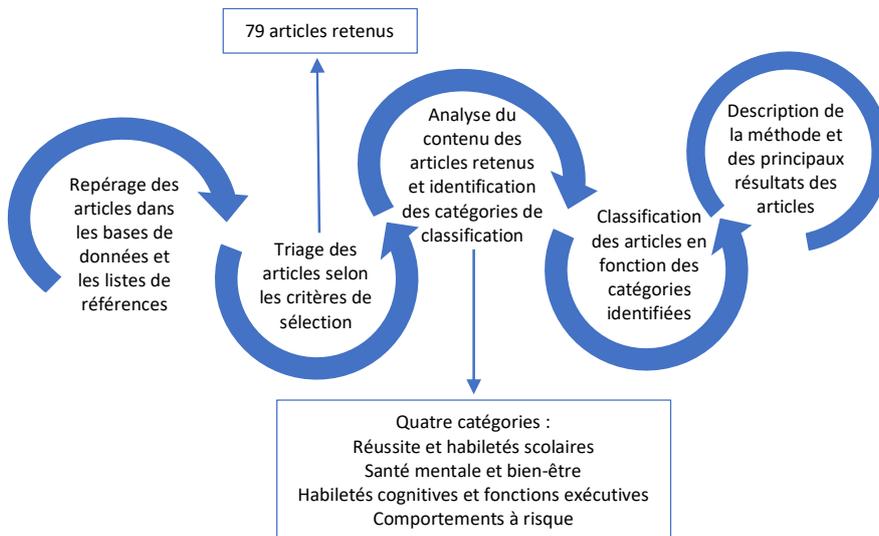


Figure 2

Conséquences du TDAH sur les études universitaires

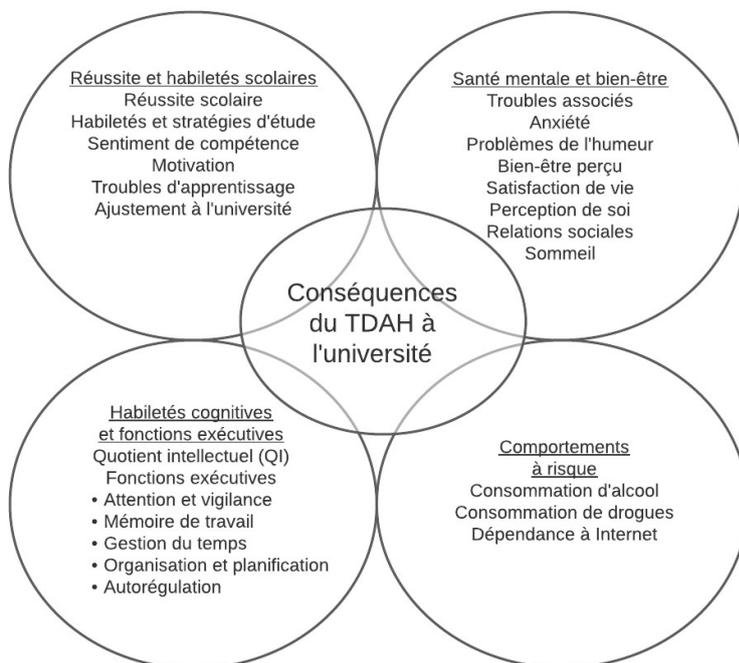


Tableau 1*Objectifs, participants et principaux résultats des articles recensés***Résultats et habiletés scolaires (n = 24 articles)**

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
Advokat <i>et al.</i> , 2011 États-Unis	Comparer la réussite et les habiletés d'étude des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 92 Sans DX : 143	Les étudiants ayant un TDAH ont une moyenne générale plus faible, abandonnent plus de cours et perçoivent avoir plus de difficultés à éviter les distractions lors de l'étude et à planifier et compléter leurs travaux.
Becker, Langberg <i>et al.</i> , 2014 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de rythme cognitif lent ^a , le fonctionnement scolaire et les symptômes internalisés chez les étudiants ayant un TDAH.	TDAH : 72	Le rythme cognitif lent est associé négativement au fonctionnement scolaire et positivement aux symptômes d'anxiété et de dépression.
Burlison et Dwyer, 2013 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et la réussite scolaire.	Tout-venant : 523	Les symptômes de TDAH ne sont pas associés à la réussite scolaire.
Canu <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Comparer les habiletés d'autodétermination, les habiletés d'étude et les habiletés de la vie quotidienne des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 313 Sans DX : 2314	Les étudiants ayant un TDAH rapportent des niveaux plus faibles d'autodétermination, d'habiletés d'étude et d'habiletés de la vie quotidienne.
Dauphinais <i>et al.</i> , 2016 Canada (Québec)	Explorer les stratégies d'apprentissage des étudiants ayant un trouble d'apprentissage associé à un TDAH.	TA/TDAH : 5	Les étudiants connaissent et utilisent 76 des 116 stratégies recensées, mais sont incertains de leur efficacité.
De Oliveira et Dias, 2017 Brésil	Décrire les difficultés scolaires des étudiants ayant un TDAH ainsi que les stratégies de coping associées à l'ajustement à l'université.	TDAH : 28	Les étudiants rapportent des difficultés associées au manque d'autonomie, au manque d'information sur le programme d'étude, à la concentration et aux relations avec les autres étudiants. Les stratégies de coping centrées sur le problème sont associées positivement à l'ajustement à l'université.
DuPaul <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Comparer la réussite des étudiants avec et sans TDAH et explorer les prédicteurs de cette réussite.	TDAH : 228 Sans DX : 228	Les étudiants ayant un TDAH ont une moyenne générale plus faible, abandonnent plus de cours et complètent moins de crédits. La motivation liée aux études prédit la moyenne générale.
DuPaul <i>et al.</i> , 2017 États-Unis	Comparer les habiletés d'étude, le fonctionnement psychosocial, l'engagement scolaire et les buts et attentes des étudiants ayant un TDAH et/ou un trouble d'apprentissage et de leurs pairs.	TDAH : 5511 TA : 2626 TDAH/TA : 1399 Sans DX : 5737	Les étudiants ayant un TDAH et/ou un trouble d'apprentissage évaluent plus faiblement leurs habiletés scolaires et leur fonctionnement psychosocial. Ils rapportent un plus grand désengagement scolaire, davantage de difficultés émotionnelles et davantage de consommation de drogues. Ils accordent davantage d'importance à leur carrière comme raison de poursuivre leurs études.
Gormley, Dupaul <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	Comparer la réussite scolaire des étudiants avec et sans TDAH et explorer l'effet de l'utilisation de services de soutien.	TDAH : 228 Sans DX : 228	Les étudiants ayant un TDAH rapportent une moyenne générale plus faible. L'utilisation des services n'a pas d'effet sur la moyenne.
Gormley, Pinho <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Évaluer l'effet médiateur des stratégies d'apprentissage et de l'utilisation des services sur la relation entre le TDAH et la réussite scolaire.	TDAH : 175 Sans DX : 180	Les étudiants ayant un TDAH ont une moyenne générale plus faible. Les stratégies d'apprentissage ont un effet médiateur, mais pas l'utilisation des services.
Jones <i>et al.</i> , 2015 États-Unis	Examiner les relations entre le style parental, les symptômes de TDAH et l'ajustement à l'université.	Tout-venant : 200	Les symptômes de TDAH sont associés négativement à ajustement à l'université. Le style parental a un faible effet modérateur.

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
Kercood <i>et al.</i> , 2017 États-Unis	Examiner les relations entre la flexibilité cognitive, les habiletés d'étude et le choix de carrière des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 26 Sans DX : 29	Les symptômes de TDAH sont associés négativement avec la flexibilité cognitive. La flexibilité cognitive est associée positivement aux habiletés d'étude. Elle est associée négativement à la confiance envers le choix de carrière chez les étudiants ayant un TDAH.
Khalis <i>et al.</i> , 2018 Canada	Examiner les relations entre les symptômes de TDAH, la réussite scolaire, les troubles internalisés, l'attachement à l'université et les relations avec les pairs.	Tout-venant : 571	Les symptômes de TDAH sont associés positivement aux troubles internalisés et négativement à la moyenne générale et à l'attachement à l'université. L'acceptation sociale et le nombre d'amitiés réciproques sont associés positivement à l'attachement à l'université. Le nombre d'amitiés réciproques est également associé positivement à la moyenne générale.
Langberg, 2014 États-Unis	Examiner l'effet de la somnolence diurne sur la réussite scolaire des étudiants ayant un TDAH.	TDAH : 68	Le degré de somnolence diurne prédit les difficultés scolaires des étudiants, mais pas leur moyenne générale.
Lewandowski <i>et al.</i> , 2013 États-Unis	Évaluer la performance et le comportement d'étudiants avec et sans TDAH lors de simulations d'examens.	TDAH : 35 Sans DX : 185	Les étudiants ayant un TDAH ont une performance équivalente à leurs pairs sans TDAH aux tâches de simulation d'examens, mais perçoivent plus négativement leur performance et ont davantage d'anxiété.
Nelson <i>et al.</i> , 2014 États-Unis	Comparer l'anxiété liée aux évaluations des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 60 Sans DX : 60	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus d'anxiété liée aux évaluations.
Niermann et Scheres, 2014 Pays-Bas	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et la procrastination.	TDAH : 54	Les symptômes d'inattention sont associés à la procrastination.
Norvilitis, Sun <i>et al.</i> , 2010 États-Unis	Examiner les relations entre les symptômes de TDAH, l'ajustement à l'université, l'efficacité personnelle liée au choix de carrière et les habiletés d'étude.	Tout-venant : 420	Les symptômes de TDAH sont associés négativement à l'ajustement à l'université, à l'efficacité personnelle liée au choix de carrière et aux habiletés d'étude.
Pope, 2010 Royaume-Uni	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et la réussite scolaire.	Tout-venant : 464	Les participants ayant des symptômes d'inattention élevés sont moins susceptibles de diplômé. Les symptômes d'inattention sont associés négativement à la moyenne générale.
Sauvé <i>et al.</i> , 2016 Canada (Québec)	Décrire les difficultés scolaires des étudiants ayant un trouble d'apprentissage et/ou un TDAH.	TDAH et/ou TA : 205	Les étudiants rapportent des difficultés de lecture, de production écrite, de mémorisation et de gestion du stress et du temps.
Schwanz <i>et al.</i> , 2007 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et la réussite scolaire.	Tout-venant : 316	Les symptômes de TDAH prédisent la moyenne générale.
Shelton <i>et al.</i> , 2017 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et de rythme cognitif lent ^a et les stratégies d'apprentissage autorégulées.	Tout-venant : 303 (TDAH : 19)	Les symptômes de TDAH prédisent négativement l'utilisation de stratégies de valeur, d'attente et d'autorégulation. Les symptômes de rythme cognitif lent prédisent négativement l'utilisation de stratégies d'autorégulation.
Simon-Dack <i>et al.</i> , 2016 États-Unis	Comparer les stratégies d'apprentissage des étudiants avec et sans TDAH.	Tout-venant : 361	Les étudiants ayant un TDAH privilégient davantage des stratégies d'apprentissage de surface (centrées sur la réussite des évaluations plutôt que sur la compréhension de la matière).

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
Weyandt, DuPaul <i>et al.</i> , 2013 États-Unis	Comparer le fonctionnement scolaire, psychologique, neuropsychologique et social des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 24 Sans DX : 26	Les étudiants ayant un TDAH présentent une moins bonne performance scolaire, plus de troubles psychologiques, des habiletés d'organisation moins développées, des difficultés plus importantes au niveau des fonctions exécutives et un moins bon ajustement social au travail et dans les études.

Note. Tout-venant : Étudiants ayant ou non un diagnostic de TDAH (p. ex., recrutés dans un cours ou par Internet); TDAH = Étudiants ayant un diagnostic de TDAH; TA = Étudiants ayant un diagnostic de trouble d'apprentissage; Sans DX = Étudiants sans diagnostic de TDAH ou de trouble d'apprentissage.

^a Trouble de l'attention caractérisé par la lenteur, la confusion, des comportements léthargiques et la tendance à la rêverie (Becker, Langberg *et al.*, 2014).

Santé mentale et bien-être (n = 33 articles)

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
Alexander et Harrison, 2013 Canada	Examiner les relations entre les symptômes de TDAH, la dépression, l'anxiété et le stress.	Tout-venant : 84	Les symptômes de TDAH sont associés positivement aux symptômes de dépression, d'anxiété et de stress.
Anastopoulos <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Évaluer la présence de troubles de santé mentale chez les étudiants avec ou sans TDAH.	TDAH : 220 Sans DX : 223	Les étudiants ayant un TDAH sont plus susceptibles de présenter un autre trouble de santé mentale.
Becker, Luebke <i>et al.</i> , 2014 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et de rythme cognitif lent ^a et les problèmes de sommeil.	Tout-venant : 288 (TDAH : 35)	Les symptômes d'hyperactivité sont associés avec la qualité et la durée du sommeil, la latence à l'endormissement et l'utilisation d'une médication pour dormir. Les symptômes d'inattention sont associés avec la fatigue durant la journée. Les symptômes de rythme cognitif lent sont associés avec la qualité du sommeil, les perturbations du sommeil et la fatigue dans la journée.
Buchanan, 2011 États-Unis	Comparer le bien-être perçu des étudiants avec et sans TDAH.	Tout-venant : 317 (TDAH : 34)	Les étudiants ayant un TDAH rapportent un niveau global de bien-être plus faible.
Cheng <i>et al.</i> , 2016 Taiwan	Explorer les facteurs physiques, psychologiques et sociaux associés aux symptômes de TDAH.	Tout-venant : 5240	Les idées suicidaires, les autres troubles de santé mentale, la dépendance à Internet, le faible niveau de soutien social et la faible qualité de vie sont plus fréquents chez les étudiants ayant des symptômes élevés de TDAH.
Dalbudak et Evren, 2014 Turquie	Explorer la relation entre les symptômes de TDAH et la personnalité limite.	Tout-venant : 271	Les symptômes de TDAH sont associés positivement à la personnalité limite.
Eddy <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Évaluer la relation entre la réussite scolaire antérieure et le fonctionnement psychosocial chez les étudiants ayant un TDAH.	TDAH : 59	La moyenne générale de l'année précédente prédit négativement le fonctionnement psychosocial. La perception de soi et les symptômes de dépression sont des variables médiatrices dans cette relation.
Eddy <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Comparer la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez les étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 102 Sans DX : 102	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus d'idées suicidaires et de tentatives de suicide.
Evren <i>et al.</i> , 2017 Turquie	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et les symptômes du trouble d'anxiété sociale.	Tout-venant : 455	Les symptômes de TDAH sont associés positivement aux symptômes du trouble d'anxiété sociale.

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
Gaultney, 2014 États-Unis	Comparer la prévalence des troubles du sommeil chez les étudiants ayant un TDAH, un trouble d'apprentissage ou aucun trouble.	Tout-venant : 1085 (TDAH : 59, TA : 16)	Les étudiants ayant un TDAH dorment moins et sont plus susceptibles de présenter de l'insomnie ou un syndrome des jambes sans repos.
Goffér <i>et al.</i> , 2018 Israël	Comparer les activités et la qualité de vie perçue des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 40 Sans DX : 40	Il n'y a pas de différence entre les groupes pour l'importance accordée aux différents domaines d'activités. Les étudiants ayant un TDAH rapportent une plus faible qualité de vie perçue.
Gray <i>et al.</i> , 2016 Canada	Évaluer les difficultés psychologiques, cognitives et scolaires associées au TDAH.	TDAH : 135	Les étudiants rapportent des niveaux élevés de détresse psychologique, des symptômes psychiatriques, des difficultés cognitives et une faible résilience. Leurs scores aux tests standardisés de fonctionnement exécutif et leur moyenne générale scolaire se situent dans la moyenne.
Gudjonsson <i>et al.</i> , 2010 Islande	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et les problèmes liés à la personnalité.	Tout-venant : 397	Les symptômes de TDAH sont associés positivement aux problèmes liés à la personnalité, particulièrement ceux liés à la responsabilité.
Harrison <i>et al.</i> , 2013 Canada	Examiner les relations entre les symptômes de TDAH, de dépression, d'anxiété et de stress.	Tout-venant : 107	Les symptômes de TDAH sont associés positivement aux symptômes de dépression, d'anxiété et de stress.
Kearns et Ruebel, 2011 États-Unis	Comparer les émotions négatives des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 64 Sans DX : 109	Les étudiants ayant un TDAH de type combiné rapportent plus d'émotions négatives. Les hommes rapportent plus d'émotions négatives que les femmes, sauf pour les étudiants ayant un TDAH de type inattention prédominante.
Kwon <i>et al.</i> , 2020 Corée du Sud	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH, les problèmes de sommeil et la qualité de vie perçue.	Tout-venant : 195	Les symptômes de TDAH sont associés positivement aux problèmes de sommeil et négativement à la qualité de vie perçue. Les problèmes de sommeil sont associés négativement à la qualité de vie perçue.
Merkt et Gawrilow, 2016 Allemagne	Comparer le fonctionnement psychologique et la motivation des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 77 Sans DX : 120	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus de difficultés de santé mentale, plus d'ambition et moins d'autocontrôle.
Mochrie <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Comparer les symptômes de dépression et la consommation de substances des étudiants avec et sans TDAH.	Tout-venant : 1748 (TDAH : 198)	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus de symptômes dépressifs, de beuverie (« binge drinking ») et de consommation de cannabis et d'autres drogues.
Mohamed <i>et al.</i> , 2020 Pays-Bas	Évaluer l'effet médiateur du fonctionnement exécutif et quotidien sur la relation entre le TDAH et les symptômes de troubles de l'humeur.	Tout-venant : 343 (TDAH : 57)	La relation entre les symptômes de TDAH et les problèmes de l'humeur est expliquée en partie par les problèmes de la vie quotidienne et le fonctionnement exécutif.
Nankoo <i>et al.</i> , 2018 Australie	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et les symptômes de dépression, d'anxiété, de stress ainsi que les traits d'autisme.	Tout-venant : 1002	Les symptômes de TDAH sont associés positivement aux symptômes de dépression, d'anxiété et de stress ainsi qu'aux traits d'autisme.
Nelson et Liebel, 2018 États-Unis	Comparer les symptômes d'anxiété et de dépression des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 150 Sans DX : 150	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus de symptômes d'anxiété et de dépression, en particulier les femmes.
Ni et Gau, 2015 Taiwan	Examiner les relations entre le style parental, les symptômes de TDAH et les troubles de santé mentale.	Tout-venant : 2284	Les symptômes de TDAH sont associés aux symptômes d'autres troubles de santé mentale. Le style parental a un effet modérateur.
Norvilitis, Linn <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et le bien-être financier perçu (revenus, dettes et inquiétudes liées aux finances).	Tout-venant : 673	Les symptômes de TDAH sont associés négativement au bien-être financier perçu.

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
O'Rourke <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Comparer les symptômes d'anxiété, les inquiétudes, les croyances liées aux inquiétudes et le sentiment d'efficacité personnelle des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 46 Sans DX : 46	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus de symptômes obsessionnels-compulsifs et de croyances inadéquates à propos des inquiétudes et un moins bon sentiment d'efficacité personnelle.
Pinho <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	Comparer la qualité de vie perçue des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 171 Sans DX : 201	Les étudiants ayant un TDAH rapportent une qualité de vie plus négative.
Prevatt, Dehili <i>et al.</i> , 2015 États-Unis	Comparer l'anxiété des étudiants avec et sans TDAH et examiner la relation entre l'anxiété et le fonctionnement cognitif (mémoire, raisonnement fluide, vitesse de traitement et compréhension verbale).	TDAH : 473 Sans DX : 200	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus d'anxiété. Les étudiants ayant beaucoup d'anxiété, mais peu de symptômes d'inattention rapportent un meilleur fonctionnement cognitif.
Sacchetti et Lefler, 2017 États-Unis	Examiner les relations entre les symptômes de TDAH, les difficultés sociales, la colère, la satisfaction conjugale et la violence conjugale.	Tout-venant : 176 (TDAH : 31)	Les symptômes de TDAH sont associés positivement aux difficultés sociales et à la colère (trait et état), mais pas à la satisfaction conjugale et à la violence conjugale.
Salla <i>et al.</i> , 2017 France	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et le stress perçu.	Tout-venant : 6951	Les symptômes de TDAH sont associés positivement au stress perçu, en particulier les symptômes d'inattention.
Shi <i>et al.</i> , 2018 Chine	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et la satisfaction de vie ainsi que le possible effet médiateur de la résilience.	Tout-venant : 526	Les symptômes d'inattention sont associés négativement à la satisfaction de vie. La résilience a un effet médiateur.
Van Eck, Ballard <i>et al.</i> , 2015 États-Unis	Examiner l'effet médiateur de la dépression et l'effet modérateur de la régulation émotionnelle sur la relation entre le TDAH et les idéations suicidaires.	Tout-venant : 627	La dépression a un effet médiateur sur la relation entre le TDAH et les idéations suicidaires alors que la régulation émotionnelle (acceptation des émotions négatives, conscience émotionnelle et comportement orienté vers un but) a un effet modérateur.
Van Eck, Morse <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Examiner l'effet médiateur de l'image corporelle sur la relation entre le TDAH et les symptômes dépressifs.	Tout-venant : 627	L'évaluation négative de l'apparence physique, les préoccupations concernant l'embonpoint et l'insatisfaction corporelle ont un effet médiateur sur la relation entre le TDAH et les symptômes dépressifs.
Willoughby et Evans, 2019 Canada	Examiner les relations entre l'autocompassion, l'acceptation du trouble et les stratégies d'apprentissage autorégulées chez les étudiants ayant un trouble d'apprentissage et/ou un TDAH.	TDAH et/ou TA : 78	L'acceptation du trouble est associée positivement à l'utilisation de stratégies d'autorégulation et au sentiment d'efficacité quant à ces stratégies. L'autocompassion est associée positivement au sentiment d'efficacité.
Wilmshurst <i>et al.</i> , 2011 États-Unis	Comparer le bien-être perçu et le concept de soi des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 17 Sans DX : 19	Il n'y a pas de différence entre les groupes pour le bien-être perçu et le concept de soi.

Note. Tout-venant : Étudiants ayant ou non un diagnostic de TDAH (p. ex., recrutés dans un cours ou par Internet); TDAH = Étudiants ayant un diagnostic de TDAH; TA = Étudiants ayant un diagnostic de trouble d'apprentissage; Sans DX = Étudiants sans diagnostic de TDAH ou de trouble d'apprentissage.

^a Trouble de l'attention caractérisé par la lenteur, la confusion, des comportements léthargiques et la tendance à la rêverie (Becker, Langberg *et al.*, 2014).

Habiletés cognitives et fonctions exécutives (n = 9 articles)

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
Bolden <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	Examiner les relations entre les symptômes de TDAH et de rythme cognitif lent ^a , les fonctions exécutives et les problèmes de sommeil.	Tout-venant : 306	Les fonctions exécutives prédisent les symptômes de TDAH et de rythme cognitif lent en contrôlant les problèmes de sommeil. Les problèmes de sommeil ne prédisent pas les symptômes de TDAH et de rythme cognitif lent en contrôlant les fonctions exécutives.
Dvorsky et Langberg, 2019 États-Unis	Examiner les relations entre les fonctions exécutives, la réussite scolaire et le fonctionnement global chez les étudiants ayant un TDAH.	TDAH : 59	La motivation évaluée par l'étudiant et la régulation émotionnelle évaluée par le parent prédisent le fonctionnement global. La motivation évaluée par l'étudiant a un effet médiateur sur la relation entre les symptômes de TDAH et fonctionnement global. L'organisation évaluée par l'étudiant a un effet médiateur entre les symptômes de TDAH et les résultats scolaires.
Grossman <i>et al.</i> , 2015 Israël	Comparer la performance à des tâches attentionnelles d'étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 14 Sans DX : 18	Les étudiants ayant un TDAH ont une moins bonne performance à une tâche de perception traditionnelle, mais une meilleure performance à une tâche demandant d'identifier des stimuli non pertinents.
Jarrett <i>et al.</i> , 2017 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et de rythme cognitif lent ^a et les fonctions exécutives.	Tout-venant : 298	Les symptômes de TDAH et de rythme cognitif lent sont associés négativement aux fonctions exécutives autorapportées. Les symptômes d'inattention sont le principal prédicteur de la motivation et de la gestion du temps. Les symptômes d'impulsivité sont le principal prédicteur de la maîtrise de soi et de la régulation émotionnelle.
Lahav <i>et al.</i> , 2018 Israël	Comparer la performance à une tâche de planification hebdomadaire d'étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 61 Sans DX : 96	Les étudiants ayant un TDAH font plus d'erreurs, prennent plus de temps pour réaliser la tâche et utilisent moins de stratégies.
Liebel et Nelson, 2017 États-Unis	Comparer la mémoire de travail visuelle et auditive des étudiants ayant un TDAH, un trouble d'apprentissage ou aucun trouble.	TDAH : 101 TA : 72 TDAH et TA : 35 Sans DX : 60	Les étudiants ayant un trouble d'apprentissage ont une mémoire de travail auditive plus faible. Il n'y a pas de différence entre les groupes pour la mémoire de travail visuelle.
Prevatt, Proctor <i>et al.</i> , 2011 États-Unis	Comparer les habiletés d'estimation de temps des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 20 Sans DX : 20	Les étudiants ayant un TDAH prennent plus de temps pour effectuer une tâche de classification et surestime davantage le temps nécessaire pour la compléter.
Semrud-Clikeman et Harder, 2011 États-Unis	Comparer les fonctions exécutives impliquées dans l'expression écrite des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 31 Sans DX : 27	Il n'y a pas de différence entre les groupes pour les mesures de fonctions exécutives et d'expression écrite. Les fonctions exécutives prédisent les scores aux mesures d'expression écrite.
Weyandt, Oster <i>et al.</i> , 2017 États-Unis	Comparer le quotient intellectuel et les fonctions exécutives des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 216 Sans DX : 220	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus de difficultés liées aux fonctions exécutives. Il n'y a pas de différence entre les groupes pour le quotient intellectuel.

Note. Tout-venant : Étudiants ayant ou non un diagnostic de TDAH (p. ex., recrutés dans un cours ou par Internet); TDAH = Étudiants ayant un diagnostic de TDAH; TA = Étudiants ayant un diagnostic de trouble d'apprentissage; Sans DX = Étudiants sans diagnostic de TDAH ou de trouble d'apprentissage.

^a Trouble de l'attention caractérisé par la lenteur, la confusion, des comportements léthargiques et la tendance à la rêverie (Becker, Langberg *et al.*, 2014).

Comportements à risque (n = 13 articles)

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
Baker <i>et al.</i> , 2012 États-Unis	Comparer la consommation de drogues et d'alcool des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 104 Sans DX : 75	Les étudiants ayant un TDAH sont plus susceptibles de nier avoir un problème d'alcool et plus nombreux à consommer du cannabis.
Benson <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et l'abus de médicaments stimulants.	Tout-venant : 900	Les étudiants ayant des symptômes de TDAH sont plus susceptibles d'abuser de médicaments stimulants.
Egan <i>et al.</i> , 2017 États-Unis	Examiner l'effet médiateur de l'impulsivité dans la relation entre le TDAH et la consommation de substances.	Tout-venant : 197 (TDAH : 24)	L'impulsivité a un effet médiateur dans la relation entre le TDAH et l'abus d'alcool et de drogues illicites.
Glass et Flory, 2012 États-Unis	Examiner la relation entre le TDAH et l'utilisation de substances.	Tout-venant : 889	Les symptômes d'inattention sont associés positivement à l'utilisation de cigarettes et aux problèmes liés à l'alcool. Les symptômes de TDAH ne sont pas associés à la consommation d'alcool et à l'utilisation de drogues illégales.
Graziano <i>et al.</i> , 2015 États-Unis	Examiner l'effet médiateur du contrôle volontaire et de la recherche de sensations sur la relation entre les symptômes de TDAH et les comportements à risque.	Tout-venant : 555 (TDAH : 32)	Le contrôle volontaire a un effet médiateur sur la relation entre les symptômes de TDAH et les comportements à risque. La recherche de sensations a un effet médiateur seulement pour la consommation de substances et les comportements sexuels à risque.
Howard et Pritchard, 2017 Canada	Comparer la consommation d'alcool, les motifs de consommation d'alcool et les stratégies de protection comportementales chez les étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 43 Sans DX : 165	Il n'y a pas de différence entre les groupes pour la consommation d'alcool et les problèmes liés à l'alcool. Les motifs de consommation et les stratégies de protection n'influencent pas la relation entre le TDAH et la consommation d'alcool.
Janusis et Weyandt, 2010 États-Unis	Comparer la consommation de substances des étudiants avec ou sans situation de handicap (dont le TDAH).	Situation de handicap : 62 (TDAH : 26) Sans DX : 78	Les étudiants en situation de handicap rapportent moins de consommation d'alcool et de cannabis. Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus d'utilisation de stimulants et moins de consommation d'alcool.
Jardin <i>et al.</i> , 2011 États-Unis	Comparer les caractéristiques des étudiants ayant un TDAH qui abusent ou non de leur médication.	TDAH : 42	Les étudiants qui abusent de leur médication rapportent plus de consommation de substances illicites, de symptômes d'hyperactivité et de recherche de sensations et moins d'attentes négatives concernant la médication.
Langberg <i>et al.</i> , 2015 États-Unis	Examiner la relation entre la consommation d'alcool, la réussite scolaire et le fonctionnement global des étudiants ayant un TDAH ainsi que l'effet médiateur des fonctions exécutives.	TDAH : 62	La consommation d'alcool prédit les difficultés fonctionnelles, mais pas la moyenne générale. Les fonctions exécutives ont un effet médiateur.
Mesman, 2015 États-Unis	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et les problèmes liés à l'alcool en contrôlant les effets des comportements antisociaux.	Tout-venant : 192	Les symptômes d'inattention sont associés positivement aux problèmes liés à l'alcool, en contrôlant les effets des comportements antisociaux.
Rooney <i>et al.</i> , 2015 États-Unis	Comparer la consommation d'alcool des étudiants avec et sans TDAH et examiner les effets médiateurs de la désinhibition et de la difficulté à cesser de boire.	TDAH : 48 Sans DX : 52	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus de problèmes liés à la consommation d'alcool. La désinhibition et la difficulté à cesser de boire ont des effets médiateurs sur la relation entre le TDAH et les problèmes d'alcool.
Rooney <i>et al.</i> , 2012 États-Unis	Comparer la consommation de substances des étudiants avec et sans TDAH.	TDAH : 53 Sans DX : 38	Les étudiants ayant un TDAH rapportent plus de tabagisme, de dépendance à l'alcool et de consommation de substances illicites.

Auteurs et pays	Objectif	Nombre de participants	Principaux résultats
Tateno <i>et al.</i> , 2018 Japon	Examiner la relation entre les symptômes de TDAH et la dépendance à Internet.	Tout-venant : 369	Les étudiants ayant des symptômes de TDAH rapportent plus de dépendance à Internet.

Note. Tout-venant : Étudiants ayant ou non un diagnostic de TDAH (p. ex., recrutés dans un cours ou par Internet); TDAH = Étudiants ayant un diagnostic de TDAH; TA = Étudiants ayant un diagnostic de trouble d'apprentissage; Sans DX = Étudiants sans diagnostic de TDAH ou de trouble d'apprentissage.

RÉUSSITE ET HABILITÉS SCOLAIRES

Selon les études recensées, les étudiants ayant un TDAH présenteraient davantage de difficultés au cours de leurs études universitaires que leurs pairs sans TDAH (Becker, Langberg *et al.*, 2014). Sur le plan de la réussite scolaire, ils auraient souvent des résultats et une moyenne générale inférieurs à ceux de leurs collègues sans TDAH (Advokat *et al.*, 2011; DuPaul *et al.*, 2018; Gormley *et al.*, 2019; Gormley *et al.*, 2018; Khalis *et al.*, 2018; Mochrie *et al.*, 2020; Pope, 2010; Weyandt *et al.*, 2013). Ils abandonneraient davantage de cours et seraient moins susceptibles de diplômé (Advokat *et al.*, 2011; DuPaul *et al.*, 2018; Pope, 2010).

Tel que rapporté plus haut, la réussite à l'université nécessite le développement de plusieurs habiletés (p. ex., organisation, gestion du temps, lecture, rédaction, étude pour les examens). Or, les étudiants ayant un TDAH semblent avoir des habiletés d'étude plus faibles que leurs pairs sans TDAH, notamment sur le plan de l'organisation du travail et du maintien de la concentration (Canu *et al.*, 2020; Norvilitis *et al.*, 2010; Shelton *et al.*, 2017; Weyandt *et al.*, 2013). Sauvé *et al.* (2016) relèvent des lacunes liées aux stratégies de lecture, de production écrite, de gestion de la mémorisation, de gestion du temps et de gestion du stress. Nelson *et al.* (2014) rapportent que les étudiants ayant un TDAH présenteraient davantage d'anxiété liée aux évaluations que leurs pairs, ce qui pourrait s'expliquer, entre autres, par leurs stratégies d'étude déficitaires. Les étudiants ayant des symptômes marqués de TDAH seraient également plus susceptibles de procrastiner que ceux ayant peu de symptômes (Niermann et Scheres, 2014) et privilégieraient davantage l'apprentissage de surface, c'est-à-dire centré sur la réussite des évaluations (Simon-Dack *et al.*, 2016).

Les étudiants ayant un TDAH évalueraient aussi plus faiblement leurs habiletés scolaires que leurs pairs sans TDAH (Advokat *et al.*, 2011; DuPaul *et al.*, 2017). Selon Dauphinais *et al.* (2016), ces étudiants connaîtraient les stratégies d'étude efficaces, mais seraient incertains de leur capacité à les employer. Dans le même sens, Lewandowski *et al.* (2013) observent que les étudiants ayant un TDAH tendent à avoir une performance et des stratégies équivalentes aux étudiants sans TDAH dans des tâches de simulation d'examens sur ordinateur, mais à percevoir leur performance plus négativement. Toutefois, selon Merkt et Gawrilow (2016), le niveau d'ambition des

étudiants ayant un TDAH, référant à leur capacité à se fixer des buts et à s'engager à les atteindre, serait plus élevé que celui de leurs pairs, ce qui pourrait constituer un mécanisme compensatoire favorisant leur réussite.

Selon le DSM-5 (APA, 2015), le TDAH s'accompagne souvent de troubles spécifiques des apprentissages. Chez les enfants et les adolescents ayant un TDAH, la prévalence de ces troubles serait de 27 à 31 % (DuPaul et Volpe, 2009). Quelques études se sont intéressées aux relations entre le TDAH et les troubles d'apprentissage à l'université. Les étudiants universitaires ayant un double diagnostic de TDAH et de trouble d'apprentissage présenteraient des difficultés plus grandes que ceux ayant uniquement un TDAH, notamment sur le plan de la mémorisation (Liebel et Nelson, 2017; Sauvé *et al.*, 2016). Ils évalueraient également plus faiblement leurs habiletés scolaires que leurs pairs ayant uniquement un TDAH (DuPaul *et al.*, 2017).

Certaines études ont exploré l'ajustement universitaire des étudiants ayant un TDAH. Ce construit, qui est associé à la rétention scolaire et à la moyenne générale, réfère à leur capacité à répondre aux demandes du milieu universitaire (Baker et Syrik, 1984; Credé et Niehorster, 2011). Les symptômes de TDAH seraient associés négativement avec les quatre dimensions de l'ajustement universitaire, soit l'ajustement scolaire, l'ajustement social, l'ajustement personnel et émotionnel et l'attachement à l'institution (Jones *et al.*, 2015; Norvilitis *et al.*, 2010).

SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2018), la santé mentale réfère à « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (para. 2). Elle ne correspond donc pas uniquement à l'absence de trouble de santé mentale. En ce sens, la présente catégorie inclut non seulement les études sur les difficultés de santé mentale des étudiants ayant un TDAH, mais aussi celles abordant leur satisfaction de vie, leur perception de soi, leurs relations sociales et la qualité de leur sommeil.

Selon le DSM-5 (APA, 2015), le TDAH serait souvent associé à d'autres troubles de santé mentale. Ainsi, la prévalence des troubles anxieux et du trouble dépressif caractérisé serait plus grande chez les adultes ayant un

TDAH que dans la population générale (APA, 2015). Les études en milieu universitaire vont dans ce sens, indiquant que les étudiants ayant un TDAH sont plus susceptibles de présenter d'autres troubles de santé mentale que leurs pairs sans TDAH, particulièrement un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux (Anastopoulos *et al.*, 2018; Weyandt *et al.*, 2013). Des études révèlent aussi que les symptômes de TDAH sont reliés positivement aux symptômes de dépression, d'anxiété et de stress (Alexander et Harrison, 2013; Harrison *et al.*, 2013; Khalis *et al.*, 2018; Mochrie *et al.*, 2020; Nankoo *et al.*, 2018; Nelson et Liebel, 2018; Ni et Gau, 2015; Prevatt *et al.*, 2015; Salla *et al.*, 2017). Ils seraient aussi associés aux symptômes du trouble d'anxiété sociale (Evren *et al.*, 2017), du trouble obsessionnel-compulsif (O'Rourke *et al.*, 2020), du trouble du spectre de l'autisme (Nankoo *et al.*, 2018), du trouble des conduites (Ni et Gau, 2015) et des troubles de la personnalité limite et antisociale (Dalbudak et Evren, 2014; Ni et Gau, 2015).

Sur le plan de l'anxiété et des problèmes de l'humeur, plusieurs études relèvent que les étudiants ayant un TDAH tendent à présenter davantage de difficultés que leurs pairs. Selon Gray *et al.* (2016), ces étudiants rapporteraient des niveaux élevés de détresse psychologique, telle que mesurée par la Kessler Psychological Distress Scale. Ils présenteraient aussi plus de pensées anxieuses et de croyances inadéquates concernant les inquiétudes (p. ex., il est dangereux de s'inquiéter) que leurs pairs sans TDAH, selon le Meta-Cognitive Questionnaire (O'Rourke *et al.*, 2020). Ils rapporteraient plus d'instabilité émotionnelle (DuPaul *et al.*, 2017), de colère (Sacchetti et Lefler, 2017) et d'idéations suicidaires (Cheng *et al.*, 2016; Eddy *et al.*, 2020). Selon une étude de Kearns et Ruebel (2011), le type de TDAH influencerait les émotions négatives ressenties, le type combiné (inattention et hyperactivité) étant relié à plus d'inconfort. Van Eck *et al.* (2015) notent quant à eux que la relation entre les symptômes de TDAH et les idéations suicidaires serait influencée par la régulation émotionnelle. Ainsi, selon ces auteurs, les étudiants ayant des symptômes de TDAH auraient moins de pensées suicidaires s'ils ont des niveaux élevés d'acceptation des émotions négatives, de conscience émotionnelle et de comportement orienté vers un but.

Concernant le bien-être perçu, la satisfaction de vie et la perception de soi, les études proposent des conclusions divergentes. Plusieurs études relèvent des niveaux plus faibles de bien-être, de qualité de vie perçue et de satisfaction de vie chez les étudiants ayant un TDAH (Buchanan *et al.*, 2011; Cheng *et al.*, 2016; Goffer *et al.*, 2018; Kwon *et al.*, 2020; Norvilitis *et al.*, 2021; Pinho *et al.*, 2019; Shi *et al.*, 2018). Leur sentiment de compétence, leur estime de soi et leur perception de maîtrise de leur environnement seraient également plus faibles (Buchanan *et al.*, 2011; Goffer *et al.*, 2018). À l'opposé, Wilmshurst *et al.* (2011) ne relèvent aucune différence significative entre les étudiants ayant un TDAH et leurs pairs quant à leur concept de soi et leur bien-être psychosocial. Les

auteurs suggèrent que certains étudiants ayant un TDAH peuvent développer une résilience qui les protégerait contre les effets négatifs de leur trouble sur la santé mentale.

Sur le plan des relations sociales, une étude de Sacchetti et Lefler (2017) révèle que les étudiants ayant des symptômes de TDAH seraient plus susceptibles de vivre des problèmes sociaux, incluant la difficulté à établir et à maintenir des amitiés, la tendance à entrer en conflit avec les autres, la difficulté à coopérer et la difficulté à s'entendre avec leurs proches. Selon Cheng *et al.* (2016), les symptômes de TDAH seraient aussi reliés à des niveaux plus faibles de soutien social perçu.

Des études relèvent également une association entre le TDAH et les problèmes de sommeil. Ainsi, les étudiants ayant des symptômes de TDAH auraient tendance à dormir moins longtemps, à avoir un sommeil de moindre qualité et à être plus fatigués dans la journée que ceux n'ayant pas de symptômes (Becker, Luebke *et al.*, 2014; Gaultney, 2014). Ils seraient également plus susceptibles de souffrir d'insomnie et de syndrome des jambes sans repos (Gaultney, 2014). Les problèmes de sommeil des étudiants ayant un TDAH seraient associés négativement à leur qualité de vie perçue (Kwon *et al.*, 2020).

HABILETÉS COGNITIVES ET FONCTIONS EXÉCUTIVES

Certaines études s'intéressent à l'évaluation des habiletés cognitives des étudiants ayant un TDAH, telles que mesurées par le quotient intellectuel et les fonctions exécutives. Une étude de Gray *et al.* (2016) relève que le score des étudiants ayant un TDAH à des tests standardisés de fonctionnement intellectuel se situe dans la moyenne de la population générale. Dans le même sens, Weyandt *et al.* (2017) ne relèvent aucune différence entre le quotient intellectuel des étudiants ayant un TDAH et celui des autres étudiants. Ces études suggèrent que les mesures standardisées d'évaluation du potentiel intellectuel ne permettent pas à elles-seules de détecter toutes les difficultés des étudiants ayant un TDAH sur le plan du fonctionnement cognitif. D'autres instruments seraient donc nécessaires pour mesurer les difficultés associées au TDAH, notamment ceux mesurant les fonctions exécutives.

Concernant les fonctions exécutives, les étudiants ayant un TDAH présenteraient davantage de difficultés que leurs pairs à des tâches mesurant l'attention et la vigilance (Weyandt et DuPaul, 2013; Weyandt *et al.*, 2017). Leurs difficultés seraient toutefois moins prononcées dans les tâches d'identification de stimuli non pertinents (Grossman *et al.*, 2015). Ils présenteraient des temps de réponse plus longs à des tâches d'estimation du temps (Prevatt *et al.*, 2011). Ils feraient aussi plus d'erreurs à une tâche de planification hebdomadaire (Lahay *et al.*, 2018). Des études employant des instruments autorapportés (p. ex., Barkley Functional Impairment Scale, Behavior Rating Inventory of Executive Function)

suggèrent également une association entre les symptômes de TDAH et des difficultés liées aux fonctions exécutives, incluant la mémoire de travail, la gestion du temps, l'organisation et la planification ainsi que l'autorégulation des émotions et du comportement (Bolden *et al.*, 2019; Jarett *et al.*, 2017; Kwon *et al.*, 2020; Weyandt et DuPaul, 2013; Weyandt *et al.*, 2017). Les symptômes de TDAH seraient aussi associés négativement à la flexibilité cognitive, soit la capacité de modifier ses pensées et ses comportements en fonction des demandes de la situation (Kercood *et al.*, 2017).

COMPORTEMENTS À RISQUE

Dans la présente recension, les comportements à risque incluent la consommation abusive d'alcool et de drogues ainsi que la dépendance à Internet. Nous n'avons pas considéré les comportements dont l'effet sur la réussite scolaire a été peu étudié, notamment la conduite automobile dangereuse et les comportements sexuels à risque. Concernant la consommation d'alcool, les conclusions diffèrent selon les études. Certaines relèvent que la consommation d'alcool des étudiants ayant un TDAH serait équivalente ou moindre à celle de leurs pairs (Howard et Pritchard, 2017; Janusis et Weyandt, 2010). À l'opposé, d'autres études notent que les étudiants ayant un TDAH consommeraient plus d'alcool que leurs pairs et seraient plus susceptibles d'avoir des problèmes d'alcool (Baker *et al.*, 2012; Mochrie *et al.*, 2020; Rooney *et al.*, 2015; Rooney *et al.*, 2012). Les symptômes d'inattention seraient davantage reliés aux problèmes d'alcool que les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité (Glass et Flory, 2012; Mesman, 2015).

Sur le plan des drogues, des études révèlent une consommation supérieure chez les étudiants ayant un TDAH (DuPaul *et al.*, 2017; Mochrie *et al.*, 2020; Rooney *et al.*, 2012). Ils seraient aussi plus susceptibles d'abuser de médicaments psychostimulants (Benson *et al.*, 2018; Janusis et Weyandt, 2010). Les étudiants qui abusent de leur médication seraient moins susceptibles de croire qu'elle peut avoir des effets secondaires négatifs ou non prévus (Jardin *et al.*, 2011). La relation entre les symptômes de TDAH et la consommation de substances serait médiée par l'impulsivité et la recherche de sensations (Egan *et al.*, 2017; Graziano *et al.*, 2015).

Les symptômes de TDAH seraient également reliés à la dépendance à Internet, en particulier les symptômes d'inattention (Cheng *et al.*, 2016; Tateno *et al.*, 2018). Il est possible que les sources de stimulation rapides et variées offertes par l'utilisation d'Internet soient particulièrement attrayantes pour les étudiants ayant un TDAH.

Discussion

La présente recension dresse un portrait des conséquences du TDAH chez les étudiants universitaires. Elle met en lumière le grand nombre d'aspects pouvant être affectés par le TDAH. Elle confirme ainsi que les

difficultés des étudiants ayant un TDAH vont au-delà des fonctions exécutives décrites dans les modèles de Barkley (1997) et de Brown (2006), touchant également les sphères des études, de la santé mentale et des comportements à risque. Ces différentes dimensions peuvent également interagir les unes avec les autres. Si la plupart des études recensées se concentrent sur les aspects négatifs du TDAH, certaines recherches soulèvent aussi les forces des étudiants ayant ce trouble, notamment l'ambition et la résilience.

La recension fait également ressortir la grande variété des méthodes employées pour évaluer les conséquences du TDAH, à la fois sur le plan du type d'étude (étude corrélacionnelle ou comparaison entre des groupes), du nombre de participants et des variables mesurées. Elle met aussi en évidence les divergences entre les études, qui pourraient notamment être dues à cette diversité dans les méthodes employées. L'absence de consensus dans les résultats suggère aussi que les effets du TDAH sur le fonctionnement et le bien-être peuvent varier d'un étudiant à l'autre.

Certaines limites de la présente recension doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. D'abord, la présentation des résultats des études recensées tient peu compte des différences de genre. Or, plusieurs études relèvent que les symptômes de TDAH et les difficultés associées s'expriment différemment selon le genre (Carbonneau *et al.*, 2021). La recension ne tient également pas compte de l'effet des traitements et des mesures d'aide pour le TDAH, notamment la médication, la consultation de professionnels et le recours à des aménagements dans les études. Elle ne permet donc pas de déterminer si les étudiants qui bénéficient de ces mesures vivent moins de conséquences liées au TDAH dans leurs études. D'autres thèmes abordés dans la littérature scientifique sur le TDAH, notamment le processus d'obtention du diagnostic et la simulation des symptômes, ne sont également pas pris en compte. De même, certaines conséquences du TDAH plus éloignées de la sphère des études, notamment celles liées au travail, aux relations amoureuses et à la conduite automobile, ont été laissées de côté. Enfin, nous avons choisi de ne pas inclure les études qualitatives dans la recension afin de favoriser la comparaison des résultats et de limiter le nombre d'articles. Cette exclusion des recherches qualitatives peut avoir mener à ignorer certaines des conséquences rapportées par les étudiants ayant un TDAH. D'autres recensions tenant compte des études qualitatives seraient nécessaires pour dresser un portrait global des répercussions du TDAH sur la vie des étudiants, à la fois dans la sphère scolaire et dans leur vie quotidienne.

Les conséquences du TDAH relevées dans la présente recension peuvent suggérer des pistes d'évaluation et d'intervention pour les professionnels exerçant auprès des étudiants ayant un TDAH, notamment ceux des services de soutien universitaires. Il apparaît qu'une évaluation rigoureuse des besoins et des forces de chaque étudiant est

nécessaire afin de définir les interventions les plus pertinentes. L'intervention auprès des étudiants ayant un TDAH se révèle complexe et implique de nombreuses dimensions à explorer dans l'évaluation.

Abstract

Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common disorders among university students in Quebec. To guide interventions with students presenting this disorder, this article aims to provide a picture of the consequences of ADHD on university studies, based on a review of the scientific literature. The 79 selected studies show that students with ADHD have difficulties related to study skills, mental health and well-being, executive functions as well as risky behaviors. However, the nature and severity of their difficulties vary from one study to another. Students with ADHD also have strengths such as ambition and resilience, but these remain little explored.

Keywords: attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD), university students, study skills, mental health, executive functions, risky behaviors

Références

- Advokat, C., Lane, S. M. et Luo, C. (2011). College students with and without ADHD: Comparison of self-report of medication usage, study habits, and academic achievement. *Journal of Attention Disorders, 15*, 656-666. <https://doi.org/10.1177/1087054710371168>
- Alexander, S. J. et Harrison, A. G. (2013). Cognitive responses to stress, depression, and anxiety and their relationship to ADHD symptoms in first year psychology students. *Journal of Attention Disorders, 17*, 29-37. <https://doi.org/10.1177/1087054711413071>
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e ed.). Elsevier.
- Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., Morrissey-Kane, E., Sommer, J. L., Rhoads, L. H., Murphy, K. R., Gormley, M. J. et Gudmundsdottir, B. G. (2018). Rates and patterns of comorbidity among first-year college students with ADHD. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology, 47*, 236-247. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1105137>
- Association québécoise interuniversitaire des conseillers aux étudiants en situation de handicap. (2020). *Statistiques concernant les étudiants en situation de handicap dans les universités québécoises, 2019-2020*. <https://www.aqicesh.ca/wp-content/uploads/2020/11/Statistiques-AQICESH-2019-2020-sans-les-universites.rev.pdf>
- Baker, L., Prevatt, F. et Proctor, B. (2012). Drug and alcohol use in college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders, 16*, 255-263. <https://doi.org/10.1177/1087054711416314>
- Baker, R. W. et Siryk, B. (1984). Measuring adjustment to college. *Journal of Counseling Psychology, 31*, 179-189. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.31.2.179>
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*, 65-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Becker, S. P., Langberg, J. M., Luebbe, A. M., Dvorsky, M. R. et Flannery, A. J. (2014). Sluggish cognitive tempo is associated with academic functioning and internalizing symptoms in college students with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 388-403. <https://doi.org/10.1002/jclp.22046>
- Becker, S. P., Luebbe, A. M. et Langberg, J. M. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder dimensions and sluggish cognitive tempo symptoms in relation to college students' sleep functioning. *Child Psychiatry et Human Development, 45*, 675-85. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0436-8>
- Benson, K., Woodlief, D. T., Flory, K., Siceloff, E. R., Coleman, K. et Lamont, A. (2018). Is ADHD, independent of ODD, associated with whether and why college students misuse stimulant medication? *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 26*, 476-487. <https://doi.org/10.1037/pha0000202>
- Bolden, J., Gilmore-Kern, J. E. et Fillauer, J. P. (2019). Associations among sleep problems, executive dysfunctions, and attention-deficit/hyperactivity disorder symptom domains in college students. *Journal of American College Health, 67*, 320-327. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1481070>
- Brown, T. E. (2006). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education, 53*, 35-46. <https://doi.org/10.1080/10349120500510024>
- Buchanan, T. (2011). Attention deficit/hyperactivity disorder and well-being: Is social impairment an issue for college students with ADHD? *Journal of Postsecondary Education and Disability, 24*, 193-210.
- Burlison, J. D. et Dwyer, W. O. (2013). Risk screening for ADHD in a college population: Is there a relationship with academic performance? *Journal of Attention Disorders, 17*, 58-63. <https://doi.org/10.1177/1087054711423628>
- Canu, W. H., Stevens, A. E., Ranson, L., Lefler, E. K., LaCount, P., Serrano, J. W., Willcutt, E. et Hartung, C. M. (2021). College readiness: Differences between first-year undergraduates with and without ADHD. *Journal of Learning Disabilities, 54*(6), 403-411. <https://doi.org/10.1177/0022219420972693>
- Carbonneau, M. L., Demers, M., Bigras, M. et Guay, M.-C. (2021). Meta-analysis of sex differences in ADHD symptoms and associated cognitive deficits. *Journal of Attention Disorders, 25*, 1640-1656. <https://doi.org/10.1177/1087054720923736>

- Cheng, S. H., Lee, C.-T., Chi, M. H., Sun, Z.-J., Chen, P. S., Chang, Y.-F., Yeh, C.-B., Yang, Y. K. et Yang, Y.-C. (2016). Factors related to self-reported attention deficit among incoming university students. *Journal of Attention Disorders*, 20, 754-762. <https://doi.org/10.1177/1087054714550335>
- Credé, M. et Niehorster, S. (2012). Adjustment to college as measured by the student adaptation to college questionnaire: A quantitative review of its structure and relationships with correlates and consequences. *Educational Psychology Review*, 24, 133-165. <https://doi.org/10.1007/s10648-011-9184-5>
- Dalbudak, E. et Evren, C. (2015). The impact of childhood traumas, depressive and anxiety symptoms on the relationship between borderline personality features and symptoms of adult attention deficit hyperactivity disorder in Turkish university students. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69, 42-47. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.922612>
- Dauphinais, N., Rousseau, N. et St-Vincent, L.-A. (2016). Des étudiants ayant un trouble d'apprentissage associé à un trouble déficitaire de l'attention: Possèdent-ils le bagage de stratégies pour réussir à l'université? *Éducation et francophonie*, 44, 46-72. <https://doi.org/10.7202/1036172ar>
- De Oliveira, C. T. et Dias, A. C. G. (2017). Difficulties and coping strategies of college students with ADHD symptoms. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 19, 281-291.
- Diamond, A. et Lee, K. (2011). Interventions shown to aid executive function development in children 4 to 12 years old. *Science*, 333, 959-964. <https://doi.org/10.1126/science.1204529>
- DuPaul, G. J., Franklin, M. K., Pollack, B. L., Stack, K. S., Jaffe, A. R., Gormley, M. J., Anastopoulos, A. D. et Weyandt, L. L. (2018). Predictors and trajectories of educational functioning in college students with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 31, 161-178.
- DuPaul, G. J., Pinho, T. D., Pollack, B. L., Gormley, M. J. et Laracy, S. D. (2017). First-year college students with ADHD and/or LD: Differences in engagement, positive core self-evaluation, school preparation, and college expectations. *Journal of Learning Disabilities*, 50, 238-251. <https://doi.org/10.1177/0022219415617164>
- DuPaul, G. J. et Volpe, R. J. (2009). ADHD and learning disabilities: Research findings and clinical implications. *Current Attention Disorders Reports*, 1, 152-155. <https://doi.org/10.1007/s12618-009-0021-4>
- Dvorsky, M. R. et Langberg, J. M. (2019). Predicting impairment in college students with ADHD: The role of executive functions. *Journal of Attention Disorders*, 23, 1624-1636. <https://doi.org/10.1177/1087054714548037>
- Eddy, L. D., Dvorsky, M. R., Molitor, S. J., Bourchtein, E., Smith, Z., Oddo, L. E., Eadeh, H.-M. et Langberg, J. M. (2018). Longitudinal evaluation of the cognitive-behavioral model of ADHD in a sample of college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22, 323-333. <https://doi.org/10.1177/1087054715616184>
- Eddy, L. D., Eadeh, H.-M., Breaux, R. et Langberg, J. M. (2020). Prevalence and predictors of suicidal ideation, plan, and attempts, in first-year college students with ADHD. *Journal of American College Health*, 68, 313-319. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1549555>
- Egan, T. E., Dawson, A. E. et Wymbs, B. T. (2017). Substance use in undergraduate students with histories of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): The Role of Impulsivity. *Substance Use et Misuse*, 52, 1375-1386. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1281309>
- Evren, C., Dalbudak, E., Ozen, S. et Evren, B. (2017). The relationship of social anxiety disorder symptoms with probable attention deficit hyperactivity disorder in Turkish university students: Impact of negative affect and personality traits of neuroticism and extraversion. *Psychiatry Research*, 254, 158-163. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.039>
- Gaultney, J. F. (2014). College students with ADHD at greater risk for sleep disorders. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 27, 5-18.
- Glass, K. et Flory, K. (2012). Are symptoms of ADHD related to substance use among college students? *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 124-132. <https://doi.org/10.1037/a0024215>
- Goffer, A., Cohen, M., Berger, I. et Maeir, A. (2019). Beyond academic outcomes: Occupational profile and quality of life among college students with and without attention deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Occupational Therapy*, 82, 170-178. <https://doi.org/10.1177/0308022618782809>
- Gormley, M. J., DuPaul, G. J., Weyandt, L. L. et Anastopoulos, A. D. (2019). First-year GPA and academic service use among college students with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23, 1766-1779. <https://doi.org/10.1177/1087054715623046>
- Gormley, M. J., Pinho, T., Pollack, B., Puzino, K., Franklin, M. K., Busch, C., DuPaul, G. J., Weyandt, L. L. et Anastopoulos, A. D. (2018). Impact of study skills and parent education on first-year GPA among college students with and without ADHD: A moderated mediation model. *Journal of Attention Disorders*, 22, 334-348. <https://doi.org/10.1177/1087054715594422>
- Gray, S. A., Fettes, P., Woltering, S., Mawjee, K. et Tannock, R. (2016). Symptom manifestation and impairments in college students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 49, 616-630. <https://doi.org/10.1177/0022219415576523>
- Graziano, P. A., Reid, A., Slavec, J., Paneto, A., McNamara, J. P. et Geffken, G. R. (2015). ADHD symptomatology and risky health, driving, and financial behaviors in college: The mediating role of

- sensation seeking and effortful control. *Journal of Attention Disorders*, 19, 179-190. <https://doi.org/10.1177/1087054714527792>
- Green, A. L. et Rabiner, D. L. (2012). What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics*, 9, 559-568. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0127-8>
- Grossman, E. S., Hoffman, Y. S. G., Berger, I. et Zivotofsky, A. Z. (2015). Beating their chests: University students with ADHD demonstrate greater attentional abilities on an inattentive blindness paradigm. *Neuropsychology*, 29, 882-887. <https://doi.org/10.1037/neu0000189>
- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Guðmundsdóttir, H. B., Sigurjónsdóttir, S. et Smari, J. (2010). The relationship between ADHD symptoms in college students and core components of maladaptive personality. *Personality and Individual Differences*, 48, 601-606. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.12.015>
- Harrison, A. G., Alexander, S. J. et Armstrong, I. T. (2013). Higher reported levels of depression, stress, and anxiety are associated with increased endorsement of ADHD Symptoms by postsecondary students. *Canadian Journal of School Psychology*, 28, 243-260. <https://doi.org/10.1177/0829573513480616>
- Howard, A. L. et Pritchard, T. R. (2017). Heavy drinking in university students with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions of drinking motives and protective behavioral strategies. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 11. <https://doi.org/10.1177/1178221817723318>
- Huggins, S. P., Rooney, M. E. et Chronis-Tuscano, A. (2015). Risky sexual behavior among college students with ADHD: Is the mother-child relationship protective? *Journal of Attention Disorders*, 19, 240-250. <https://doi.org/10.1177/108705471459560>
- Janusis, G. M. et Weyandt, L. L. (2010). An exploratory study of substance use and misuse among college students with and without ADHD and other disabilities. *Journal of Attention Disorders*, 14, 205-215. <https://doi.org/10.1177/1087054710367600>
- Jardin, B., Looby, A. et Earleywine, M. (2011). Characteristics of college students with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms who misuse their medications. *Journal of American College Health*, 59, 373-377. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.513073>
- Jarrett, M. A., Rapport, H. F., Rondon, A. T. et Becker, S. P. (2017). ADHD dimensions and sluggish cognitive tempo symptoms in relation to self-report and laboratory measures of neuropsychological functioning in college students. *Journal of Attention Disorders*, 21, 673-683. <https://doi.org/10.1177/1087054714560821>
- Jones, H. A., Rabinovitch, A. E. et Hubbard, R. R. (2015). ADHD symptoms and academic adjustment to college: The role of parenting style. *Journal of Attention Disorders*, 19, 251-259. <https://doi.org/10.1177/1087054712473181>
- Kercood, S., Lineweaver, T. T., Frank, C. C. et Fromm, E. D. (2018). Cognitive flexibility and its relationship to academic achievement and career choice of college students with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 30, 327-342.
- Khalis, A., Mikami, A. Y. et Hudec, K. L. (2018). Positive peer relationships facilitate adjustment in the transition to university for emerging adults with ADHD symptoms. *Emerging Adulthood*, 6, 243-254. <https://doi.org/10.1177/2167696817722471>
- Kwon, S.J., Kim, Y. et Kwak, Y. (2020) Relationship of sleep quality and attention deficit hyperactivity disorder symptoms with quality of life in college students. *Journal of American College Health*, 68, 536-542. <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1583650>
- Lahav, O., Ben-Simon, A., Inbar-Weiss, N. et Katz, N. (2018). Weekly calendar planning activity for university students: Comparison of individuals with and without ADHD by gender. *Journal of Attention Disorders*, 22, 368-378. <https://doi.org/10.1177/1087054714564621>
- Langberg, J. M., Dvorsky, M. R., Becker, S. P. et Molitor, S. J. (2014). The impact of daytime sleepiness on the school performance of college students with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A prospective longitudinal study. *Journal of Sleep Research*, 23, 320-327. <https://doi.org/10.1111/jsr.12121>
- Langberg, J. M., Dvorsky, M. R., Kipperman, K. L., Molitor, S. J. et Eddy, L. D. (2015). Alcohol use longitudinally predicts adjustment and impairment in college students with ADHD: The role of executive functions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29, 444-454. <https://doi.org/10.1037/adb0000039>
- Lewandowski, L., Gathje, R. A., Lovett, B. J. et Gordon, M. (2013). Test-taking skills in college students with and without ADHD. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 31, 41-52. <https://doi.org/10.1177/0734282912446304>
- Liebel, S. W. et Nelson, J. M. (2017). Auditory and visual working memory functioning in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder and/or learning disabilities. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 32, 980-991. <https://doi.org/10.1093/arclin/acx014>
- Merkt, J. et Gawrilow, C. (2016). Health, dietary habits, and achievement motivation in college students with self-reported ADHD diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 20, 727-740. <https://doi.org/10.1177/1087054714523127>
- Mesman, G. R. (2015). The Relation Between ADHD symptoms and alcohol use in college students. *Journal of Attention Disorders*, 19(8), 694-702. <https://doi.org/10.1177/1087054713498931>
- Mochrie, K. D., Whited, M. C., Cellucci, T., Freeman, T. et Corson, A. T. (2020). ADHD, depression, and substance abuse risk among beginning college

- students. *Journal of American College Health*, 68, 6-10. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1515754>
- Mohamed, S. M. H., Börger, N. A. et van der Meere, J. J. (2021). Executive and daily life functioning influence the relationship between ADHD and mood symptoms in university students. *Journal of Attention Disorders*, 25, 1731-1742. <https://doi.org/10.1177/1087054719900251>
- Nankoo, M. M. A., Palermo, R., Bell, J. A. et Pestell, C. M. (2019). Examining the rate of self-reported ADHD-related traits and endorsement of depression, anxiety, stress, and autistic-like traits in Australian university students. *Journal of Attention Disorders*, 23, 869-886. <https://doi.org/10.1177/1087054718758901>
- Nelson, J. M. et Liebel, S. W. (2018). Anxiety and depression among college students with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Cross-informant, sex, and subtype differences. *Journal of American College Health*, 66, 123-132. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1382499>
- Nelson, J. M., Lindstrom, W. et Foels, P. A. (2014). Test anxiety and college students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 32, 548-557. <https://doi.org/10.1177/0734282914521978>
- Ni, H.-C. et Gau, S. S.-F. (2015). Co-occurrence of attention-deficit hyperactivity disorder symptoms with other psychopathology in young adults: Parenting style as a moderator. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 85-96. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.002>
- Niermann, H. C. M. et Scheres, A. (2014). The relation between procrastination and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in undergraduate students: Role of procrastination in ADHD-related symptoms. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, 411-421. <https://doi.org/10.1002/mp.1440>
- Norvilitis, J. M., Linn, B. K. et Merwin, M. M. (2021). The relationship between ADHD symptomatology and financial well-being among college students. *Journal of Attention Disorders*, 25, 1051-1057. <https://doi.org/10.1177/1087054719887446>
- Norvilitis, J. M., Sun, L. et Zhang, J. (2010). ADHD symptomatology and adjustment to college in China and the United States. *Journal of Learning Disabilities*, 43, 86-94. <https://doi.org/10.1177/0022219409345012>
- Organisation mondiale de la santé. (2018, 30 mars). Santé mentale : renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- O'Rourke, S. R., Bray, A. C. et Anastopoulos, A. D. (2020). Anxiety symptoms and disorders in college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 24, 1764-1774. <https://doi.org/10.1177/1087054716685837>
- Pinho, T. D., Manz, P. H., DuPaul, G. J., Anastopoulos, A. D. et Weyandt, L. L. (2019). Predictors and moderators of quality of life among college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23, 1736-1745. <https://doi.org/10.1177/1087054717734645>
- Pope, D. J. (2010). The impact of inattention, hyperactivity and impulsivity on academic achievement in UK university students. *Journal of Further and Higher Education*, 34, 335-345. <https://doi.org/10.1080/0309877X.2010.484053>
- Pope, D., Whiteley, H., Smith, C., Lever, R., Wakelin, D., Dudiak, H. et Dewart, H. (2007). Relationships between ADHD and dyslexia screening scores and academic performance in undergraduate psychology students: Implications for teaching, learning and assessment. *Psychology Learning et Teaching*, 6, 114-120. <https://doi.org/10.2304/plat.2007.6.2.114>
- Prevatt, F., Dehili, V., Taylor, N. et Marshall, D. (2015). Anxiety in college students with ADHD: Relationship to cognitive functioning. *Journal of Attention Disorders*, 19, 222-230. <https://doi.org/10.1177/1087054712457037>
- Prevatt, F., Proctor, B., Baker, L., Garrett, L. et Yelland, S. (2011). Time estimation abilities of college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15, 531-538. <https://doi.org/10.1177/1087054710370673>
- Rooney, M., Chronis-Tuscano, A. M. et Huggins, S. (2015). Disinhibition mediates the relationship between ADHD and problematic alcohol use in college students. *Journal of Attention Disorders*, 19, 313-327. <https://doi.org/10.1177/1087054712459885>
- Rooney, M., Chronis-Tuscano, A. et Yoon, Y. (2012). Substance use in college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 16, 221-234. <https://doi.org/10.1177/1087054710392536>
- Kearns, T. B. et Ruebel, J. B. (2011). Relationship between negative emotion and ADHD among college males and females. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 24, 31-42.
- Sachetti, G. M. et Lefler, E. K. (2017). ADHD symptomatology and social functioning in college students. *Journal of Attention Disorders*, 21, 1009-1019. <https://doi.org/10.1177/1087054714557355>
- Salla, J., Galéra, C., Guichard, E., Tzourio, C. et Michel, G. (2019). ADHD symptomatology and perceived stress among French college students. *Journal of Attention Disorders*, 23, 1711-1718. <https://doi.org/10.1177/1087054716685841>
- Sauvé, L., Racette, N., Bégin, S. et Mendoza, G. A. A. (2016). Quelles sont les stratégies d'apprentissage que les étudiants universitaires ayant un ou des troubles d'apprentissage ou un déficit d'attention doivent apprendre à utiliser? *Éducation et francophonie*, 44, 73-95. <https://doi.org/10.7202/1036173ar>
- Semrud-Clikeman, M. et Harder, L. (2011). Neuropsychological correlates of written expression

- in college students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(3), 215-223. <https://doi.org/10.1177/1087054709359169>
- Shelton, C. R., Addison, W. E. et Hartung, C. M. (2019). ADHD and SCT symptomatology in relation to college students' use of self-regulated learning strategies. *Journal of Attention Disorders*, 23, 1719-1728. <https://doi.org/10.1177/1087054717691134>
- Shi, M., Liu, L., Sun, X. et Wang, L. (2018). Associations between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: The mediating effect of resilience. *BMC Medical Education*, 18, 164. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1261-8>
- Simon-Dack, S. L., Rodriguez, P. D. et Marcum, G. D. (2016). Study habits, motives, and strategies of college students with symptoms of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20, 775-781. <https://doi.org/10.1177/1087054714543369>
- Tateno, M., Tateno, Y., Kamikobe, C., Monden, R., Sakaoka, O., Kanazawa, J., Kato, T. A. et Saito, T. (2018). Internet addiction and attention-deficit/hyperactivity disorder traits among female college students in Japan. *Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 144-148. <https://doi.org/10.5765/jkacap.180011>
- Van Eck, K., Ballard, E., Hart, S., Newcomer, A., Musci, R. et Flory, K. (2015). ADHD and suicidal ideation: The roles of emotion regulation and depressive symptoms among college students. *Journal of Attention Disorders*, 19, 703-714. <https://doi.org/10.1177/1087054713518238>
- Van Eck, K., Morse, M. et Flory, K. (2018). The role of body image in the link between ADHD and depression symptoms among college students. *Journal of Attention Disorders*, 22(5), 435-445. <https://doi.org/10.1177/1087054715580845>
- Weyandt, L., DuPaul, G. J., Verdi, G., Rossi, J. S., Swentosky, A. J. et Vilaro, B. S. (2013). The performance of college students with and without ADHD: Neuropsychological, academic, and psychosocial functioning. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 421-435. <https://doi.org/10.1007/s10862-013-9351-8>
- Weyandt, L. L., Oster, D. R., Gudmundsdottir, B. G., DuPaul, G. J. et Anastopoulos, A. D. (2017). Neuropsychological functioning in college students with and without ADHD. *Neuropsychology*, 31, 160-172. <https://doi.org/10.1037/neu0000326>
- Willoughby, D. et Evans, M. A. (2019). Self-processes of acceptance, compassion, and regulation of learning in university students with learning disabilities and/or ADHD. *Learning Disabilities Research et Practice*, 34, 175-184. <https://doi.org/10.1111/ldrp.12209>
- Wilmschurst, L., Peele, M. et Wilmschurst, L. (2011). Resilience and well-being in college students with and without a diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15, 11-17. <https://doi.org/10.1177/1087054710383369>

**TROUBLE DE DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ ET PLEINE CONSCIENCE
CHEZ L'ENFANT D'ÂGE SCOLAIRE : UNE ÉTUDE CORRÉLATIONNELLE**

Mathilde Ouellette, Anthony Audet-Boisvert, Mathilde Saudrais et Véronique Parent

Université de Sherbrooke

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) se caractérise par la présence de symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité. La pleine conscience (PC) cible l'attention par sa définition qui implique de porter son attention de manière intentionnelle et sans jugement sur l'expérience qui se déploie dans le moment présent. Le lien entre le TDAH et la PC demeure peu documenté chez les enfants. La présente étude a pour objectif d'évaluer la relation entre le TDAH et le trait de PC chez des enfants âgés de 8 à 12 ans. Trente-sept enfants et un de leur parent ont participé à l'étude, lesquels ont été répartis en deux groupes selon la présence ou non d'un diagnostic de TDAH chez l'enfant. Un questionnaire sociodémographique a été utilisé afin de documenter les caractéristiques des participants. Deux questionnaires ont été utilisés pour mesurer la PC (Child and Adolescents Mindfulness Measure [CAMM] et Five-Facet Mindfulness Questionnaire adapté aux enfants [FFMQ-E]) ainsi qu'un questionnaire pour mesurer les symptômes de TDAH (Swanson, Nolan and Pelham Parenting Scale [SNAP-IV]). Des analyses descriptives et des analyses corrélationnelles ont été effectuées. Les résultats permettent de confirmer la présence d'une relation entre la présence ou non d'un diagnostic TDAH, les symptômes associés, et les différentes dimensions de la PC chez les enfants. Les résultats sont discutés en regard du concept de PC, du contexte développemental propre à l'enfant et de leur utilité dans le déploiement d'interventions basées sur la pleine conscience chez les jeunes ayant un TDAH.

See end of text for English abstract

Mots-clés : Pleine conscience, trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, attention, enfants

Correspondance : Véronique Parent, Ph.D., Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 150 Place Charles-Le Moyne, Longueuil, Québec, Canada, J4K 0A8

Introduction

Les symptômes du TDAH se regroupent en deux catégories, soit les symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité. Le diagnostic est posé chez l'enfant qui présente au moins six symptômes dans l'une, l'autre ou les deux catégories de symptômes, et ce, pendant une durée d'au moins 6 mois. De plus, les symptômes doivent être présents dans au moins deux milieux (p. ex., à la maison et à l'école) et altérer le fonctionnement de l'individu sur les plans social, scolaire ou occupationnel. Concrètement, le TDAH implique une difficulté à diriger et à maintenir son attention de manière volontaire, ainsi que des comportements témoignant d'une difficulté d'autorégulation comportementale et d'une difficulté d'auto-évaluation (American Psychiatric Association, 2013), ce qui contraste notamment avec la définition classique de l'attention de W. James (1890) précisant que « l'attention est la prise de possession par l'esprit sous une forme claire et vive d'un objet ou d'une suite de pensées parmi plusieurs ».

Le trouble est fréquent; la prévalence étant estimée à 5% chez les enfants (American Psychiatric Association, 2013). De plus, le TDAH est souvent associé à la présence de comorbidité, et ce, dans près de 86% des cas selon une étude récente (Akmatov, Ermakova et Bätzing, 2019). Les comorbidités les plus fréquentes chez l'enfant ayant un TDAH sont le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites, les troubles spécifiques du langage, de l'apprentissage et du développement moteur puis les troubles du spectre de l'autisme (Jensen et Steinhausen, 2015). Les jeunes présentant un TDAH doivent de surcroît faire face à plusieurs défis (Schachar, 2009). Sur le plan social, l'on note notamment des difficultés à établir des liens satisfaisants avec ses pairs (Hoza, 2007). De même, sur le plan scolaire, les enfants ayant un TDAH ont souvent des performances scolaires plus faibles ou des comportements problématiques qui entravent leur fonctionnement à l'école (Zavadenko et Simashkova, 2015).

Devant l'importance du trouble, la mise en place d'interventions efficaces s'avère nécessaire. Parmi les interventions recommandées, l'on retrouve la

pharmacothérapie (dont particulièrement les psychostimulants) et les interventions psychosociales ou la combinaison des deux (Van der Oord, Prins, Oosterlaan et Emelkamp, 2008). Les bienfaits des psychostimulants comprennent une réduction des symptômes du TDAH. Les processus cognitifs comme la mémoire à court terme, la vigilance et le temps de réponse peuvent aussi être améliorés, tant pour les enfants que pour les adultes (Leahy, 2017). Les psychostimulants peuvent aussi causer des effets secondaires, dont les principaux sont les problèmes de sommeil et la perte d'appétit (Faber *et al.*, 2006). De plus, les connaissances sur les effets à long terme de l'usage des psychostimulants méritent d'être approfondies (p. ex., Meijer *et al.*, 2009). Ceci, en plus des croyances et des choix personnels des individus présentant un TDAH (ou des parents dans le cas où la personne diagnostiquée est un enfant) incitent la communauté scientifique à poursuivre le développement de méthodes de traitement complémentaires en vue de diminuer les symptômes du trouble, incluant les interventions psychosociales, dans une perspective de traitement intégré.

La psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale, les interventions comportementales, l'entraînement aux habiletés parentales et l'entraînement aux habiletés sociales constituent des exemples d'interventions psychosociales complémentaires utilisées dans le traitement du TDAH (Canadian ADHD Resource Alliance, 2020). À l'inverse des psychostimulants, les interventions psychosociales seules sont, à ce jour, moins concluantes quant à la diminution des symptômes du TDAH (Falissard, Coghill, Rothenberger et Lorenzo, 2010). Elles sont davantage efficaces pour améliorer la gestion des difficultés associées au TDAH, et pour certaines populations spécifiques, par exemple pour les enfants d'âge préscolaire (Root et Resnick, 2003). Ainsi, une approche multimodale jumelant à la fois la prise de médication et les interventions psychosociales « améliore non seulement les principaux symptômes du TDAH, mais également la qualité de vie générale, en atténuant les atteintes fonctionnelles résultantes de ce trouble » (Canadian ADHD Resource Alliance, 2020). Les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) (nommées « entraînement à la pleine conscience » par le CADDRA) constituent également une stratégie d'intervention associée au TDAH.

Pleine conscience

La pleine conscience, aussi nommée présence attentive, ou *mindfulness* en anglais, peut être décrite comme un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention de manière intentionnelle et sans jugement sur l'expérience qui se déploie dans le moment présent (Kabat-Zinn, 2003). La pleine conscience tire ses origines de la tradition bouddhiste (Grégoire, Lachance et Richer, 2016), où elle était pratiquée dans l'optique de modifier ses perspectives et de s'affranchir de ses souffrances. Cette pratique servait, et sert encore, à accroître l'attention, le

calme et la compassion. Dans le monde moderne, les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) contribuent à l'intérêt grandissant pour le concept de pleine conscience (Grégoire *et al.*, 2016).

À ce jour, dans les écrits scientifiques, la pleine conscience est conceptualisée comme un trait, un état ou un processus. Le trait de pleine conscience réfère à une disposition ou à une habileté possédée par tout un chacun. Bien qu'un trait soit généralement stable dans le temps et dans diverses situations, il peut également varier avec l'entraînement et selon les différences individuelles de chacun (Brown et Ryan, 2003). Lorsque définie comme un état, la pleine conscience se rapporte à la perception que l'on a en dirigeant volontairement son attention vers l'expérience vécue dans un moment donné. Sa pratique dépend de la régulation individuelle et intentionnelle de l'attention, tout en acceptant l'expérience telle qu'elle vient. Dans ce cas, l'individu sera en état de pleine conscience aussi longtemps qu'il portera son attention au moment présent (Bishop *et al.*, 2004). La pleine conscience définie en tant que processus implique un contrôle de l'attention et une surveillance de son état de conscience. Il s'agit d'un processus métacognitif permettant à l'individu de réfléchir à son propre processus de pensée.

À travers le temps, différents modèles conceptuels de la pleine conscience ont été élaborés. Trois de ces principaux modèles sont les modèles unidimensionnel (Brown et Ryan, 2003), bidimensionnel (Bishop *et al.*, 2004) et en cinq dimensions (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney, 2006). Le modèle unidimensionnel de la pleine conscience compte comme unique dimension le maintien de l'attention sur les expériences du moment présent (Brown et Ryan, 2003). Dans ce modèle, la pleine conscience est un état de conscience présent chez tous les individus puisque la capacité de focaliser son attention et de prendre conscience de diverses expériences fait partie du fonctionnement normal. Dans ce modèle, cet état de conscience est indissociable du concept de l'attention.

Le modèle bidimensionnel de Bishop *et al.* (2004) conçoit, quant à lui, la pleine conscience comme un processus de régulation de l'attention. Cette régulation a pour but d'obtenir un état de conscience exempt d'élaboration mentale dans l'expérience du moment présent. Ce modèle repose sur les dimensions de (1) focalisation de l'attention et (2) d'orientation vers l'expérience. La focalisation de l'attention fait référence au fait d'être conscient dans le moment présent de ses émotions, pensées et sentiments. Le concept d'attention tel qu'utilisé dans ce modèle crée un recoupement entre les bases théoriques de ce modèle et celles du modèle unidimensionnel (Brown et Ryan, 2003). L'orientation vers l'expérience comprend une attitude de curiosité et d'ouverture aux événements du moment présent. Il s'agit d'accueillir ce qui survient à la conscience et d'être ouvert à cette expérience (Bishop *et al.*, 2004). Le modèle à deux dimensions de Bishop *et al.* (2004), bien que le plus

répandu, demeure contesté du fait que ses deux dimensions ne pourraient être en fait que deux facettes d'une même dimension, soit l'attention.

Le modèle multidimensionnel (Baer *et al.*, 2006) a pour sa part été développé sur la base d'une analyse de différents questionnaires validés mesurant la pleine conscience. Les auteurs ont dégagé cinq facteurs principaux étant à la base de ce modèle, lesquels incluent, (1) « la non-réactivité à l'expérience interne » -soit la perception qu'a l'individu de ses sentiments et pensées sans y réagir -, (2) « l'observation consciente des émotions, des sentiments, des pensées et des sensations » -qui réfère au fait de porter attention et de remarquer ces éléments-, (3) « l'agir avec conscience » -qui renvoie au fait de ne pas agir sur une base automatique-, (4) « la description de cette expérience » -qui fait allusion à la capacité à décrire l'expérience vécue à l'aide de mots-, (5) « le non-jugement, ou la non-critique, du vécu » -qui renvoie au fait de ne pas juger ou critiquer les pensées et sentiments venant à la conscience- (Baer *et al.*, 2006).

Alors que ces modèles ont initialement été développés pour l'adulte, les modèles théoriques de la pleine conscience propres à l'enfant sont toutefois beaucoup plus rares. À notre connaissance, seul Deplus *et al.* (2014) ont tenté d'élaborer un modèle théorique de la pleine conscience en prenant en considération les caractéristiques développementales de l'enfant. Les auteurs suggèrent ainsi un modèle multidimensionnel de la pleine conscience où entrent en jeu 3 composantes : (1) des mécanismes cognitifs (attentionnels et exécutifs); (2) une attitude particulière par rapport à l'expérience interne (exploration ouverte, en lien avec la conscience émotionnelle qui se développera de l'enfance à l'adolescence¹¹ - et prise de distance par rapport aux pensées); et (3) une modification des comportements automatiques. Bien qu'aucun modèle conceptuel de la pleine conscience ne fasse consensus comme référence, l'attention constitue clairement un facteur clé des différents modèles.

TDAH et pleine conscience

Sur la base du concept d'attention, le TDAH et la pleine conscience pourraient ainsi s'entrecouper d'un point de vue théorique. Cette superposition conceptuelle a été étudiée sous différents angles. La littérature met d'abord en évidence plusieurs études visant à évaluer l'efficacité des IBPC pour le traitement des symptômes du TDAH. Une méta-analyse récente (Zhang, Díaz-Román et Cortese, 2018) s'est penchée sur les effets des IBPC chez les enfants, les adolescents et les adultes ayant un TDAH. Les résultats de cette méta-analyse montrent que les enfants, les adolescents et les adultes exposés à une IBPC voient leurs symptômes de TDAH diminués par rapport aux participants du groupe contrôle, constitué d'individus ayant un TDAH, mais n'ayant reçu aucune intervention. Les tailles d'effet pour ces résultats sont qualifiées de moyennes. L'effet des IBPC est plus marqué pour les

participants adultes, avec une taille d'effet toujours qualifiée de moyenne. Par ailleurs, l'effet des IBPC est plus grand pour les symptômes d'inattention que ceux d'hyperactivité/impulsivité (taille d'effet moyenne). Cependant, aucun effet significatif n'est observé sur les mesures neuropsychologiques d'attention ou d'inhibition pour les enfants, contrairement aux adultes pour qui des effets qualifiés respectivement comme moyen et petit sont observés au regard de l'inhibition et de la mémoire de travail. Les auteurs soulignent toutefois que les études incluses présentaient un haut risque de biais selon le *Cochrane risk of bias* (RoB), notamment par rapport à la performance (études réalisées essentiellement en simple aveugle, interventions différentes, etc.) ou de données incomplètes. La diminution des symptômes d'inattention observée à la suite des IBPC suppose une probable efficacité de ce type d'intervention pour la symptomatologie du TDAH.

D'autres méta-analyses et recensions des écrits mettent en évidence des résultats similaires quant aux effets des IBPC sur les symptômes du TDAH (Aadil, Cosme et Chernaik, 2017; Cairncross et Miller, 2016; Chimiklis *et al.*, 2018; Evans *et al.*, 2018). Différentes limites sont toutefois associées aux études recensées dans ces méta-analyses. Celles-ci sont souvent hétérogènes par rapport à l'âge des participants, de la durée ou du type d'IBPC déployé. Des variables associées au contexte expérimental introduisent aussi des biais ou de la variance inter-étude. Par exemple, les mesures auto-rapportées des symptômes de TDAH contribuent à cette hétérogénéité, contrairement aux mesures hétéro-rapportées (p. ex., parents ou cliniciens) (Cairncross et Miller, 2016). En outre, les parents sont parfois directement inclus dans les IBPC réalisées auprès d'enfants, ce qui peut en augmenter les effets (Evans *et al.*, 2018) ou avoir un effet modérateur par le biais d'une diminution du stress parental (Van der Oord, Bögels et Peijnenburg, 2011). Le fait que des IBPC distinctes soient utilisées d'une étude à l'autre induit aussi une variabilité du fait qu'une dimension ou l'autre de la pleine conscience peut être plus ou moins ciblée par l'intervention.

Par-delà les effets des IBPC, le lien conceptuel entre le TDAH et la pleine conscience a été exploré sous l'angle des associations génétiques, en tenant compte des facteurs environnementaux. Une étude corrélationnelle (Siebelink *et al.*, 2019) a mesuré le trait de pleine conscience en relation avec les symptômes du TDAH chez 1092 paires de jumeaux adolescents mono- et dizygotes. Les symptômes associés au TDAH étaient mesurés par le *Conners' Parent Rating Scale-Revised* (Conners, Sitarenios, Parker et Epstein, 1998). Le *Mindfulness Adult Assessment Scale* ([MAAS]; Osman, Lamis, Bagge, Freedenthal et Barnes, 2016), qui est une mesure unidimensionnelle de l'attention, a été retenu comme instrument pour mesurer la pleine conscience. L'étude montre une association significative positive, mais faible, entre le trait de pleine conscience et les symptômes de

TDAH qui s'explique par la génétique partagée des jumeaux. Les gènes partagés semblent en effet expliquer une grande partie de la covariance phénotypique entre les symptômes de TDAH et le trait de pleine conscience. Les facteurs environnementaux ont été séparés en deux catégories distinctes : (1) environnement partagé et (2) environnement non-partagé. Ces deux catégories ont contribué davantage à la différence plutôt qu'à l'appariement entre les mesures des symptômes de TDAH et du trait de pleine conscience. Cette étude conclut ainsi que des facteurs génétiques sont présents chez les individus présentant des symptômes de TDAH et qu'ils conduisent à un plus bas niveau du trait de pleine conscience mesuré. Les gènes responsables de cette disparité ne sont pas précisés.

Smalley *et al.* (2009) ont quant à eux utilisé une méthode corrélacionnelle pour évaluer le lien conceptuel entre le TDAH et la pleine conscience. L'avantage de cette méthode est qu'elle permet une prise en compte de différentes dimensions de la pleine conscience. Plus spécifiquement, les auteurs se sont intéressés aux liens potentiels entre le TDAH et la pleine conscience auprès d'une population adulte en examinant de surcroît comment les différences associées à la personnalité contribuent ou non à cette association. La personnalité expliquerait les différences individuelles selon un modèle biologique de réponse aux stimuli externes qui est également impliqué dans le TDAH et la pleine conscience. L'échantillon comprend 105 adultes d'âge moyen (43,1 ans). Environ la moitié de l'échantillon (49 %) satisfait les critères diagnostiques du TDAH, l'autre moitié constitue le groupe contrôle. Le *Kentucky Inventory of Mindfulness Scale* ([KIMS] ; Baer, Smith et Allen, 2004) a été utilisé pour mesurer la pleine conscience. Le KIMS évalue globalement le trait de pleine conscience à partir de quatre sous-dimensions: (1) observer, (2) décrire, (3) agir en conscience et (4) accepter sans jugement. Le *Tridimensional Character Inventory* ([TCI] ; Cloninger, Przybeck, Svrakic et Wetzell, 1994) a servi à l'évaluation de la personnalité. Les résultats montrent que les individus ayant un TDAH obtiennent des scores moins élevés de pleine conscience, comparativement aux adultes sans diagnostic (taille d'effet grande). Plus précisément, le lien entre TDAH et pleine conscience est plus fortement associé à la dimension « agir en conscience » du KIMS, suggérant que cette association entre le TDAH et la pleine conscience pourrait être attribuable à l'attention.

Ces résultats vont dans la même direction que ceux obtenus par Keith, Blackwood, Mathew et Lecci (2017). Les auteurs ont effectué une étude exploratoire avec groupe contrôle concernant le rôle de l'attention et de la régulation de soi dans le TDAH et la pleine conscience chez une population d'étudiants universitaires. Les résultats montrent que les participants présentant un TDAH ont un trait de pleine conscience significativement plus faible (mesuré par le questionnaire MAAS) que les personnes du groupe contrôle n'ayant pas de TDAH.

En somme, la majorité des études réalisées à ce jour ont évalué les effets des IBPC auprès d'individus diagnostiqués d'un TDAH, lesquelles montrent généralement des effets positifs sur les symptômes du TDAH, particulièrement les symptômes d'inattention. Toutefois, plusieurs de ces études demeurent limitées sur le plan méthodologique (p. ex., petits échantillons) et sont très hétérogènes, notamment par rapport au type d'IBPC appliqué et aux dimensions de la pleine conscience qui sont ciblées. Les études corrélacionnelles s'intéressant au lien conceptuel entre le TDAH et les dimensions de la pleine conscience sont moins nombreuses et ciblent uniquement les adolescents et les adultes. La question de l'âge est ici importante : dans une perspective développementale, les relations entre la pleine conscience, ses dimensions, et le TDAH pourraient se présenter de manière différente. Une meilleure compréhension des liens entre le TDAH et la pleine conscience chez l'enfant pourrait ultimement permettre d'améliorer les interventions s'adressant à cette population en précisant les cibles d'intervention, notamment en regard des dimensions de la pleine conscience ciblées.

Objectifs de recherche et hypothèses

L'objectif général de la recherche consiste à évaluer le lien entre le TDAH et le trait de pleine conscience auprès d'une population d'enfants âgés de 8 à 12 ans par le biais d'une méthode corrélacionnelle, en évaluant différentes dimensions de la pleine conscience à l'aide de deux instruments de mesure. Les dimensions de la pleine conscience sont évaluées de manière unidimensionnelle et multidimensionnelle (cinq dimensions) par ces deux instruments. De manière plus spécifique, la présente recherche s'intéresse à la relation entre les symptômes du TDAH, soit l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité, et les dimensions de la pleine conscience. Une relation négative entre la présence ou non d'un TDAH, les symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité du TDAH et les dimensions de la pleine conscience qui ont été retenues est attendue.

Méthode

Participants

Un total de 37 enfants québécois âgés de 8 à 12 ans et un de leurs parents, recrutés sur une base volontaire, ont participé à l'étude. Les participants ont été répartis parmi deux groupes : TDAH ($n = 18$) et contrôle ($n = 19$). Les enfants du groupe TDAH devaient avoir reçu un diagnostic préalable par un professionnel de la santé (médecin ou psychologue), tel que rapporté par le parent. Le groupe contrôle était formé d'enfants sans diagnostic formel de TDAH. De plus, les enfants inclus dans le groupe contrôle devaient présenter un score moyen $< 2,00$ aux sous-échelles d'inattention et d'hyperactivité du SNAP-IV (voir la section « Instruments de mesure »).

Le tableau 1 résume les principales caractéristiques des participants. L'âge moyen des enfants est similaire

dans les deux groupes. Cependant, il y a plus de garçons que de filles dans le groupe TDAH ($\chi^2(1, 37) = 4,88, p = 0,03$). On retrouve dans le groupe TDAH davantage de parents présentant aussi ce diagnostic, comparativement au groupe contrôle ($\chi^2(1, 37) = 4,04, p = 0,04$). Enfin, les enfants du groupe TDAH présentent plus fréquemment un

diagnostic autre (p. ex., trouble d'apprentissage, trouble du langage, etc.) que les enfants du groupe contrôle ($\chi^2(1, 37) = 9,80, p = 0,002$). Quatorze enfants du groupe TDAH ont une ou plusieurs comorbidités en comparaison à six dans le groupe contrôle.

Tableau 1

Caractéristiques des participants de l'étude

	Groupe contrôle (n = 19)	Groupe TDAH (n = 18)
Garçons	8	14
Filles	11	4
Âge, moyenne (ÉT)	9,79 (1,40)	10,17 (1,38)
Parent répondant		
Mère biologique	17	17
Père biologique	2	1
Revenu familial annuel		
59 999\$ et moins	1	4
Entre 60 000 \$ et 89 999 \$	3	1
Entre 90 000 \$ et 119 999 \$	4	6
120 000 \$ et plus	10	7
Ne souhaite pas répondre	1	0
Diagnostic(s) autre(s)*	6	14
Trouble d'apprentissage**	4	6
Trouble spécifique du langage	2	5
Trouble du spectre de l'autisme	0	2
Trouble anxieux	0	2
Trouble oppositionnel	0	2
Trouble physique	1	0
Trouble développemental de la coordination	0	2
Autre	1	1
Diagnostic de TDAH (Parent)		
Oui	2	7
Non	15	7
Inconnu	2	4
Expérience préalable en méditation (enfant)		
Oui	6	4
Non	13	14

* Autres que le TDAH

** Dyscalculie, dysorthographe, dyslexie, dyspraxie, etc.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique. Ce questionnaire vise l'obtention de renseignements généraux sur le parent et l'enfant. Il comprend 18 questions à choix de réponses et à réponses courtes et

s'intéresse notamment aux caractéristiques de l'enfant : âge, sexe, niveau de scolarité, expérience en méditation et langue maternelle. Les caractéristiques du milieu familial sont également documentées : degré de scolarité et revenu des parents, nombre d'individus présents dans le foyer, lieu de résidence de l'enfant et antécédents familiaux.

Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). Le CAMM est un instrument de mesure auto-rapporté initialement développé pour mesurer le trait de pleine conscience chez les enfants et les adolescents. Dans sa version originale, développée par Greco *et al.* (2011), l'instrument propose 10 items évaluant la conscience du moment présent et l'acceptation sans jugement dans une perspective unidimensionnelle. Le questionnaire a par la suite été validé auprès de différentes populations (p. ex., espagnole et chilienne (Garcia-Rubio *et al.*, 2019), française (Roux, Franckx, Lahaye, Deplus et Philippot, 2019), italienne (Saggino *et al.*, 2017)). L'adaptation française et validée au Québec utilisée dans cette étude comprend huit items (Letellier, 2018). En effet, l'item 2 (« À l'école, je vais de classe en classe sans faire attention à ce que je fais ») et l'item 5 (« Je repousse les pensées que je n'aime pas ») ont été retirés de la version originale afin d'en optimiser la structure factorielle et la cohérence interne. Les réponses sont fournies sur une échelle Likert en cinq points allant de *jamais vrai* (0 point accordé) à *toujours vrai* (4 points accordés). Un score élevé obtenu par l'enfant signifie que son trait de pleine conscience est bien développé. Cette version abrégée fait preuve d'une bonne validité de critère, puisqu'elle est corrélée dans les directions souhaitées avec d'autres tests (p. ex., le *Acceptance and Fusion Questionnaire for Youth* [AFQ-Y]; Greco, Lambert et Baer, 2008). De plus, la fidélité est satisfaisante, avec un coefficient de cohérence interne de 0,71 (Letellier, 2018).

Five-Facet Mindfulness Questionnaire adapté aux enfants (FFMQ-E). Le FFMQ-E (Baer *et al.*, 2006; adaptation par l'équipe des Consultations Psychologiques spécialisées en troubles émotionnels) est un questionnaire auto-rapporté qui comprend 39 énoncés évaluant les cinq dimensions du modèle de Baer. Ces dimensions sont : (1) l'observation consciente des émotions; (2) la description de l'expérience; (3) l'agir avec conscience; (4) le non-jugement ou non-critique du vécu et (5) la non-réactivité à l'expérience interne. L'évaluation se fait sur une échelle de Likert à trois niveaux, soit: *jamais ou très rarement, parfois, très souvent ou toujours*. La version initiale de Baer *et al.* a tout d'abord été traduite en français par Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere et Philippot (2011). Cette version a par la suite été simplifiée pour convenir à une population d'enfants (Deplus et Lahaye, 2015) et a été utilisée dans différentes études menées auprès de cette population (p. ex., Beaugard-Lacroix, 2019). La traduction française pour adultes fait preuve d'une bonne cohérence interne pour chacune des dimensions (de 0,78 à 0,89) et d'une bonne fidélité test-retest pour le score total ($r(40) = 0,64, p < 0,01$) (Heeren *et al.*, 2011). Cette version traduite présente également de bonnes preuves de validité (p. ex., validité convergente et divergente déterminée à l'aide de corrélations avec d'autres concepts comme l'anxiété et la dépression). Un score élevé obtenu pour une dimension signifie qu'elle est bien développée chez l'enfant.

Swanson, Nolan and Pelham Parenting Scale (SNAP-IV). Le SNAP-IV (Swanson *et al.*, 2001; adaptation francophone non-validée, faite par le Canadian ADHD Resource Alliance, 2016) est un outil d'évaluation qui mesure les symptômes du TDAH de l'enfant sur la base d'observations faites par le parent ou l'enseignant. La version pour le parent est ici retenue. Elle comprend 26 items auxquels il faut répondre à l'aide d'une échelle de Likert en quatre points : *pas du tout, un peu, souvent et très souvent*. Les premiers items se rapportent aux symptômes d'inattention (items 1 à 9) et d'hyperactivité/impulsivité (items 10 à 18). Les items 19 à 26 sont, quant à eux, liés au trouble oppositionnel avec provocation, puisque ce trouble est une comorbidité fréquente chez les enfants ayant un TDAH. Un score élevé à une ou plusieurs des dimensions du questionnaire est synonyme de davantage de symptômes problématiques en lien avec la ou les dimensions en question. Le SNAP-IV est un test dont la validité de critère est bien démontrée. Par exemple, un degré d'association de 82 % a été mesuré entre les résultats du SNAP-IV et les évaluations cliniques de pédiatres espagnols quant à la présence de TDAH (Alda et Serrano-Troncoso, 2013). De plus, les valeurs prédictives, positive et négative, de ce questionnaire quant au diagnostic de TDAH du SNAP-IV, sont respectivement de 81,5 % et de 100 % (Hall *et al.*, 2020).

Déroulement

Un message-annonce contenant l'affiche promotionnelle de l'étude et un lien Web menant vers le formulaire d'informations et de consentement a été diffusé par courriel auprès de parents par différentes organisations ayant accepté de collaborer à l'étude (directions d'écoles et organismes offrant du soutien aux familles d'enfants présentant un TDAH) et sur les médias sociaux (p. ex., Facebook).

Le formulaire d'informations et de consentement contient les éléments pertinents pour comprendre le but et les caractéristiques de l'étude ainsi que des liens Web pour accéder aux questionnaires. Deux questionnaires devaient être remplis par le parent (questionnaire sociodémographique et SNAP-IV) et deux autres par l'enfant (CAMM et FFMQ-E) à partir de la plateforme Microsoft Forms. Le temps de passation des questionnaires était d'environ 25 minutes, soit 10-15 minutes pour le parent et 10-15 minutes pour l'enfant. Les parents étaient invités à s'assurer que leur enfant remplit bien les questionnaires et qu'ils comprennent bien le sens des questions posées.

Un tirage de chèques-cadeaux a été organisé pour remercier les familles participantes. Le projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke.

Analyses et résultats

Des analyses descriptives ont été réalisées. Les moyennes et les écarts-types sont présentés pour chacune

des variables à l'étude : scores au SNAP-IV, score au CAMM et scores aux cinq dimensions du FFMQ-E, soit l'observation consciente des émotions, la description de l'expérience, l'agir avec conscience, le non-jugement ou non-critique du vécu et la non-réactivité à l'expérience interne (voir tableau 2). L'ensemble des variables se distribue normalement selon le test de Shapiro-Wilk et les intervalles d'asymétrie et d'aplatissement (Field, 2018). Les analyses ont été réalisées à partir de la version 26 de SPSS.

Pour répondre à l'hypothèse de recherche, des corrélations de Spearman ont été calculées entre la présence ou non d'un TDAH et les autres variables se rapportant à la pleine conscience. Des corrélations de Pearson ont ensuite été calculées entre les symptômes d'inattention et les symptômes d'hyperactivité-impulsivité (SNAP-IV) et les mesures de la pleine conscience. Les résultats sont présentés au tableau 3.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types pour chaque mesure en fonction des groupes à l'étude

	Groupe contrôle (n = 19)		Groupe TDAH (n = 18)		Valeur t ^a	Taille de l'effet (Cohen's D)
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
SNAP-IV						
Inattention	0,95	0,82	1,94	0,55	-4,33*	1,42
Hyperactivité	0,67	0,57	1,35	0,79	-3,00*	0,99
CAMM	19,95	6,97	14,67	5,10	2,62*	0,86
FFMQ-E						
Agir en conscience	17,42	4,82	13,44	3,90	2,75*	0,91
Non-Jugement	17,89	4,61	16,89	4,31	0,69	0,22
Non-Réactivité	13,74	3,11	12,50	2,09	1,41	0,47
Description	18,26	3,66	14,50	4,53	2,79*	0,91
Observation	17,79	2,92	15,61	3,74	0,16	0,65

* $p < 0,01$

^a Tests *t* pour échantillons indépendants

Tableau 3

Corrélations entre les variables à l'étude pour l'ensemble du groupe de participants (N = 37)

	TDAH ^a		SNAP-V ^b		CAMM		FFMQ-E ^b		
	TDAH	Inatt.	Hyperact.	CAMM	Non-Juge.	Non-Réact.	Agir Consc.	Descript.	Observ.
TDAH ^a	1,00	0,59 *	0,44 *	-0,39**	-0,12	-0,23	-0,42*	-0,44*	-0,03
SNAP-IV ^b		1,00	0,74*	-0,54*	-0,22	-0,31	-0,82*	-0,57*	-0,12
Inatt.			1,00	-0,47*	-0,30	-,046	-0,66*	-0,43*	-0,01
Hyperact.				1,00	0,82*	-0,02	0,57*	0,34**	-0,31
CAMM ^b					1,00	-0,21	0,32	0,14	-0,38**
FFMQ-E ^b						1,00	0,20	0,51*	0,28
Non-Juge.							1,00	0,51*	0,10
Non-Réact.								1,00	0,10
Agir Consc.									1,00
Descript.									
Observ.									

* $p < 0,01$, ** $p < 0,05$

^a Corrélations de Spearman

^b Corrélations de Pearson

La présence de TDAH montre un lien significatif avec trois mesures de la pleine conscience, soit le CAMM et les dimensions agir en conscience et description du FFMQ-E. Tous ces liens sont négatifs et modérés. Aucune relation statistiquement significative n'est par ailleurs observée avec les autres dimensions du FFMQ-E (observation consciente des émotions, non-jugement ou non-critique du vécu et non-réactivité à l'expérience interne).

Lorsqu'on observe plus spécifiquement les symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité du TDAH, les résultats montrent une corrélation statistiquement significative entre les symptômes d'inattention tel que mesurés par le SNAP-IV et la dimension d'agir en conscience du FFMQ-E. Cette relation est négative et forte. Deux autres corrélations significatives sont relevées entre les symptômes d'inattention, d'une part avec la dimension description du FFMQ-E et d'autre part, avec le CAMM. Ces relations sont négatives et modérées. Les symptômes d'hyperactivité-impulsivité sont, quant à eux, liés de manière significative aux mêmes dimensions de la pleine conscience que les symptômes d'inattention, soit les scores obtenus au CAMM et aux dimensions agir en conscience et description du FFMQ-E. Ces relations sont négatives et modérées.

La matrice de corrélations montre également une forte corrélation positive entre le CAMM et la dimension non-jugement du FFMQ-E, ainsi qu'une corrélation positive et modérée entre le CAMM et la dimension d'agir en conscience du FFMQ-E. Finalement, la présence de TDAH est liée positivement et modérément aux symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité.

Discussion

L'objectif de cette étude était d'évaluer le lien entre le TDAH et la pleine conscience auprès d'une population d'enfants âgés de 8 à 12 ans. Plus spécifiquement, les liens entre les symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité du TDAH et les dimensions de la pleine conscience ont été explorés. Il était attendu qu'une relation négative soit observée entre le TDAH, les symptômes associés, et les dimensions de la pleine conscience.

L'hypothèse de recherche est confirmée, du moins en partie, en regard d'un certain nombre de dimensions de la pleine conscience. En effet, les résultats indiquent des relations négatives et modérées entre la présence de TDAH, les symptômes associés, et trois mesures de la pleine conscience. Plus spécifiquement, un lien négatif et modéré est observé entre le TDAH et le CAMM, puis avec deux dimensions du FFMQ-E, soit les dimensions de l'agir en conscience et de la description. Concrètement, ces relations négatives tendent à indiquer que les jeunes ayant un diagnostic de TDAH présentent un trait de pleine conscience plus faiblement développé comparativement à des jeunes ne présentant pas le diagnostic. Ces résultats sont cohérents avec les quelques études corrélationnelles

réalisées à ce jour auprès d'adolescents ou d'adultes qui mettent également en évidence des relations négatives entre le TDAH et la pleine conscience (Keith *et al.*, 2017; Siebelink *et al.*, 2019; Smalley *et al.*, 2009).

Plus spécifiquement, lorsque l'on considère la pleine conscience de façon multidimensionnelle, les liens observés ne sont probablement pas étrangers au fait que l'agir en conscience est la dimension du FFMQ-E la plus proche des construits que sont l'attention et la conscience de l'action (Baer *et al.*, 2004; Baer *et al.*, 2006). En effet, selon Baer *et al.* (2008), le fait d'agir en conscience se rapporte au fait « d'être présent dans l'activité actuelle et peut être contrasté avec l'émission de comportements automatiques, alors que l'attention est portée ailleurs » [traduction libre]. La conscience de l'action s'oppose pour sa part à l'hyperactivité-impulsivité qui réfère notamment « à des actions précipitées survenant dans l'instant sans réflexion » (American Psychiatric Association, 2013).

Des liens significatifs et modérés sont également relevés entre la dimension de description et le TDAH et les symptômes associés. Cette dimension réfère au fait de décrire, d'étiqueter et de noter des phénomènes observés grâce à l'utilisation de mots (Baer *et al.*, 2004). Ces résultats peuvent être a priori surprenants, alors que Greco *et al.* (2011) stipulent que cette dimension de la pleine conscience ne devrait pas être mesurée auprès d'enfants pour des raisons développementales. Selon eux, il est probable que la capacité de décrire une expérience dépende du niveau d'habiletés verbales et cognitives de l'enfant qui sont très hétérogènes à cet âge. Il reste que cette capacité à décrire son expérience pourrait être plus limitée chez les individus ayant un TDAH, une caractéristique souvent observée auprès de cette population (Barkley, 1997).

Diverses hypothèses peuvent par ailleurs être avancées pour expliquer l'absence de liens significatifs entre le TDAH et les dimensions d'observation, de non-réactivité et de non-jugement du FFMQ-E. D'une part, différentes réserves ont été exprimées en lien avec la dimension observation. En effet, des études de validation du FFMQ réalisées auprès d'adultes tendent à démontrer qu'une structure factorielle à 4 facteurs (sans la dimension observation) serait globalement plus représentative du concept de pleine conscience; la structure à 5 facteurs incluant l'observation serait davantage appropriée lorsque des méditants expérimentés sont considérés (Baer *et al.*, 2008; Heeren *et al.*, 2011; Williams, Dalgleish, Karl et Kuyken, 2014). Les résultats ici obtenus vont également en ce sens, alors toutes les corrélations avec cette dimension sont très faibles et non significatives.

En ce qui a trait au facteur de non-réactivité, défini comme l'acceptation d'une expérience (positive ou négative) en évitant de réagir de manière impulsive (Baer *et al.*, 2006), il demeure possible d'observer une relation négative, bien que non significative avec les symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité du TDAH.

Ces résultats restent cohérents au sens où les enfants ayant un TDAH ont plus de difficultés d'inhibition que les enfants n'en ayant pas (Overtoom *et al.*, 2002), ce qui favorise les réactions impulsives. Des résultats similaires sont observés pour la dimension de non-jugement, qui réfère au fait d'accepter et de ne pas juger/évaluer l'expérience présente.

En outre, nous ne pouvons exclure que l'absence de relations significatives puisse s'expliquer, du moins en partie, par des limites propres à la mesure de PA multidimensionnelle ici utilisée, soit le FFMQ-E. En effet, bien qu'adapté et utilisé dans des études menées auprès d'enfants, il reste que cet outil n'a pas été validé auprès de cette population. Des commentaires des participants mettent notamment en évidence sa longueur et des difficultés de compréhension de certains items, ce qui a pu en complexifier la complétion. Tel que souligné par Goodman *et al.* (2017), la question de la mesure de la PA chez les jeunes reste un défi, notamment en raison d'enjeux développementaux (p. ex., le développement des habiletés métacognitives). Les auteurs suggèrent d'ailleurs l'utilisation de mesures multiples pour objectiver la pleine conscience, allant même jusqu'à proposer de développer des mesures hétéro-rapportées, par exemple à compléter par les parents. Ces enjeux font en outre écho aux problèmes de conceptualisation de la pleine conscience chez l'enfant, alors que l'on tente généralement de transposer directement des modèles conceptuels développés initialement pour l'adulte à des populations en développement.

FORCES, LIMITES ET PISTES DE RECHERCHE FUTURES

Cette étude présente différentes forces. Premièrement, elle cible uniquement une population d'enfants et leurs parents, alors que les seules études corrélationnelles réalisées jusqu'à maintenant sur ce thème ont été menées auprès de groupes d'adolescents ou d'adultes. De plus, elle s'intéresse à la pleine conscience dans ses différentes dimensions et non seulement à la présence de TDAH ou non, mais aussi aux symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité associés.

Des limites restent toutefois à prendre en considération. La plus grande limite demeure la petite taille d'échantillon, qui restreint la puissance statistique et la généralisation des résultats. Des limites méthodologiques associées au contexte de passation des questionnaires sont également présentes. Par exemple, les questionnaires en ligne devaient être remplis sans possibilités d'enregistrer ses réponses et d'y revenir, ce qui pouvait être un obstacle vu la complexité et la longueur de la tâche. Aussi, les parents étaient invités à soutenir leurs enfants dans la complétion des questionnaires, mais il demeure difficile d'objectiver le niveau de soutien, voire l'influence potentielle du parent sur les réponses de l'enfant. Ceci fait écho aux biais inhérents à l'utilisation de questionnaires auto ou hétéro-rapportés, dont les biais

relatifs à la désirabilité sociale. Comme mentionné, les limites inhérentes aux choix des mesures de pleine conscience sont à considérer. Enfin, dans l'étude, aucune donnée n'a été recueillie quant à la prise de médication pour le TDAH. Cet aspect est important à considérer vu son impact potentiel sur la symptomatologie du trouble.

Ainsi, pour de futures recherches, l'utilisation d'échantillons de plus grande taille, la prise de données quant à l'utilisation de la médication et l'utilisation potentielle de mesures diversifiées de la pleine conscience sont à considérer. Un mode de passation des questionnaires en personne plutôt qu'en ligne où les consignes sont clairement explicitées pourrait également augmenter le taux de participation et limiter les biais de réponse. L'utilisation de mesures objectives de l'attention, dont principalement des mesures neurocognitives, pourraient également contribuer à mieux comprendre les relations existantes entre TDAH et la pleine conscience en regard du continuum de l'attention.

Conclusion

En somme, cette étude contribue à l'établissement de liens conceptuels explicites entre le TDAH et la pleine conscience, lesquels fournissent des assises théoriques à l'utilisation d'IBPC auprès des jeunes présentant un TDAH. Ainsi, de telles interventions pourraient non seulement contribuer à diminuer la symptomatologie propre au TDAH en regard de l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité comme démontré dans différentes études (Aadil *et al.*, 2017; Cairncross *et al.*, 2016; Chimkilis *et al.*, 2018; Evans *et al.*, 2018; Zhang *et al.*, 2018), mais aussi à améliorer la pleine conscience, ce trait étant aussi moins développé chez les enfants ayant un TDAH. Plus globalement, la pleine conscience est aussi un facteur de protection qui améliorerait la santé mentale et le bien-être (p. ex., Tomlinson, Yousaf, Vitterso et Jones, 2018), ce qui laisse présager des bénéfices plus larges pour les jeunes présentant un TDAH. En outre, l'identification de dimensions de la pleine conscience davantage associées au TDAH pourrait permettre d'orienter davantage les cibles d'intervention pour cette population.

Abstract

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by the presence of symptoms of inattention and by hyperactive and impulsive symptoms. Mindfulness targets the concept of attention by way of its definition which implies focusing attention intentionally and without judgement on the experience which is unfolding in the present moment. The link between ADHD and mindfulness is not vastly documented in the children population. The current study has the objective of evaluating the relationship between ADHD and mindfulness in 8-12 years old children. Thirty-seven child-parent pairs have participated in the study. They have been split into two groups according to the presence or absence of an ADHD diagnosis in the child. A socio-demographic questionnaire was used to document various characteristics of the participating group. Two questionnaires

were used to measure mindfulness (Child and Adolescents Mindfulness Measure [CAMM] and Five-Facet Mindfulness Questionnaire [FFMQ-E]), and one to also measure ADHD symptoms (Swanson, Nolan and Pelham Parenting Scale [SNAP-IV]). Descriptive and correlational analysis were used for the present study. The obtained results confirm the presence of a relationship between ADHD or its absence and different dimensions of mindfulness in children. The results are discussed regarding the concept of mindfulness, the developmental context and their usefulness in the deployment of interventions based on mindfulness in young people with ADHD.

Keywords: Mindfulness, attention deficit hyperactivity disorder, attention, children

Références

- Aadil, M., Cosme, R. M. et Chernaik, J. (2017). Mindfulness-based cognitive behavioral therapy as an adjunct treatment of attention deficit hyperactivity disorder in young adults: A literature review. *Cureus*, 9, e1269. doi: 10.7759/cureus.1269
- Akmatov, M. K., Ermakova, T. et Bätzing, J. (2019). Psychiatric and nonpsychiatric comorbidities among children with ADHD: An exploratory analysis of nationwide claims data in Germany. *Journal of Attention Disorders*, 25, 874-884. doi: 10.1177/1087054719865779
- Alda, J. A. et Serrano-Troncoso, E. (2013). Attention-deficit hyperactivity disorder: Agreement between clinical impression and the SNAP-IV screening tool. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 41, 7683.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.).
- Andreu, C. I., Araya-Véliz, C. et García-Rubio, C. (2021). Benefits of a mindfulness-based intervention at school from the perspective of at-risk children. *Mindfulness*, 12, doi: 10.1007/s12671-021-01624-6
- Baer, R. A., Smith, G. T. et Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11, 191206. doi: 10.1177/1073191104268029
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. et Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504
- Baer, R.A., Smith, G.T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., Williams, J.M.G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342. doi: 10.1177/1073191107313003
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94. doi: 10.1037/0033-2909.121.1.65
- Barry, T. D., Lyman, R. D., Klinger, L. G. (2002). Academic underachievement and attention-deficit/hyperactivity disorder: The negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology*, 40, 259-283. doi: 10.1016/S0022-4405(02)00100-0
- Beauregard-Lacroix, R. (2019). *Efficacité d'une intervention basée sur la pleine conscience sur le développement de la pleine conscience d'enfants d'âge scolaire* (thèse de doctorat inédite).
- Bélanger, S., Vanasse, M., Béliveau, M.-C., Jamouille, O., Lippé, S., Pâquet, H., Pelletier, G. et Vanasse, C.-M. (2008). Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. *Revue des sciences de l'éducation*, 36, 790. doi: 10.7202/1006259ar
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. et Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Brown, K. W. et Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Cairncross, M. et Miller, C. J. (2016). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 24, 627-643. doi: 10.1177/1087054715625301
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2016). *SNAP-IV 26 – Échelle d'évaluation pour le parent/professeur*. Repéré à https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/SNAP_FR.pdf
- Chimiklis, A. L., Dahl, V., Spears, A. P., Goss, K., Fogarty, K. et Chacko, A. (2018). Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 3155-3168. doi: 10.1007/s10826-018-1148-7
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. et Wetzell, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use*.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D. A. et Epstein, J. N. (1998). Revision and restandardization of the Conners teacher rating scale (CTRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 279-91. doi: 10.1023/A:1022606501530
- Deplus, S. et Lahaye, M. (2015). *La pleine conscience chez l'enfant et l'adolescent*. Bruxelles, Belgique: Margada.
- Dussault, A. (2010). *L'attention dans le trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) chez les enfants*. (Thèse de doctorat inédite). Université Laval. Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/21768>
- Evans, S., Ling, M., Hill, B., Rinehart, N., Austin, D. et Sciberras, E. (2018). Systematic review of meditation-based interventions for children with ADHD.

- European Child et Adolescent Psychiatry*, 27, 9–27. doi: 10.1007/s00787-017-1008-9
- Faber A, Kalverdijk LJ, den Berg LT, Hugtenburg JG, Minderaa RB et Tobi H. (2006) Parents report on stimulant-treated children in the Netherlands: initiation of treatment and follow-up care. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(4):432–40. doi:10.1089/cap.2006.16.432.
- Falissard, B., Coghill, D., Rothenberger, A., Lorenzo, M. et ADORE Study Group. (2010). Short-term effectiveness of medication and psychosocial intervention in a cohort of newly diagnosed patients with inattention, impulsivity, and hyperactivity problems. *Journal of Attention Disorders*, 14, 147–156. doi: 10.1177/1087054709347173
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5^e éd.). Sage.
- García-Rubio, C., Rodríguez-Carvajal, R., Langer, A. I., Paniagua, D., Steinebach, P., Andreu, C. I., Vara, M. D. et Cebolla, A. (2019). Validation of the spanish version of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM) with samples of spanish and chilean children and adolescents. *Mindfulness*, 10(8), 1502–1517. doi: 10.1007/s12671-019-01108-8
- Geronimi, E. M. C., Arellano, B. et Woodruff-Borden, J. (2019). Relating mindfulness and executive function in children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25 (2), 435–445. doi: 10.1177/1359104519833737
- Goodman, M. S., Madni, L. A. et Semple, R. J. (2017). Measuring mindfulness in youth: Review of current assessments, challenges, and future directions. *Mindfulness*. doi: 10.1007/s12671-017-0719-9
- Greco, L. A., Baer, R. A. et Smith, G. T. (2011). Assessing mindfulness in children and adolescents: Development and validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23, 606–614. doi : 10.1037/a0022819
- Grégoire, S., Lachance, L. et Richer, L. (Eds.). (2016). *La présence attentive (mindfulness): État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Presses de l'Université du Québec.
- Hall, C. L., Guo, B., Valentine, A. Z., Groom, M. J., Daley, D., Sayal, K. et Hollis, C. (2020). The validity of the SNAP-IV in children displaying ADHD symptoms. *Assessment*, 27, 1258–1271. doi: 10.1177/1073191119842255
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L. et Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the five facets mindfulness questionnaire: Adaptation and validation in a french-speaking sample. *European Review of Applied Psychology*, 61, 147–151. doi: 10.1016/j.erap.2011.02.001
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 101–106. doi: 10.1016/j.ambp.2006.04.011
- James, W. (1890). *The Principle of Psychology*. Pantianos Classics.
- Jensen, C. M. et Steinhausen, H.-C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7, 27–38. doi: 10.1007/s12402-014-0142-1
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, future. *Clinical Psychology: Science Practice*, 10, 144–156. doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Keith, J. R., Blackwood, M. E., Mathew, R. T. et Lecci, L. B. (2017). Self-reported mindful attention awareness, go/no-go response-time variability, and attention-deficit hyperactivity disorder. *Mindfulness*, 8(3), 765–774. doi: 10.1007/s12671-016-0655-0
- Kuby, A. K., Mclean, N. J. et Allen, K. L. (2015). Validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM) with non-clinical adolescents. *Mindfulness*, 6(6). doi:10.1007/s12671-015-0418-3
- Lane R.D. (2000). Neural correlates of conscious emotional experience. Dans R. D. Lane et L. Nadel (Éds), *Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 345–370). Oxford University Press.
- Leahy, L. G. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder: A historical review (1775 to Present). *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55, 10–16. doi: 10.3928/02793695-20170818-08
- Letellier, S. (2018) *Validation du Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) et du Acceptance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) auprès d'enfants québécois de 8 à 12 ans* (Thèse doctorale inédite).
- Meijer, W.M., Faber, A., van den Ban, E. et al. (2009) Current issues around the pharmacotherapy of ADHD in children and adults. *Pharmacy World et Science*, 31, 509–516. <https://doi.org/10.1007/s11096-009-9302-3>
- Osman, A., Lamis, D. A., Bagge, C. L., Freedenthal, S. et Barnes, S. M. (2016). The mindful attention awareness scale: Further examination of dimensionality, reliability, and concurrent validity estimates. *Journal of Personality Assessment*, 98, 189–199. doi: 10.1080/00223891.2015.1095761
- Root, R. W. et Resnick, R. J. (2003). An update on the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 34–41. doi: 10.1037/0735-7028.34.1.34
- Roux, B., Franckx, A.-C., Lahaye, M., Deplus, S. et Philippot, P. (2019). A french validation of the child and adolescent mindfulness measure (CAMM). *European Review of Applied Psychology*, 69, 83–89. doi: 10.1016/j.erap.2019.06.001
- Saggino, A., Bartocchini, A., Sergi, M. R., Romanelli, R., Macchia, A. et Tommasi, M. (2017). Assessing mindfulness on samples of italian children and adolescents: The validation of the italian version of the child and adolescent mindfulness measure.

- Mindfulness*, 8, 1364-1372. doi: 10.1007/s12671-017-0712-3
- Schachar, R. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 15, 78-97. doi: 10.1212/01.CON.0000348879.09070.21
- Siebelink, N. M., Asherson, P., Antonova, E., Bögels, S. M., Speckens, A. E., Buitelaar, J. K. et Greven, C. U. (2019). Genetic and environmental aetiologies of associations between dispositional mindfulness and ADHD traits: A population-based twin study. *European Child et Adolescent Psychiatry*, 28, 1241–1251. doi: 10.1007/s00787-019-01279-8
- Smalley, S. L., Loo, S. K., Hale, T. S., Shrestha, A., McGough, J., Flook, L. et Reise, S. (2009). Mindfulness and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1087–1098. doi: 10.1002/jclp.20618
- Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., ... Wu, M. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA : Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 40, 168-179. doi: 10.1097/00004583-200102000-00011
- Thierry, K. L., Vincent, R. L. et Norris, K. S. (2022). A Mindfulness-based curriculum improves young children's relationship skills and social awareness. *Mindfulness*, 13, 730-741. doi: 10.1007/s12671-022-01830-w
- Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D. et Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*, 9(1), 23–43. doi:10.1007/s12671-017-0762-6
- Van der Oord, S., Bögels, S. M. et Peijnenburg, D. (2011). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 139–147. doi: 10.1007/s10826-011-9457-0
- Van der Oord, S., Prins, P. J. M., Oosterlaan, J. et Emmelkamp, P. M. G. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 783800. doi: 10.1016/j.cpr.2007.10.007
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. et Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-1346. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.006
- Williams, M. J., Dalgleish, T., Karl, A. et Kuyken, W. (2014). Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychological Assessment*, 26(2), 407–418. doi: 10.1037/a0035566
- Zavadenko, N. N. et Simashkova, N. V. (2015). New approaches to the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 45, 837842. doi: 10.1007/s11055-015-0152-2
- Zhang, J., Díaz-Román, A. et Cortese, S. (2018). Meditation-based therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder in children, adolescents and adults: A systematic review and meta-analysis. *Evidence Based Mental Health*, 21, 87–94. doi: 10.1136/ebmental-2018-300015



IN MEMORIAM : ALBERT BANDURA (1925-2021)

Gilles Trudel

Université du Québec à Montréal

Albert Bandura est un psychologue d'origine canadienne, fils d'immigrants, qui a grandi dans une famille modeste d'un petit village près d'Edmonton. Il fait ses études de premier cycle à l'Université de la Colombie-Britannique puis ses études doctorales à l'Université de l'Iowa. Il devient en 1953 professeur de psychologie à l'Université de Stanford où il poursuivra sa carrière tout au cours de sa vie. Influencé dans un premier temps par le mouvement behavioriste, il s'en éloigne en mettant l'accent sur les facteurs sociaux et cognitifs. C'est dans ce contexte qu'il développe la théorie de l'apprentissage social qui met l'accent sur le fait qu'une grande partie des apprentissages qu'un enfant fait tout au cours de son développement est basée sur l'observation d'autres personnes et par l'imitation de comportements qui ont des conséquences positives. En plus des répercussions de cette théorie cognitivo-comportementale dans le domaine de l'éducation, il développera des traitements basés sur l'apprentissage vicariant. À titre d'exemple, un sujet phobique des chiens sera traité en observant un modèle qui n'a pas peur des chiens et qui peut s'approcher et manipuler un chien sans aucune manifestation d'anxiété.

Éventuellement, Bandura (1986) va modifier l'appellation de sa théorie et lui donner le nom de théorie sociale cognitive en mettant l'accent sur des concepts cognitifs comme la régulation de soi et de ses comportements et le concept de l'efficacité personnelle. La régulation de soi inclut l'observation de son comportement et un jugement porté en fonction de standards d'évaluation personnelle. L'efficacité personnelle est basée sur la croyance qu'une personne peut avoir de sa capacité de réaliser un comportement, une performance ou un objectif. Ce concept est largement relié à la capacité d'une personne de développer son potentiel, à son bien-être personnel et à la capacité de surmonter rapidement les difficultés et les situations d'échec.

Plus récemment, Bandura appliquera sa théorie de l'apprentissage social aux grands problèmes de l'humanité. En 2010, au congrès de l'Association for Behavioral and Cognitive Theory à San Francisco, il fait une présentation importante intitulée « On alleviating urgent global problems by psychosocial means ». Cette

présentation à laquelle j'ai assisté fut suivie par l'ensemble des participants à ce congrès dans une immense salle remplie au maximum de sa capacité montrant l'ampleur du personnage. Il a rapporté des données sur l'utilisation de son approche basée sur l'apprentissage vicariant pour faire de la modification des comportements à l'échelle populationnelle. Parmi les problèmes visés dans le cadre de ses recherches, mentionnons la croissance exagérée de la population mondiale, les problèmes environnementaux, la situation difficile des femmes dans certains pays et l'analphabétisme. Pour donner l'exemple de ce dernier problème, Bandura montre, dans une étude en collaboration avec le gouvernement mexicain, qu'il est possible par l'intermédiaire de l'utilisation massive des médias télévisés présentant des publicités conçues en fonction du concept de l'apprentissage vicariant de multiplier considérablement dans la population mexicaine le nombre de personnes analphabètes de tous les âges s'inscrivant à des cours pour apprendre à lire et à écrire. Inutile de dire que cette présentation fut suivie d'une ovation debout durant plusieurs minutes.

Plus personnellement, lorsque j'ai donné, avec mon collègue Jean-Marie Boisvert, mon premier cours sur l'approche comportementale de l'intervention en 1970 à l'Université du Québec à Montréal, la publication récente du premier ouvrage important de synthèse sur la thérapie comportementale et cognitive par Albert Bandura (1969) intitulé *Principles of Behavior Modification* a été pour nous et les étudiants une aide précieuse. Ce livre a contribué à présenter l'approche comportementale souvent critiquée à l'époque sous un angle nouveau et positif. Il s'agit du premier ouvrage qui a changé l'image des méthodes comportementales et cognitives et à faire en sorte que cette approche en éducation et en psychologie entre dans la catégorie des grandes interventions psychologiques.

Albert Bandura est un grand et légendaire personnage de la psychologie contemporaine. Il fut nommé en 1974 président de l'*American Psychological Association*. Il a donné à la psychologie une nouvelle conception dans le domaine des théories de l'apprentissage à partir de laquelle des méthodes importantes ont été développées en

éducation et dans les thérapies cognitivo-comportementales. Il fut considéré comme un des auteurs les plus influents en psychologie. En 2002, un sondage révèle que les psychologues les plus lus en psychologie sont Sigmund Freud, Burrhus Frederic Skinner, Jean Piaget et Albert Bandura (Haggbloom, 2002). Tout au long de sa vie, il recevra plusieurs honneurs dont, en 2014, l'Ordre National du Canada. En 2016, le président Barack Obama lui remettra la National Medal of Science.

Références

- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2010). On alleviating urgent global problems by psychosocial means. Presentation at the 44th annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapy, San Francisco.
- Haggbloom S.J. (2002). The 100 most eminent psychologists of the 20th century, *Review of General Psychology*, 6, 139–152.