

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>