

Université de Montréal

Relation entre le TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles du parent : le rôle  
modérateur de l'attachement adulte

par Marie-Pier Doutre

École de psychoéducation  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des arts et des sciences en vue de l'obtention du grade de  
maîtrise en psychoéducation option mémoire et stages (M.Sc.)

Avril 2014

©Marie-Pier Doutre, 2014

## Résumé

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est une condition qui touche un nombre important d'enfants d'âge scolaire. Plusieurs d'entre eux sont également atteints d'un trouble concomitant, qu'il soit de nature anxieuse ou agressive. Les manifestations comportementales qui en découlent, ainsi que les conséquences qui y sont associées, ont une influence sur l'enfant, mais également sur son parent. Certaines études suggèrent que ces conditions sont associées chez les parents à un niveau de stress élevé, à un sentiment d'auto-efficacité (SAE) plus faible, à plus de symptômes dépressifs et à une satisfaction conjugale plus faible. D'autres résultats rapportent le contraire. Pourquoi ces résultats sont-ils divergents? Cette étude a pour but, en premier lieu, d'examiner, dans un échantillon québécois de 110 parents d'enfants atteints de TDA/H, si les caractéristiques du TDA/H des enfants (sous-type de TDA/H et présence d'un trouble concomitant) influencent les caractéristiques personnelles de leur parent (stress parental, SAE, symptômes dépressifs et satisfaction conjugale). En deuxième lieu, nous examinerons si l'attachement adulte est lié à ces quatre caractéristiques personnelles parentales et s'il modère le lien entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et celles du parent. Les résultats indiquent que le profil diagnostique de l'enfant est lié aux symptômes dépressifs des parents et que la présence d'un trouble concomitant chez l'enfant est liée à la satisfaction conjugale parentale. De plus, un effet d'interaction est observé entre le profil diagnostique et la présence d'un trouble concomitant chez l'enfant sur le niveau de stress du parent. Les résultats démontrent également un effet significatif du style d'attachement adulte sur le sentiment d'auto-efficacité des parents, les parents avec un attachement sécure-autonome ayant un sentiment d'auto-efficacité plus élevé que ceux avec un attachement de type insécure-ambivalent. Aucun effet modérateur de l'attachement adulte sur la relation entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles de son parent n'est observé.

**Mots-clés :** TDA/H, parent, profil diagnostique, trouble concomitant, stress parental, symptômes dépressifs, sentiment d'auto-efficacité, satisfaction conjugale, attachement adulte.

## Abstract

Attention deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) is present in a large number of school-aged children. Many of them are also suffering from comorbid aggressive or anxious disorders. Behavioral manifestations and the consequences that arise, have not only an influence on the child, but also on the parent. Some studies suggest that, for those parents, these conditions are associated with a higher level of stress, a lower sense of self-efficacy, more depressive symptoms and lower marital satisfaction. Other findings relate the opposite. Why are these results in conflict? This study aims, firstly, to examine, in a Quebec sample of 110 parents of children with AD/HD, if the children's characteristics of AD/HD (diagnostic profile and the presence of a comorbid disorder) are related to their parent's personal characteristics (parental stress, sense of self-efficacy, depressive symptoms and marital satisfaction). Second, we examine whether adult attachment is linked with those four parental characteristics and if it moderates the relationship between children's AD/HD characteristics and parent's personal characteristics. Results indicate that the child's diagnostic profile is related to parent's depressive symptoms and that the presence of comorbid disorders is related with parent's marital satisfaction. Also, an interaction effect between child's diagnostic profile and presence of comorbid disorders is observed on parental stress level. In addition, results showed a significant relation between adult attachment style and parent's sense of self-efficacy only, confirming that parents with a secure-autonomous attachment style have a higher sense of self-efficacy than those with an insecure-ambivalent attachment style. No moderating effect of adult attachment on the relationship between child's AD/HD characteristics and parent's personal characteristics is observed.

**Keywords :** AD/HD, parent, diagnostic profile, comorbid deficit, parental stress, depressive symptoms, sens of self-efficacy, marital satisfaction, adult attachment.

## Table des matières

Résumé.....	ii
Abstract.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vi
Liste des sigles et abréviations.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	2
TDA/H.....	2
Troubles concomitants.....	4
Caractéristiques personnelles parentales.....	6
Sentiment d’auto-efficacité.....	6
Stress parental.....	7
Symptômes dépressifs.....	8
Satisfaction conjugale.....	10
Attachement adulte.....	11
Origine de la théorie de l’attachement.....	12
Attachement adulte.....	13
Attachement adulte du parent et TDA/H de l’enfant.....	14
Attachement adulte et caractéristiques personnelles parentales.....	15
Problématique de l’étude.....	16
Hypothèses.....	17
Méthode.....	18
Participants.....	18
Procédure.....	20
Instruments de mesure.....	20
Mesures diagnostiques du TDA/H de l’enfant.....	20
Mesures auto-rapportées des caractéristiques personnelles parentales.....	21
Résultats.....	25
Caractéristiques des participants.....	25
Vérification du respect des postulats de l’analyse de variance.....	26

Lien entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles du parent.....	27
Lien entre l'attachement adulte du parent et ses caractéristiques personnelles .....	30
L'attachement adulte comme modérateur du lien entre le TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles de son parent. ....	31
Discussion.....	35
Caractéristiques du TDA/H de l'enfant et caractéristiques personnelles du parent...	35
Attachement adulte, caractéristiques personnelles parentales et effet modérateur ....	37
Limites de l'étude .....	39
Forces de l'étude .....	40
Implication aux plans clinique et théorique .....	40
Références.....	42

## Liste des tableaux

Tableau 1.	<i>Données descriptives des parents et des enfants.....</i>	18
Tableau 2.	<i>Distribution des styles d'attachement chez les parents d'enfants TDA/H.....</i>	24
Tableau 3.	<i>Moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales.....</i>	25
Tableau 4.	<i>Moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales selon le profil diagnostique et les troubles concomitants des enfants.....</i>	27
Tableau 5.	<i>Sentiment d'auto-efficacité selon le profil diagnostique et les troubles concomitants (ANOVA).....</i>	27
Tableau 6.	<i>Niveau de stress parental selon le profil diagnostique et les troubles concomitants (ANOVA).....</i>	28
Tableau 7.	<i>Symptômes dépressifs selon le profil diagnostique et les troubles concomitants (ANOVA).....</i>	28
Tableau 8.	<i>Satisfaction conjugale selon le profil diagnostique et les troubles concomitants (ANOVA).....</i>	29
Tableau 9.	<i>Moyennes et écarts-types des caractéristiques personnelles parentales selon le style d'attachement.....</i>	30
Tableau 10.	<i>Moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales selon le profil diagnostique de l'enfant et l'attachement adulte du parent.....</i>	32
Tableau 11.	<i>Moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales selon les troubles concomitants des enfants et l'attachement adulte des parents.....</i>	33

## Liste des sigles et abréviations

ANOVA	<i>Analyse de la variance</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ASQ	<i>Attachement Style Questionnaire</i>
CIM	<i>Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes</i>
DISC	<i>Diagnostic Interview Schedule for Children</i>
DSM	<i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>
ISP	<i>Indice de stress parental</i>
MOI	<i>Modèle opérationnel interne</i>
PEHP	<i>Programme d'entraînement aux habiletés parentales</i>
QI	<i>Quotient intellectuel</i>
SAE	<i>Sentiment d'auto-efficacité</i>
TDA	<i>Trouble déficitaire de l'attention</i>
TDAH	<i>Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité</i>
TDA/H	<i>Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité</i>
WISC	<i>Weschler Intelligence Scale for Children</i>

## Remerciements

Je viens tout juste de terminer l'écriture de la dernière ligne de mon mémoire. J'ai peine à croire ce que j'ai réussi à accomplir. Ces quatre – presque cinq – dernières années ont su éprouver ma patience, ma persévérance et ma confiance. Nombreuses sont les fois où j'ai songé abandonner, et où, heureusement, certaines personnes, à différents moments de ce parcours, m'ont encouragée à continuer.

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Sylvie Normandeau. Sans votre support et vos conseils, je n'aurais pu mettre à terme ce projet. Vous m'avez forcée à sortir de ma zone de confort, en me poussant à toujours aller au-delà de mes premières réflexions, et en me transmettant une rigueur qui a grandement influencé la qualité de mon travail.

Je remercie également ma famille, à commencer par ma mère. Ton soutien a contribué à la réussite de cette maîtrise. Les valeurs que tu m'as transmises m'ont permis de persévérer et d'atteindre ce but que je m'étais fixé, et ce, malgré les embûches traversées au cours des dernières années. Merci également à ma belle-mère, Isabelle, qui a tenu à s'informer de façon régulière sur mon parcours, et qui a été une oreille attentive lors de périodes de découragement.

Je tiens aussi à remercier mes amies, qui ont été présentes pour m'encourager à toujours continuer. Un merci particulier à Stéphanie, pour nos soupers à se changer les idées, à Roxane, ma vieille amie, à Andrée-Anne, mon amie lointaine, à Emilie, pour ton soutien si présent pendant plusieurs mois, à Valérie, Marie-Pier, Marie-Eve, Kim et Christine, pour votre écoute et vos conseils, et à Amélie, Claudia et Véronique, mes collègues de maîtrise et si précieuses amies. Nous avons toutes franchies de grandes étapes de la vie depuis les dernières années, et vous avez chacune à votre façon contribué à m'aider à franchir celle-ci.

Merci également à mes collègues et amies du Ranch Massawippi, qui, sans le savoir, m'ont permis, l'espace de quelques étés, de recharger mes batteries et de retrouver la motivation qui parfois m'avait échappée.

Finalement, merci à mon amoureux, Etienne, pour ton amour, ton soutien et ta patience infinie des dernières années. Merci de m'avoir crue capable de ce qui me semblait parfois impossible. Ta présence dans ma vie a certainement contribué à mettre à terme cet accomplissement dont je suis si fière aujourd'hui.



## Introduction

Élever un enfant est un défi en soi. Trouver le juste milieu entre l'éducation et les valeurs à transmettre, la discipline à inculquer et l'affection à donner n'est pas une simple tâche. Comme parent, ce défi est d'autant plus grand lorsque son enfant est atteint d'une maladie physique, d'un handicap ou d'un trouble de santé mentale, comme le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). En effet, cette condition a non seulement des conséquences chez les enfants qui en sont atteints, mais aussi sur leurs parents. Les parents d'enfants diagnostiqués d'un TDA/H rapportent vivre un plus grand stress parental que les parents d'enfants qui ne présentent aucune problématique (Johnston & Mash, 2001). Également, certaines recherches ont démontré que ces parents sont plus à risque de dépression et de détresse conjugale, et ont plus fréquemment une faible estime de soi (Chronis, Gamble, Roberts & Pelham, 2006; Johnston & Mash, 2001). D'autres études mentionnent toutefois que ce n'est pas uniquement le diagnostic TDA/H qui joue sur ces dimensions, mais plutôt la présence d'un problème comportemental concomitant au diagnostic (Heckel, Clarke, Barry, McCarthy & Selikowitz, 2009; Johnston, 1996). Certains chercheurs suggèrent, au contraire, que le diagnostic de TDA/H d'un enfant n'aurait pas de conséquences sur la dépression, la détresse conjugale et l'estime de soi des parents (Camparo, Christensen, Buhrmester & Hinshaw, 1994; Szatmari, Offord & Boyle, 1989). Pourquoi les résultats de ces différentes études sont-ils si partagés? Serait-il possible qu'une troisième variable puisse intervenir dans la relation entre les caractéristiques du TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles de ses parents? Différents facteurs personnels, sociaux et/ou psychologiques, présents chez certains parents d'enfants atteints d'un TDA/H, pourraient ainsi amoindrir ou aggraver l'effet qu'ont sur eux les conséquences qui découlent du TDA/H de leur enfant. Certains chercheurs affirment par exemple que des facteurs externes au diagnostic de TDA/H des enfants (santé physique et psychologique de la mère, cognitions parentales, etc.) sont aussi à considérer lorsqu'on examine le niveau de stress parental (Anastopoulos et al., 1992; Segenreich, Fortes, Coutinho, Pastura & Mattos, 2009). Ainsi, il se pourrait qu'un aspect interne et propre à l'individu puisse jouer un rôle dans cette relation entre le TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles de son parent. L'attachement adulte pourrait-il ainsi venir

modérer le lien entre le TDA/H d'un enfant et les niveaux de stress parental, de sentiment d'auto-efficacité, de symptômes dépressifs et de satisfaction conjugale de son parent?

La présente étude a pour but, en premier lieu, d'examiner si le sous-type (avec ou sans hyperactivité) du TDA/H d'un enfant et si la présence d'un trouble concomitant sont associés à la qualité des quatre caractéristiques personnelles de son parent nommées ci-haut et, en deuxième lieu, d'évaluer si ce lien est modéré par le type d'attachement adulte du parent.

## **Contexte théorique**

### **TDA/H**

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est présent dans les pays occidentaux chez 5% des enfants d'âge scolaire (American Psychiatric Association (APA), 2013). Il s'agit d'une condition chronique et envahissante caractérisée par des niveaux excessifs d'inattention, d'agitation et/ou d'impulsivité et qui interfère avec le fonctionnement ou le développement d'un individu (APA, 2013). Ces caractéristiques apparaissent avant l'âge de 12 ans et sont observables dans plusieurs contextes de vie : à la maison, à la garderie, à l'école ou dans la communauté (APA, 2013; Charach, 2010). Les enfants atteints d'un TDA/H ont entre autres de la difficulté à s'organiser, à maintenir leur attention, à faire des plans réalistes et à penser avant d'agir. Ils présentent des déficits dans plusieurs domaines reliés aux fonctions exécutives, incluant l'inhibition, la planification et la flexibilité cognitive (Geurts, Verte, Oosterlaan, Roeyers & Sergeant, 2004). Ils sont également à risque d'échec scolaire et peuvent être agressifs et socialement maladroits envers leurs pairs et les membres de leur famille (APA, 2009; Charach, 2010; Mash & Johnston, 1983b). On rapporte aussi que les individus atteints de ce trouble ont plus souvent recours aux services de santé et se blessent plus fréquemment que les autres enfants (Bruce, Kirkland & Waschbusch, 2007).

Selon le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> édition) (APA, 2013), le TDA/H se divise en trois sous-types. Le sous-type inattentif, est relié principalement aux problèmes d'inattention, où l'enfant démontre au moins six des neuf

symptômes d'inattention établis (« a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux », « semble souvent ne pas écouter lorsqu'on lui parle personnellement », « a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités », etc.). Ce sous-type est d'ailleurs celui qui a la plus grande prévalence, avec un taux variant de 4,35 à 8,45% (Froehlich, Lanphear, Epstein, Barbaresi, Katusic & Kahn, 2007; Gomez, Harvey, Quick, Scharer & Harris, 1999; Nolan, Gadow & Sprafkin, 2001). Les enfants du sous-type hyperactif/impulsif manifestent quant à eux au moins six des neuf symptômes d'hyperactivité/impulsivité (« remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège », « parle souvent trop », « a souvent du mal à attendre son tour », etc.). On retrouve pour ce sous-type une prévalence variant de 1,5 et 3,13% (Froehlich et al., 2007; Nolan et al., 2001). Finalement, l'enfant de sous-type mixte présente un grand nombre de symptômes appartenant aux deux catégories (Charach, 2010). Ce dernier sous-type a une prévalence qui se situe entre 2,2 et 4,31% (Froehlich et al., 2007; Nolan et al., 2001). Pour tous les sous-types de TDA/H, on remarque clairement une prédominance masculine (Froehlich et al., 2007), avec un ratio garçon-fille variant 2 :1 chez le sous-type inattentif à 4 :1 chez le sous-type hyperactif/impulsif (Vantalon, 2005).

Le TDA/H d'un enfant peut susciter chez ses parents des sentiments négatifs, des impressions d'incapacité et un haut niveau de stress lorsqu'ils se retrouvent confrontés aux situations quotidiennes découlant des comportements de leur enfant (DuPaul et al., 2001; in Vantalon, 2005). Les enfants atteints de TDA/H peuvent adopter une attitude et des comportements plus fréquemment négatifs et entêtés, manifester une plus faible tolérance à la frustration et moins adhérer aux règles familiales que les autres enfants (Whalen, Henker, Jamner, Ishikawa, Floro, Swindle... Johnston, 2006). Leurs parents peuvent surréagir face à certains de leurs comportements, et utiliser ainsi des méthodes disciplinaires punitives et incohérentes (Johnston, 1996). Il arrive aussi que les parents croient les conduites de leur enfant totalement délibérées; ces parents peuvent alors adopter des conduites éducatives répressives et développer des réactions de rejet à l'égard de ce dernier (Vantalon, 2005). Parfois aussi, ce sont les parents qui peuvent se sentir rejetés par leur entourage, et avoir ainsi l'impression que le TDA/H de leur enfant n'est pas compris et accepté par leurs proches. Un grand nombre de personnes croient d'ailleurs que les problèmes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité chez ces enfants sont une conséquence de la mauvaise gestion de ces comportements par les parents. Même si les déficits causés par le TDA/H ont maintenant été

expliqués par la recherche, les mauvaises habiletés parentales restent une théorie populaire pour expliquer ces comportements dérangeants (Tang, 2008).

Une étude australienne ayant démontré un lien significatif entre le diagnostic de TDA/H d'un enfant, la cohésion familiale et la santé émotionnelle des parents (Klausen, Miller & Fine, 2004), le fait d'avoir un enfant atteint de TDA/H pourrait-il amener une augmentation du sentiment de culpabilité et de sentiments négatifs chez certains parents? Ou, au contraire, l'annonce d'un diagnostic de TDA/H chez leur enfant pourrait-il faire en sorte de diminuer le sentiment de culpabilité, en apportant un sens aux manifestations comportementales de l'enfant?

Ainsi, puisque le TDA/H est une condition qui affecte non seulement le fonctionnement de l'enfant qui en est atteint, mais aussi celui des personnes de son entourage, se pourrait-il qu'il y ait un lien entre les caractéristiques propres au TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles parentales? Existe-t-il un lien entre les sous-types du TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles de son parent, c'est-à-dire ses niveaux de stress parental, de sentiment d'auto-efficacité, de symptômes dépressifs et sa satisfaction conjugale?

### **Troubles concomitants**

Il n'est pas rare que les enfants atteints d'un TDA/H souffrent aussi de troubles concomitants. En effet, les études démontrent qu'entre 50% et 66% des enfants d'âge scolaire ayant un TDA/H souffrent d'un trouble concomitant, comme les troubles de l'apprentissage et de langage, les tics, les problèmes de sommeil, l'énurésie, les problèmes de comportements ainsi que l'anxiété (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Kadesjo & Gillberg, 2001; Woodward, Fergusson & Horwood, 2000). Certaines études ont d'ailleurs démontré qu'une proportion d'environ 25 à 50% d'une population clinique d'enfants atteints d'un TDA/H est également diagnostiquée d'un trouble anxieux (Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Tannock, 2000; Vantalon, 2005), qui se définit comme une peur excessive d'une situation spécifique, ou généralisée, ne correspondant pas au niveau de développement de l'individu et qui interfère avec son fonctionnement global (DSM-IV-TR). Des études ont aussi démontré que les enfants souffrant à la fois de TDA/H et d'anxiété manifestent un plus haut niveau

d'agressivité (Jensen et al., 1997), mais auraient tendance à être moins impulsifs (Newcorn, Halperin, Jensen, Abikoff, Arnold, Cantwell... Vitiello, 2001; Pliszka, 1992).

Le trouble oppositionnel, se traduisant par un patron de comportements négatifs, hostiles et défiants, et le trouble des conduites, caractérisé par un patron répétitif de comportements où les normes et les droits des autres individus sont violés (DSM-IV-TR), sont également très fréquemment concomitants au TDA/H. Alors qu'apparaissent chez 40% à 70% d'un échantillon clinique d'enfants d'âge primaire atteints de TDA/H des comportements oppositionnels et agressifs, de 50% à 65% d'entre eux rencontrent également les critères diagnostiques d'un trouble oppositionnel (Biederman, Faraone, Milberger, Jetton, Chen, Mick, et al., 1996), et de 25% à 50% d'entre eux recevront officiellement un diagnostic de trouble des conduites entre l'âge de 8 et 12 ans (Barkley & Biederman, 1997; Biederman et al., 1996; Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Loeber, Green, Lahey, Christ & Frick, 1992). Une plus grande proportion d'enfants TDA/H atteints également d'un trouble concomitant agressif seraient de sous-type mixte, en comparaison au sous-type inattentif (Tzang et al., 2009). Les enfants atteints de TDA/H ayant plus de difficulté à réguler leurs émotions, il est fréquent qu'ils manifestent des comportements agressifs pour s'exprimer; ils sont par conséquent plus enclins à être rejetés par leurs pairs, ce qui peut renforcer des problèmes sociaux déjà présents (Frankel & Feinberg, 2002). De plus, des résultats ont démontré que les enfants qui ont un TDA/H et un trouble concomitant agressif ont des interactions parent-enfant plus négatives (Johnston, 1996), communiquent moins avec leurs parents, et obtiennent moins de réponses et de gestes affectifs de la part de ces derniers que dans les familles d'enfants sans ces diagnostics (Ghanizadeh & Shams, 2007).

Puisqu'un trouble concomitant au TDA/H d'un enfant affecte non seulement le fonctionnement de l'enfant qui en est atteint, mais semble aussi jouer sur celui des personnes qui l'entourent, existe-t-il un lien entre la présence d'un trouble concomitant (agressif ou anxieux) au TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles de son parent (niveaux de stress parental, de sentiment d'auto-efficacité, de symptômes dépressifs et de satisfaction conjugale)?

## **Caractéristiques personnelles parentales**

Il n'existe pas de définition précise des caractéristiques personnelles parentales. Si nous associons les caractéristiques personnelles à un certain bien-être psychologique, il existe cependant une théorie voulant que le bien-être psychologique ait à la fois une composante cognitive, représentant l'évaluation de sa satisfaction dans différents aspects de sa vie, et affective, reliée aux émotions (Tang, 2008). Puisque aucun consensus n'est connu sur sa définition, une variété de variables peut alors être reliée aux caractéristiques personnelles. Dans cette étude, il sera question du sentiment d'auto-efficacité, du niveau de stress parental, des symptômes dépressifs et de la satisfaction conjugale.

**Sentiment d'auto-efficacité.** Le sentiment d'auto-efficacité (SAE), ou sentiment d'efficacité personnelle, se définit comme étant la croyance en sa capacité à atteindre un objectif. Il influence les aspirations, les choix, la vulnérabilité au stress et à la dépression, le niveau d'effort et de persévérance et la résilience d'un individu (Bandura, 2007). Plus précisément, le sentiment d'auto-efficacité parental est la capacité qu'a un parent à se référer à lui-même concernant son rôle de parent et la perception d'avoir une influence positive sur le comportement et sur le développement de son enfant (Coleman & Karraker, 2000).

**Sentiment d'auto-efficacité parental et TDA/H de l'enfant.** Certaines études ont démontré que les parents d'enfants ayant un TDA/H rapportaient une satisfaction parentale, un sentiment d'efficacité parental (Chronis et al., 2006; Johnston & Mash, 2001; Whalen et al., 2006) et un niveau d'estime de soi plus bas que les parents d'enfants sans diagnostic (Anastopoulos et al., 1992; Johnston, 1996; Whalen et al., 2006). Des résultats ont également rapporté que les comportements hyperactifs, impulsifs ou inattentifs de leur enfant affectaient négativement le sentiment d'auto-efficacité des parents (Shelton, Barkley, Crosswait, Moorehouse, Fletcher, Barrett... Metevia, 1998). Une étude récente a également fait le lien entre deux des sous-types (inattentif et mixte) du TDA/H d'un enfant et le sentiment de compétence de son parent, démontrant que ce dernier était plus bas chez les parents d'enfants atteints d'un TDA/H de sous-type mixte par rapport à ceux dont le sous-type était inattentif (Tzang et al., 2009). Par ailleurs, d'autres résultats n'ont démontré aucun lien entre le SAE des

mères et les comportements de leur enfant atteint de TDA/H (Beck, Young & Tarnowski, 1990; Johnston & Pelham, 1990).

**Sentiment d'auto-efficacité parentale et troubles concomitants chez l'enfant.** Il a été démontré que lorsque le diagnostic de TDA/H de leur enfant est concomitant avec un trouble d'opposition ou un trouble de conduites, les parents rapportent vivre un plus faible sentiment de compétence parentale par rapport aux parents ayant des enfants atteints de TDA/H sans trouble concomitant; la différence entre les niveaux de sentiment de compétence parentale s'agrandit d'ailleurs d'avantage lorsqu'on compare les parents d'enfants ayant un TDA/H avec un trouble agressif aux parents d'enfants sans TDA/H (Anastopoulos et al., 1992; Johnston, 1996). Les parents d'enfants atteints de TDA/H et d'un trouble concomitant agressif se disent également moins satisfaits dans leur rôle parental que les parents des groupes sans ce diagnostic (Anastopoulos et al., 1992; Johnston, 1996; Shelton et al., 1998).

Ainsi, bien que les résultats ne soient pas constants, il est possible de noter que généralement, les parents d'enfants avec à la fois un TDA/H de sous-type mixte et un trouble concomitant, particulièrement un trouble lié à l'agressivité, semblent situer leur sentiment d'auto-efficacité à un niveau plus faible que les parents d'enfants sans diagnostic.

**Stress parental.** Les parents d'enfants présentant un TDA/H, parce qu'ils côtoient leurs enfants au quotidien, sont sujets à vivre des situations stressantes. Les comportements de ces enfants, ainsi que leurs conséquences sur eux-mêmes et sur les parents (par exemple, conflits avec la fratrie, difficultés sociales et scolaires (Barkley, Anastopoulos, Guevremont & Fletcher, 1991; Mash & Johnston, 1983b)) pourraient-ils influencer le niveau de stress de ces derniers? La notion de *stress parental* peut être définie comme étant l'écart ressenti par le parent entre, d'une part, les exigences posées par la situation et l'enfant et, d'autre part, ses ressources et habiletés disponibles pour répondre à ces exigences (Lacharité, Ethier et Couture, 1996). Abidin (1982) présente le stress parental comme un sentiment négatif vécu par l'individu lorsqu'il est confronté à son rôle de parent.

**Stress parental et TDA/H de l'enfant.** Une méta-analyse regroupant 22 études publiées et 22 études non publiées (mémoires et thèses) illustre que les parents d'enfants ayant un TDA/H éprouvent plus de stress parental que les parents d'enfants sans ce diagnostic (Theule, Wiener, Tannock & Jenkins, 2013). Une autre étude mentionne que les parents d'enfants

atteints de TDA/H vivent plus de stress que ceux d'enfants ayant un problème de santé physique chronique, comme l'asthme et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (Gupta, 2007). De plus, plusieurs résultats d'études auprès de mères d'enfants ayant le TDA/H illustrent également que ces dernières présentent un niveau de détresse parentale élevé en comparaison à celles qui ont des enfants non atteints du TDA/H (Mash & Johnston, 1983a; Modesto-Lowe, Danforth & Brooks, 2008). Anastopoulos et al. (1992) et Theule et al. (2013) ont de plus rapporté que la gravité des symptômes du TDA/H d'un enfant avait une influence sur le stress parental rapporté par les mères. Des chercheurs expliquent ces résultats par le fait que le diagnostic de TDA/H demanderait habituellement aux parents d'accorder une plus grande attention à leur enfant, en raison de ses difficultés à répondre aux demandes parentales (Anastopoulos et al., 1992). D'autres études portant sur le lien entre les sous-types inattentif et mixte du TDA/H et le stress parental ont quant à elles illustré que les parents d'enfants atteints d'un TDA/H de sous-type mixte étaient plus stressés que ceux d'enfants ayant un TDA/H de sous-type inattentif (Counts, Nigg, Stawick, Rappley, & Von Eye, 2005; Tzang et al., 2009; Yang, Jong, Hsu & Tsai, 2007). D'autres résultats n'ont toutefois pu associer directement le TDA/H des enfants au niveau de stress ou d'anxiété des parents (Kashdan, Jacob, Pelham, Lang, Hoza, Blumenthal & Gnagy, 2004; Segenreich et al., 2009).

***Stress parental et troubles concomitants chez l'enfant.*** Selon certaines études, la relation entre le diagnostic de TDA/H de l'enfant et le stress parental vécu par son parent semble d'autant plus forte lorsque l'enfant est également atteint d'un trouble concomitant agressif (Anastopoulos et al., 1992; Johnston, 1996; Theule et al., 2013) ou anxieux (Tannock, 2000), en comparaison à ceux atteints uniquement d'un TDA/H. Toutefois, d'autres chercheurs n'ont pas réussi à répliquer de tels résultats (Murphy & Barkley, 1996).

Bien que les résultats ne soient pas constants, il est possible de rapporter la tendance d'un niveau de stress parental plus élevé chez les parents ayant un enfant atteint d'un TDA/H, et particulièrement chez ceux dont les enfants ont un TDA/H de sous-type mixte combiné d'un trouble concomitant de nature agressive ou anxieuse.

**Symptômes dépressifs.** Un individu dépressif présente, entre autres, un manque d'intérêt et de plaisir dans ses activités quotidiennes, une prise ou une perte de poids, de l'insomnie ou de l'hypersomnie, un manque d'énergie, un sentiment marqué de tristesse, une



difficulté à se concentrer, un sentiment de culpabilité et/ou des pensées suicidaires (APA, 2013). Puisque dans la présente étude aucun diagnostic officiel n'a été évalué, il sera question de symptômes dépressifs.

***Symptômes dépressifs des parents et TDA/H de l'enfant.*** Des résultats rapportent plus de symptômes dépressifs chez les parents ayant un enfant atteint d'un TDA/H que chez ceux qui ont un enfant sans diagnostic (Johnston & Mash, 2001). Chronis, Lahey, Pelham, Kipp, Baumann et Lee (2003) spécifient qu'environ 40% des mères d'enfants présentant un TDA/H disent avoir déjà vécu une dépression majeure. D'autres résultats ont par ailleurs démontré que les symptômes dépressifs seraient plus présents chez les parents ayant des enfants atteints d'un TDA/H de sous-type mixte par rapport aux autres sous-types (Tzang et al., 2009). Fergusson et Lynksey (1993) ont quant à eux établi une corrélation significative entre la dépression maternelle et les difficultés attentionnelles chez les enfants, corrélation qui n'était toutefois pas significative lorsque le statut socioéconomique et le statut marital étaient contrôlés. Par contre, d'autres résultats n'ont pas rapporté de différence entre le niveau de symptômes dépressifs des parents d'enfants ayant un TDA/H et ceux des parents d'enfants sans ce diagnostic (Kashdan et al., 2004).

***Symptômes dépressifs des parents et troubles concomitants chez l'enfant.*** Il a été démontré que les troubles concomitants internalisés, comme l'anxiété, chez les enfants ayant un TDA sont associés à plus de symptômes dépressifs chez leurs parents que chez les parents d'enfants sans TDA ni trouble anxieux (Biederman, Faraone, Keenan, Steingard & Tsuang, 1991). Également, certaines études ont établi une plus grande quantité de symptômes dépressifs chez les parents d'enfants qui présentent un TDA/H avec une concomitance de trouble agressif, que chez les parents d'enfants sans TDA/H et sans trouble concomitant (Segenreich et al., 2009; Tang, 2008). Cependant, alors que certains résultats démontrent que l'agressivité des enfants atteints de TDA/H influence les symptômes dépressifs de leur parent (Cunningham et al., 1988), d'autres illustrent que c'est la dépression parentale qui, en raison des pratiques parentales incohérentes et punitives qui en découlent, mène à une augmentation des comportements agressifs des enfants ayant un diagnostic de TDA/H (Connolly & Vance, 2010).

Bien que les résultats actuels concernant le lien entre les symptômes dépressifs des parents, le TDA/H d'un enfant et ses troubles concomitants ne soient pas constants, il est à

noter que, plusieurs résultats significatifs illustrent que les parents d'enfants atteints de TDA/H accompagné ou non d'un trouble concomitant rapportent plus de symptômes dépressifs que ceux qui ont des enfants sans diagnostic.

**Satisfaction conjugale.** La satisfaction conjugale correspond au degré de satisfaction que procure la relation conjugale (Locke & Wallace, 1959), et est considérée dans la présente étude comme la quatrième caractéristique personnelle parentale potentiellement influencée par les caractéristiques du TDA/H d'un enfant.

***Satisfaction conjugale du parent et TDA/H de l'enfant.*** Une étude sur le lien entre le TDA/H des enfants et la fonctionnalité du couple de leurs parents rapporte une incidence plus élevée de dysfonction dans la relation conjugale chez les couples qui ont des enfants atteints d'un TDA/H, comparativement à ceux qui ont des enfants sans diagnostic (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990). D'autres études mentionnent que les parents d'enfants qui ont un TDA/H rapportent une satisfaction maritale plus basse (Johnston, 1996), un plus haut niveau de conflits conjugaux (Murphy & Barkley, 1996; Shelton et al., 1998), de plus grandes difficultés au niveau des relations conjugales et une quantité supérieure de séparation que les parents d'enfants sans diagnostic de TDA/H (Cohen, Adler, Kaplan, Pelcovitz & Mandel, 2002). La durée du mariage serait également plus courte chez les parents d'enfants TDA/H que chez les parents d'enfants sans diagnostic. En effet, selon, Whymbs, Pelham, Molina, Gnagy, Wilson et Greenhouse (2008), la proportion de parents divorcés avant que leur enfant atteigne l'âge de 8 ans est significativement plus élevée chez les parents d'enfants TDA/H (22,7%) que chez les parents d'enfants sans diagnostic (12,6%). Aussi, on rapporte que les parents qui ont des adolescents présentant un TDA/H sont plus agressifs verbalement envers leur conjoint (Whymbs, Pelham, Gnagy & Molina, 2008) et communiquent plus négativement dans leur couple que les parents qui ont des enfants qui ne sont pas atteints du TDA/H (Whymbs & Pelham, 2010). Plus précisément, des chercheurs rapportent qu'un plus grand nombre de parents d'enfants ayant un TDA/H de sous-type mixte sont insatisfaits dans leur vie conjugale (Tzang, Chang & Liu, 2009) ou séparés (Heckel et al., 2009), par rapport aux parents d'enfants atteints d'un TDA/H de sous-type inattentif. Néanmoins, d'autres résultats ne rapportent pas de problèmes maritaux plus élevés chez les parents d'enfants qui présentent un

TDA/H comparativement à ceux d'enfants qui ne présentent aucun diagnostic (Connolly & Vance, 2010).

***Satisfaction conjugale du parent et troubles concomitants chez l'enfant.***

L'insatisfaction conjugale et le risque de vivre un divorce chez les parents semble s'intensifier lorsque leur enfant atteint d'un TDA/H a également un trouble d'opposition ou un trouble des conduites, comparativement aux parents qui ont un enfant sans diagnostic (Whymbs, Pelham, Molina, Gnagy et al., 2008). D'autres études ont démontré que les adolescents atteints à la fois d'un TDA/H et d'un trouble concomitant, en comparaison avec ceux atteints seulement d'un TDA/H, se retrouvent plus souvent dans des familles dont les parents sont séparés (Heckel et al., 2009; Hurtig, Taanila, Ebeling, Miettungen & Moilanen, 2005; Whymbs, Pelham, Molina, Gnagy et al., 2008). Par ailleurs, d'autres études ne sont pas parvenues à répliquer de tels résultats, n'établissant ainsi pas de différence significative concernant la satisfaction conjugale chez les parents d'enfants seulement atteints d'un TDA/H et chez ceux d'enfants ayant un TDA/H accompagné de comportements de défiance (Johnston, 1996).

La littérature rapportant à la fois le concept de satisfaction conjugale et à la fois celui de fonctionnalité conjugale, il est possible de constater que, bien que les résultats ne soient pas constants, il est plus fréquent que les parents d'enfants atteints d'un TDA/H, et particulièrement ceux dont les enfants sont également atteints d'un trouble concomitant, soient moins satisfaits, séparés, ou qu'ils vivent une relation de couple qu'ils considèrent dysfonctionnelle, que les parents d'enfants sans diagnostic.

**Attachement adulte**

Bowlby (1969) a élaboré une théorie autour du modèle opérationnel interne (M.O.I.) afin d'expliquer le processus d'attachement. Le M.O.I. fait office de filtre interne, permettant aux individus de comprendre et d'interpréter ce qui les entoure. Il est donc influencé par l'environnement et les relations interpersonnelles. S'il n'a pas été construit adéquatement, en raison d'un attachement faible par exemple, il se peut que la vision du monde de l'individu soit différente de la normale.

La variation entre les résultats des études portant sur le lien entre le TDA/H, les troubles concomitants et les caractéristiques personnelles parentales pourrait-elle être

expliquée par une variable supplémentaire, comme l'attachement adulte, qui viendrait jouer un rôle de filtre dans l'interprétation qu'ont les parents de leur relation avec leur enfant portant un diagnostic? Se pourrait-il que cette particularité propre au parent puisse avoir un effet protecteur, ou au contraire, un effet négatif sur le niveau de stress parental, les symptômes dépressifs, le sentiment d'auto-efficacité et la satisfaction conjugale? L'attachement adulte pourrait-il ainsi jouer un rôle modérateur entre les caractéristiques du TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles de son parent?

**Origine de la théorie de l'attachement.** L'attachement adulte est une continuité de l'attachement à l'enfance, dont les composantes s'étendent jusqu'à l'âge adulte (Rothbard & Shaver, 1994). La théorie de l'attachement a été élaborée par Bowlby (1969) dans le but d'expliquer les liens significatifs qui unissent les individus. Dès sa naissance et de façon innée, l'enfant développe son propre système d'attachement, qui le motive à explorer son environnement lorsqu'il se sent sécurisé par son parent (appelé figure d'attachement), et, au contraire, à rechercher la proximité et la protection de ce dernier en situation de stress (Bowlby, 1969). La sensibilité du parent (ou sensibilité parentale), c'est-à-dire ses réponses pendant les premières années de vie (et des membres de l'entourage par la suite) aux demandes et aux besoins de l'enfant influencera le développement de schèmes d'attachement (Bowlby, 1979). De ces schèmes se développeront des modèles opérationnels internes et des styles d'attachement, regroupés en deux catégories (sécure et insécure) : sécure, évitant (insécure), ambivalent (insécure) (Ainsworth, Blehars, Waters & Wall, 1978) et désorganisé (insécure) (Main & Solomon, 1990). De ce fait, un enfant qui perçoit son parent comme compétent, disponible et prévisible dans ses comportements de soins, c'est-à-dire ayant une bonne sensibilité parentale, s'attachera de façon sécure à cette figure d'attachement, parce qu'il sait que son parent sera présent en cas de besoin (Ainsworth et al., 1978). L'enfant sécure en détresse recherchera ainsi son parent pour se sentir en sécurité et pour s'apaiser. Par ailleurs, un enfant dont le parent ne répond pas de manière adéquate et/ou rapide à ses besoins développera un attachement de type évitant (insécure) (Ainsworth et al., 1978). En effet, bien que l'enfant puisse prédire les réactions de son parent face à ses besoins, il sait que ces derniers ne seront pas comblés. En situation de stress, l'enfant évitant aura tendance à s'auto-apaiser plutôt qu'à rechercher la sécurité auprès de sa figure d'attachement. Inversement, un enfant

dont le parent répond de manière aléatoire à ses besoins, c'est-à-dire parfois adéquatement, et parfois non, développera un attachement de type ambivalent (insécure) (Ainsworth et al., 1978). Cet enfant recherchera sa figure d'attachement lors d'une situation stressante, mais aura tendance à se mettre en colère lors du contact avec cette dernière. Contrairement aux deux types d'attachement nommés précédemment, un enfant de type ambivalent est incapable de prévoir les réactions de son parent face à ses besoins. Finalement, une figure d'attachement qui ne répond presque jamais ou qui répond toujours de manière inadéquate aux besoins de l'enfant (par exemple, lorsqu'il y a négligence ou abus de la part du parent) contribue au risque de développer un attachement de type désorganisé (insécure) (Main & Solomon, 1990). L'enfant, en raison de la confusion qu'il vit du fait que son parent est à la fois source de réconfort et de danger, ne développera aucune stratégie cohérente pour rechercher une sécurité lors d'une situation stressante.

**Attachement adulte.** Le système d'attachement à l'enfance se traduit ensuite à l'adolescence, puis à l'âge adulte, par des patrons et des représentations d'attachement qui se seront formés suite aux expériences d'attachement lors de l'enfance. Ces patrons et stratégies d'attachement sont reliés à des émotions, à des attentes interpersonnelles et à des comportements, qui sont à leur tour associés à des stratégies spécifiques servant à réguler l'affect d'un individu (Shaver & Mikulincer, 2002). Le système d'attachement influence ainsi le sentiment de sécurité et le sens donné aux expériences et aux relations vécues par une personne, permettant ainsi à l'individu d'anticiper les situations de l'environnement et de planifier son propre comportement en se basant sur ses expériences passées (Bowlby, 1969). Même si les patrons d'attachement sont généralement stables à travers le temps, il est possible que les styles d'attachement puissent se modifier au cours de la vie en fonction de nouvelles expériences émotionnelles (par exemple, en vivant une relation de confiance, un deuil ou un accident), ainsi que par le biais de réinterprétations d'événements passés et présents (par exemple, lors d'un processus thérapeutique) (Bowlby, 1969).

La première élaboration d'une théorie sur l'attachement adulte a été basée sur la théorie initiale d'Ainsworth et al. (1978), donc sur trois styles d'attachements (sécurisant, évitant et ambivalent) (Hazan & Shaver, 1987). Un quatrième style a été ajouté suite aux recherches de Bartholomew (1990) et de Brennan, Clark et Shaver (1998). Ces derniers

fondent leur théorie de l'attachement amoureux (qui découle de l'attachement adulte) sur deux dimensions, soit l'anxiété d'abandon (ou modèle de soi) et l'évitement de la proximité (ou modèle de l'autre).

Un attachement autonome est l'unique style d'attachement sécure, illustrant à la fois un modèle positif de soi (faible anxiété d'abandon) et des autres (faible évitement de la proximité). L'adulte sécure-autonome est donc à l'aise avec l'intimité et l'autonomie, cherchant un équilibre entre les deux (Kissgen et al., 2009). Un attachement évitant, premier type d'attachement insécure, amène la personne à avoir un modèle positif de soi (faible anxiété d'abandon), mais négatif des autres (fort évitement de la proximité). L'individu évite donc toute forme d'intimité, et recherche l'indépendance et l'auto-suffisance (Kissgen et al., 2009). Un attachement insécure-préoccupé, démontre un modèle de soi négatif (forte anxiété d'abandon), mais positif des autres (faible évitement de la proximité), amenant l'adulte à rechercher l'approbation des autres et à être préoccupé par ses relations, voire même à être dépendant (Kissgen et al., 2009). Finalement, l'attachement ambivalent (aussi appelé non résolu ou craintif) est la dernière forme d'attachement insécure. Ce type d'attachement est associé à la fois à des modèles de soi (forte anxiété d'abandon) et des autres négatifs (fort évitement de la proximité). L'individu éprouve des sentiments partagés envers ses proches, mais a peur de l'intimité et préfère refouler ses sentiments en évitant toute forme de relation sociale (Kissgen et al., 2009).

**Attachement adulte du parent et TDA/H de l'enfant.** Une méta-analyse portant sur l'attachement adulte a pu établir que, chez une population normale de mères, 55% d'entre elles avaient un attachement de type sécure-autonome, 16% un attachement insécure-évitant, 9% un attachement de type insécure-préoccupé, et 19% un attachement de type insécure-ambivalent (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Aussi, chez une population de mères atteintes d'un problème de santé mentale (trouble d'opposition, dépression, trouble de personnalité limite, etc), 8% avaient un attachement de type sécure-autonome, 26% un attachement de type insécure-évitant, 25% avaient un attachement insécure-préoccupé, et 40% un attachement de type insécure-ambivalent (Van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996), illustrant clairement une augmentation de la prévalence des trois types d'attachement insécure, et une nette diminution du seul type d'attachement sécure chez cette population. Une

étude récente (Kissgen et al., 2009) portant sur des mères ayant un enfant atteint du TDA/H a d'ailleurs obtenu des résultats cohérents avec ceux de Van Ijzendoorn et Bakermans-Kranenburg (1996), avec une prévalence de 15,4% d'attachement sécure-autonome, 38,5% d'attachement insécure-évitant, 15,4% d'attachement insécure-préoccupé et de 30,8% d'attachement de type insécure-ambivalent. Les mères qui avaient des enfants non atteints du TDA/H ont obtenu une prévalence de 84,2% pour le type d'attachement sécure-autonome, 10,5% pour le type d'attachement insécure-évitant, 0% pour le type d'attachement insécure-préoccupé, et de 5,3% pour le type insécure-ambivalent. Puisque la prévalence du type insécure-ambivalent est plus grande et que celle du type sécure-autonome est plus petite chez les mères d'enfants ayant un TDA/H, Kissgen et al. (2009) suggèrent que ces mères expérimentent un niveau de stress supérieur que celui des mères ayant un enfant non atteint d'un TDA/H, affectant ainsi chez elles l'évolution de l'attachement.

**Attachement adulte et caractéristiques personnelles parentales.** Des recherches ont démontré un lien entre l'attachement adulte et certaines caractéristiques personnelles parentales. En effet, il a été montré que les trois types d'attachement insécure, qui ont été directement associés à une variable de dépression (Byrne, Carr & Clark, 2004; Carnelley, Pietromonaco & Jaffe, 1994; Lemmens, Buysse, Heene, Eisler & Demyttenaere, 2007; Reis & Grenyver, 2004), peuvent aussi servir de médiateurs entre les symptômes de dépression et la satisfaction conjugale, particulièrement chez les femmes (Heene, Buysse & Van Oost, 2005). Également, des études antérieures ont trouvé une forte association entre les caractéristiques d'un attachement insécure et une moins grande satisfaction conjugale, ainsi qu'entre un attachement sécure et une meilleure satisfaction conjugale (Camelley et al., 1994; Hollist, & Miller, 2005; Lussier, Sabourin & Turgeon, 1997; Marchant, 2004). La recherche a aussi rapporté qu'un attachement insécure était associé chez les individus en couple à peu de comportements de résolution de problèmes (Camelley et al., 1994; Kobak & Hazan, 1991; Marchand, 2004) et à plus d'agression verbale d'un individu envers son conjoint (Marchand, 2004; Senchak & Leonard, 1992). Finalement, malgré le fait que la plupart des études sur l'attachement adulte portent sur les relations romantiques, certaines d'entre elles démontrent des liens entre cette variable et le rôle de parent. Les résultats ont démontré que les individus qui avaient un attachement sécure rapportaient un plus haut niveau de sentiment d'auto-

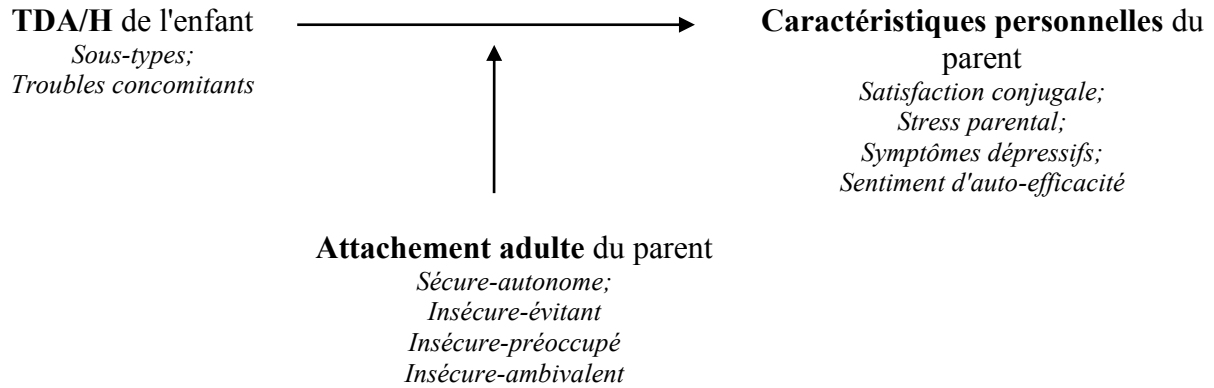
efficacité (Wright & Perrone, 2010), et que ceux ayant un attachement avec un haut niveau d'évitement (type évitant ou ambivalent) rapportaient vivre plus de stress après la naissance d'un enfant que les autres parents (Rholes, Simpson & Friedman, 2006).

À la lecture de ces résultats, il est possible de supposer que le parent d'un enfant atteint d'un TDA/H, ayant de surcroît un attachement de type insécure, pourrait avoir l'impression erronée d'être jugé par les membres de son entourage, d'être différent des autres parents, et de ne pas valoir grand-chose en tant que parent (inconfort avec soi-même), et/ou pourrait ne pas avoir confiance en les membres de son entourage (conjoint, enfant, famille, etc.), croire qu'il ne peut compter que sur lui-même et être déçu de ses relations interpersonnelles (inconfort avec les autres). À l'inverse, puisqu'un attachement sécure (autonome) amène l'individu à être confortable avec soi-même et dans ses relations avec les autres, il serait possible de présumer qu'un parent de type sécure serait confiant en ses capacités de faire face aux défis que représente l'éducation d'un enfant atteint d'un TDA/H. Cette réflexion amène ainsi la question de recherche suivante : l'attachement adulte pourrait-il exercer un effet modérateur dans la relation entre les caractéristiques du TDA/H (sous-types et troubles concomitants) d'un enfant et les caractéristiques personnelles (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, symptômes dépressifs et satisfaction conjugale) de son parent?

### **Problématique de l'étude**

La présente étude a pour but d'examiner le rôle modérateur de l'attachement adulte dans la relation entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles de son parent. Les liens entre les sous-types du TDA/H d'un enfant, les troubles concomitants et la qualité des caractéristiques personnelles de son parent seront d'abord analysés. La relation entre l'attachement adulte du parent en lien avec ses caractéristiques personnelles sera ensuite évaluée. Nous examinerons en dernier lieu si la relation entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles de son parent est modérée par l'attachement adulte de ce dernier.





### Hypothèses.

1. Les parents ayant un enfant avec un TDA/H de type hyperactif/mixte auront un niveau de stress parental et de symptômes dépressifs plus élevé et un niveau de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction conjugale plus bas que les parents ayant un enfant atteint d'un TDA/H de type inattentif.
2. Les parents ayant un enfant atteint d'un TDA/H avec trouble concomitant (agressif ou anxieux) auront un niveau de stress parental et de symptômes dépressifs plus élevé et un niveau de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction conjugale plus bas que les parents ayant un enfant atteint uniquement de TDA/H.
3. Les parents ayant un attachement sécure-autonome auront un niveau de stress parental et de symptômes dépressifs plus bas et un niveau de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction conjugale plus élevé que ceux ayant un des trois styles d'attachement insécure.
4. La nature du lien entre les caractéristiques du TDA/H et les caractéristiques personnelles parentales différera selon que les parents aient un attachement sécure-autonome ou un des trois styles d'attachement insécure.

## Méthode

### Participants

L'échantillon est composé de 110 parents (9 pères et 101 mères) d'enfants ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). L'âge moyen des parents est de 37 ans, et la majorité (85%) habitent avec un conjoint (tableau 1). Parmi ces familles, 65,5% ont un revenu annuel supérieur à 55 000\$, alors que 14% d'entre elles ont un revenu inférieur à 35 000\$. De plus, 4,7% des parents répondants ont complété des études de niveau primaire, 20,5%, des études de niveau secondaire, 40,9% ont un diplôme d'études collégiales et 33,9% ont un diplôme de niveau universitaire.

Les 110 enfants de l'échantillon, 94 garçons (85,5%) et 16 filles (14,5%), sont âgés entre 6 et 10 ans ( $M = 8,2$ ). On y retrouve 31 enfants de sous-type inattentif, 11 de sous-type hyperactif/impulsif, et 68 de sous-type mixte. Pour les fins de la présente étude, et parce que les manifestations comportementales chez les enfants appartenant au sous-type inattentif sont différentes de celles des enfants appartenant aux sous-types hyperactif/impulsif et mixte, les enfants sont regroupés selon leur profil diagnostique. On retrouve les catégories TDA (trouble déficitaire de l'attention,  $n = 31$ ) et TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec impulsivité/hyperactivité,  $n = 79$ ). Finalement, 60 enfants présentent en plus du TDA/H un trouble concomitant : 19 sont atteints d'un trouble anxieux et 41 présentent des symptômes d'agressivité.

Les familles ont été référées au projet *Ces Années Incroyables* en raison du TDA/H de l'enfant et ce, par un professionnel de la santé, des services sociaux ou de l'éducation (étude réalisée à Montréal). Les critères d'admissibilité à cette étude étaient que l'enfant devait a) rencontrer les critères diagnostiques d'un TDA/H basés sur le DSM-IV; b) être âgé entre 6 ans et 9 ans 11 mois inclusivement; et c) répondre au méthylphénidate et suivre un traitement pharmacologique utilisant cette médication (Ritalin ou Concerta). De plus, étaient exclues les familles dont l'enfant a) présentait un retard intellectuel (QI inférieur à 79, selon le WISC-III); b) présentait un trouble d'apprentissage ou de langage sévère et/ou spécifique, vérifié dans l'évaluation clinique; c) était atteint de problèmes neurologiques connus (épilepsie, tumeur, etc.); d) était atteint d'un trouble obsessionnel-compulsif, de tics multiples ou d'un syndrome

Tableau 1.

*Données descriptives des parents et des enfants*

Variables	N (%)
<b>Composition familiale</b>	
Biparentale	76 (69,1%)
Monoparentale	14 (12,7%)
Reconstituée	17 (15,5%)
Valeur manquante	3 (2,7%)
<b>Nombre d'enfants par famille</b>	
Un enfant	18 (16,4%)
Deux enfants	58 (52,7%)
Trois enfants et plus	38 (28,2%)
Valeur manquante	4 (3,6%)
<b>Revenu familial</b>	
Moins de 44 999\$	32 (29,1%)
45 000\$ à 74 999\$	36 (32,7%)
75 000\$ et plus	38 (34,5%)
Valeur manquante	4 (3,6%)
<b>Scolarité des mères</b>	
Diplôme secondaire ou inférieur	26 (23,6%)
Diplôme collégial	43 (39,1%)
Diplôme universitaire	36 (32,7%)
Valeur manquante	5 (4,5%)
<b>Scolarité des pères</b>	
Diplôme secondaire ou inférieur	45 (40,9%)
Diplôme collégial	30 (27,3%)
Diplôme universitaire	24 (21,8%)
Valeur manquante	11 (10%)
<b>Type de TDA/H de l'enfant</b>	
TDA	31 (28,2%)
TDAH	78 (71,8%)
<b>Problème concomitant au TDA/H</b>	
Sans problème concomitant	50 (45,5%)
Avec problème concomitant	60 (54,5%)
Anxiété	19 (17,3%)
Agressivité	41 (37,3%)

de Gilles de la Tourette; et e) était né prématurément (moins de 35 semaines). Ces critères d'exclusion visaient à s'assurer que les enfants participants n'aient pas d'atteintes neurologiques autres que celles associées au TDA/H.

## **Procédure**

Des instruments servant à mesurer le TDA/H ont d'abord été administrés au laboratoire de l'équipe de recherche; le DISC-IV et le Conners' ont été complétés par les parents, alors que les enfants ont répondu au WISC-III. Un pédopsychiatre associé au projet de recherche a par la suite rencontré chaque famille. Un cahier contenant les questionnaires a été remis aux parents participants (et complété par le parent qui passait le plus de temps avec son enfant), et a par la suite été recueilli par des assistants de recherche lors d'une première visite à domicile, avant que le programme d'entraînement aux habiletés parentales *Ces Années Incroyables* débute. D'autres mesures, servant à une évaluation post-test à une intervention et qui ne concernent pas cette présente étude, ont par la suite été complétées.

## **Instruments de mesure**

### **Mesures diagnostiques du TDA/H de l'enfant.**

*Conners' pour les parents (Conners, 1997)*. Cet instrument permet l'évaluation des comportements spécifiques au TDA/H et des comportements associés chez les enfants de 3 à 17 ans, selon les critères diagnostiques du DSM-IV. La version longue de cet instrument renferme au total 80 items, et comprend les échelles suivantes : opposition ( $\alpha = ,89$ ), problèmes cognitifs/inattention ( $\alpha = ,88$ ), hyperactivité ( $\alpha = ,90$ ), anxiété/gêne ( $\alpha = ,79$ ), perfectionnisme ( $\alpha = ,68$ ), problèmes sociaux ( $\alpha = ,82$ ) et psychosomatique ( $\alpha = ,73$ ). Seules les échelles d'opposition (10 items) et anxiété/gêne (8 items) sont retenues pour la présente étude. Les parents évaluent la fréquence des comportements de leur enfant au cours du dernier mois, sur une échelle de type Likert de quatre points, allant de *pas du tout (0)* à *énormément (3)*.

***Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV)*** (Schaffer, Fisher, Lucas, Dulcan & Schwab-Stone, 2000). Le DISC-IV est un questionnaire psychiatrique structuré qui permet d'évaluer plus de 30 troubles psychiatriques, dont le TDA/H, le trouble oppositionnel et les troubles anxieux, chez les enfants et les adolescents âgés entre 6 et 17 ans, en se basant sur les critères du DSM-IV et de la 10<sup>e</sup> édition de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Le répondant est le parent. Le score final précise s'il y a présence ou non d'un trouble psychiatrique. Dans la présente étude, le DISC-IV a permis de vérifier l'absence du syndrome Gilles de la Tourette, des tics et d'un trouble obsessionnel-compulsif.

***Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC, 3rd ed.; Wechsler, 1991)***. Cet instrument permet d'avoir une approximation du quotient intellectuel général (Sattler, 1992). Cinq sous-tests ont été utilisés pour la présente étude : connaissances générales, similitudes, vocabulaire, séquences de chiffres et blocs.

### **Mesures auto-rapportées des caractéristiques personnelles parentales**

***Sentiment d'auto-efficacité***. Le questionnaire mesurant le sentiment d'auto-efficacité des parents a été créé à partir du *Parenting Self-Agency Measure* (Dumka, Stoerzinger, Jackson & Roosa, 1996), du *Toddler Care Questionnaire* (Gross & Rocissano, 1988) et de l'adaptation de la mesure de l'auto-efficacité de DiClemente, Prochaska et Gibertini (1985). Il permet l'évaluation de la perception des individus au sujet de leur efficacité dans leur rôle de parent. Cet instrument est un questionnaire auto-rapporté qui renferme 19 items (*Je me sens sûr(e) de moi-même en tant que père/mère, Je peux résoudre la plupart des problèmes entre mon enfant et moi, J'ai confiance que je pourrais établir des limites au comportement de mon enfant s'il semblait dangereux, etc.*) et qui utilise une échelle de type Likert à cinq points, allant de *fortement d'accord (1)* à *fortement en désaccord (5)* ( $\alpha = ,70$ ). Pour chaque énoncé, un score élevé indique un faible sentiment d'auto-efficacité parental. Le score total correspond à la moyenne des réponses aux 19 items (Cronbach = ,83).

***Stress parental***. Le niveau de stress des parents a été mesuré à l'aide de l'*Indice de Stress Parental (ISP)*, version courte (Abidin, 1990; traduit en français et validé par Bigras et Lafrenière, 1993). Le questionnaire permet aux parents d'enfants de moins de 13 ans d'évaluer

leur niveau de stress parental, c'est-à-dire leur interprétation des situations concernant l'exercice de leur rôle auprès de leur enfant. L'*ISP* est divisé en deux catégories de stressseurs, soit les stressseurs associés au domaine de l'enfant, et ceux associés au domaine du parent. La version courte du questionnaire renferme au total 36 items (*Je me sens coincé(e) par mes responsabilités de parents, Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir, Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants, etc.*) regroupés en une échelle globale, soit le *stress parental total* ( $\alpha = ,95$ ), de même que trois autres échelles plus spécifique ( $\alpha = ,70$  à  $,84$ ) : la *détresse parentale*, les *interactions parent-enfant*, et les *difficultés en lien avec l'enfant*. Pour les fins de cette étude, seule l'échelle *stress parental total* est utilisée. L'instrument utilise une échelle de type Likert à cinq points, allant de *profondément d'accord* à *profondément en désaccord*. Le score de stress parental total est obtenu en additionnant les scores à chaque item.

**Symptômes dépressifs.** La présence de symptômes dépressifs des parents a été mesuré grâce à une traduction du *Beck Depression Inventory II (BDI-II)* (Beck, Steer & Brown, 1996; traduction et validation française par Bourque & Beaudette, 1982), qui vise à évaluer l'intensité des symptômes dépressifs chez un individu. On y retrouve 21 items représentant les symptômes de la dépression correspondant au DSM-IV : tristesse pessimisme, agitation, perte d'intérêt, irritabilité, changements dans l'appétit et difficultés d'attention. L'individu est invité à évaluer ses symptômes sur une période de deux semaines précédant la passation du questionnaire, à l'aide d'une échelle à quatre niveaux, de 0 (symptôme absent) à 3 (symptôme très présent). Un score total se situant entre 14 et 19 indique la présence de symptômes dépressifs d'une légère intensité, entre 20 et 28, la présence de symptômes dépressifs d'une intensité modérée, et entre 29 et 63, la présence de symptômes dépressifs d'une intensité sévère (Cronbach = ,86).

**Satisfaction conjugale.** La perception de la relation conjugale a été mesurée à l'aide du *Marital Adjustment Test* (Locke & Wallace, 1959; traduit en français et adapté par Wright & Sabourin, 1985). Cet instrument mesure le niveau d'adaptation et de satisfaction qu'ont deux partenaires à l'intérieur de leur couple, à un moment précis. Ce questionnaire auto-rapporté comprend 15 énoncés ( $\alpha = ,90$ ), dont 9 représentant des facteurs reliés à la vie de couple, comme l'organisation budgétaire, les loisirs, les relations sexuelles, les amis, etc., qui sont cotés avec une échelle de type Likert à six points allant de *toujours d'accord* à *toujours en*

*désaccord*. Les 6 autres items demandent à encercler l'item le plus exact parmi un choix de réponse (*Quand il y a désaccord entre vous : a) C'est votre partenaire qui cède, b) c'est vous qui cédez, ou c) vous arrivez à établir un compromis ; Avez-vous déjà souhaité ne pas avoir épousé (ou vivre avec) votre partenaire : a) Fréquemment, b) Occasionnellement, c) Rarement, ou d) Jamais ; etc.*). Le score total est 158. Un score supérieur à 100 indique une bonne relation de couple, un score entre 80 et 100 indique des difficultés conjugales marquées et un score inférieur à 80 indique des difficultés conjugales très sérieuses (Locke & Wallace, 1959).

**Attachement adulte.** L'attachement adulte a été mesuré à l'aide de l'*Attachement Style Questionnaire (ASQ)* (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994), traduit et validé en français par Soucy, Bernier, Larose et Duchesne (1996). Cet instrument a été développé afin d'évaluer les dimensions sociales générales reliées à l'attachement adulte (Soucy et al., 1996). Selon Paquette, Bigras et Parent (2001), l'*ASQ* permet d'évaluer l'état général de confiance en soi et envers les autres dans le contexte des relations interpersonnelles, en mesurant les attitudes sociales d'une personne liées à sa capacité à établir et à maintenir avec les autres des contacts sociaux intimes qui soient satisfaisants. L'*ASQ – version française* comprend cinq échelles regroupant 40 items qui sont cotés par le répondant sur une échelle de Likert à six points allant de *totallement en désaccord (1)* à *totallement en accord (6)*. La première échelle, *Confiance en soi et envers les autres* ( $\alpha = 0,74$ ) mesure le niveau de confiance en soi et envers les autres, et est représentée par 8 items : *On peut plus facilement apprendre à me connaître que la plupart des gens, Je sais que les autres seront là pour moi quand j'aurai besoin d'eux, etc.* Une deuxième échelle, *Évitement des relations sociales* ( $\alpha = 0,72$ ), mesure le niveau de confort à se rapprocher des autres. Cette échelle comprend 10 items : *Je trouve difficile de faire confiance aux gens, Je préfère me tenir à l'écart, etc.* L'échelle *Relations comme secondaires à la réussite* ( $\alpha = 0,71$ ) mesure la tendance à se protéger en mettant l'accent sur la réussite et l'indépendance et compte 7 items : *Demander de l'aide revient à admettre que l'on est un ou une raté-e, La valeur d'une personne devrait surtout être jugée en fonction de ses succès, etc.* La quatrième échelle, *Besoin d'approbation* ( $\alpha = 0,70$ ), mesure le besoin d'être accepté et approuvé par les autres. Elle contient 7 items : *Il est important à mes yeux que les autres m'aiment, Parfois je pense que je suis bon-ne à rien, etc.* La cinquième échelle, *Préoccupation d'être aimé* ( $\alpha = 0,68$ ), mesure le niveau d'anxiété en lien avec le fait de dépendre des autres

pour combler certains besoins et comprend 8 items : *Il est très important pour moi d'avoir une relation amicale intime, Je m'inquiète beaucoup au sujet de mes relations interpersonnelles, etc.* Une fois le questionnaire rempli, les items sont ensuite associés et additionnés selon les échelles (il est à noter que certains items doivent auparavant être inversés).

Dans la présente étude, le classement des participants a été fait suivant les recommandations de l'étude de Paquette, Bigras et Parent (2001) qui a établi que seules deux échelles (*Préoccupation d'être aimé* (Cronbach = 0,75) et *Évitement des relations sociales* (Cronbach = 0,88) de l'instrument étaient valides pour un échantillon québécois. Il est recommandé de classer les individus selon les quatre styles d'attachement (sécure-autonome, insécure-évitant, insécure-préoccupé et insécure-ambivalent), tels que reconnus par la théorie de l'attachement, en classant les participants selon leur score à ces deux échelles : un score bas sur les deux échelles indique un attachement sécure-autonome, tandis qu'un score élevé sur les deux échelles indique un attachement insécure-ambivalent. Un individu ayant obtenu un faible score à l'échelle *Évitement des relations sociales* et élevé sur l'échelle *Préoccupation d'être aimé* est associé à un attachement insécure-préoccupé, alors qu'une personne avec un score élevé à l'échelle *Évitement des relations sociales* et bas sur celle *Préoccupation d'être aimé* est classé dans la catégorie insécure-évitant. Les scores obtenus par le groupe sécure-autonome de l'échantillon montréalais de l'étude de Paquette et al (2001) à ces deux sous-échelles ont été les points de référence pour déterminer si les scores obtenus par les adultes du présent échantillon doivent être considérés comme élevés ou bas. Les scores bas à l'échelle *Évitement des relations sociales* étaient les valeurs inférieures à la moyenne moins l'écart-type des scores à la même échelle des individus sécure-autonomes de la population montréalaise ( $M = 37,74$ ,  $ET = 8,35$ ) (Paquette et al., 2001), alors que les scores élevés à cette même échelle étaient les valeurs supérieures à la moyenne plus l'écart-type des scores à cette même échelle des sécure-autonomes de la population montréalaise (Paquette et al., 2001). La même démarche a été effectuée en regard de l'échelle *Préoccupation d'être aimé* ( $M = 23,06$ ,  $ET = 4,96$ ) (Paquette et al., 2001). Le tableau 2 présente la distribution des styles d'attachements chez les parents, classés suite à cette démarche.



Tableau 2.

*Distribution des styles d'attachement chez les parents d'enfants TDA/H*

Style d'attachement	N (%)
Sécure-autonome	31 (28,2%)
Insécure-évitant	4 (3,6%)
Insécure-préoccupé	59 (53,6%)
Insécure-ambivalent	15 (13,6%)
Valeur manquante	1 (1%)

## Résultats

### Caractéristiques des participants

Dans le cadre de cette étude, les quatre variables ciblées afin de représenter les caractéristiques personnelles parentales sont le sentiment d'auto-efficacité, le niveau de stress parental, les symptômes dépressifs ainsi que la satisfaction conjugale (tableau 3). Les parents de l'échantillon démontrent un sentiment d'auto-efficacité moyen, c'est-à-dire de 2,17 sur un maximum de 5 et un niveau de stress parental de 94,95. Ils ne démontrent pas de symptômes dépressifs, la moyenne les situant en deçà du seuil clinique. Finalement, les parents ont la

Tableau 3.

*Moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales*

Caractéristiques personnelles parentales	M (e.t.)
Sentiment d'auto-efficacité	2,17 (0,36)
Stress parental	94,95 (17,98)
Symptômes dépressifs	9,33 (6,61)
Satisfaction conjugale	101,43 (25,38)

perception d'avoir une bonne relation de couple; cependant l'écart-type de 25,38 signifie également que certains perçoivent des difficultés conjugales.

### **Vérification du respect des postulats de l'analyse de variance**

Les deux premières hypothèses de cette étude consistent à vérifier si les parents ayant un enfant atteint d'un TDA/H de type hyperactif/mixte (TDAH) ou avec un trouble concomitant présentent un niveau de stress parental et de symptômes dépressifs plus élevés, et un niveau de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction conjugale plus bas que les parents ayant un enfant TDA/H de type inattentif (TDA) ou sans trouble concomitant. Afin de vérifier ces hypothèses, des analyses de variance (ANOVA) à deux facteurs seront utilisées. Une ANOVA ayant pour variables indépendantes catégorielles le profil diagnostique (à deux niveaux, TDA/TDAH) et les troubles concomitants (à deux niveaux, sans/avec) sera calculée pour chaque variable dépendante continue (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, symptômes dépressifs, satisfaction conjugale).

La troisième hypothèse consiste à examiner si les parents ayant un attachement adulte sécure ont un niveau de stress parental et de symptômes dépressifs plus bas, et un niveau de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction conjugale plus élevés que les parents ayant un attachement adulte insécure. Une ANOVA univariée ayant pour variable indépendante l'attachement adulte (variable à trois niveaux (sécure-autonome vs insécure-préoccupé vs insécure-ambivalent) sera calculée pour chaque variable dépendante continue (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, symptômes dépressifs, satisfaction conjugale).

La quatrième hypothèse cherche à démontrer si l'attachement adulte du parent peut modérer la relation entre le profil diagnostique ou les troubles concomitants de l'enfant et les caractéristiques personnelles du parent (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, symptômes dépressifs et satisfaction conjugale). Une série d'ANOVA 2 (profil diagnostique TDA ou TDAH; présence ou absence de trouble concomitant) x 3 (attachement adulte autonome ou préoccupé ou ambivalent) sera menée sur chaque variable dépendante continue (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, symptômes dépressifs, satisfaction conjugale).

Avant de procéder aux analyses par ANOVA, il importe d'abord de vérifier le respect de postulats, tels la normalité multivariée, l'indépendance des observations et l'homogénéité

de la matrice de covariance. Les degrés d'asymétrie (skewness) et d'aplatissement (kurtosis) ont premièrement été examinés, et il en ressort que les distributions des variables Sentiment d'auto-efficacité, Stress parental, Symptômes dépressifs et Satisfaction conjugale sont symétriques et mésokurtiques, c'est-à-dire, normales. Également, les valeurs extrêmes qui pourraient faire partie de la distribution n'ont possiblement aucune influence sur les résultats, selon les distances de Cook et de Mahalanobis; il ne s'avérait donc pas nécessaire d'investiguer davantage et de les retirer. Finalement, les tests de Levene menés selon les variables dépendantes illustrent une variance égale à travers les groupes, puisqu'ils ne ressortent pas significatifs. Les postulats étant respectés, il est ainsi possible de procéder aux analyses par ANOVA.

### **Lien entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles du parent**

Une ANOVA 2 (profil diagnostique TDA ou TDAH) x 2 (présence ou absence de trouble concomitant) a été calculée sur chaque mesure des caractéristiques personnelles parentales, soit le sentiment d'auto-efficacité, le stress parental, les symptômes dépressifs et la satisfaction conjugale. Le tableau 4 présente les moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales selon le profil diagnostique et les troubles concomitants des enfants.

Les résultats démontrent que ni le profil diagnostique du TDA/H, ni la présence de trouble concomitant chez l'enfant, ni l'interaction entre ces variables, sont associés de façon significative avec le niveau de sentiment d'auto-efficacité du parent (tableau 5).

Les résultats sont tout autre concernant le niveau de stress des parents (tableau 6). Effectivement, l'effet d'interaction significatif,  $F(1,105) = 4,46$ ,  $p = 0,04$ , indique que la présence d'un trouble concomitant n'est pas associé de la même façon au stress parental perçu par le parent selon que son enfant ait un TDA ou un TDAH. Ainsi, les parents ayant un enfant atteint d'un TDA sans trouble concomitant ( $M = 78,16$ ,  $ET = 13,33$ ) se sentent moins stressés que les autres parents.

Tableau 4.

*Moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales selon le profil diagnostique et les troubles concomitants des enfants*

Variables	Sentiment d'auto-efficacité		Stress parental		Symptômes dépressifs		Satisfaction conjugale	
	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)
TDA								
Sans	19	2,08 (0,34)	19	78,16 (13,33)	19	6,63 (4,99)	10	106,50 (26,24)
Avec	10	2,20 (0,51)	12	95,67 (20,50)	11	7,36 (5,92)	6	89,50 (20,66)
TDAH								
Sans	28	2,13 (0,37)	31	97,45 (16,01)	30	10,50 (26,24)	17	111,00 (18,13)
Avec	44	2,22 (0,32)	47	99,89 (16,61)	47	10,13 (6,60)	34	97,26 (27,88)

TDA (trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité), TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité), Sans (absence d'un trouble concomitant d'anxiété ou d'agressivité), Avec (présence d'un trouble concomitant d'anxiété ou d'agressivité)

Tableau 5.

*Sentiment d'auto-efficacité selon le profil diagnostique et les troubles concomitants (ANOVA)*

Source	dl	F
Profil diagnostique (Pd)	1	0,21
Trouble concomitant (Tc)	1	1,879
Pd X Tc	1	0,02

\*  $p \leq ,05$

Tableau 6.

*Niveau de stress parental selon le profil diagnostique et les troubles concomitants (ANOVA)*

Source	dl	F
Profil diagnostique (Pd)	1	12,50*
Trouble concomitant (Tc)	1	4,35*
Pd X Tc	1	4,46*

\*  $p \leq ,05$ 

En regard des symptômes dépressifs des parents, les résultats montrent que seul le profil diagnostique des enfants est lié aux symptômes dépressifs des parents,  $F(1, 103) = 5,55$ ,  $p = 0,02$  (voir tableau 7), les parents d'enfants TDA ( $M = 6,9$ ,  $ET = 5,26$ ) présentant moins de symptômes dépressifs que les parents d'enfants TDAH ( $M = 10,27$ ,  $ET = 6,87$ ).

Tableau 7.

*Symptômes dépressifs selon le profil diagnostique et les troubles concomitants (ANOVA)*

Source	dl	F
Profil diagnostique (Pd)	1	5,55*
Trouble concomitant (Tc)	1	0,00
Pd X Tc	1	0,15

\*  $p \leq ,05$ 

Finalement, les résultats montrent que la présence d'un trouble concomitant chez les enfants est reliée au degré de satisfaction conjugale des parents,  $F(1, 63) = 5,12$ ,  $p = 0,03$ , (voir tableau 8). Les parents dont l'enfant ne présente pas de trouble concomitant ressentent une satisfaction conjugale plus grande ( $M = 109,33$ ,  $ET = 21,10$ ) que les parents d'un enfant TDA/H avec un trouble concomitant ( $M = 96,10$ ,  $ET = 26,84$ ).

Tableau 8.  
*Satisfaction conjugale selon le profil diagnostique et les troubles concomitants (ANOVA)*

Source	dl	F
Profil diagnostique (Pd)	1	0,65
Trouble concomitant (Tc)	1	5,12*
Pd X Tc	1	0,05

\*  $p \leq ,05$

### Lien entre l'attachement adulte du parent et ses caractéristiques personnelles

La troisième hypothèse vise à vérifier si les parents ayant un attachement adulte de type sécure ont un niveau de stress parental et de symptômes dépressifs moins élevés, et un niveau de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction conjugale plus élevés que les parents ayant un attachement adulte de type insécure. Une ANOVA univariée, ayant pour variable indépendante le style d'attachement adulte (à trois niveaux, autonome ou préoccupé ou ambivalent) sera calculée pour chaque variable dépendante (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, symptômes dépressifs, satisfaction conjugale). Le tableau 9 présente les moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales selon l'attachement adulte du parent. Il est important de préciser que les parents ayant un style d'attachement insécure-évitant ont été exclus des analyses en raison de leur nombre ( $n = 4$ ; 3,6%) (voir tableau 2).

L'analyse de variance indique un effet significatif du style d'attachement adulte sur le sentiment d'auto-efficacité des parents, ( $F(2, 95) = 6,66, p = 0,002$ ). Les analyses post-hoc (Tukey) confirment que les parents ayant un attachement sécure-autonome ont un sentiment d'auto-efficacité plus élevé ( $M = 1,99, ET = 0,35$ ) que ceux ayant un attachement de type insécure-ambivalent ( $M = 2,36, ET = 0,33$ ). Les parents ayant un attachement insécure-préoccupé ne diffèrent pas significativement des deux autres groupes.

Par ailleurs, les résultats des ANOVA démontrent qu'il n'existe pas d'effet significatif du style d'attachement adulte sur le niveau de stress parental ( $F(2,103) = 0,58, p = 0,56$ ), sur les symptômes dépressifs ( $F(2,101) = 2,60, p = 0,08$ ) et sur la satisfaction conjugale ( $F(2,63) = 0,84, p = 0,44$ ) des parents d'enfants atteints de TDA/H.

Tableau 9.

*Moyennes et écarts-types des caractéristiques personnelles parentales selon leur style d'attachement adulte*

Variables	Sentiment d'auto-efficacité		Stress parental		Symptômes dépressifs		Satisfaction conjugale	
	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)
Séculaire- autonome	30	1,99 (,35)	31	92,55 (18,86)	30	7,03 (5,62)	19	94,57 (30,74)
Inséculaire- préoccupé	53	2,22 (,34)	58	96,47 (17,17)	57	9,96 (6,75)	36	103,89 (23,65)
Inséculaire- ambivalent	13	2,36 (,33)	15	92,53 (21,98)	15	11,07 (7,74)	9	99,22 (19,95)
Inséculaire- évitant	4	2,11 (,16)	4	101,75 (4,19)	4	9,50 (4,73)	2	128,50 (7,78)

### **L'attachement adulte comme modérateur du lien entre le TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles de son parent.**

Le rôle modérateur de l'attachement adulte du parent dans la relation entre le profil diagnostique ou les troubles concomitants de l'enfant et les caractéristiques personnelles des parents (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, symptômes dépressifs et satisfaction conjugale) a été calculé à l'aide d'une série d'ANOVA 2 (profil diagnostique TDA ou TDAH; présence ou absence de trouble concomitant) x 3 (attachement adulte autonome ou préoccupé ou ambivalent) sur chaque mesure des caractéristiques personnelles parentales (voir tableaux 10 et 11 pour les moyennes et écarts-types). Les résultats ne démontrent aucun effet d'interaction du profil diagnostique avec l'attachement adulte, ou des troubles concomitants avec l'attachement adulte, sur aucune des caractéristiques personnelles parentales, suggérant que l'attachement adulte du parent ne joue pas de rôle modérateur dans la relation entre les

caractéristiques du TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles de son parent. Les résultats significatifs dans la relation entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles de son parent sont similaires à ceux rapportés précédemment.



Tableau 10.

*Moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales selon le profil diagnostique de l'enfant et l'attachement adulte du parent*

Variables	Sentiment d'auto-efficacité		Stress parental		Symptômes dépressifs		Satisfaction conjugale	
	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)
<b>TDA</b>								
Autonome	7	1,90 (0,29)	7	81,00 (19,14)	7	2,57 (3,15)	4	81,00 (26,01)
Préoccupé	18	2,16 (0,40)	20	89,45 (15,34)	19	8,00 (5,11)	10	105,00 (24,18)
Ambivalent	4	2,36 (0,45)	4	69,25 (25,18)	4	9,25 (5,68)	2	114,00 (5,66)
<b>TDAH</b>								
Autonome	23	2,02 (0,35)	24	95,92 (17,77)	23	8,39 (5,54)	15	98,20 (31,67)
Préoccupé	35	2,22 (0,34)	38	100,16 (17,11)	38	10,95 (7,30)	26	103,46 (23,91)
Ambivalent	9	2,36 (0,33)	11	101,00 (13,81)	11	11,73 (8,51)	7	95,00 (20,78)
TDA (trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité), TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité)								

Tableau 11.

*Moyennes et écart-types des caractéristiques personnelles parentales selon les troubles concomitants des enfants et l'attachement adulte des parents*

Variables	Sentiment d'auto-efficacité		Stress parental		Symptômes dépressifs		Satisfaction conjugale	
	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)	n	M (e.t.)
<b>Sans</b>								
Autonome	12	1,96 (0,30)	12	87,25 (15,46)	12	6,08 (5,47)	7	99,14 (24,82)
Préoccupé	23	2,06 (0,35)	25	90,84 (16,74)	24	9,50 (7,24)	12	117,25 (19,83)
Ambivalent	8	2,40 (0,37)	9	87,78 (25,59)	9	11,11 (7,47)	6	101,33 (14,75)
<b>Avec</b>								
Autonome	18	2,01 (0,38)	19	95,89 (20,40)	18	7,67 (5,79)	12	91,92 (34,48)
Préoccupé	30	2,34 (0,29)	33	100,73 (16,48)	33	10,30 (6,46)	24	97,21 (22,87)
Ambivalent	5	2,30 (0,28)	6	99,67 (14,28)	6	11,00 (8,85)	3	95,00 (31,76)

Sans (absence d'un trouble concomitant d'anxiété ou d'agressivité), Avec (présence d'un trouble concomitant d'anxiété ou d'agressivité)

## Discussion

La présente étude avait pour premier objectif d'examiner le lien entre les caractéristiques du TDA/H (sous-type du TDA/H et présence d'un trouble concomitant) de l'enfant et les caractéristiques personnelles du parent (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, symptômes dépressifs et satisfaction conjugale). Le second objectif consistait d'abord à vérifier la relation entre l'attachement adulte du parent et ses caractéristiques personnelles, puis à examiner le rôle modérateur de l'attachement adulte dans la relation entre les caractéristiques du TDA/H d'un enfant et les quatre caractéristiques personnelles de son parent.

### Caractéristiques du TDA/H de l'enfant et caractéristiques personnelles du parent

Les analyses préliminaires (tableau 3) illustrent d'abord, qu'en moyenne, les parents de l'échantillon, ayant tous un enfant atteint de TDA/H, ne démontrent pas de difficulté significative au niveau d'aucune des quatre caractéristiques personnelle parentale. Ces moyennes vont à l'encontre des résultats rapportés précédemment. Les parents participant à cette étude ont un niveau d'éducation et un revenu plutôt élevés. Par ailleurs, ils ont volontairement décidé de participer au programme d'entraînement aux habiletés parentales *Ces Années Incroyables*, et démontrent leur capacité à se mobiliser et à rechercher de l'aide. Leurs caractéristiques personnelles parentales seraient donc moins affectées négativement que les parents n'ayant pas cette capacité ou cette volonté de se mobiliser vers des ressources d'aide.

Les premières analyses par ANOVA démontrent que, globalement, les caractéristiques du TDA/H de l'enfant sont reliées significativement au niveau de stress parental, aux symptômes dépressifs et à la satisfaction conjugale du parent. Ces résultats confirment les première et deuxième hypothèses, qui supposaient que les parents ayant un enfant atteint d'un TDA/H de type hyperactif/mixte, ou avec trouble concomitant (agressif ou anxieux) présentaient un niveau de stress parental et de symptômes dépressifs plus élevé et moins de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction conjugale que les parents ayant un enfant atteint

d'un TDA/H de type inattentif, ou sans trouble concomitant. Ces résultats soutiennent la majorité des recherches recensées (Anastopoulos et al., 1992; Biederman et al., 1991; Counts et al., 2005; Heckel et al., 2009; Hurtig et al., 2005; Johnston, 1996; Segenreich et al., 2009; Tang, 2008; Tannock, 2000; Theule et al., 2013; Tzang et al., 2009; Whymbs et al., 2008; Yang et al., 2007). À la lumière de ces présentes analyses, il semble que plus l'enfant exprime de manifestations comportementales qui mettent au défi les compétences parentales (présence d'hyperactivité et/ou d'un trouble concomitant), plus le niveau de stress parental et les symptômes dépressifs du parent sont élevés et moins il exprime de satisfaction conjugale. Conséquemment, il est important de se questionner sur les raisons qui départagent les résultats. Pourquoi, alors qu'à la fois le profil diagnostique de l'enfant et les troubles concomitants ont une influence sur le niveau de stress parental de son parent, est-ce uniquement le profil diagnostique qui est associé significativement aux symptômes dépressifs des parents, et que seule la présence de troubles concomitants soit associée à une moindre satisfaction conjugale des parents? Il est possible de suggérer que ce pourrait être en partie parce que la majorité des parents répondants à la présente étude sont des mères. Effectivement, selon Segenreich et al. (2009), les symptômes dépressifs sont plus présents chez les mères d'enfants atteints de TDA/H que chez les pères. De plus, la faible satisfaction conjugale qui apparaît uniquement chez les parents d'enfants TDA/H avec un trouble concomitant peut être expliquée par le fait que, selon Whymbs et Pelham (2010), les interactions négatives qu'ont les parents avec l'enfant manifestant des comportements perturbateurs ont un impact sur la communication inter-parentale. Effectivement, les parents ayant un enfant atteint d'un TDA/H et d'un trouble de comportement, comme c'est le cas pour la majorité des enfants ayant un trouble concomitant dans cette étude, ont tendance à communiquer moins positivement entre eux en comparaison des parents qui interagissent avec des enfants qui ne manifestent pas ce type de problèmes extériorisés. Les patrons de communication qui se forment dans les interactions négatives et plus agressives avec leur enfant exacerbent les conflits dans la communication inter-parentale, jouant potentiellement un rôle sur la satisfaction conjugale.

Il est également pertinent de se questionner sur le fait que les résultats de la présente étude ne démontrent aucun lien entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et le sentiment d'auto-efficacité de son parent, ce qui contredit les résultats de précédentes études (Shelton et al., 1998; Tzang et al., 2009). Malgré que l'on constate un sentiment d'auto-efficacité plus

faible chez les parents qui ont un enfant de type TDA/H avec un trouble concomitant, le profil diagnostique et la présence de trouble concomitant ne sont pas liés significativement avec le sentiment d'auto-efficacité parentale. Selon Sobol, Ashbourne, Earn et Cunningham (1989), cela pourrait être expliqué par le fait que les mères d'enfants atteints de TDA/H sont plus indulgentes envers elles-mêmes en ce qui concerne la gestion des comportements de leur enfant, comparativement aux mères qui n'ont pas d'enfants atteints de TDA/H. Ces mères seraient plus en mesure d'associer les comportements perturbateurs de leur enfant au diagnostic de TDA/H et non à leur capacité à éduquer et à discipliner l'enfant, ce qui affecterait moins leur sentiment de culpabilité et d'auto-efficacité en regard de leur rôle parental. La présence de comportements perturbateurs chez l'enfant permettrait ainsi au parent de faire plus d'attributions externes, donc d'attribuer les échecs de ses stratégies éducatives aux comportements de l'enfant, plutôt que des attributions internes, c'est-à-dire d'attribuer les échecs de ses stratégies éducatives à un manque d'habiletés ou de compétences personnelles.

### **Attachement adulte, caractéristiques personnelles parentales et effet modérateur**

La troisième hypothèse, qui supposait que les parents ayant un attachement sécure-autonome présenteraient un niveau de stress parental et de symptômes dépressifs plus bas et un niveau de sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction conjugale plus élevé comparativement à ceux appartenant à l'un des trois styles d'attachement insécure est confirmée uniquement en ce qui concerne le sentiment d'auto-efficacité. Les analyses distinguent les parents ayant un attachement sécure-autonome de ceux ayant un attachement insécure-ambivalent, les parents appartenant au premier groupe ayant un sentiment d'auto-efficacité plus élevé que ceux se situant dans le deuxième groupe. Les résultats sont cohérents avec ceux de Wright et Perrone (2010), mais aussi avec la théorie de la transmission intergénérationnelle de l'attachement explorée par certains chercheurs (Steele, Steele & Fonagy, 1996; van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, Zwart-Woudstra, Van Busschbach & Lambermon, 1991) qui ont établi que les parents tendent à transmettre leur propre sécurité ou insécurité d'attachement à leur enfant par le genre de soins qu'ils lui procurent. Par exemple, les parents ayant un attachement autonome font preuve d'une plus grande sensibilité parentale.

Ils répondent aux besoins de leur enfant de manière adéquate et dans un délai raisonnable. Sachant que les besoins de leur enfant sont ainsi adéquatement comblés, ces parents se sentent probablement compétents dans leur rôle parental, et pourraient tendre à développer un sentiment d'auto-efficacité plus grand que les parents ayant un attachement insécur-ambivalent. Au contraire, les parents ayant un style d'attachement insécur-ambivalent ont possiblement vécu des traumatismes (négligence, maltraitance, etc.) pendant l'enfance, et sont plus à risque de ne pas être sensibles aux besoins de leur enfant (Kissgen et al., 2009; Rholes et al., 2006), et ainsi à développer un sentiment d'auto-efficacité plus faible qu'un parent qui y répond adéquatement.

De plus, bien que la relation entre l'attachement adulte et les trois autres caractéristiques personnelles parentales (stress parental, symptômes dépressifs et satisfaction conjugale) ne soit pas significative, il est possible de constater que les résultats vont dans le même sens que la majorité des études recensées (Byrne, Carr & Clark, 2004; Carnelley, Pietromonaco & Jaffe, 1994; Hollist, & Miller, 2005; Lemmens, Buysse, Heene, Eisler & Demyttenaere, 2007; Lussier, Sabourin & Turgeon, 1997; Marchant, 2004; Reis & Grenyver, 2004; Senchak & Leonard, 1992). En effet, les parents ayant un attachement sécur-autonome semblent vivre moins de stress parental, moins de symptômes dépressifs et une meilleure satisfaction conjugale que les autres parents. Même s'il est impossible d'en tirer une conclusion significative, on pourrait supposer qu'avec un échantillon plus grand, les différences entre les groupes seraient possiblement ressorties significatives.

Finalement, contrairement aux hypothèses proposées, l'attachement adulte n'est pas modérateur de la relation entre les caractéristiques du TDA/H de l'enfant et les caractéristiques personnelles de son parent. Ceci démontre que le degré d'évitement des relations sociales et/ou la préoccupation d'être apprécié par les autres d'un parent ayant un enfant atteint de TDA/H avec ou sans trouble concomitant ne joue pas de rôle sur son niveau de stress parental, ses symptômes dépressifs, son sentiment d'auto-efficacité et sa satisfaction conjugale. Ces résultats ne corroborent pas ceux de l'unique étude ayant utilisé l'attachement adulte comme modérateur d'une relation entre une mère et son enfant (Impett, English & John, 2010), qui avait établi que l'attachement insécur-évitant modérait la relation entre les émotions positives et négatives vécues par les mères (joie, fierté, amour, colère, tristesse et peur) et la présence physique de leur enfant dans des événements quotidiens. Toutefois,

puisque le style d'attachement insécuré-évitant a été éliminé des analyses en raison du faible nombre de participants dans cette catégorie, il est difficile de comparer ces résultats à ceux de la présente étude. Nous pouvons conclure que, puisque le but premier de cette étude était d'expliquer pourquoi les résultats des études antérieures portant sur les caractéristiques personnelles de parents d'enfants atteints de TDA/H avec ou sans trouble concomitant étaient divergents, l'attachement adulte ne modère pas la relation entre ces dernières variables.

### **Limites de l'étude**

En raison de la répartition inégale des sujets en fonction des styles d'attachement, le nombre de participants dans certaines catégories est parfois faible et cela a pu influencer les analyses et la puissance statistique; des résultats ont pu ressortir non significatifs alors qu'ils le sont. La petite taille de l'échantillon est également responsable du retrait des analyses du groupe « sous-type insécuré-évitant », style d'attachement qu'il aurait été intéressant de considérer dans le cadre de cette étude. Aussi, il aurait été pertinent de contrôler certaines variables, comme la composition familiale et le revenu des parents, puisqu'il a été montré qu'un faible revenu augmente le niveau de stress parental, la détresse psychologique et l'hostilité entre deux conjoints, et qu'il diminue la satisfaction et la stabilité conjugale (Dakin & Wampler, 2008; Kerkmann, Lee, Lown, & Allgood, 2000; in Dakin & Wampler, 2008), alors que le nombre d'enfants dans la famille serait lié de manière significative avec le stress des parents (Mash & Johnston, 1983b). Également, l'échantillon choisi n'est pas représentatif de la population générale, puisqu'il s'agit de parents volontaires qui désiraient participer à l'étude et au programme d'entraînement aux habiletés parentales *Ces Années Incroyables*. Finalement, concernant les troubles concomitants, il aurait été pertinent de distinguer les troubles anxieux des troubles agressifs, puisque les manifestations et les conséquences qui en découlent pour l'enfant comme pour les parents peuvent différer d'un diagnostic à l'autre.

## **Forces de l'étude**

Bien que le parent soit le seul répondant dans cette collecte de données pour les variables stress parental, symptômes dépressifs, sentiment d'auto-efficacité, satisfaction conjugale et attachement adulte, il s'agit de la meilleure source qui soit puisque cette étude visait à mesurer les perceptions et les sentiments de compétence et de bien-être propres à un individu. D'ailleurs, les instruments utilisés pour la collecte de données des quatre caractéristiques parentales ainsi que les deux échelles de l'ASQ utilisées ont des Cronbach minimaux de 0,7, indiquant une bonne validité de ces tests.

## **Implication aux plans clinique et théorique**

Au plan clinique, cette étude soutient la pertinence de considérer les conséquences qu'ont les diagnostics de TDA/H et de troubles concomitants sur les parents des enfants qui en sont atteints. Il est donc important de soutenir non seulement ces enfants, par exemple en milieu scolaire, où des moyens et des outils pour les aider à pallier à leurs difficultés peuvent leur être enseignés pour ainsi diminuer les conséquences reliées aux manifestations d'inattention, d'hyperactivité, d'anxiété et/ou d'agressivité, mais également leurs parents. Des résultats ont déjà souligné l'importance du réseau social auprès de ces parents (Finzi-Dottan, Triwitz & Golubchik, 2011) qui leur procure du réconfort, du soutien et de l'aide lors de recherche de nouvelles stratégies en lien avec l'éducation de leur enfant. Également, il existe des psychothérapies ou des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) qui peuvent procurer un soutien de nature professionnelle à ces parents. Des études ont d'ailleurs démontré que le niveau de stress parental et les symptômes dépressifs chez des mères d'enfants atteints de TDA/H étaient plus faibles suite à leur participation à un PEHP (Chronis, Chacko, Fabiano, Whymbbs & Pelham, 2004; Chronis et al., 2006).

Finalement, au plan théorique, il s'agit d'une des premières études à aborder l'attachement adulte comme modérateur dans une relation autre qu'une relation romantique. De surcroît, il s'agit de la première étude qui utilise cette variable comme modérateur de la relation entre le TDA/H d'un enfant et les caractéristiques personnelles de son parent. Bien



qu'ici l'effet modérateur de l'attachement adulte ne soit pas significatif, il est possible de se questionner s'il en aurait été autrement en utilisant deux groupes qui auraient uniquement distingué les individus ayant un attachement sécure comparativement à ceux avec un attachement insécure. Il serait intéressant d'explorer davantage ces sujets lors d'études ultérieures.

## Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC : Author.
- Abidin, R.R. (1982). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's health care*, 70-73.
- Abidin, R.R. (1990). *Manuel for Parenting Stress Index*. (3e ed.). Charlottesville,VA: Pediatric Psychology Press.
- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of a strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., Shelton, T.L., & DuPaul, G.J. (1992). Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(5), 503-520.
- Baldwin, K., Brown, R.T., & Milan, M.A. (1995). Predictors of stress in caregivers of attention deficit hyperactivity disorder children. *American Journal of Family Therapy*, 23, 149-160.
- Bandura, A. (2007). [Trad. Jacques Lecomte] *Auto-efficacité: Le sentiment d'efficacité personnelle*. (2<sup>e</sup> ed.) De Boeck, Paris.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R.A., Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., & Fletcher, K.E. (1991). Adolescents with ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 752-761.
- Barkley, R.A., & Biederman, J. (1997). Towards a broader definition of the age of onset criterion for attention deficit hyperactivity disorder. *Child Neurology*, 6, 9-12.
- Barkley, R.A., Fisher, M., Edelbrock, C.D., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, I: An 8 years prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- Beck, S.J., Young, G.H., & Tarnowski, K.J. (1990). Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyperactives and normal controls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 558-565.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Steingard, R., & Tsuang, M.T. (1991). Evidence of Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48(7), 633-642.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Milberger, S., Jetton, J.G., Chen, L., Mick, E., Greene, R.W., & Russel, R.L. (1996) Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four-year follow-up study of children with ADHD.

- Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1193-1204.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bounds*. London: Tavistock.
- Breen, M.J., & Barkley, R.A. (1988). Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. Dans J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds), *Attachment theory and close relationships*. (pp 46-76). New York: Guilford Press.
- Bruce, B., Kirkland, S, & Waschbusch, D. (2007). The relationship between childhood behaviors disorders and unintentional injury events. *Paediatrics & Child Health*, 12(9), 749-754.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). Power in relationships of women with depression. *Journal of Family Therapy*, 26, 407-429.
- Camparo, L.B., Christensen, A., Buhrmester, D., & Hinshaw, S.P. (1994). System functioning in families with ADHD and non ADHD sons. *Personnal Relationship*, 1, 301-308.
- Carnelley, K.B., Pietromonaco, P.R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others, and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 127-140.
- Charach, A. (2010). Enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité : épidémiologie, prévalence et évaluation. In : Tremblay R.E., Barr, R.G., Peters, R.De.V., Boivin, M., eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants ; 2010 : 1-12. Disponible sur le site : <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/CharachFRxp.pdf> . Page consultée le [21 septembre 2010].
- Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Whymbs, B.T., & Pelham, W.E. (2004). Enhancements to the standard behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD : Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Chronis, A.M., Gamble, S.A., Roberts, J.E., & Pelham, W.E. (2006). Cognitive-Behavioral Treatment for Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*, 37, 143-158.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Palham, W.E., Kipp, H.L., Baumann, B.L., & Lee, S.S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1424-1432.

- Cohen, A.J., Adler, N., Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., & Mandel, F.S. (2002). Interactional effects of marital status and physical abuse on adolescent psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 26, 277-288.
- Coleman, P.K., & Karraker, K.H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-aged children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations*, 49(1), 13-24.
- Connolly, A., & Vance, A. (2010) Psychosocial factors associated with parent and teacher reports of aggression in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 667-675.
- Conners, C.K. (1997). *Conners Rating Scales – Revised: Long Form*. Multi-Health Systems, North Tonawanda, NY.
- Counts, C.A., Nigg, J.T., Stawicki, J.A., Rappley, M.D., & Von Eye, A. (2005). Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 690-698.
- Cunningham, C.E., Benness, B.B., & Siegel, L.S. (1988). Family functioning, time allocation and parental depression in the families of normal and ADHD children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, 169-177.
- Dakin, J., & Wampler, R. (2008). Money doesn't buy happiness, but it helps: Marital satisfaction, psychological distress, and demographic differences between low- and middle-income clinic couples. *The American Journal of Family Therapy*, 36(4), 300-311.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9(2), 181-200.
- Dumka, L.E., Stoerzinger, H.D., Jackson, K.M., & Roosa, M.W. (1996). Examination of the Cross-Cultural and Cross-Language Equivalence of the Parenting Self-Agency Measure. *Family Relations*, 45(2), 216-222.
- Feeney, J.A., Noller, P., & Hanrahan, M. *Sperling, M.B. (Ed.); Berman, W.H. (Ed.). (1994). Attachment in adults: Clinical and Developmental Perspectives. (pp. 128-152). xxi, 360 pp. New York, NY, US: Guilford Press.*
- Fergusson, D.M., & Lynksey, M.T. (1993). The effects of maternal depression on child conduct disorder and attention deficit behaviors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 116-123.
- Finzi-Dottan, R., Triwitz, Y.S., & Golubchik, P. (2011). Predictors of stress-related growth in parents of children with ADHD, *Research in Developmental Disabilities*, 32, 510-519.
- Frankel, F., & Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 33(2), 125-146.
- Froehlich, T.E., Lanphear, B.P., Epstein, J.N., Barbaresi, W.J., Katusic, S.K., & Kahn, R.S. (2007). Prevalence, Recognition, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of US Children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(9):857-864.
- Geurts, H.M., Verte, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H., & Sergeant, J.A. (2004). How specific are executive functioning deficits in attention deficit hyperactivity disorder and autism? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(4), 836-854.

- Ghanizadeh, A., & Shams, F. (2007). Children's perceived parent-child relationships and family functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy, 29*, 1-11.
- Gross, D., & Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. *Nurse Practitioner, 13*, 19-29.
- Gupta, V.B. (2007). Comparison of parenting stress in different developmental disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19(4)*, 417-425.
- Harpin, V.A. (2005). The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. *Archives of Disease Childhood, 90*, 2-7.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Heene, E., Buysse, A., & Van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: the role of conflict communication, attributions and attachment style. *Family Process, 43*, 413-440.
- Heckel, L.D., Clarke, A.R., Barry, R.J., McCarthy, R., & Selikowitz. (2009). The relationship between divorce and children with AD/HD of different subtypes and comorbidity: Results from a clinical referred sample. *Journal of Divorce and Remarriage, 50*, 427-443.
- Hollist, C.S., & Miller, R.B. (2005). Perception of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 52*, 46-57.
- Hurtig, T., Taanila, A., Ebeling, H., Miettungen, J., & Moilanen, I. (2005) Attention and behavioral problems of Finnish adolescents may be related to the family environment. *European Child and Adolescent Psychiatry, 14*, 471-478.
- Impett, E.A., English, T., & John, O.P. (2011). Women's emotions during interactions with their grown children in later adulthood: The moderating role of attachment avoidance. *Social Psychological and Personality Science, 2(1)*, 42-50.
- Jensen, P.S., Martin, D., & Cantwell, D.P. (1997). Implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1065- 1079.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24(1)*, 85-105.
- Johnston, C., & 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.
- Johnston, C., & Pelham, W.E. Jr. (1990). Maternal characteristics, ratings of child behaviors, and mother child interactions in families of children with externalizing disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 407-417.
- Kadesjo, B., & Gillberg, C. (2001) The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42(4)*, 487-492.
- Kashdan, T.B., Jacob, R.G., Pelham, W.E., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal, J.D., & 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.

- Kissgen, R., Krischer, M., Kummerat, V., Spiess, R., Schleiffer, R., & Sevecke, K. (2009). Attachment representation in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychopathology, 42*, 201-208.
- Klausen, A.F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related quality of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder. *Pediatrics, 114*, 541-547.
- Kobak, R.R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 861-869.
- Lacharité, C., Ethier, L., & Couture, G. (1996). Analysis of the influence of spouses on parental stress of neglectful mothers. *Child Abuse Review, 5*, 18-33.
- Lemmens, G.M.D., Buysse, A., Henne, E., Eisler, I., & Demyttaneare, K. (2007). Marital satisfaction, conflict communication, attachment style and psychological distress in couples with hospitalized depressed patient. *Acta Neuropsychiatra, 19*, 109-117.
- Locke H.J., & Wallace, K.M. (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*, 251-255.
- Loeber, R., Green, S.M., Lahey, B.B., Christ, M.A.G., & Frick, P.J. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviors. *Journal of Child and Family Studies, 1*, 21-41.
- Lussier, Y., Sabourin, S., & Turgeon, C. (1997). Coping Strategies as moderators of the relationship between attachment and marital adjustment. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*, 777-791.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures of identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Dans M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years: theory research and intervention* (pp 121-160). Chicago: The University of Chicago Press.
- Marchand, J.F. (2004). Husbands' and wives' marital quality: The role of adult attachment orientations, depressive symptoms, and conflict resolution behaviors. *Attachment and Human Development, 6(1)*, 99-112.
- Mash, E.J., & Johnston, C. (1983a). Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 86-99.
- Mash, E.J., & Johnston, C. (1983b). Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. *Journal of Clinical Child Psychology, 12*, 91-99.
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J.S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does parenting style matters? *Clinical Pediatrics, 47*, 865-872.
- Murphy, K.R., & Barkley, R.A. (1996). Parents of children with attention/hyperactivity disorders: Psychological and attentional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry, 66*, 93-102.
- Newcorn, J.H., Halperin, J.M., Jensen, P.S., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Cantwell, D.P... Vitiello, B. (2001). Symptoms profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(2)*, 137-146.
- Paquette, D., Bigras, M., & Parent, S. (2001). La validation du QSA et la prévalence des styles d'attachement adulte dans un échantillon francophone de Montréal. *Revue canadienne des sciences du comportement, 33(2)*, 88-96.

- Pliszka, S.R. (1992). Effect of anxiety on cognition, behavior and stimulant response in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 197-203.
- Reis, S., & Grenyver, B.F.S. (2004). Fear of intimacy in women: relationship between attachment styles and depressive symptoms. *Psychopathology*, *37*, 299-303.
- Rholes, W.S., Simpson, J.A., & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *32*, 275-285.
- Rothbard, J.C., & Shaver, P.R. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M.B. Sperling & W.H. Berman (Eds.), *Attachment in adults*, (pp.128-152). New York: The Guilford Press.
- Segenreich, D., Fortes, D., Coutinho, G., Pastura, G., & Mattos, P. (2009). Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *42*, 465-469.
- Senchak, P.R., & Leonard, K. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, *9*, 51-64
- Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, *4*, 133-161.
- Shelton, T.L., Barkley, R.A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkin, L., & Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as function of adaptative disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 475-494.
- Sobol, M.P., Ashbourne, D.T., Earn, B.M., & Cunningham, C.E. (1989). Parent's attributions for achieving compliance from attention-deficit-disordered children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *17*(3), 359-369.
- Soucy, N., Bernier, A., Larose, S., & Duchesne, S. (1996). Validation transculturelle du "Attachment Style Questionnaire". Affiche présentée au XIXe congrès de la SQRP, Trois-Rivières, Québec, octobre 1996.
- Steele, H., Steele, M., & Fonagy, P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Development*, *67*, 541-555.
- Szatmari, P., Offord, D.R., & Boyle, M.H. (1989) Correlates, associated impairments and patterns of services utilization of children with attention deficit disorder: Findings from Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *30*, 205-217.
- Tang, L.C. (2008). *Psychological well-being in parents of children with pervasive development disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder*. Dissertation de Doctorat, Michigan State University, Michigan, États-Unis.
- Tannock, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders. Dans T.E. Brown (Eds), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults* (pp. 125-170). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & 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.
- Tzang, R-F., Chang, Y-C., & Liu, S-I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *13*, 318-325.

- van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representation in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups : A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 8-21.
- van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Zwart-Woudstra H.A., Van Bussch-bach, A.M., & Lambermon, W.E. (1991). Parental attachment and children's socio-emotional development: Some findings on the validity of the Adult Attachment Interview in the Netherlands. *International Journal of Behavior Development, 14*, 375-394.
- Vantalon, V. (2005). *L'hyperactivité de l'enfant*. Montrouge, France : Éditions John Libbey Eurotext.
- Whalen, C.K., Henker, B., Jamner, L.D., Ishikawa, S.S., Floro, J.N., Swindle, R... Johnson, J.A. (2006). Toward mapping daily challenges of living with ADHD : Maternal and child perspectives using electronic diaries. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 115-130.
- Whymbs, B.T., & Pelham W.E. (2010). Child effects on communication between parents of youth with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 119(2)*, 366-375.
- Whymbs, B.T., Pelham, W.E., Gnagy, E.M., & Molina, B.S.G. (2008). Mother and adolescent reports of interparental discord among families of adolescents with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 16*, 29-41.
- Whymbs, B.T., Pelham, W.E., Molina, B.S.G., Gnagy, E.M., Wilson, T., & Greenhouse, J.B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youth with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 735-744.
- Woodward, L.J., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J. (2000). Driving outcomes of young people with attentional difficulties in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(5)*, 627-634.
- Wright, S.L., & Perrone, K.M. (2010). An examination of the role of attachment and efficacy in life satisfaction. *The Counseling Psychologist, 38*, 796-823.
- Yang, P., Jong, Y.-J., Hsu, H.-Y., Tsai, J.-H. (2007). Psychiatric features and parenting stress profiles of subtypes of inattentive deficit hyperactive disorder: Results from a clinical referred Taiwanese sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 28*, 369-378.