

Mémoire de Maîtrise universitaire en psychologie

Parent d'enfant ayant un Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA-H) : évaluation de l'impact sur la famille et sur le couple coparental.

Parent of a child having Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADH-D): evaluation of the impact on the family and coparenting relationships.

Étudiantes

Alissia Zaninetti et Hélène Parmelin

Tuteur

Dr. Fabrice Brodard, PhD

Institut de Psychologie, Unil

Expert

Dr. Michel Bader, Privat-Docent

Département de Psychiatrie, CHUV

Lausanne, 06.2022

Répartition des parties rédigées

La discussion, les perspectives futures et implications cliniques ainsi que les parties : 2.1 ; 2.2.2 ; 4.1 ; 4.2 ; 4.3 ; 4.4 ont été rédigées par Alissia Zaninetti.

Les résultats ainsi que les parties : 2.2.1 ; 2.2.3 ; 2.2.4 ; 4.5 ont été rédigées par Hélène Parmelin.

Le résumé, l'introduction, les objectifs de l'étude, les limites ainsi que la conclusion ont été rédigées ensemble.

Remerciements

Nous tenons à remercier le Dr. Fabrice Brodard de nous avoir guidé dans notre travail et pour ses conseils, qui nous ont permis d'améliorer notre travail. Nous tenons également à remercier le Dr. Michel Bader d'avoir accepté de nous expertiser et le Professeur Nicolas Favez d'avoir répondu à nos questions sur la coparentalité. Un grand merci également à Paulo Carneiro et Sébastien Guex pour leur aide et leur patience concernant l'explication des analyses statistiques. Finalement, un grand merci à nos familles qui nous ont soutenu tout au long de cette aventure ainsi qu'à Christophe Bory pour la relecture de notre travail.

Résumé

Nombreuses sont les études à avoir mis en évidence l'impact négatif du trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H) de l'enfant et de l'adolescent sur le système familial. Cependant, aucune recherche ne s'est intéressée à l'influence de ce trouble sur la satisfaction coparentale. Pourtant, lorsqu'elle est positive et soutenante, la coparentalité a un rôle protecteur de la cohésion familiale, favorisant le bon développement de l'enfant. L'étude présentée ici a donc eu pour objectif d'investiguer l'impact du TDA-H d'enfants et d'adolescents sur le système familial et sur la satisfaction coparentale, ainsi que d'étudier l'interdépendance des sous-systèmes. L'échantillon était composé de 327 parents francophones d'enfants mineurs répartis en deux groupes (n = 101 parents d'enfants sans TDA-H et n = 226 parents d'enfants TDA-H). La récolte des données s'est faite sur la base d'un questionnaire auto-rapporté en ligne, différent en fonction du groupe. Les résultats ont mis en évidence que la relation parent-enfant était perçue comme étant plus conflictuelle par les parents dont l'enfant avait un diagnostic de TDA-H. L'étude a également démontré que les parents d'un jeune avec un TDA-H évaluaient leur relation coparentale comme étant moins satisfaisante et plus conflictuelle. Finalement, les données ont relevé une corrélation négative faible entre la satisfaction coparentale et les conflits dans la relation parent-enfant, une corrélation négative et forte entre satisfaction coparentale et conflits coparentaux ainsi qu'une corrélation positive faible entre les conflits coparentaux et les conflits dans la relation parent-enfant. Ces résultats mettent en avant l'impact du TDA-H sur les différents sous-systèmes familiaux et l'interdépendance entre eux, suggérant la nécessité d'une prise en charge adéquate de ces sous-systèmes.

Mots clés : TDA-H, famille, coparentalité, relation parents-enfant, conflits, interdépendance

Table des matières

1. Introduction	7
2. Théorie	8
2.1 Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	8
2.2 Relation familiale et TDAH	11
2.2.1 La coparentalité	11
2.2.2 Impact de la coparentalité sur l'enfant	14
2.2.3 Sous-systèmes familiaux	15
2.2.4 Impact du TDA-H sur le système familial	17
3. Objectifs de l'étude	19
4. Méthodologie	21
4.1 Participants	21
4.2 Procédure	24
4.3 Questionnaires	25
4.4 Mesures	26
4.4.1 Conflits parent-enfant	26
4.4.2 Satisfaction coparentale	26
4.4.3 Conflits coparentaux	27
4.5 Méthode d'analyse statistique	28
5. Résultats	30
5.1 Impact du TDA-H dans la relation parent-enfant	30
5.2 Impact du TDA-H sur la satisfaction coparentale	32
5.3 Conflits coparentaux	33
5.4 Interdépendance des sous-systèmes	34
6. Discussion	34
6.1 Relation parent-enfant	35
6.2 Coparentalité	36

6.3 Interdépendance des sous-systèmes familiaux	38
7. Limites	39
8. Perspectives futures et implications cliniques	41
9. Conclusion	43
10. Bibliographie	44
11. Annexes	54
Annexe I : Questionnaire du groupe clinique	54
Annexe II : Questionnaire du groupe contrôle	91

1. Introduction

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H) est l'un des troubles les plus fréquents chez l'enfant et l'adolescent et correspond à l'une des principales causes de consultation pédopsychiatrique (Drechsler et al., 2020). De plus, il impacte considérablement les enfants concernés ainsi que leurs familles (Sayal et al., 2017). De ce fait, le TDA-H est sujet à de multiples recherches depuis plusieurs années afin de permettre une meilleure compréhension de son fonctionnement et en améliorer sa prise en charge. En effet, de nombreuses études se sont principalement focalisées sur les difficultés engendrées par le trouble. Celles-ci ont indiqué de moins bons résultats scolaires, plus de rejets de la part des pairs, plus de difficultés dans les relations ou encore une augmentation du risque d'idées suicidaires (Banaschewski et al., 2017 ; Chiang & Gau, 2014).

Bien que pendant des années, l'intérêt des chercheurs ne s'est que très peu porté sur l'influence du TDA-H dans le cercle familial, une hausse de la recherche dans ce domaine est constatée depuis quelques temps, mettant en évidence l'impact négatif du trouble sur le système familial (Ben-Naim et al., 2018). Ce trouble engendrerait une augmentation des conflits entre parents et enfants ainsi que du stress parental. De plus, il diminuerait la satisfaction conjugale et péjorerait la communication interparentale.

Aujourd'hui, le sous-système coparental, quant à lui, n'a pas été étudié en lien direct avec le TDA-H. Pourtant, des auteurs ont démontré que le soutien et la coopération entre coparent représentent des facteurs positifs essentiels au développement de l'enfant, autant sur le plan émotionnel que cognitif (Favez & Frascarolo, 2013). De ce fait, une coparentalité conflictuelle n'est pas favorable à l'évolution de l'enfant. Par conséquent, l'objectif principal de cette étude est de récolter des informations concernant l'influence du trouble sur la famille. Plus précisément, il s'agit dans un premier temps de consolider les résultats présents dans la littérature concernant la relation conflictuelle parent-enfant, d'étudier ensuite la satisfaction coparentale, et finalement de tester le lien entre les différents sous-systèmes.

2. Théorie

2.1 Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA-H) a une prévalence de 3 à 7 % chez les enfants et perdure dans 30-60% des cas, impactant alors 2 à 4 % des adultes (Bader & Perroud, 2012 ; Weibel et al., 2020). Ainsi, le TDA-H désigne l'une des maladies mentales les plus fréquentes chez l'enfant et l'adolescent. Considéré comme un trouble neurodéveloppemental, le TDA-H est essentiellement caractérisé dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) par de l'inattention, de l'hyperactivité-impulsivité ou encore de la désorganisation (American Psychiatric Association, 2013). Le trouble est considéré comme étant hétérogène étant donné les divergences entre individus concernant la symptomatologie et le traitement. On parle d'un déficit de l'attention ou d'hyperactivité-impulsivité dès lors que six symptômes ou plus se manifestent pendant une durée minimale de 6 mois et qu'ils impactent négativement les divers environnements de l'enfant. Les difficultés d'attention s'expriment souvent par de la difficulté à s'organiser, à soutenir son attention, à prêter attention aux détails, à se conformer aux consignes ou encore par des oublis fréquents et de la distractibilité. Quant à l'hyperactivité et l'impulsivité, les symptômes se manifestent par de la difficulté à attendre son tour, du bavardage ou encore une incapacité à rester tranquille. Le DSM-V souligne également que les symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité doivent être présents avant l'âge de 12 ans. Ces manifestations symptomatiques doivent apparaître dans au moins 2 contextes différents tels que l'école ou l'environnement familial, et impacter négativement le fonctionnement social, scolaire ou professionnel. Finalement, les symptômes ne doivent pas survenir pendant une schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques et ne sont pas mieux expliqués par d'autres maladies mentales. Concernant les chiffres, 30% des individus ont une prédominance de l'inattention, 10% ont une prédominance d'hyperactivité-impulsivité et 60% ont le type combiné, autrement dit un déficit de l'attention avec hyperactivité-impulsivité (Willcutt,

2012). Selon les données, le trouble toucherait davantage les hommes que les femmes avec un ratio de 2 :1 pour les enfants et de 1,6 :1 chez l'adulte (American Psychiatric Association, 2013 ; Banaschewski et al., 2017). Au fil des années, malgré la persistance du tableau clinique chez 70% des adultes, on constate une certaine réduction des principaux symptômes avec seulement 5 à 15 % des individus qui continuent à remplir complètement les critères diagnostiques (Lara & al., 2009).

Le trouble de déficit d'attention est également représenté dans la CIM-11¹. Jusqu'en 2021, cette classification établie par l'Organisation Mondiale de la Santé ne parlait pas de trouble de déficit d'attention mais d'un trouble hyperkinétique (TK). A présent, la CIM l'a renommé de la même manière que le DSM-V et les critères diagnostiques sont similaires.

Le TDA-H est considéré comme étant un trouble multifactoriel (Banaschewski & al., 2017). Effectivement, nombreuses sont les recherches qui ont démontré l'implication de facteurs neurologiques, génétiques, environnementaux et biologiques. Selon Cortese (2012), beaucoup de données de neuro-imagerie suggèrent une présence d'anomalies structurelles dans le cerveau des enfants atteints de TDA-H, notamment au niveau des fibres de la substance blanche et aux circuits frontostriataux. On parle également d'une réduction globale de 3-5% du cerveau et d'une perte de volume dans les zones préfrontales, les ganglions de la base et du cervelet associé à la sévérité des symptômes (Frodl & Skokauskas, 2012). D'autres études ont démontré l'implication de la génétique dans le trouble grâce aux recherches sur les jumeaux (Greven et al., 2014).

Une part environnementale serait également à l'origine du trouble, on parle alors de facteurs prénataux, périnataux et postnataux (Cortese, 2012). Une méta-analyse avec l'objectif d'examiner la littérature existante entre stress prénatal et TDAH a trouvé que le stress prénatal de la mère était associé significativement à ce dernier (Manzari, et al., 2019). Serati et al. (2017) ont mis en évidence à travers une revue systématique visant à synthétiser la littérature relative au développement du TDAH qu'un poids inférieur à 2.5kg à la naissance

¹ Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, une liste de classification médicale établie par l'Organisation mondiale de la santé.

peut être considéré comme étant un facteur de risque. D'autres éléments sont également à prendre en considération tels que la consommation d'alcool et de cigarettes pendant la grossesse ou encore l'exposition à des toxines environnementales (Han et al., 2015 ; Xi & Wu, 2021).

Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est souvent associé à des comorbidités, bien que l'expression clinique de ces dernières varie selon l'âge (Bader & Perroud, 2012). Les troubles les plus fréquemment associés avec le TDA-H sont les suivants : le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, ainsi que des troubles anxieux et dépressifs caractérisés (American Psychiatric Association, 2013 ; Willcutt et al., 2012).

Le TDA-H n'est pas toujours facile à diagnostiquer puisque ce dernier n'a pas de biomarqueurs spécifiques et qu'il est constitué de symptômes pouvant être présents également dans d'autres troubles (Bélangier et al., 2018). En effet, selon le diagnostic différentiel du TDA-H présenté dans le DSM-, d'autres troubles tels que le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble explosif intermittent, ou encore le trouble spécifique des apprentissages ont des représentations relativement proches de celles du TDA-H.

Le trouble du déficit de l'attention impacte considérablement le quotidien et la vie de l'individu. De nombreuses études indiquent que dès le plus jeune âge, le TDA-H altère et compromet un bon fonctionnement social et professionnel. Chiang et Gau (2014) ont exploré le rôle clé des fonctions exécutives sur un échantillon de 511 jeunes sur la base d'analyses dimensionnelles et ont découvert que les enfants ayant un déficit au niveau de l'attention avaient plus de difficulté à créer, interagir et maintenir des relations amicales ainsi qu'à s'adapter socialement au sein de l'école que les enfants sans TDA-H. De plus, une revue systématique visant à explorer les expériences de vie de jeunes enfants diagnostiqués TDA-H a mis en avant que les enfants avec un diagnostic TDA-H, en comparaison à des enfants sans diagnostic, ont généralement des moins bons résultats scolaires, ressentent une stigmatisation accrue, font face à plus de conflits, ont des interactions de moins bonne qualité avec leurs familles et sont plus sujets à développer des troubles des conduites à l'adolescence (Eccleston et al., 2019). D'autres études ont également illustré que le TDA-H a un impact sur

l'unité familiale en affectant négativement la qualité de vie des parents et le fonctionnement familial (Peñuelas-Calvo & al., 2020 ; Sayal et al., 2018).

Il en va de même pour les adultes, bien que leurs symptômes puissent parfois être nuancés dans leurs expressions (Kooij et al., 2010). Par exemple, l'hyperactivité se traduit souvent chez l'adulte par une hyperactivité internalisée, une agitation intérieure ou encore une difficulté à se détendre (Kooij et al., 2010). L'inattention, quant à elle, se manifeste par de la désorganisation, de l'ennui ou encore de la difficulté à prendre des décisions, mais elle peut également être masquée par des symptômes d'anxiété (Kooij et al., 2010 ; Weibel et al., 2020). Finalement, l'impulsivité fait référence à des actions précipitées (American Psychiatric Association, 2013) ou encore à agir sans réfléchir (Kooij et al., 2010) en prenant par exemple une décision sans s'être questionné au préalable. Ainsi, on constate qu'une proportion significative de ces symptômes continuent à engendrer des difficultés tout au long de la vie de la personne, notamment dans les interactions avec la famille, mettant en péril le fonctionnement professionnel et social.

2.2 Relation familiale et TDAH

2.2.1 La coparentalité

La coparentalité est un champ de recherche relativement récent, de même que sa définition dans le domaine de la psychologie, bien que le concept auquel elle se réfère ait été décrit depuis plus longtemps (Rouyer & Huet-Gueye, 2012 ; Favez, 2021). En effet, c'est le thérapeute Minuchin qui a mentionné dans un premier temps qu'une famille est un système constitué de différents sous-systèmes dont le sous-système parental. Celui-ci se réfère au duo parental, ayant pour fonction de maintenir et encadrer les soins et l'éducation des enfants (Minuchin, 1974).

Ce sont les changements sociaux accomplis durant le 20^{ème} siècle qui ont permis la mise en avant du dynamisme relationnel entre parents (Favez, 2020). En effet, l'éducation et les soins apportés à l'enfant ont été pendant de nombreuses années réservés uniquement à la mère. La société s'étant modernisée grâce à l'activité professionnelle féminine, aux moyens

contraceptifs et aux divorces, les pères sont à présent bien plus impliqués dans l'éducation des enfants qu'auparavant (Favez, 2020). Aujourd'hui, on peut définir la coparentalité comme « les actions conjointes entreprises par les parents avec l'enfant : l'aide que les parents s'apportent dans leurs tâches quotidiennes, les encouragements qu'ils se prodiguent, la reconnaissance qu'ils s'apportent dans leur engagement mutuel dans la vie familiale » (Favez, 2017).

La notion de coparentage, quant à elle, fait référence à la manière dont la mère et le père entrent en relation mutuellement dans leur rôle parental (Feinberg, 2003). Autrement dit, elle met en œuvre l'exercice dynamique évolutif de la coparentalité, qui est d'agir comme coparents et se sentir comme tels (Favez, 2017). La coparentalité, de même que le coparentage fonctionne de manière bidirectionnelle, chaque partenaire affecte ou est affecté par l'autre à travers ses actions (Egeren & Hawkins, 2004).

La coparentalité faisant référence à l'interaction parentale dans l'éducation des enfants, il est fondamental de la distinguer du style parental. Celui-ci étant composé de pratiques parentales, maternelles et paternelles décrivant leurs interactions individuelles avec l'enfant (Teubert & Pinquart, 2010).

Le concept de coparentalité n'est pas exclusif aux familles traditionnelles, bien que les études se soient principalement focalisées sur celles-ci (Favez, 2020). En effet, la coparentalité est présente aussi bien chez des personnes divorcées, des couples non mariés, des couples de même sexe ou d'autres individus, dès lors qu'il y a un travail éducatif sur un enfant par deux adultes qui en ont la responsabilité (Favez & Frascarolo, 2013). En effet, les coparents peuvent également représenter non seulement la mère et le père mais aussi des grands-parents ou d'autres individus qui s'occupent de l'enfant et jouent un rôle important dans son développement (Negrini, 2020). Ainsi, lors d'une séparation ou d'un divorce, le système coparental peut être maintenu malgré la dissolution du système conjugal (Frascarolo et al., 2012).

L'observation des familles dans des situations d'interactions a permis de mettre en évidence des composants de la relation coparentale, bien que ceux-ci aient été nommés différemment en fonction des auteurs (Favez, 2021). Ces composants s'articulent principalement autour de six dimensions : le soutien, le

conflit, la division du travail, l'engagement dans le parentage, l'accord éducatif et la triangulation (Favez & Frascarolo, 2013).

Une notion centrale dans le fonctionnement coparental est celle de la cohésion (Favez, 2021). On parle de coparentalité cohésive lorsque les parents se soutiennent et sont impliqués dans la réalisation des tâches liées à l'enfant et qu'il y a une résolution rapide des conflits. En effet, il s'agit pour les parents de fonctionner comme une équipe, avec un but commun et en ayant les mêmes représentations du fonctionnement et de l'organisation d'une famille.

Des variations non optimales de ces dimensions, ainsi que d'autres difficultés peuvent venir menacer la cohésion au sein du système coparental, par exemple la gestion dysfonctionnelle des désaccords, le déséquilibre dans la répartition des tâches, le stress parental ou encore la pression sociale (Favez, 2017). On parle alors de coparentalité non-cohésive pouvant être définie comme conflictuelle, déséquilibrée ou centrée sur l'enfant. La coparentalité conflictuelle est une relation au sein de laquelle il y a peu de soutien, des conflits non résolus et dans laquelle la moindre difficulté est vécue comme une tension. La coparentalité déséquilibrée fait référence à une relation dans laquelle il y a peu de soutien, où la gestion des conflits se fait de manière destructive, dont la prise en charge se fait exclusivement par un seul parent et où les tâches ne sont pas réparties équitablement entre coparents. Finalement, la coparentalité neutre ou centrée sur l'enfant représente un soutien strictement instrumental, c'est-à-dire une relation dévitalisée au sein de laquelle les parents ressentent des émotions neutres l'un envers l'autre mais restent ensemble pour le bien de l'enfant. Dans celle-ci, les parents ont une gestion des conflits ni constructive ni destructive et avec une répartition des tâches plutôt équitable (Favez, 2020).

La coparentalité représente donc un concept multidimensionnel comprenant à la fois des dimensions positives, telles que le soutien, la coordination entre les parents et la communication ainsi que des dimensions négatives, telles que les conflits concernant les enfants, le dénigrement de l'autre parent ou encore la triangulation des enfants (Teubert & Pinquart, 2010).

Des prédicteurs, relatifs aux parents, au contexte ainsi qu'à l'enfant peuvent protéger à la fois le bon fonctionnement de la relation coparentale ou accélérer son dysfonctionnement en influençant les dimensions de la coparentalité (Favez, 2021). Cependant, la littérature montre des conclusions

d'études très nuancées entre les auteurs, rendant difficile leur désignation. Le sexe de l'enfant est considéré comme étant un prédicteur de la coparentalité bien que son influence soit perçue différemment en fonction des auteurs (Favez, 2017). Une étude composée de 56 familles biparentales a relevé sur la base d'un test t, une moyenne de soutien coparental plus grande ($M = 20.71$; $SD = 4.61$) chez les parents de filles en comparaison à des parents de garçons ($M = 18.10$; $SD = 3.59$) (Davis et al., 2009). Cette même étude a illustré un effet du tempérament de l'enfant sur le soutien coparental.

Des auteurs ont trouvé des résultats similaires dans une étude basée sur 79 familles américaines, dont l'objectif était de tester si le tempérament difficile de l'enfant influençait la qualité du coparentage. Dans une première phase, les parents et leurs enfants, alors âgé de treize mois, ont été observés lors d'une séance de jeu triadique. Puis, dans une seconde phase, lorsque les enfants étaient âgés de trois ans, les familles ont été invitées à participer à une tâche de jeu structuré. La qualité de la coparentalité a été mesurée durant les jeux en la codant sur la base d'une échelle. Les résultats ont mis en évidence que le tempérament difficile du nourrisson était associé à un coparentage moins favorable à l'âge de trois ans (Laxman et al., 2013).

Le statut social et les facteurs culturels sont également des prédicteurs cités dans la littérature, bien qu'aucune étude à notre connaissance n'ait réellement étudié le lien direct entre la coparentalité et ces deux variables (Favez, 2017). Il en va de même pour le développement atypique de l'enfant. En effet, nombreuses sont les études à avoir mis en évidence l'impact négatif du trouble de l'enfant sur la qualité de la relation conjugale et la famille, mais pas sur la coparentalité. Ceci sera illustré plus loin de manière plus détaillée. Finalement, c'est la satisfaction conjugale qui influence le plus la qualité de la coparentalité. Celle-ci étant également le prédicteur le plus étudié dans la littérature (McDaniel et al., 2018).

2.2.2 Impact de la coparentalité sur l'enfant

Bien que la coparentalité soit un concept récent dans la recherche en psychologie, l'influence de celle-ci sur le système familial et notamment l'enfant

a été montrée. En effet, l'étude de Lamela et al. (2016) a suggéré un facteur protecteur de la coparentalité sur la famille, lorsque l'alliance coparentale est positive. L'échantillon était composé de 314 parents divorcés. La coparentalité et la satisfaction de la vie ont été évaluées à l'aide d'une échelle de satisfaction coparentale (CRS-Brief) et d'une échelle de satisfaction de la vie (SWLS). Les résultats de la recherche ont montré que les parents du groupe « coparentage hautement conflictuel » avaient une satisfaction de vie amoindrie et un comportement parental incohérent en comparaison aux parents du groupe « coopératif », lesquels ont signalé un fonctionnement familial positif plus élevé et moins de problèmes d'externalisation et d'internalisation de la part de leurs enfants. D'autres auteurs ont relevé qu'une exposition régulière aux conflits coparentaux engendre souvent de la détresse ainsi que des dysfonctionnements chez l'enfant. Au contraire, une alliance coparentale fonctionnelle permet de créer un environnement familial sécurisant et cohérent et favorise un bon développement de la santé mentale de l'enfant ainsi qu'une croissance émotionnelle saine (Negrini, 2020). De plus, lorsque les coparents se soutiennent mutuellement et sont impliqués dans l'éducation de l'enfant, les défis de la vie sont alors surmontés plus facilement (Rouyer & Huet-Gueye, 2012). Par conséquent, la coparentalité est considérée d'une part comme étant un facteur permettant de protéger le système familial et d'autre part comme un facteur de risque menaçant le bien-être familial et celui de l'enfant (Favez & Frascarolo, 2013).

2.2.3 Sous-systèmes familiaux

Tel que l'a mentionné Minuchin, la famille peut être perçue comme un groupe social dans lequel l'individu doit s'adapter et dont ses actions sont régies entre autres par les caractéristiques de la famille. Par conséquent, l'entière du système familial est considérée comme essentielle. En effet, la famille étant organisée comme un système composé de sous-systèmes, ces derniers peuvent s'influencer positivement ou négativement, tout en maintenant des frontières entre eux afin de réguler le contact entre les membres (Favez, 2011; Minuchin, 1974).

Le couple conjugal, composé de deux partenaires représente le premier sous-système familial. Dès la création d'une famille, de nouveaux sous-systèmes tels que le sous-système coparental ou les sous-systèmes mère-enfant et père-enfant, viennent s'ajouter à la relation conjugale pré-existante, complexifiant ainsi la structure familiale (Frascarolo et al., 2012 ; Frascarolo-Moutinot et al., 2009). Ainsi, les individus du système familial peuvent être impliqués dans différentes relations simultanément. La nature de certains sous-systèmes peut être éphémère tandis que d'autres, comme le sous-système coparental, sont constants et indispensables au fonctionnement de la famille (Favez, 2021).

Des recherches ont mis en évidence le lien entre les différents sous-systèmes, notamment entre la relation conjugale et la relation coparentale (Favez, 2017). Comme mentionné plus tôt, la qualité conjugale représente le prédicteur le plus souvent associé à la qualité coparentale (Mangelsdorf et al., 2011). Dans une étude longitudinale, 50 couples mariés ont répondu à une évaluation lors du troisième trimestre de la grossesse ainsi que trois mois après la naissance. Les résultats de l'étude ont montré une diminution des préoccupations concernant la relation parentale chez les femmes et les hommes dont la qualité du mariage était élevée (McHale et al., 2004). Autrement dit, la qualité maritale avant la naissance était prédictive de la qualité coparentale après l'accouchement.

Une recherche plus récente de Liu et Wu (2016) a reproduit des résultats allant dans le même sens. Ces auteurs ont relevé l'association entre la satisfaction conjugale et coparentale grâce au modèle d'interdépendance acteur-partenaire, en explorant les concepts de *Spillover effect* et *Crossover effect* dans des familles chinoises nucléaires et élargies. La première notion illustre un débordement intrapersonnel du conflit parental sur la relation entre chaque parent et l'enfant, tandis que le *Crossover effect* désigne le transfert interpersonnel d'expériences, d'affects ou de comportements entre partenaires.

Les résultats ont montré que les pères et les mères expriment des comportements de coparentalité efficaces lorsque la relation conjugale était bonne. En effet, ces derniers éprouvaient davantage un sentiment d'unité et faisaient face à moins de conflits et de désaccords entre eux lorsqu'ils ressentaient plus de satisfaction au sein de leur mariage. La présence de conflits dans la relation conjugale se transférait à la relation coparentale (de Souza &

Crepaldi, 2019). De ce fait, une relation conjugale satisfaisante est dans la majorité des cas associée à une coparentalité cohésive, tandis qu'une relation conjugale insatisfaisante est souvent liée à une mauvaise entente coparentale, autrement dit non cohésive (Favez, 2017).

D'autres études ont également permis d'illustrer l'interdépendance et l'influence réciproque entre les sous-systèmes. Une étude de Kitzmann (2000), a observé quarante couples mariés interagir avec leurs fils âgés de six à huit ans après avoir eu une discussion agréable ou conflictuelle, dans le but d'examiner les effets indirects des conflits conjugaux sur les enfants par le biais de perturbations dans les alliances familiales et le rôle parental. Les résultats ont montré une propagation de la négativité entre les sous-systèmes. En effet, la négativité du couple était corrélée à la négativité de la famille, quel que soit le sujet de la discussion. Ainsi, ces résultats ont permis d'illustrer l'interdépendance entre les divers sous-systèmes familiaux et l'influence réciproque qu'ils ont l'un sur l'autre.

2.2.4 Impact du TDA-H sur le système familial

Le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité peut donc impacter un certain nombre de domaines, dont le système familial. Dans les années 90, certains auteurs tels que Camparo et al. (1994), ont conclu sur la base de leur étude que les familles de garçons hyperactifs n'avaient pas plus signalé de conflits conjugaux que les familles de garçons sans TDA-H. Il en était de même concernant la diminution de la satisfaction conjugale et la fonctionnalité globale du système familial.

Cependant, les études plus récentes sur le sujet ont démontré des résultats bien différents. Par exemple, Ghanizadeh et Shams (2007) ont constaté que les familles d'enfants TDA-H ont plus de difficultés dans les relations que les familles d'enfants sans TDA-H. En effet, les familles avaient plus de conflits dans leurs relations interpersonnelles et avaient plus de difficultés à établir des normes.

Plus récemment, Ben-Naim et al. (2018) ont émis l'hypothèse sur la base de modèles préalablement étudiés, qu'élever un enfant diagnostiqué d'un TDA-

H serait lié à moins de satisfaction conjugale et plus de stress parental. Pour tester cette hypothèse, les auteurs se sont basés sur un échantillon de 182 participants israéliens, lesquels ont dû compléter des questionnaires de satisfaction conjugale et de stress parental. Les résultats ont montré que les parents d'enfants TDA-H ont un stress parental plus élevé et une satisfaction conjugale plus faible que les parents d'enfants sans TDA-H. Ce stress parental aurait lui-même des conséquences sur le comportement de l'enfant, suggérant une relation circulaire, autrement dit une influence réciproque entre les symptômes du TDA-H chez les enfants et le stress parental (Lee et al., 2022). Ainsi, on constate que la confrontation d'un parent au trouble de son enfant provoque une certaine vulnérabilité, voire une détresse psychologique (Perier et al., 2021). Une autre recherche a également constaté une diminution significative de 2,8% de la satisfaction conjugale chez des parents d'enfants TDA-H en comparaison à la satisfaction conjugale chez des parents d'enfants sans diagnostic. Autrement dit, la moyenne de la satisfaction conjugale était supérieure pour les parents du groupe contrôle (Mohammadi et al., 2012). Une étude dont le but était d'examiner les mécanismes qui sous-tendent l'association entre le TDA-H des enfants et les problèmes conjugaux des parents ont mis en avant, grâce à une analyse de régression, que le TDA-H de l'enfant était prédicteur d'un plus grand nombre de conflits conjugaux (Schermerhorn et al., 2012).

De plus, sur la base d'une adaptation d'un paradigme expérimental de manipulation du comportement de l'enfant, des parents de garçons et de filles âgés de neuf à douze ans avec ou sans TDA-H ont été répartis au hasard afin d'interagir soit avec un enfant « perturbateur », soit avec un enfant « typique ». Les enfants dit perturbateurs avaient des comportements semblables au TDA-H ou au trouble oppositionnel avec provocation (TOP). Les résultats de cette étude ont mis en évidence que les parents qui avaient interagi avec les enfants perturbateurs étaient plus susceptibles de s'engager dans une communication interparentale négative en comparaison avec les parents qui avaient interagi avec les enfants sans trouble du comportement, montrant ainsi que le comportement perturbateur de l'enfant augmente le risque d'une communication interparentale discordante (Wymbs & Pelham, 2010).

Finally, in a study by Markel and Wiener (2014) interested in conflicts between parents and adolescents, the results of questionnaires have shown evidence of a more conflictual relationship when the adolescent was affected by ADHD in comparison to adolescents without ADHD. In other words, in the presence of the disorder, adolescents and their parents are in conflict on a larger number of subjects. Thus, many studies show that ADHD in the child negatively impacts family functioning. However, few studies have been interested in the impact of ADHD on coparental satisfaction and on the dimension of conflict within coparentality.

3. Objectifs de l'étude

This research studies the influence of ADHD on the family system and more precisely on the coparental subsystem. Coparentality being a relatively recent notion, very few studies have been interested in the role of the child in the coparental dynamic and even less in the impact of ADHD on coparentality (Favez & Frascarolo, 2013). However, the influence of ADHD on the family system has already been established.

In fact, in the literature, studies on this disorder have shown that the presence of it in the child has negative repercussions on the family system. For example, ADHD increases parental stress and amplifies the tendency to engage in discordant interparental communication. Moreover, it decreases marital satisfaction and intensifies the conflictual relationship between parent and child.

Nevertheless, in recent years, research related to coparentality has increased, recognizing its importance by considering it as a central element of family life (Feinberg, 2003). In fact, some studies carried out today on coparentality show that it can impact the well-being of the child by causing, in particular, dysfunctions and a perturbation of his development (Negrini, 2020). On the contrary, when it is positive and non-conflictual, it is perceived as being protective for the family system.

Des études ont permis de montrer que les sous-systèmes familiaux sont fortement interdépendants, et plus particulièrement que le sous-système coparental est étroitement lié à la relation conjugale. La recherche a également mis en avant que la qualité de la satisfaction conjugale était prédictive de la coparentalité, suggérant qu'une faible satisfaction au sein du couple pouvait mener à une faible satisfaction coparentale.

Ainsi, l'objectif principal de l'étude est d'investiguer l'influence du TDA-H sur le système familial et notamment sur la coparentalité. Le but étant d'apporter des informations supplémentaires afin de pouvoir améliorer la compréhension et la prise en charge du TDA-H et de la famille. En effet, au vu de l'impact de celui-ci sur la famille, il est pertinent de s'intéresser au sous-système coparental étant donné son influence sur le développement de l'enfant.

Dans un premier temps, il s'agit d'étudier, dans un échantillon de la population Suisse, la perception des parents sur la relation qu'ils entretiennent avec leurs enfants. Selon les éléments théoriques, l'hypothèse est que les parents d'enfants avec un TDA-H évaluent leur relation comme étant plus conflictuelle que les parents d'enfants non TDA-H (H1). Deuxièmement, l'objectif sera de se concentrer sur la coparentalité. À notre connaissance, aucune étude ne traite directement de l'influence du TDA-H sur la satisfaction coparentale. Il est donc question de définir si cette dernière est affectée par la présence d'un enfant TDA-H, en comparaison avec des parents dont l'enfant n'est pas atteint de TDA-H. En s'appuyant sur la littérature présentée précédemment dans ce travail, l'hypothèse émise est que la moyenne de la satisfaction coparentale est plus basse pour les parents d'un enfant TDA-H par rapport aux parents d'enfants n'ayant pas ce trouble (H2). En effet, étant donné l'interdépendance entre le sous-système coparental et le sous-système conjugal et au vu de l'impact que le trouble a sur ce dernier, il devrait y avoir une moyenne de satisfaction coparentale plus faible chez les coparents d'un enfant diagnostiqué.

Par la suite, le but de la recherche est d'étudier la dimension du conflit au sein de la coparentalité en se basant sur des items de l'échelle de satisfaction coparentale. L'hypothèse formulée est que les parents rapportent une relation coparentale plus conflictuelle lorsque l'enfant a un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (H3).

Enfin, au vu des liens entre les différents sous-systèmes de la famille, les postulats sont que les conflits parent-enfant sont corrélés négativement à la satisfaction coparentale, que les conflits coparentaux sont corrélés positivement aux conflits parent-enfant et que la satisfaction coparentale est corrélée négativement aux conflits coparentaux (H4). Effectivement, la supposition consiste à dire qu'il va y avoir une propagation de la négativité entre les sous-systèmes et donc un lien interdépendant entre ceux-ci.

4. Méthodologie

4.1 Participants

La population cible de l'étude était constituée de parents francophones ayant un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans et dont un TDA-H a été diagnostiqué par un médecin. Le groupe contrôle représentait quant à lui un échantillon de parents francophones ayant un enfant ou un adolescent âgé de moins de 18 ans et sans TDA-H.

La récolte des données s'est faite de décembre 2021 à mars 2022. Au total, 328 questionnaires ont été complétés correctement. Seul un questionnaire n'a pas pu être pris en compte dans le groupe clinique car l'âge de l'enfant dépassait la limite fixée à 18 ans. Ainsi, il y avait 226 questionnaires pour le groupe clinique et 101 pour le groupe contrôle. L'échantillon des parents ayant participé était composé en grande partie par des mères, quelques pères, un beau-père et deux belles-mères (voir Table 1).

La plupart des participants étaient issus d'une famille de type biparental communément appelée dans la littérature « famille nucléaire », laquelle est encore aujourd'hui considérée comme représentant la forme familiale la plus répandue dans les sociétés occidentales (Favez, 2020 ; Office fédéral de la statistique, 2022). Des individus appartenant à d'autres structures familiales ont également répondu au questionnaire, tel que des familles monoparentales, recomposées, homoparentales, de type garde partagée, ou encore des familles multigénérationnelles.

Table 1

Caractéristiques des participant·e·s du groupe clinique

Groupe Clinique (TDA-H)	Effectifs	Pourcentage
Participants		
Mère	209	92.48 %
Père	15	6.64 %
Beau-père	1	0.44 %
Belle-mère	1	0.44 %
Niveau d'éducation		
Université, haute école	98	43.36 %
Formation professionnelle supérieure	46	20.35 %
Maturité, baccalauréat	17	7.52 %
Maturité, école professionnelle	24	10.62 %
Apprentissage	36	15.93 %
École obligatoire	2	0.88 %
Moins que l'école obligatoire	3	1.32 %
Type de famille		
Biparentale	168	74.34 %
Monoparentale	32	14.16 %
Recomposée	23	10.18 %
Homoparentale	2	0.88 %
Multigénérationnelle	0	0 %
Garde partagée	1	0.44 %

Table 2

Caractéristiques des participant·e·s du groupe contrôle

Groupe Contrôle	Effectifs	Pourcentage
Participants		
Mère	85	84.16 %
Père	15	14.85 %
Beau-père	0	0 %
Belle-mère	1	0.99 %
Niveau d'éducation		
Université, haute école	70	69.31 %
Formation professionnelle supérieure	19	18.81 %
Maturité, baccalauréat	0	0 %
Maturité, école professionnelle	4	3.96 %
Apprentissage	7	6.93 %
École obligatoire	1	0.99 %
Moins que l'école obligatoire	0	0 %
Type de famille		
Biparentale	85	84.16 %
Monoparentale	7	6.93 %
Recomposée	6	5.94 %
Homoparentale	0	0 %
Multigénérationnelle	3	2.97 %
Garde partagée	0	0 %

La majorité des individus, groupes confondus, avaient une activité professionnelle (90.50 %) tandis que 9.50 % n'en n'avaient pas. Parmi ces 90.50 %, 71.30 % des participants avaient un niveau d'éducation de niveau tertiaire, 26.90 % de niveau secondaire II et 1.80 % de niveau primaire. Ces résultats sont assez représentatifs des chiffres de l'OFS² (Office Fédérale de la Statistique, 2021).

Parmi les parents qui ont répondu au questionnaire, 72.80 % n'avaient pas de TDA-H, 5.8 % en avaient un et 21.4 % pensaient présenter un TDA-H

² Office Fédérale de la Statistique

mais n'avaient jamais entrepris de démarche pour le diagnostiquer. Concernant la question où l'on cherchait à savoir si l'autre parent présentait un TDA-H, 65.10 % des participants ont répondu que le deuxième parent n'avait pas de TDA-H, 4 % avaient répondu oui et qu'il avait été diagnostiqué et 30.90 % estimaient qu'il présentait un TDA-H mais n'avait jamais entrepris de démarche pour être diagnostiqué.

Les parents ont complété le questionnaire concernant leurs enfants ayant ou non un TDA-H. Parmi les participants dont les enfants avaient un TDA-H (69.10 %), 65.1 % avaient uniquement un diagnostic de TDA-H et 4 % avaient un TDA-H et un TSA. L'âge moyen des enfants TDA-H était de 11.1 ans et il était de 9.9 ans pour les enfants non TDA-H. Les analyses descriptives ont également démontré que l'échantillon était représentatif de ce qui avait été trouvé dans la littérature concernant la prévalence fille/garçon. En effet, l'échantillon contenait 233 garçons et 94 filles. Parmi les jeunes diagnostiqués d'un TDA-H, 182 étaient des garçons et 44 des filles (Voir Table 3).

Table 3

Caractéristiques des enfants de l'échantillon en fonction du groupe

Groupe TDA-H	Effectifs	Pourcentage
Sexe		
Fille	44	19.47 %
Garçon	182	80.53 %
Groupe sans TDA-H		
Sexe		
Fille	50	49.50 %
Garçon	51	50.50 %

4.2 Procédure

Le recrutement des participants s'est fait par l'intermédiaire du site internet de l'UNIL, de l'ASPEDAH, du CHUV, de l'UNIGE, sur divers réseaux sociaux tels que Facebook et Instagram et via une collaboration avec divers lieux cliniques des cantons de Fribourg, Genève et Valais. Des Flyers ont également

été déposés dans des salles d'attente de professionnels de la santé, dans des commerces ainsi que dans des établissements scolaires de la région. La récolte des données s'est faite au moyen de deux questionnaires distincts, l'un s'adressant au groupe clinique (Annexe 1) et l'autre au groupe contrôle (Annexe 2). Ceux-ci ont été complétés en ligne, dans un délai d'environ 30 à 45 minutes en utilisant la plateforme Lime-Survey. Par conséquent, aucun contact direct avec les parents n'a eu lieu et les formulaires ont été remplis sans identification. L'anonymat des individus était donc garanti. Les participants ont été informés de la confidentialité de leurs réponses et ont accepté l'utilisation de leurs données à des fins scientifiques et la publication des résultats de la recherche dans des revues ou livres. Ces derniers avaient la liberté de se retirer à tout moment du questionnaire sans justification. Néanmoins, une fois le questionnaire terminé et enregistré, il n'était plus possible de supprimer les données récoltées. Ce projet répond aux principes de la déclaration d'Helsinki, du Good clinical Practice, du Human Research Ordinance et du Human Research Act, et a été validé par la Commission d'éthique cantonale (CER-VD).

4.3 Questionnaires

Le questionnaire du groupe clinique a été développé conjointement par le Docteur Michel Bader, le Docteur Fabrice Brodard, le Professeur Nicolas Favez et la Professeure Kerstin von Plessen. Le deuxième formulaire a été adapté pour le groupe contrôle, sur la base du questionnaire préexistant, par deux étudiantes et nous-mêmes.

Les questionnaires étaient composés de 175 et 152 questions, réparties en dix et douze chapitres, respectivement pour le groupe clinique et contrôle. Bien que la plupart des rubriques étaient identiques, les deux formulaires comportaient des parties différentes en fonction des deux groupes. Les questions ou chapitres en lien avec le TDA-H étaient exclusifs au groupe clinique et n'apparaissaient pas dans le groupe contrôle.

Les questions auxquelles les parents des deux groupes devaient répondre traitaient des thématiques telles que la situation sociodémographique des participants, la relation parents-enfants ou adolescents, les caractéristiques de

l'enfant, la parentalité, l'utilisation des écrans, l'impact de la pandémie de COVID-19, la coparentalité et finalement l'impact sur le couple parental.

Le questionnaire du groupe contrôle se clôturait sur une partie exclusive contenant une série de questions générales sur la santé de l'enfant. Le groupe clinique, quant à lui, avait des items supplémentaires spécifiques au TDA-H. Ceux-ci concernaient les associations de parents d'enfants ayant un TDA-H ou les recommandations de la part des parents quant à la prise en charge ou l'accompagnement d'un enfant TDA-H.

4.4 Mesures

4.4.1 Conflits parent-enfant

La première hypothèse émise portait sur la relation parent-enfant et plus particulièrement sur la perception des conflits dans la relation. Afin de répondre à cette hypothèse, les données de deux items ont été sélectionnées dans la partie relation parents-enfants ou adolescents : « *Les relations que j'entretiens avec mon enfant sont conflictuelles* » et « *Je me dispute avec mon enfant* ». Les parents devaient répondre à ces questions via une échelle de Likert en 5 niveaux. En effet, il s'agissait pour les parents de choisir entre « fortement d'accord », « d'accord », « ni d'accord ni en désaccord », « en désaccord » et « fortement en désaccord ». Les participants pouvaient également cocher « non applicable » lorsqu'ils n'étaient pas concernés.

4.4.2 Satisfaction coparentale

La satisfaction coparentale a été mesurée sur la base des réponses au questionnaire de la version française du *coparenting relationship scale (CRS)* créée par Feinberg et al. (2012). Cette adaptation française du modèle à sept facteurs a été testée préalablement sur une population Suisse de 399 participants composés de 146 pères et 253 mères. Elle a montré une consistance interne entre .80 et .90 validant ainsi la CRS dans un échantillon francophone (Favez et al., 2021). L'échelle de satisfaction coparentale est composée de 35 items, lesquels

sont répartis dans 7 sous-échelles. L'élaboration de cette échelle, et plus précisément la création des sous-échelles s'est faite sur la base des quatre domaines de coparentalité de Feinberg (2003) qui sont les suivants : accord sur l'éducation des enfants, le soutien/le désamorçage coparental, la division du travail et la gestion conjointe de la dynamique familiale.

La première sous-échelle est appelée « proximité coparentale » ($\alpha = .80$) et fait référence à l'impression que l'individu a de former une équipe avec son/sa partenaire. La coparentalité est également composée de la dimension « soutien coparental » ($\alpha = .93$), c'est-à-dire l'aide concrète que les parents se fournissent mais également le soutien émotionnel mutuel. La coparentalité peut également être illustrée par des désaccords que l'un des parent a avec l'autre et par l'exposition de l'enfant à leurs conflits. On parle alors « d'exposition aux conflits » ($\alpha = .90$). L'échelle comprend également une dimension « accord coparental » ($\alpha = .82$) qui rend compte de la mesure dans laquelle les parents sont en accord, et d'une dimension « sabotage coparental » ($\alpha = .90$). Finalement, les deux dernières sous-échelles sont la répartition des tâches parentales nommée « division du travail » ($\alpha = .50$) et la dimension « approbation du parentage du/de la partenaire » ($\alpha = .90$) (Favez, 2021 ; Favez et al., 2021 ; Feinberg et al., 2012)

Les participants devaient répondre à ce questionnaire via une échelle de Likert en six points. Celle-ci se traduisait par les points suivants : « 0 - ne nous correspond pas », « 2 - nous correspond un peu », « 4 - nous correspond assez bien », « 6 - nous correspond tout à fait ». Les notations intermédiaires (1, 3, 5) ne comportaient pas de descriptions mais permettaient un degré de gradation plus précis.

4.4.3 Conflits coparentaux

Dans le but d'évaluer les conflits coparentaux, l'échelle de satisfaction coparentale a été utilisée à nouveau. Cependant, notre intérêt s'est uniquement focalisé sur la sous-échelle « exposition aux conflits », laquelle comportait les items 31 à 35. Les parents devaient répondre à des questions telles que « Vous disputez-vous avec votre partenaire à propos de votre enfant ? » (voir Annexe I,

II). Les réponses possibles étaient réparties en cinq choix de réponses allant de « Très rarement » à « Très souvent ».

4.5 Méthode d'analyse statistique

Les données recueillies par LimeSurvey ont été analysées grâce au logiciel statistique Jamovi. Concernant la première hypothèse, selon laquelle les parents d'un enfant diagnostiqué TDA-H évalueraient leur relation avec l'enfant comme étant plus conflictuelle en comparaison aux parents d'enfants non TDA-H, plusieurs analyses ont été effectuées. Des analyses descriptives ont été réalisées, sur la base de l'item 2 et 9 de la partie « relation parents-adolescents » (voir Annexes) préalablement sélectionnés, afin d'avoir un aperçu sur les réponses des participants. Par la suite, une analyse de fiabilité a été réalisée afin de calculer la consistance interne. Celle-ci a été mesurée à l'aide du coefficient oméga de McDonald, lequel est considéré comme étant plus précis en comparaison à l'alpha de Cronbach. Le coefficient a montré un résultat supérieur à 0.7 ($\omega = 0.84$) supposant que les deux items mesurent un même facteur commun (Béland et al., 2018). Suite à cela, une variable nommée « Conflits parent-enfant » dans laquelle la réponse des participants pour chacun des deux items a été moyennée, a été créée. Ensuite, afin de pouvoir répondre à l'hypothèse, l'objectif a été de comparer les moyennes entre le groupe contrôle et le groupe clinique pour cette nouvelle variable. Pour ce faire, les postulats de normalité et d'homogénéité ont été vérifiés afin de déterminer la méthode utilisable. Les données ne suivant pas une loi normale, le postulat de normalité n'a donc pas été respecté. Par conséquent, un test non paramétrique de Mann-Whitney a été effectué afin de répondre à l'hypothèse.

Pour la seconde hypothèse, selon laquelle une diminution de la moyenne de satisfaction coparentale chez les parents d'un enfant diagnostiqué du TDA-H est émise, diverses analyses statistiques ont été faites. Dans un premier temps, une analyse confirmatoire (CFA) a été effectuée sur l'entièreté de l'échantillon, afin de tester le modèle de l'échelle de satisfaction coparentale (CRS). En effet, cette analyse est recommandée lorsque le chercheur étudie une structure factorielle préétablie (Bandalos & Finney, 2010). Ainsi, pour tester ce modèle,

les items ont été distribués dans sept facteurs différents comme indiqué dans l'étude de Favez et al. (2021), voir Table 4.

Table 4

Répartition des items pour la création des sept facteurs de l'AFC de la CRS.

Dimensions	Items
Accord coparental	Cop6, Cop9_R, Cop11_R et Cop15_R
Proximité coparentale	Cop2 imputée, Cop17, Cop24, Cop28_R, Cop30
Exposition aux conflits	Cop31, Cop32, Cop33, Cop34, Cop35
Soutien coparental	Cop3, Cop10, Cop19, Cop25, Cop26, Cop27
Sabotage coparental	Cop8, Cop12, Cop13, Cop16, Cop21, Cop22
Approbation du parentage du/de la partenaire	Cop1, Cop4, Cop7_R, Cop14, Cop18, Cop23, Cop29_R
Division du travail	Cop5_R, Cop20_R

Note. AFC = Analyse factorielle confirmatoire, CRS = Coparenting relationship scale.

A noter que les huit items composés d'un « _R » correspondent aux affirmations requérant une cotation inversée de l'échelle de Likert. De plus, lors de la création du questionnaire sur LimeSurvey, l'item 2 de l'échelle de satisfaction coparentale a été codée avec une condition selon laquelle seuls les parents vivants ensemble pouvaient répondre à l'affirmation. Par conséquent, afin de pouvoir réaliser cette analyse confirmatoire, une nouvelle variable nommée « Cop2 imputée » a été créée, dont les valeurs manquantes ont été substituées par une moyenne des autres items de la dimension « proximité coparentale ».

Afin d'évaluer l'adéquation du modèle, différents paramètres ont été analysés. Le Comparative Fit Index (CFI) et le Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) ont été observés, bien que l'indice principalement retenu ait été le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). En effet, dans un contexte confirmatoire, lorsqu'il s'agit de déterminer si un modèle donné

s'ajuste suffisamment bien pour interpréter les paramètres, le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) est le meilleur choix (Rigdon, 1996).

Finalement, pour mesurer la satisfaction coparentale, une nouvelle variable nommée « satisfaction coparentale » a été créée. Celle-ci a été calculée en prenant la moyenne des moyennes de chaque dimension (Table 4) et ce pour chaque participant. Des analyses sur la consistance interne ont été effectuées pour chacune des dimensions grâce à l'oméga de McDonald.

Suite à la création de la variable « satisfaction coparentale », l'objectif a été de regarder si la satisfaction coparentale diminuait significativement dans le groupe clinique. Le Q-Q plot a relevé une mauvaise distribution aux deux extrémités, violant ainsi le postulat de normalité. Par conséquent un test non paramétrique de Mann-Whitney a été effectué.

Dans un troisième temps, l'objectif était de répondre à l'hypothèse selon laquelle les parents rapportent une relation coparentale plus conflictuelle lorsque l'enfant a un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Pour cela, seule la variable « expositions aux conflits » de l'échelle de satisfaction coparentale créée précédemment a été utilisée. Ceci afin de comparer la moyenne de celle-ci entre les deux groupes. Le coefficient d'asymétrie (skewness) et de Kurtosis ont été observés afin de détecter les asymétries de la distribution de fréquence. Le Q-Q plot et l'histogramme ayant montré une violation du postulat de normalité, un test non paramétrique de Mann-Whitney a donc été utilisé.

Finalement, afin de tester la dernière hypothèse prédisant une corrélation négative entre la variable satisfaction coparentale et la variable conflits parent-enfant ainsi qu'une corrélation positive entre conflits parent-enfant et conflit coparentaux, des corrélations de Spearman ont été réalisées.

5. Résultats

5.1 Impact du TDA-H dans la relation parent-enfant

Les résultats des participants aux items 2 et 9 semblent montrer que les parents d'enfants TDAH évaluent leurs relations avec ces derniers comme étant plus conflictuelles en comparaison au groupe contrôle (Table 5, Table 6).

Table 5

Réponses à l'item 2 : Les relations que j'entretiens avec mon enfant sont conflictuelles

Échelle de Likert	TDA-H	Non TDA-H
Fortement d'accord	15.49 %	0 %
D'accord	32.74 %	8.91 %
Ni d'accord, ni en désaccord	28.76 %	30.69 %
Désaccord	15.93 %	29.70 %
Fortement en désaccord	7.08 %	29.70 %
Non applicable	0 %	0.99 %

Table 6

Réponses à l'item 9 : Je me dispute avec mon enfant

Échelle de Likert	TDA-H	Non TDA-H
Fortement d'accord	19.03 %	0 %
D'accord	50.88 %	36.63 %
Ni d'accord, ni en désaccord	16.37 %	17.82 %
Désaccord	11.06 %	30.70 %
Fortement en désaccord	2.65 %	14.86 %
Non applicable	0 %	0 %

Ces analyses descriptives ont été confirmées par le test de Mann-Whitney qui s'est révélé être significatif pour la variable « conflits parent-enfant » ($u = 5054$, $p < .001$) indiquant une différence de moyenne entre les deux groupes. Ainsi, les parents d'enfants ayant un TDA-H ont évalué la relation avec leur enfant comme plus conflictuelle ($M = 3.53$, $SD = 0.964$) que les parents d'enfants n'ayant pas de TDA-H ($M = 2.47$, $SD = 0.965$).

5.2 Impact du TDA-H sur la satisfaction coparentale

Les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire ont mis en avant un ajustement acceptable du modèle ($\chi^2/df= 2.67$) inférieur à 3. Tel qu'illustré ci-dessous (voir Table 7), le Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) montre un ajustement acceptable ($0.074 < 0.08$) tout comme le Standardized Root Mean Residual (SRMR) ($0.076 < 0.08$). Le Comparative Fit Index (CFI) et le Tucker–Lewis index (TLI) montrent quant à eux des mauvais ajustements $0.844 < 0.90$ et $0.828 < 0.90$ respectivement.

Table 7

Résultats de l'analyse factorielle confirmatoire

Mesures d'ajustement

CFI	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI	
				Lower	Upper
0.844	0.828	0.0757	0.0735	0.0689	0.0781

La fiabilité interne des différents facteurs était très satisfaisante (voir Table 8). Toutes les dimensions ont obtenu un oméga de McDonald satisfaisant ($>.7$) sauf le facteur *Division du travail*, lequel comprenait deux dimensions. L'étude de Favez et al. (2021) avait également relevé un coefficient non satisfaisant pour cette dimension.

Table 8

Oméga de McDonald pour les sept facteurs de l'échelle de satisfaction coparentale

Facteurs	Oméga de McDonald
Accord coparental (Cop6, Cop9_R, Cop11_R, Cop15_R)	0.798
Proximité coparentale (Cop2 imputée, Cop17, Cop24, Cop28_R, Cop30)	0.802
Exposition aux conflits (Cop31, Cop32, Cop33, Cop34, Cop35)	0.880
Soutien coparental (Cop3, Cop10, Cop19, Cop25, Cop26, Cop27)	0.868
Sabotage coparental (Cop8, Cop12, Cop13, Cop16, Cop21, Cop22)	0.790
Approbation du parentage du partenaire (Cop1, Cop4, Cop7_R, Cop14, Cop18, Cop23, Cop29_R)	0.867
Division du travail (Cop5_R, Cop20_R)	0.338

Le test de Mann-Whitney s'est révélé être statistiquement significatif ($u = 7647, p < .001$). Par conséquent, la moyenne de satisfaction coparentale était significativement inférieure dans le groupe clinique ($M = 3.88, SD = 1.01$) en comparaison au groupe contrôle ($M = 4.33, SD = 0.92$).

5.3 Conflits coparentaux

L'indice de Kurtosis (0.963) et le Skewness (0.917) ont montré des résultats positifs et inférieurs à 1 dans la dimension du conflit, indiquant une distribution symétrique.

La moyenne de la variable « exposition aux conflits » chez les parents ayant un enfant TDA-H est plus élevée ($M = 2.02, SD = 1.26$) que celle chez les parents n'ayant pas d'enfant TDA-H ($M = 1.64, SD = 1.02$). Le test de Mann-Whitney s'est révélé être significatif ($u = 8566, p < .01$).

5.4 Interdépendance des sous-systèmes

Concernant la quatrième hypothèse, les résultats suivants ont été observés (voir Table 6).

Table 6

Résultats des matrices de corrélations de Pearson entre les variables

	Exposition aux conflits	Conflits parent- enfant	Satisfaction coparentale
Exposition aux conflit	-		
Conflits parent- enfant	$r_s = .341^{***}$	-	
Satisfaction Coparentale	$r_s = -.625^{***}$	$r_s = -.333$	-

Note. *** $p < .001$, r_s = coefficient de corrélation de Spearman

La matrice de corrélations a relevé des corrélations faibles mais significatives entre les trois variables d'intérêt. En effet, l'analyse de la corrélation de Spearman a mis en avant une corrélation négative significative, bien que celle-ci soit faible entre la variable *conflits parent-enfant* et *satisfaction coparentale* ($r_s = -.333$, $p < .001$). Concernant les corrélations de la variable *exposition aux conflits*, le coefficient de Spearman a montré une corrélation positive faible mais significative avec la variable *conflits parent-enfant* ($r_s = .341$, $p < .001$), et une corrélation négative forte avec la variable *satisfaction coparentale* ($r_s = -.625$, $p < .001$).

6. Discussion

Cette étude menée auprès de parents francophones en Suisse a eu pour but de récolter des informations quant à l'influence du TDA-H d'un enfant sur le système familial. Dans un premier temps, cette recherche a eu pour intention de confirmer les résultats concernant la relation parent-enfant trouvés dans la littérature, dans un contexte francophone. Elle a ainsi permis la consolidation et

l'actualisation des données selon lesquelles la relation parent-enfant est perçue comme étant plus conflictuelle lorsque l'enfant est diagnostiqué d'un TDA-H. Dans un deuxième temps, cette recherche avait pour objectif d'explorer le concept de coparentalité qui représente un aspect théorique relativement récent, en le mettant en lien avec le fait d'avoir un enfant diagnostiqué d'un TDA-H ou non (Rouyer & Huet-Gueye, 2012). Plus précisément, le but était d'étudier l'impact du TDA-H sur la satisfaction coparentale. Puis, au sein de la coparentalité, la dimension du conflit a été mise en avant. Bien que le conflit ait déjà été étudié à plusieurs reprises dans des recherches traitant du TDA-H et de la famille, il a été traité cette fois-ci en se concentrant sur l'aspect coparental. Finalement, l'étude avait comme projet de démontrer l'interdépendance entre les sous-systèmes familiaux en relevant un lien entre le sous-système parent-enfant et le sous-système coparental.

6.1 Relation parent-enfant

La première hypothèse supposait que les parents d'un enfant avec un TDA-H évalueraient leur relation comme étant plus conflictuelle que les parents d'un enfant non TDA-H. Cette hypothèse a pu être confirmée grâce aux analyses statistiques. Les résultats ont indiqué une différence significative entre les deux groupes, confirmant ainsi la littérature selon laquelle les interactions parents-enfants sont souvent caractérisées par plus de négativité et de conflits lorsque le jeune a un TDA-H (Anastopoulos et al., 2009). Dans la littérature, ces conflits au sein de la relation parent-enfant peuvent être expliqués par le fait que les enfants atteints de TDA-H sont confrontés à un plus large éventail de comportements problématiques. En effet, ces derniers peuvent par exemple avoir des comportements à risque, un seuil de tolérance moins élevé de frustration, des disputes et des crises de colère plus fréquentes mais également des oublis, de l'agitation ou un comportement désorganisé, ces derniers étant caractéristiques du tableau clinique (Jans & Jacob, 2013). Ces comportements sont ainsi susceptibles de mettre à rude épreuve les parents, lesquels ressentent déjà souvent un plus grand stress parental. Ceci peut ainsi expliquer les résultats obtenus dans cette étude. Une relation parent-enfant conflictuelle, tout comme

les conflits familiaux de manière générale peuvent exacerber les problèmes des enfants (Jones et al., 2021).

6.2 Coparentalité

La deuxième hypothèse émise était que le trouble influencerait la coparentalité, et ce en diminuant la satisfaction coparentale. Les résultats de l'étude ont pu confirmer cette hypothèse en démontrant que le TDA-H impactait la satisfaction coparentale et ce de manière négative. Bien que les indices d'ajustement au modèle (CFI et TLI) ont montré des résultats inférieurs à 0.9, ils s'en approchent. De plus, au vu des controverses présentes dans la littérature sur ces différents paramètres, il est essentiel de considérer l'ensemble des indices d'ajustement et non pas un seul (Lai & Green, 2016). Par conséquent, bien que les paramètres ne soient pas parfaits, les données semblent s'ajuster au modèle théorique. Les résultats ont ainsi montré que la satisfaction coparentale était significativement inférieure chez les parents dont l'enfant est atteint de TDA-H, comparé à ceux dont l'enfant ne présente pas ce trouble. A notre connaissance, ces résultats sont une première dans la littérature, en effet, aucune recherche n'avait jusqu'à présent réellement étudié la relation entre le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et la satisfaction coparentale sur la base de la CRS.

Les résultats obtenus dans cette étude, bien qu'importants, ne sont pas surprenants étant donné la littérature préexistante concernant l'impact du trouble sur la conjugalité et l'interdépendance entre cette dernière et la coparentalité. D'une part, plusieurs recherches avaient déjà démontré l'impact négatif du TDA-H de l'enfant sur la satisfaction conjugale. D'autre part, les études sur les différents sous-systèmes avaient relevé un lien entre la relation conjugale et la relation coparentale. Par conséquent, il était donc vraisemblable de penser que le TDA-H de l'enfant allait engendrer des effets similaires sur la qualité de la relation coparentale que sur la conjugalité. La coparentalité serait potentiellement d'autant plus menacée que la conjugalité, car au-delà de la qualité de la relation coparentale, c'est même les compétences parentales qui sont impactées par le TDA-H de l'enfant. En effet, certaines études montrent que le stress parental, causé par le TDA-H de l'enfant menace les compétences

parentales, en s'engageant dans un rôle parental inapproprié, en étant plus directifs et négatifs par exemple (McKee et al., 2004 ; Woodward et al., 1998). De plus, il est possible que la sphère coparentale, considérée comme une relation triadique, soit plus impactée par l'enfant qui est directement impliqué dans celle-ci. Ainsi, la sphère coparentale est probablement plus menacée que la relation conjugale lorsque l'enfant est diagnostiqué d'un TDA-H.

Toujours en lien avec la coparentalité, la troisième hypothèse formulée supposait que les parents d'enfants avec un TDA-H évaluaient leur relation coparentale comme étant plus conflictuelle que les parents d'enfants n'ayant pas de TDA-H (H3). À nouveau, les résultats ont confirmé cette hypothèse. Ceux-ci ont démontré que la moyenne des items de la variable « exposition aux conflits » de l'échelle de satisfaction coparentale était significativement plus élevée chez les parents d'enfants TDA-H. Cela démontre une relation coparentale plus conflictuelle lors de la présence d'un jeune atteint de TDA-H en comparaison avec des coparents dont l'enfant ne présente pas de trouble. Ainsi, l'exposition aux conflits coparentaux est plus importante pour les enfants atteints de TDA-H.

Ces résultats ne sont pas surprenants. En effet, la littérature avait mis en avant un lien entre le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'enfant et un plus grand nombre de conflits conjugaux chez les parents. De plus, plusieurs recherches ont montré une hausse du nombre de conflits ainsi qu'une relation globalement plus conflictuelle entre l'adulte et le jeune lorsque ce dernier est atteint de TDA-H. Par conséquent, la présence d'un plus grand nombre de conflits au sein du sous-système coparental dans ces conditions était attendue. Une explication plausible de cette hausse pourrait être le stress parental. En effet, tel que mentionné dans la littérature, le TDA-H augmente le stress parental, lequel est associé avec un niveau élevé de conflit à la maison (Ben-Naim et al., 2018 ; Johnston & Mash, 2001).

Bien évidemment, la présence de conflits existe au sein de toutes les relations coparentales, qu'elles soient saines ou en difficultés. Ces dernières sont expliquées par des personnalités et des attentes personnelles diverses, impliquant les coparents à devoir vivre avec des désaccords constants. Cependant, la différence réside dans la résolution des conflits (Favez, 2017). En effet, lorsque

la qualité de la relation est amoindrie, dans cette situation à cause de la présence du trouble de l'enfant, la communication interparentale est péjorée.

Ainsi, au vu de l'importance de la relation coparentale et de l'impact que celle-ci peut avoir sur l'enfant, ces résultats inédits s'avèrent pertinents et fondamentaux. En effet, tel qu'il a été vu dans la partie théorique, lorsque des désaccords dans les opinions ou dans le style parental sont présents, la santé émotionnelle de l'enfant en souffre et des répercussions prolongées sur cette dernière peuvent apparaître. De plus, il a été montré qu'une exposition régulière aux conflits coparentaux, engendre souvent de la détresse ainsi que des dysfonctionnements chez l'enfant (Negrini, 2020). A l'inverse, lorsque la coparentalité est positive les enfants ont moins de problèmes d'externalisation et d'internalisation (Lamela et al., 2016). Effectivement, il a été relevé qu'une alliance coparentale fonctionnelle favorise un bon développement de la santé mentale de l'enfant, une croissance émotionnelle saine et un environnement familial sécure et cohérent (Negrini, 2020). La relation coparentale joue donc un rôle central pour un bon fonctionnement de la vie familiale et peut avoir des répercussions prolongées sur le bien-être de celle-ci lorsque la coparentalité est menacée (Feinberg, 2003).

Ces informations prises ensemble suggèrent ainsi une relation circulaire entre les symptômes du TDA-H chez l'enfant et la coparentalité.

6.3 Interdépendance des sous-systèmes familiaux

Enfin, la quatrième et dernière hypothèse contenait deux suppositions. La première était que les conflits entre parents et enfants étaient corrélés négativement à la satisfaction coparentale, et la seconde que les conflits coparentaux étaient corrélés positivement aux conflits parent-enfant. Les deux éléments mis en avant par cette hypothèse ont également été confirmés. Dans un premier temps, les résultats ont montré que plus la relation parent-enfant est perçue comme étant conflictuelle par le parent, plus sa satisfaction coparentale diminue, et plus la relation coparentale est conflictuelle. Dans un second temps, l'étude a mis en avant que plus il y a de conflits coparentaux, plus la satisfaction coparentale est évaluée de manière négative. La confirmation de ces hypothèses met donc en évidence un lien entre la sphère parent-enfant et la sphère

coparentale permettant ainsi de démontrer l'interdépendance des sous-systèmes familiaux.

Ces résultats pourraient s'expliquer en partie par un « transfert intrapersonnel des affects des comportements d'un sous-système à un autre » (Bernard-giroux et al., 2020). L'effet de débordement (spillover effect) serait alors une explication plausible de ce transfert. Effectivement, il a déjà été montré dans des recherches étudiant le rapport entre qualité conjugale et qualité coparentale, que les insatisfactions conjugales, émotionnelles ou encore sexuelles ont tendance à contaminer, à travers l'effet de débordement, la qualité de la relation coparentale (Favez, 2021). Il se pourrait donc que ce processus ait également lieu entre les différents sous-systèmes familiaux. Un autre argument plausible pour expliquer ces résultats serait la généralisation de la perception négative des relations interpersonnelles. Autrement dit, il s'agirait pour un membre de la famille de généraliser sa perception d'une relation non-optimale à une autre. De ce fait, il évaluerait les caractéristiques d'une relation de manière plus négative sans pour autant qu'elle le soit.

À nouveau ces résultats illustrent l'importance de la prise en charge non seulement de l'enfant individuellement mais de l'ensemble de la famille. En effet, le TDA-H ayant une influence sur les différents sous-systèmes familiaux, lesquels sont interdépendants, il paraît alors fondamental de travailler sur l'entièreté de la famille lorsque des conflits sont apparents. Effectivement, il est essentiel dans un premier temps d'informer les parents sur les conséquences négatives que le trouble peut amener et dans un deuxième temps d'effectuer des prises en charge thérapeutique adaptées en fonction du besoin de chaque sous-système.

7. Limites

Bien que certains de ces résultats soient inédits et prometteurs pour la suite de la recherche, certaines limites doivent tout de même être prises en compte. La première limite de ce travail concerne la surreprésentation des mères. En effet, les questionnaires ont été remplis principalement par des mères (89.90%). Or, une différence entre les mères et les pères dans l'évaluation des

comportements des enfants est observable. En effet, les mères ont tendance à évaluer plus sévèrement les symptômes d'inattention et sont plus exigeantes et plus émotives envers l'enfant que les pères (Buhrmester et al., 1992 ; Mayfield et al., 2018). Par conséquent, puisque les données résultent principalement de la perception des mères sur leur enfant ainsi que sur le couple coparental, un biais à ce niveau-là a éventuellement pu être créé.

La deuxième limite concerne la généralisation des résultats. En effet, l'échantillon étant composé uniquement de participants francophones, il est nécessaire de prendre en compte les différences avec les autres cultures. Effectivement, bien que de nombreuses similitudes existent entre les diverses cultures concernant le rôle parental, des normes et des valeurs propres aux cultures sont à prendre en considération (Lansford, 2022). De plus des différences culturelles existent dans la manifestation des désaccords, dans le jugement porté aux relations interpersonnelles et dans la façon dont communiquent les parents et les jeunes entre eux (Chen & Eisenberg, 2012 ; Wainryb & Turiel, 1994 ; Wu & Chao, 2011). Ainsi, la généralisation de ces résultats à des familles issues de différentes cultures doit être faite prudemment et des études dans d'autres contextes socio-culturels sont nécessaires.

Une troisième limite réside dans le fait que les comorbidités et le type de TDA-H n'ont pas été définis. En effet, seulement deux groupes ont été créés sur la base de l'échantillon : le groupe clinique, comportant les enfants avec un TDA-H, et le groupe de comparaison, autrement dit le groupe contrôle. Or, des études ont montré que lorsque le TDA-H de l'enfant est accompagné d'un trouble oppositionnel du comportement, ses symptômes sont d'autant plus sévères (Gadow & Nolan, 2002). Par conséquent, dans cette recherche, il est difficile de savoir quelle part est causée par le TDA-H spécifiquement. Ainsi, il serait intéressant dans une étude ultérieure, de porter son intérêt sur le concept de la coparentalité, mais en prenant en considération le type de TDA-H et ses comorbidités afin de regarder la variance précise du conflit expliqué par le trouble en lui-même.

Finalement, une limite au niveau de la méthode est relevée. En effet, bien que le RMSEA ait été l'indice d'ajustement sélectionné comme étant le plus pertinent pour évaluer l'adéquation des données au modèle et qu'il ait montré un bon ajustement de celles-ci, la fiabilité des résultats aurait été probablement

d'autant plus forte si un *method factor* avait été ajouté comme dans l'étude de Favez et al. (2021). Cela avait permis aux chercheurs d'améliorer les indices d'ajustement. En effet, un huitième facteur avait été testé en plus des sept facteurs dans l'analyse factorielle confirmatoire. Ce huitième facteur était composé des dix-neuf items suivants : Cop31, Cop32, Cop33, Cop34, Cop35, Cop8, Cop12, Cop13, Cop16, Cop21, Cop22, Cop5_R, Cop20_R, Cop9_R, Cop11_R, Cop7_R, Cop28_R, Cop29_R et Cop15_R. L'ajout de ce facteur étant un moyen de tenir compte du potentiel biais produit par les items demandant une formulation inversée. Malheureusement, l'ajout de ce facteur n'a pas pu être fait dans ce mémoire car celui-ci n'a pas pu être calculé dans le logiciel Jamovi. Par conséquent, il serait pertinent de reproduire ces analyses statistiques sur un autre logiciel permettant de tester ce modèle à 8 facteurs.

8. Perspectives futures et implications cliniques

Cette recherche, par les résultats qu'elle soulève, mène à se questionner sur la prise en charge de la famille. En effet, au vu des effets négatifs du TDA-H sur la famille et des conséquences d'une coparentalité pauvre sur l'enfant, il paraît pertinent de promouvoir une prise en charge adaptée, non seulement à l'enfant, mais également aux divers sous-systèmes familiaux. Dans ce cas, les « parent training » sont très recommandés pour le TDA-H, et l'efficacité de ces programmes a été démontrée. Ces derniers sont des interventions psychosociales dont l'objectif est d'accroître la connaissance et la compréhension des parents sur la gestion du trouble en leur fournissant des techniques comportementales ou cognitives (Lee et al., 2022 ; Zwi et al., 2011). Les résultats de ces interventions ont mis en évidence une réduction des comportements liés au trouble et une diminution du stress parental (Zwi et al., 2011). Parmi les programmes existants, le Positive Parenting Program (Triple P) ou encore le Mindful Parenting Program (MPP) sont des exemples d'interventions permettant d'améliorer la relation parent-enfant en la rendant plus harmonieuse, respectivement en encourageant l'éducation positive et en améliorant la connectivité entre le parent et l'enfant grâce à la pleine conscience (Altmaier & Maloney, 2007 ; Brodard et al., 2016). Ainsi, les résultats de ce mémoire incitent à promouvoir ces « parent

training » existants dans la mesure où ils améliorent la qualité de la relation parent-enfant et les pratiques parentales.

En revanche, les interventions thérapeutiques spécifiques à l'amélioration de la coparentalité sont quant à elles encore peu nombreuses (Favez & Frascarolo, 2013). En effet, bien qu'il existe des thérapies coparentales, celles-ci sont souvent développées dans un contexte de prise en charge d'un couple en situation de post divorce ou pour des programmes de prévention dans des familles lors de transitions de vie, afin d'éviter des difficultés (Favez & Frascarolo, 2013). Les « parent training », quant à eux, peuvent potentiellement améliorer la qualité de la relation coparentale mais plutôt de manière indirecte étant donné l'interdépendance des sous-systèmes. En effet, la diminution du stress parental, une amélioration de la relation parent-enfant et du bien-être parental peuvent être favorables à une meilleure satisfaction coparentale.

Toutefois, à notre connaissance, il n'existe pas d'intervention destinée spécifiquement à la prise en charge des coparents dans un contexte de difficultés en lien avec le TDA-H de l'enfant.

Dans une perspective future, il serait donc pertinent d'élargir les recherches afin d'approfondir les connaissances dans ce domaine, en étudiant et en développant des programmes afin d'intervenir sur la coparentalité dans un contexte de prise en charge d'un enfant TDA-H. Il serait également intéressant d'étendre ces études à d'autres cultures ou aux familles dites non traditionnelles, lesquelles sont de plus en plus présentes dans la société occidentale (Favez & Frascarolo, 2013). En effet, il serait intéressant de savoir si l'impact du TDA-H sur la satisfaction coparentale est différent entre une famille biparentale et monoparentale ou si les conflits au sein de celle-ci diffèrent suivant la structure et la culture familiale. Finalement, il serait également pertinent de reproduire cette étude en prenant compte le fait que l'un des deux parents présente également un TDA-H.

9. Conclusion

Ce travail a permis de confirmer l'impact du TDA-H de l'enfant sur le système familial en montrant que la relation parent-enfant est perçue comme étant plus conflictuelle lorsque l'enfant est atteint de ce trouble. Il a également permis d'apporter de nouvelles informations à la littérature, les résultats indiquant que le TDA-H de l'enfant influençait négativement la satisfaction coparentale en comparaison à celle de parents d'enfants sans TDA-H. Ensuite, les données ont relevé que la relation coparentale était évaluée comme étant plus conflictuelle lorsque l'enfant avait un TDA-H. Les résultats ont également illustré l'interdépendance des sous-systèmes familiaux en montrant que la satisfaction coparentale était corrélée négativement et faiblement aux conflits dans la relation parent-enfant, ainsi que négativement et fortement aux conflits coparentaux. Une corrélation positive entre les conflits coparentaux et les conflits dans la relation parent-enfant a également été trouvée.

Bien évidemment, les résultats de cette étude concernant la coparentalité étant des éléments nouveaux, il est nécessaire de les reproduire dans des contextes différents et de tenir compte des limites de la recherche avant de les généraliser. Cependant, ces derniers mènent à se questionner sur la prise en charge de la famille. En effet, le tableau clinique du trouble pouvant persister au fil des années, celui-ci est souvent perçu comme étant une source d'inquiétude constante pour les parents. Ainsi, au vu des effets relatés du TDA-H sur la famille et ses sous-systèmes, il paraît dès lors pertinent de promouvoir une prise en charge adaptée, non seulement de l'enfant mais également de la famille dans son ensemble. En effet, un environnement familial harmonieux et une coparentalité soutenant favorisent le bon développement de l'enfant et la diminution des comportements externalisés. C'est pourquoi il semble fondamental d'approfondir les connaissances et de développer des programmes permettant la prise en charge de ces différents sous-systèmes lorsque le jeune est atteint de TDA-H.

10. Bibliographie

- Altmaier, E., & Maloney, R. (2007). An initial evaluation of a mindful parenting program. *Journal of Clinical Psychology*, 63(12), 1231-1238. <https://doi.org/10.1002/jclp.20395>
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq ; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Anastopoulos, A. D., Sommer, J. L., & Schatz, N. K. (2009). ADHD and family functioning. *Current Attention Disorders Reports*, 1(4), 167-170. <https://doi.org/10.1007/s12618-009-0023-2>
- Bader, M., & Perroud, N. (2012). Trouble du déficit d'attention-hyperactivité de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : État des lieux. *Revue médicale suisse*, 8(354), 1761–1765.
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Deutsches Arzteblatt Online*, 114(9), 149–159. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Bandalos, Deborah. L, Finney, Sara. J.(2018). Factor analysis: Exploratory and confirmatory. Dans Hancock, G. R., & Mueller, R. O (dirs.), *The reviewer's guide to quantitative methods in the social sciences* (pp. 98-122). Routledge.
- Béland, S., Cousineau, D., & Loye, N. (2018). Utiliser le coefficient omega de McDonald à la place de l'alpha de Cronbach. *McGill Journal of Education*, 52(3), 791-804. <https://doi.org/10.7202/1050915ar>
- Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). Le TDAH chez les enfants et les adolescents, partie 1 : L'étiologie, le diagnostic et la comorbidité. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 454-461. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy110>
- Ben-Naim, S., Gill, N., Laslo-Roth, R., & Einav, M. (2018). Parental stress and parental self-efficacy as mediators of the association between children's ADHD and marital satisfaction. *Journal of Attention Disorders*, 23(5), 506-516. <https://doi.org/10.1177/1087054718784659>

- Bernard-Giroux, C., Lessard, C., Dubé, L., & Pierce, T. (2020). Débordement, transfert interpersonnel et les perceptions des mères et pères de leur relation coparentale. *Psycause : Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 10(2), 3-4. <https://doi.org/10.51656/psycause.v10i2.40755>
- Brodard, F., Zimmermann, G., & Sanders, M. (2016). Le système de prévention et d'intervention Triple P. Dans N. Favez (dirs.), *Les thérapies de couple et de famille* (p. 49-66). Mardaga. <https://www.cairn.info/les-therapies-de-couple-et-de-famille--9782804703158-p-49.htm>
- Buhrmester, D., Camparo, L., Christensen, A., Gonzalez, L. S., & et al. (1992). Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. *Developmental Psychology*, 28(3), 500-509. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.3.500>
- Camparo, L., Christensen, A., Buhrmester, D., & Hinshaw, S. (1994). System functioning in families with ADHD and non-ADHD sons. *Personal Relationships*, 1(3), 301-308. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1994.tb00067.x>
- Chen, X., & Eisenberg, N. (2012). Understanding cultural issues in child development : Introduction. *Child Development Perspectives*, 6(1), 1-4. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00217.x>
- Chiang, H.-L., & Gau, S. S.-F. (2014). Impact of executive functions on school and peer functions in youths with ADHD. *Research in Developmental Disabilities*, 35(5), 963-972. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.010>
- Cortese, S. (2012). The neurobiology and genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(5), 422-433. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2012.01.009>
- Davis, E. F., Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., & Brown, G. L. (2009). The role of infant temperament in stability and change in coparenting across the first year of life. *Parenting*, 9(1-2), 143-159. <https://doi.org/10.1080/15295190802656836>
- de Souza, J., & Crepaldi, M. A. (2019). Problemas emocionales y comportamentales de niños : Asociación entre funcionamiento familiar,

- coparentalidad y relación conyugal. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 69-106. <https://doi.org/10.14718/ACP.2019.22.1.5>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD : Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*, 51(05), 315-335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
- Eccleston, L., Williams, J., Knowles, S., & Soulsby, L. (2019). Adolescent experiences of living with a diagnosis of ADHD : A systematic review and thematic synthesis. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 24(2), 119-135. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1582762>
- Egeren, L. A. V., & Hawkins, D. P. (2004). Coming to terms with coparenting : Implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11(3), 165-178. <https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035625.74672.0b>
- Favez, N. (2011). *Examen clinique de la famille : Modèles et instruments d'évaluation*. Mardaga. <https://www.cairn.info/l-examen-clinique-de-la-famille--9782804708078.htm>
- Favez, N. (2017). *Psychologie de la coparentalité : Concepts, modèles et outils d'évaluation*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.favez.2017.01>
- Favez, N. (2020). Chapitre 2. La coparentalité au regard des familles contemporaines. Dans : Salvatore D'Amore éd., *Les défis des familles d'aujourd'hui: Approche systémique des relations familiales* (pp. 43-58). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.damor.2020.01.0043>
- Favez, N. (2021). La coparentalité en question. Dans V. Meyer (dirs.), *Parentalité(s) et après ?* (pp. 103-117). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.meyer.2021.01.0103>
- Favez, N., & Frascarolo, F. (2013). Le coparentage : Composants, implications et thérapie. *Devenir*, 25(2), 73-92. <https://doi.org/10.3917/dev.132.0073>
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting : A framework for research and intervention. *Parenting*, 3(2), 95-131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01

- Feinberg, M. E., Brown, L. D., & Kan, M. L. (2012). A multi-domain self-report measure of coparenting. *Parenting, 12*(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.638870>
- Frascarolo, F., Despland, J.-N., Tissot, H., & Favez, N. (2012). Le coparentage, un concept clé pour évaluer le fonctionnement familial. *Psychothérapies, 32*(1), 15-22. <https://doi.org/10.3917/psys.121.0015>
- Frascarolo-Moutinot, F., Darwiche, J., & Favez, N. (2009). Couple conjugal et couple co-parental : Quelle articulation lors de la transition à la parentalité ? *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 42*(1), 207-229. <https://doi.org/10.3917/ctf.042.0207>
- Frodl, T., & Skokauskas, N. (2012). Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects : Meta-analysis of structural MRI ADHD studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(2), 114-126. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01786.x>
- Gadow, K. D., & Nolan, E. E. (2002). Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(2), 191-201. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00012>
- Ghanizadeh, A., & Shams, F. (2007). Children's perceived parent-child relationships and family functioning in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child & Family Behavior Therapy, 29*(3), 1-11. https://doi.org/10.1300/J019v29n03_01
- Greven, C. U., Kovas, Y., Willcutt, E. G., Petrill, S. A., & Plomin, R. (2014). Evidence for shared genetic risk between ADHD symptoms and reduced mathematics ability : A twin study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 55*(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12090>
- Han, J.-Y., Kwon, H.-J., Ha, M., Paik, K.-C., Lim, M.-H., Gyu Lee, S., Yoo, S.-J., & Kim, E.-J. (2015). The effects of prenatal exposure to alcohol and environmental tobacco smoke on risk for ADHD : A large population-based study. *Psychiatry Research, 225*(1-2), 164-168. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.009>

- Jans, T., & Jacob, C. (2013). ADHD in families. Dans C. B. H. Surman (dirs.) *ADHD in adults* (pp. 169-190). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-62703-248-3_10
- 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.
- Jones, J. H., Call, T. A., Wolford, S. N., & McWey, L. M. (2021). Parental stress and child outcomes : The mediating role of family conflict. *Journal of Child and Family Studies*, 30(3), 746-756. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-01904-8>
- Kitzmann, K. M. (2000). Effects of marital conflict on subsequent triadic family interactions and parenting. *Developmental Psychology*, 36(1), 3-13. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.1.3>
- Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., ... Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD : The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(1), 10-67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-67>
- Lai, K., & Green, S. B. (2016). The problem with having two watches : Assessment of fit when RMSEA and CFI disagree. *Multivariate Behavioral Research*, 51(2-3), 220-239. <https://doi.org/10.1080/00273171.2015.1134306>
- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Feinberg, M. (2016). Typologies of post-divorce coparenting and parental well-being, parenting quality and children's psychological adjustment. *Child psychiatry & human development*, 47(5), 716-728. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0604-5>
- Lansford, J. E. (2022). Annual research review : Cross-cultural similarities and differences in parenting. *Journal of child psychology and psychiatry*, 63(4), 466-479. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13539>
- Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Lépine, J.-P., Mora, M. E. M., Ormel, J., Posada-Villa,

- J., & Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the world health organization world mental health survey initiative. *Biological psychiatry*, *65*(1), 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.005>
- Laxman, D. J., Jessee, A., Mangelsdorf, S. C., Rossmiller-Giesing, W., Brown, G. L., & Schoppe-Sullivan, S. J. (2013). Stability and antecedents of coparenting quality: The role of parent personality and child temperament. *Infant Behavior and Development*, *36*(2), 210-222. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.01.001>
- Lee, C. S. C., Ng, K., Chan, P. C. K., & Peng, X. (2022). Effectiveness of mindfulness parent training on parenting stress and children's ADHD-related behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, *0*(0), 1-22. 156918612110738. <https://doi.org/10.1177/15691861211073826>
- Liu, C., & Wu, X. (2016). Dyadic effects of marital satisfaction on coparenting in Chinese families: Based on the actor-partner interdependence model: marital satisfaction and coparenting. *International Journal of Psychology*, *53*(3), 210-217. <https://doi.org/10.1002/ijop.12274>
- Mangelsdorf, S. C., Laxman, D. J., & Jessee, A. (2011). Coparenting in two-parent nuclear families. Dans J. P. McHale & K. M. Lindahl (dirs.), *Coparenting: A conceptual and clinical examination of family systems* (pp. 39-59). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12328-002>
- Manzari, N., Matvienko-Sikar, K., Baldoni, F., O'Keeffe, G. W., & Khashan, A. S. (2019). Prenatal maternal stress and risk of neurodevelopmental disorders in the offspring: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*(11), 1299-1309. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01745-3>
- Markel, C., & Wiener, J. (2014). Attribution processes in parent-adolescent conflict in families of adolescents with and without ADHD. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *46*(1), 40-48. <https://doi.org/10.1037/a0029854>

- Mayfield, A. R., Parke, E. M., Barchard, K. A., Zenisek, R. P., Thaler, N. S., Etkoff, L. M., & Allen, D. N. (2018). Equivalence of mother and father ratings of ADHD in children. *Child Neuropsychology*, *24*(2), 166-183. <https://doi.org/10.1080/09297049.2016.1236186>
- McDaniel, B. T., Teti, D. M., & Feinberg, M. E. (2018). Predicting coparenting quality in daily life in mothers and fathers. *Journal of Family Psychology*, *32*(7), 904-914. <https://doi.org/10.1037/fam0000443>
- McHale, J. P., Kazali, C., Rotman, T., Talbot, J., Carleton, M., & Lieberman, R. (2004). The transition to coparenthood : Parents' prebirth expectations and early coparental adjustment at 3 months postpartum. *Development and Psychopathology*, *16*(03). <https://doi.org/10.1017/S0954579404004742>
- McKee, T. E., Harvey, E., Danforth, J. S., Ulaszek, W. R., & Friedman, J. L. (2004). The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *33*(1), 158-168. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_15
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Mohammadi, M. R., Farokhzadi, F., Alipour, A., Rostami, R., Dehestani, M., & Salmanian, M. (2012). Marital satisfaction amongst parents of children with attention deficit hyperactivity disorder and normal children. *Iranian Journal of Psychiatry*, *7*(3), 120-125. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3488867/>
- Negrini, L. S. (2020). Coparenting supports in mitigating the effects of family conflict on infant and young child development. *Social work*, *65*(3), 278-287. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa027>
- Office fédérale de la statistique. (2022, 21 février). *Formes de vie familiale*. Confédération Suisse. Consulté le 27 mai 2022 sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/familles/formes-vie-familiale.html>
- Office fédérale de la statistique. (2021, 22 décembre). *Niveau de formation*. Confédération Suisse. Consulté le 6 juin 2022 sur

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/mesure-bien-etre/tous-indicateurs/societe/niveau-formation.assetdetail.19964171.html>

- Peñuelas-Calvo, I., Palomar-Ciria, N., Porrás-Segovia, A., Miguélez-Fernández, C., Baltasar-Tello, I., Colmenero, S. P.-, Delgado-Gómez, D., Carballo, J. J., & Baca-García, E. (2020). Impact of ADHD symptoms on family functioning, family burden and parents' quality of life in a hospital area in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 35(3), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2020.10.003>
- Perier, S., Callahan, S., & Séjourné, N. (2021). Parents d'un enfant en situation de handicap : Quelles difficultés, quels besoins ? *Psychologie Française*, 66(1), 55-69. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2020.01.002>
- Rigdon, E. E. (1996). CFI versus RMSEA : A comparison of two fit indexes for structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 3(4), 369-379. <https://doi.org/10.1080/10705519609540052>
- Rouyer, V., & Huet-Gueye, M. (2013). La relation coparentale et le développement de l'enfant : Apports de la recherche et perspectives cliniques. *Devenir*, 24(4), 329-343. <https://doi.org/10.3917/dev.124.0329>
- Sayal, K., Prasad, V., Daley, D., Ford, T., & Coghill, D. (2018). ADHD in children and young people : Prevalence, care pathways, and service provision. *The Lancet Psychiatry*, 5(2), 175-186. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30167-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30167-0)
- Schermerhorn, A. C., D'Onofrio, B. M., Slutske, W. S., Emery, R. E., Turkheimer, E., Harden, K. P., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2012). Offspring ADHD as a risk factor for parental marital problems : Controls for genetic and environmental confounds. *Twin Research and Human Genetics*, 15(6), 700-713. <https://doi.org/10.1017/thg.2012.55>
- Serati, M., Barkin, J. L., Orsenigo, G., Altamura, A. C., & Buoli, M. (2017). Research Review : The role of obstetric and neonatal complications in childhood attention deficit and hyperactivity disorder - a systematic

- review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(12), 1290-1300.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12779>
- Teubert, D., & Pinguart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting*, *10*(4), 286-307.
<https://doi.org/10.1080/15295192.2010.492040>
- Wainryb, C., & Turiel, E. (1994). Dominance, subordination, and concepts of personal entitlements in cultural contexts. *Child Development*, *65*(6), 1701-1722. <https://doi.org/10.2307/1131289>
- Weibel, S., Menard, O., Ionita, A., Boumendjel, M., Cabelguen, C., Kraemer, C., Micoulaud-Franchi, J.-A., Bioulac, S., Perroud, N., Sauvaget, A., Carton, L., Gachet, M., & Lopez, R. (2020). Practical considerations for the evaluation and management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *L'Encéphale*, *46*(1), 30-40.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Loo, S. K., Carlson, C. L., McBurnett, K., & Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(4), 991-1010. <https://doi.org/10.1037/a0027347>
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The Parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*(2), 161-169.
<https://doi.org/10.1017/S0021963097001790>
- Wu, C., & Chao, R. K. (2011). Intergenerational cultural dissonance in parent-adolescent relationships among Chinese and European Americans. *Developmental Psychology*, *47*(2), 493-508.
<https://doi.org/10.1037/a0021063>
- Wymbs, 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.
<https://doi.org/10.1037/a0019034>
- Xi, T., & Wu, J. (2021). A review on the mechanism between different factors and the occurrence of autism and ADHD. *Psychology Research and*

Behavior Management, 14(20), 393-403.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S304450>

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(CD003018), 1-60.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003018.pub3>

11. Annexes

Annexe I : Questionnaire du groupe clinique

Étude sur l'impact du TDAH d'un enfant sur la famille

Questionnaire Parent

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant les rubriques adéquates et répondants aux questions ouvertes

Instructions :

Cette recherche de l'Université de Lausanne porte sur l'impact du trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité et impulsivité (TDAH) d'un enfant sur les parents et les familles.

La participation est ouverte à tous parents les francophones d'enfant ou d'adolescent âgé moins de 18 ans ayant un TDAH diagnostiqué par un médecin.

L'étude est strictement anonyme avec la récolte d'informations par un questionnaire en ligne dans lequel aucune information permettant d'identifier les participant.e.s n'est demandée.

Le questionnaire est accessible sur la plateforme LimeSurvey qui est proposée par l'UNIL ; elle garantit que l'accès aux réponses ne sera possible qu'aux personnes impliquées dans l'étude. Les données récoltées sont conservées en sécurité dans un dossier informatique protégé et sont utilisées à des fins scientifiques.

Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire est d'environ 30 – 40 minutes.

Cette étude ne comporte pas d'évaluations cliniques, ni vise pas à poser un diagnostic ni à intervenir dans les prises en charge des enfants. En cas de questions et d'inquiétudes relatives à la santé de votre enfant ayant un TDAH, vous devez vous adresser aux professionnel·le·s impliqué·e·s dans sa prise en charge.

Il n'y a aucun bénéfice direct pour vous à participer à cette étude. Par contre, vous pourriez aider à mieux comprendre et à aider les parents et l'enfant ayant un TDAH et

sa famille, et à développer des approches thérapeutiques qui prennent plus en compte les besoins des familles.

Il est également possible que le fait de compléter l'étude vous amène à mieux comprendre vos propres opinions et émotions en lien avec votre rôle de parents et par rapport à votre enfant et aux autres membres de la famille.

Les résultats de l'étude pourront déboucher sur des recommandations aux parents et aux professionnel·le·s qui prennent plus en compte les dimensions éducatives et familiales, et sur des présentations aux parents comme dans le cadre d'une soirée organisée par l'ASPEDAH.

La participation à l'étude se fait sur une base volontaire. En remplissant ce questionnaire en ligne, vous donnez votre accord à participer à cette étude et à l'utilisation des données de manière anonyme à des fins scientifiques.

Si vous choisissez de ne pas participer à l'étude, ou si vous revenez sur votre décision alors que vous êtes en train de répondre aux questions, vous pouvez arrêter votre participation sans avoir à vous justifier. Cependant, une fois le questionnaire rempli et enregistré, il ne sera plus possible d'effacer les informations récoltées puisque le questionnaire est strictement anonyme.

Aucune rémunération n'est prévue aux participants et l'étude est financée dans le cadre des activités de recherche du SUPEA, DP CHUV, FBM, et du programme des travaux de maîtrise de la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne et de l'Institut de Psychologie, UNIL.

1. Veuillez lire attentivement chaque question, s'il vous plaît.
2. Veuillez répondre, s'il vous plaît, à toutes les questions.
3. Cochez, s'il vous plaît, la réponse qui vous convient le plus.
4. Ne réfléchissez pas trop longtemps avant de répondre à une question. La réponse qui vous vient à l'esprit en premier est souvent celle qui vous convient le mieux.

Les questions suivantes se réfèrent à la période des six derniers mois.

Nous vous remercions sincèrement pour votre aide précieuse à la réalisation de l'étude !

Si vous avez des questions ou souhaitez avoir un retour des résultats généraux lorsque l'étude sera terminée, vous pouvez vous adresser à :

Responsable médical de l'étude : Docteur Michel Bader, Privat-Docteur, médecin agréé, Unité de Recherche, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), Département de Psychiatrie (DP CHUV), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), par e-mail à l'adresse suivante : michel.bader@chuv.ch.

Etudiante en Master de Psychologie : Leila Sellami, Institut de Psychologie, UNIL, par e-mail à l'adresse suivante : leila.sellami@unil.ch.

Sur la base des informations qui précèdent, je confirme mon accord pour participer à la recherche « **Etude sur l'impact du TDAH d'un enfant sur la famille** », et j'autorise :

- l'utilisation des données à des fins scientifiques et la publication des résultats de la recherche dans des revues ou livres scientifiques, étant donné que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité
- l'utilisation des données à des fins pédagogiques (cours et séminaires de formation d'étudiants ou de professionnels soumis au secret professionnel).

Ce consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

- OUI
- NON

1. Questions sociodémographiques

- 1) Etes-vous ?
 - Une mère
 - Un père
 - Autre (précisez) : _____

- 2) Quelle a été votre formation professionnelle ? (veuillez sélectionner le plus haut degré de formation pour lequel vous avez obtenu un diplôme).
 - 1 Université, haute école
 - 2 Formation professionnelle supérieure
 - 3 Maturité, baccalauréat
 - 4 Maturité professionnelle, école professionnelle
 - 5 Apprentissage
 - 6 Ecole obligatoire
 - 7 Moins que l'école obligatoire

- 3) Avez-vous une activité professionnelle ?
 - Oui
 - Non

Si oui, quel est votre taux d'occupation ?

_____ %

- 4) Quelle est votre catégorie professionnelle ?
 1. Directeurs, cadres de direction et gérants
 2. Professions intellectuelles et scientifiques (spécialistes des sciences techniques, de la santé, de l'enseignement, des technologies de l'information et des communications, de la justice, des sciences sociales et de la culture, et spécialistes en administration d'entreprises) ex. (ingénieurs, chimistes, médecins, cadres infirmiers, professeurs, juristes, etc.)
 3. Professions intermédiaires (techniciens, infirmiers, comptables, inspecteurs de police, travailleurs du secteur des sports, etc.)
 4. Employés de type administratif (employé de bureau, secrétaires, employés de réception, etc.)
 5. Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs (cuisiniers, serveurs, coiffeurs, pompiers, guides, vendeurs, gardes d'enfants, aides-soignants, etc.)
 6. Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche
 7. Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat (ex. maçons, charpentiers, couvreurs, électricien, etc)
 8. Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage
 9. Professions élémentaires (aides de ménage, manœuvres de l'agriculture, des mines, des travaux publics, vendeurs ambulants, éboueurs, etc
 10. Professions militaires

- 5) De quel type est votre famille ?
- Biparentale (vous élevez vos enfants avec un partenaire qui est le parent des enfants)
 - Monoparentale (vous élevez seul·e vos enfants)
 - Recomposée (vous élevez vos enfants avec un partenaire qui n'est pas forcément le parent des enfants et qui peut avoir des enfants issus d'une autre union vivant ou non dans votre foyer)
 - Homoparentale (vous élevez vos enfants avec un parent du même sexe que vous)
 - Multigénérationnelle (les parents, les grands-parents, et/ou oncles et tantes et leurs enfants constituent un même foyer)
 - Autre

6) De combien d'enfant(s) êtes-vous le représentant légal ? (P.ex. 5 ; écrivez seulement le nombre) _____

7) Quels sont les âges de vos enfants (années) ? Si vous avez plusieurs enfants veuillez indiquer l'âge de chaque enfant en séparant les âges par une virgule ex. 7,14,15?

8) Combien d'enfants vivent dans votre foyer (vos enfants et/ou les enfants de votre partenaire si famille recomposée et/ou les enfants de la famille élargie si famille multigénérationnelle et/ou les enfants des autres partenaires de votre conjoint si polygamie) ? (P.ex. 5 ; écrivez seulement le nombre)

9) Avez-vous plusieurs enfants ayant un TDAH ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ? _____

Nous vous proposons de choisir l'un de vos enfants ayant un TDAH comme référence pour le questionnaire.

9) Quel est l'âge actuel de votre enfant ayant un diagnostic de TDAH ? (Ex : 12 ; écrivez seulement le nombre)

10) Quel est le sexe de votre enfant ayant un diagnostic de TDAH ?

- Fille
- Garçon

11) Je présente moi-même un TDAH.

- Oui, j'ai été diagnostiqué
- Je pense présenter un TDAH, mais je n'ai jamais entrepris de démarche pour le diagnostiquer
- Non

12) L'autre parent présente un TDAH

- Oui, il.elle a été diagnostiqué-e
- Je pense que l'autre parent présente un TDAH, mais il.elle n'a jamais entrepris de démarche pour le diagnostiquer.
- Non

2. Questions générales

1) Mon enfant a eu la.les prises en charge suivante.s centrée.s sur le TDAH : (plusieurs réponses possibles)

- Médication
- Coaching des parents
- Psychothérapie « psychodynamique »
- Psychothérapie « cognitivo-comportementale » (TCC)
- Thérapie de famille
- Neurofeedback
- Training cognitif informatisé
- Méditation / pleine conscience
- Régime alimentaire
- Autre : _____

2) Mon enfant a eu une prise en charge pour un trouble associé au TDAH comme par exemple un trouble du langage (ou encore trouble des apprentissages, trouble de la motricité, dyspraxie, trouble du comportement, anxiété, etc.) :

- Oui
- Non

Si oui laquelle / lesquelles ?

- Ergothérapie
- Logopédie
- Psychomotricité
- Autre : _____

3) Mon enfant a d'autres difficultés psychiques (à part le TDAH) qui ont été soulevées / diagnostic reçu ?

- Oui
- Non

Si oui laquelle / lesquelles ?

4) Mon enfant :

- est régulièrement suivi par un/des thérapeute(s).
- a été suivi par un·e thérapeute ou plusieurs thérapeutes.
- N'est pas ou n'a pas été suivi

Si oui, un(e) thérapeute ou plusieurs thérapeutes ayant la fonction de :

Si oui, pour quelle·s raison·s le·s suivi·s a été / ont été interrompu·s ?

5) Avec les traitements suivis, nous avons observé une amélioration chez notre enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous que les traitements suivis n'ont-ils pas amélioré ou ont peu amélioré le TDAH de votre enfant?

6) Mon enfant prend un médicament pour le TDAH.

- Oui
- Non

Si oui, depuis : _____ (année, mois)

Si oui, ce médicament est :

- Un psychostimulant (p.ex. Concerta, Elvanse, Equazim, Focalin, Medikinet, Ritaline, etc.)
- Un non psychostimulant (p.ex. Strattera, Intuniv)
- Autre : _____

7) Mon enfant a pris, mais ne prend plus de médicament pour le TDAH.

- Oui
- Non

Si oui, mon enfant a pris un médicament pour le TDAH pendant (combien de mois)

- _____

Si oui, ce médicament était :

- Un psychostimulant (p.ex. Concerta, Elvanse, Equazim, Focalin, Medikinet, Ritaline, etc.)
- Un non psychostimulant (p.ex. Strattera, Intuniv)
- Autre : _____

Si oui, pour quelle(s) raison(s) votre enfant ne prend plus un médicament pour le TDAH ? (plusieurs réponses possibles)

- Effets secondaires
- Manque d'efficacité
- Prise trop irrégulière
- Décision des parents : Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
- Autre : _____

8) Le médicament que mon enfant prend/prenait améliore/améliorait ses symptômes liés au TDAH de manière significative.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

9) Les effets secondaires du médicament pris par mon enfant sont/étaient trop importants.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10) Mon enfant ne prend un médicament pour le TDAH que les jours d'école.

- Oui
- Non

11) Mon enfant ne veut / ne voulait plus prendre la médication pour le TDAH ?

- Oui
- Non
- Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? :

12) Je refuse que mon enfant prenne un médicament pour ce trouble.

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? :

3. IMPACTS DU TDAH SUR L'ADOLESCENT TDAH

Si mon enfant n'est pas un adolescent (13 ans et plus), vous pouvez passer directement à la rubrique suivante **4. Aspects positifs des enfants TDAH.**

1) Je peux faire confiance à mon adolescent·e ayant un TDAH.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Lorsque mon adolescent·e sort, il ou elle respecte les horaires qui sont fixés.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) Lorsque mon adolescent·e ne rentre pas au domicile à l'heure fixée, il ou elle me contacte spontanément pour m'informer.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) Je suis inquiet·e lors des sorties de mon adolescent·e ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

Les raisons suivantes sont causes d'inquiétude (plusieurs réponses possibles) :

- « Mauvaises fréquentations »
- Consommation abusive d'alcool
- Consommation de cannabis
- Consommation de cocaïne
- Consommation d'ecstasy, de MDMA, autres substances équivalentes
- Victime d'une agression
- Etre pris dans une bagarre

Autre (précisez) : _____

4. ASPECTS POSITIFS DES ENFANTS TDAH

1) Mon enfant est créatif·ve.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Mon enfant est énergique.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) Mon enfant est amusant·e.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) Mon enfant a des points de vue intéressants.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) Mon enfant est capable de s'impliquer efficacement dans des activités quand il.elle est intéressé·e et motivé·e.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

6) Mon enfant a une capacité de faire face à ses difficultés et d'aller de l'avant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

7) Mon enfant est vif·ve d'esprit.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

8) Mon enfant est courageux·se.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

9) Mon enfant a des aptitudes dans les loisirs.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10) Mon enfant a des compétences sociales (c'est-à-dire il.elle est à l'aise dans les relations sociales).

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

11) Mon enfant a une bonne estime de soi.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

12) Autre(s) :

5. IMPACTS TDAH SUR LES PARENTS

1) Je suis heureux·se dans mon rôle de parent de mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Je me sens dépassé·e par la responsabilité en tant que parent de mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) La principale source de stress dans ma vie est mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) J'ai le sentiment que mon enfant se sent coupable par rapport aux efforts que je fais comme parent pour l'aider.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) J'ai l'impression que les efforts que je fais comme parent renforcent le lien avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

6. RELATIONS PARENTS – ENFANT TDAH

1) Je ressens de la frustration par rapport à l'éducation de mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Les relations que j'entretiens avec mon enfant sont conflictuelles.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) Je vis des moments agréables avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) J'ai un bon contact avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) Mon enfant ignore mes conseils.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

6) Je dois me répéter plusieurs fois pour que mon enfant m'obéisse.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

7) Je me sens dépassé·e lorsque mon enfant n'obéit pas à mes demandes.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

8) Je perds mon calme avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

9) Je me dispute avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10) J'arrive autant à relever les comportements positifs que négatifs chez mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

11) Lorsque mon enfant obéit, je le félicite sur le moment.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

12) J'arrive à me rendre compte que nous passons un moment agréable, et à profiter de l'instant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

13) Je menace de punir mon enfant, puis je change d'avis et je ne mets pas à exécution ma punition.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

14) Lorsque mon enfant aimerait que je fasse une exception, j'insiste sur mes règles pour qu'il soit clair qui commande dans la famille.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

15) J'ai mis en place un système de récompenses / privilèges pour mon enfant ayant un TDAH.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

Si oui, quel est à votre avis sur l'efficacité de ce système ?

- Très efficace
- Efficace
- Peu efficace
- Pas efficace

Si oui, quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes – avez été confrontés ? (plusieurs réponses possibles)

- Mise en place contraignante
- Maintenir sur la durée
- Autre : _____

7. IMPACTS TDAH SUR COUPLE PARENTAL

Est-ce que mon enfant est élevé·e :

7.1. par ses deux parents dans la même habitation ?

- Oui
- Non

Option 7.1. Questions 1 à 5

7.2. Par ses deux parents qui vivent séparément **et avec** un.e partenaire pour le parent qui répond au questionnaire?

- Oui
- Non

Option 7.2. Questions 6 à 10

7.3. Par ses deux parents qui vivent séparément **et sans** un.e partenaire pour le parent qui répond au questionnaire?

- Oui
- Non

Option 7.3. Question 11 à 12

7.4. par un seul parent (monoparentalité) ?

- Oui
- Non

Option 7.4. Questions 11 à 12

Etant donné que le questionnaire sera en ligne, la programmation fera apparaître les questions pertinentes en fonction des réponses oui/non concernant les 4 options 7.1., 7.2., 7.3. et 7.4.

Option 7.1. questions 1 à 5

1) Le TDAH de mon enfant entraîne des difficultés sur notre couple parental.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Le TDAH de notre enfant a rapproché notre couple parental.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) L'autre parent ne pose pas assez de limites à notre enfant ayant un TDAH.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) L'autre parent ne comprend pas assez les difficultés de notre enfant ayant un TDAH.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) Autre(s) :

Option 7.2. Questions 6 à 10

1) Le TDAH de mon enfant entraîne des difficultés sur le couple avec mon/ma partenaire.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Le TDAH de mon enfant a rapproché le couple avec mon/ma partenaire.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) Mon/ma partenaire ne pose pas assez de limites à mon enfant ayant un TDAH.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) Mon/ma partenaire ne comprend pas assez les difficultés de mon enfant ayant un TDAH.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) Autre(s) :

Option 7.3. et Option 7.4. Questions 11 à 12

1) Le TDAH de mon enfant entraîne des difficultés à avoir une relation avec un·e partenaire.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Autre(s) :

8. COPARENTALITE

Pour chaque affirmation, veuillez sélectionner la réponse qui correspond au mieux à la façon dont vous et votre partenaire travaillez ensemble comme parents

0	1	2	3	4	5	6
Ne nous correspond pas		Nous correspond un peu		Nous correspond assez bien		Nous correspond tout à fait

		Ne nous correspond pas	1	Nous correspond un peu	2	3	Nous correspond assez bien	4	5	Nous correspond tout à fait	6
1	Je pense/crois que mon/ma partenaire est un bon parent	0	1	2	3	4	5	6			
2	Ma relation avec mon/ma partenaire est plus solide maintenant qu'avant que nous soyons parents (NB : cette question s'affiche uniquement pour les parents vivant dans la même habitation/ensembles)	0	1	2	3	4	5	6			
3	Mon/ma partenaire me demande mon avis sur des questions relatives à la façon d'élever des enfants	0	1	2	3	4	5	6			
4	Mon/ma partenaire accorde beaucoup d'attention à notre enfant	0	1	2	3	4	5	6			
5	Mon/ma partenaire aime jouer avec notre enfant mais c'est moi qui dois faire toutes les tâches déplorables	0	1	2	3	4	5	6			
6	Mon/ma partenaire et moi avons les mêmes buts pour notre enfant	0	1	2	3	4	5	6			
7	Mon/ma partenaire veut continuer à faire ce qui lui plaît plutôt que d'être un parent responsable	0	1	2	3	4	5	6			
8	C'est plus facile et plus amusant de jouer avec notre enfant quand je suis seul(e) avec lui/elle que quand mon/ma partenaire est présent/e	0	1	2	3	4	5	6			
9	Mon/ma partenaire et moi avons des idées	0	1	2	3	4	5	6			

10	Mon/ma partenaire me fait savoir que je fais du bon travail et/ou que je suis un bon parent	0	1	2	3	4	5	6
11	Mon/ma partenaire et moi avons des idées différentes sur l'alimentation, le sommeil et d'autres routines concernant notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
12	Mon/ma partenaire fait quelquefois des plaisanteries ou des commentaires sarcastiques sur moi en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
13	Mon/ma partenaire n'a pas confiance en mes capacités à être parent	0	1	2	3	4	5	6
14	Mon/ma partenaire est attentif/ve et sensible aux besoins et aux sentiments de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
15	Mon/ma partenaire et moi avons des attentes différentes en ce qui concerne le comportement de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
16	Mon/ma partenaire essaie de montrer qu'il/elle est meilleur/e que moi pour s'occuper de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
17	Je me sens proche de mon/ma partenaire quand je le/la vois jouer avec notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
18	Mon/ma partenaire est très patient/e avec notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
19	Nous discutons souvent de la meilleure manière de répondre aux besoins de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
20	Mon partenaire ne remplit pas sa part de tâches parentales	0	1	2	3	4	5	6
21	Quand nous sommes les trois ensemble, mon/ma partenaire entre parfois en compétition avec moi pour avoir l'attention de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
22	Mon/ma partenaire sabote ce que je fais en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
23	Mon/ma partenaire est prêt à faire des sacrifices personnels pour aider à s'occuper de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
24	Nous devenons plus matures ensemble, grâce à nos expériences en tant que parents	0	1	2	3	4	5	6

25	Mon partenaire se rend compte de tout ce que je fais pour être un bon parent	0	1	2	3	4	5	6
26	Quand je suis à bout de nerfs, mon/ma partenaire me donne un coup de main supplémentaire	0	1	2	3	4	5	6
27	Mon/ma partenaire me fait sentir que je suis le meilleur parent possible pour notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
28	Avec le stress de la parentalité, mon partenaire et moi nous sommes progressivement éloignés l'un de l'autre	0	1	2	3	4	5	6
29	Mon/ma partenaire n'aime pas être dérangé/e par notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
30	Être parents nous a permis de nous projeter davantage dans l'avenir	0	1	2	3	4	5	6

Les questions suivantes vous demandent de décrire ce que vous faites quand vous et votre partenaire êtes ensemble avec votre enfant (p.ex. dans la même pièce, dans la voiture, lors d'une sortie en famille).

Comptez les fois où vous êtes réunis tous les trois (même si c'est juste quelques heures par semaine)

0	1	2	3	4	5	6
Jamais		Quelquefois		Souvent		Très souvent

Dans une semaine standard, combien de fois, lorsque vous êtes tous les trois...

	Jamais	Quelques-fois	Souvent	Très souvent				
31	Avez-vous une discussion tendue ou sarcastique avec votre partenaire?	0	1	2	3	4	5	6
32	Vous disputez-vous avec votre partenaire à propos de votre enfant?	0	1	2	3	4	5	6
33	Vous disputez-vous avec votre partenaire sur des sujets relatifs à votre relation ou votre couple, sans rapport avec votre enfant ?	0	1	2	3	4	5	6
34	L'un de vous deux (ou les deux) dit des choses blessantes et offensantes à l'autre ?	0	1	2	3	4	5	6
35	Vous vous criez dessus à portée de voix de l'enfant?	0	1	2	3	4	5	6

9. LES ECRANS

A. Informations générales

- 1) Mon enfant a accès à :
 - Ordinateur
 - Tablette
 - Console de jeux de salon (p.ex. Wii, X-Box, Playstation)
 - Smartphone
 - TV
 - Autre (précisez) : _____

- 2) Pendant une journée normale de la semaine, mon enfant reste devant les écrans en moyenne:
 - moins de 30 minutes
 - 30 minutes à 1h
 - plus de 1h à 1h30
 - plus de 1h30 à 2h
 - plus de 2h à 2h30
 - plus de 2h30 à 3h
 - Autre (précisez) : _____

- 3) Mon enfant passe, quotidiennement pendant les week-ends, devant les écrans en moyenne :
 - moins de 1h
 - 1h
 - 2h
 - 3h
 - 4h
 - 5h
 - 6h
 - 7h
 - 8h
 - Autre (précisez) : _____

4) Mon enfant passe, quotidiennement pendant les vacances, devant les écrans en moyenne :

- moins de 30 minutes
- 30 minutes à 1h
- plus de 1h à 1h30
- plus de 1h30 à 2h
- plus de 2h à 2h30
- plus de 2h30 à 3h
- Autre (précisez) : _____

5) a. Mon enfant accède à une tablette:

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5b) Mon enfant accède à un Ordinateur :

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5c) Mon enfant accède à une Console de jeux de salon (p.ex. Wii, X-Box, Playstation):

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5d) Mon enfant accède à une Console portable (p.ex. Nitendo, Gameboy):

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5e) Mon enfant accède à un Smartphone :

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5f) Mon enfant accède à la TV :

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

6) Lorsque mon enfant se couche, tous les supports informatiques sont éteints, déconnectés et hors de sa portée :

- Oui
- Le plus souvent
- Parfois
- Non

7) Est-ce que votre enfant a des problèmes de sommeil :

- Oui
- Non

Si oui quel(s) problème(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Endormissement
 - Qualité du sommeil
 - Durée réduite du sommeil
 - Lever matinal
 - Autre : _____

B. Questions spécifiques

1) J'ai l'impression que mon enfant passe trop de temps à utiliser un écran (p.ex. ordinateur, tablette, smartphone, console de jeux).

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Les devoirs de mon enfant souffrent de l'utilisation des écrans ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) D'autres activités de loisir de mon enfant (p.ex. le sport, la musique, le cirque, les rencontres avec les copains et les copines) souffrent de utilisation des écrans ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 4) Mon enfant passe plus de temps à utiliser les écrans par rapport aux règles que j'ai fixées ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 5) J'ai des disputes avec votre enfant par rapport à l'utilisation des écrans ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 6) J'ai des positions différentes sur l'utilisation des écrans que le père/la mère de mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

7) L'utilisation des écrans de la part de mon enfant perturbe la vie familiale.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

8) Lorsque mon enfant n'a pas la possibilité d'utiliser un écran, il / elle n'a pas d'idées pour s'occuper autrement.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

9) Lorsque mon enfant utilise des écrans, il -elle a des difficultés importantes pour s'arrêter de les utiliser.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10) Mon enfant devient irritable, nerveux ou agressif lorsqu'il-elle n'a pas la possibilité d'utiliser des écrans ou quand il-elle doit arrêter de les utiliser en raison de règles éducatives.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

11) Il est déjà arrivé que mon enfant me cache qu'il-elle utilise un écran ou qu'il-elle mente à ce propos.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

12) Mon enfant utilise un écran lorsqu'il-elle fait les devoirs.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10. IMPACT DE LA PANDEMIE DU COVID-19

1) En tant que parent, comment avez-vous vécu les différentes phases de la pandémie Covid-19 ?

Semi-confinement du printemps.

Retour à l'école.

Deuxième vague (fin octobre-décembre).

2. Pensez vous que certaines caractéristiques de votre enfant aient rendu la gestion de la pandémie :

- Plus difficile (compliquée) que pour d'autres parents
- Aussi difficile que pour d'autres parents
- Ca n'a rien changé à mon rôle de parent

(Si plus difficile (compliquée) que pour d'autres parents alors cete question s'affichera)

Si oui, pourquoi ?

3. Pensez-vous que la pandémie entraîne des effets positifs dans votre rôle de parent et sur la famille ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels ?

11. QUESTIONS OUVERTES

- 1) Avez-vous des suggestions, des recommandations pour les professionnel·le·s de la santé quant à la prise en charge d'un enfant TDAH ?

- 2) Avez-vous des suggestions, des recommandations pour les enseignant·e·s quant à l'accompagnement d'un enfant TDAH ?

- 3) Avez-vous des suggestions, des recommandations à faire aux professionnel·les concernant les informations transmises sur le TDAH ?

11. ASSOCIATIONS PARENTS ENFANTS & ADOLESCENTS TDAH

- 1) J'ai pris contact avec une association de parents d'enfants ayant un TDAH ?
- Oui
 - Non

Si oui, pour quelle raison – quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Informations sur le TDAH
- Informations sur des conférences liées au TDAH
- Conseils éducatifs
- Conseils pour des problèmes scolaires
- Conseils pour la démarche diagnostique
- Conseils pour la prise en charge
- Participation à des activités pour les parents (p.ex. child coaching, etc)
- Autre : _____

- 2) Je fais partie d'une association de parents d'enfants souffrant de TDAH.
- Oui
 - Non
- Si oui, laquelle ? : _____

- 3) Les associations de parents d'enfants souffrant de TDAH sont nécessaires.
- Oui
 - Non

- 4) Quelles sont vos attentes d'une association de parents d'enfants ayant un TDAH ?

Merci pour votre participation précieuse !

Annexe II : Questionnaire du groupe contrôle

Etude sur l'impact du TDAH d'un enfant sur la famille (Groupe Contrôle)

Questionnaire Parent

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant les rubriques adéquates et répondants aux questions ouvertes

Instructions :

Dans le cadre d'une étude de l'Université de Lausanne portant sur l'impact du trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité et impulsivité (TDAH) sur les familles, nous nous intéressons également aux familles n'ayant pas d'enfant présentant cette problématique, afin de mieux comprendre le fonctionnement des familles avec et sans TDAH, en faisant partie d'un groupe contrôle.

En effet, selon les bonnes pratiques scientifiques, il est attendu que les résultats obtenus auprès de personnes présentant un trouble soient comparés avec des résultats obtenus auprès de personnes qui ne présentent pas ce trouble. C'est pour cette raison que nous nous adressons à vous.

La participation est ouverte à tous parents les francophones d'enfant ou d'adolescent âgé moins de 18 ans.

L'étude est strictement anonyme avec la récolte d'informations par un questionnaire en ligne dans lequel aucune information permettant d'identifier les participant·e·s n'est demandée.

Le questionnaire est accessible sur la plateforme LimeSurvey qui est proposée par l'UNIL ; elle garantit que l'accès aux réponses ne sera possible qu'aux personnes impliquées dans l'étude. Les données récoltées sont conservées en sécurité dans un dossier informatique protégé et sont utilisées à des fins scientifiques.

Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire est d'environ 30 – 40 minutes.

Cette étude ne comporte pas d'évaluations cliniques, ni vise pas à poser un diagnostic ni à intervenir dans les prises en charge des enfants. En cas de questions et d'inquiétudes relatives à la santé de votre enfant, vous devez vous adresser à un·e professionnel·le.

Il n'y a aucun bénéfice direct pour vous à participer à cette étude. Par contre, vous pourriez aider à mieux comprendre les relations familiales et aider les soignants à mieux prendre en compte les besoins des familles en difficultés.

Il est également possible que le fait de compléter l'étude vous amène à mieux comprendre vos propres opinions et émotions en lien avec votre rôle de parents et par rapport à votre enfant et aux autres membres de la famille.

La participation à l'étude se fait sur une base volontaire. En remplissant ce questionnaire en ligne, vous donnez votre accord à participer à cette étude et à l'utilisation des données de manière anonyme à des fins scientifiques.

que vous êtes en train de répondre aux questions, vous pouvez arrêter votre participation sans avoir à vous justifier. Cependant, une fois le questionnaire rempli et enregistré, il ne sera plus possible d'effacer les informations récoltées puisque le questionnaire est strictement anonyme.

Aucune rémunération n'est prévue aux participants et l'étude est financée dans le cadre des activités de recherche du SUPEA, DP CHUV, FBM, et du programme des travaux de maîtrise de la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne et de l'Institut de Psychologie, UNIL.

Si vous avez des questions ou souhaitez avoir un retour des résultats généraux lorsque l'étude sera terminée, vous pouvez vous adresser à :

Responsable médical de l'étude : Docteur Michel Bader, Privat-Docent, médecin agréé, Unité de Recherche, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), Département de Psychiatrie (DP CHUV), Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), par e-mail à l'adresse suivante : michel.bader@chuv.ch.

Etudiante en Master de Psychologie : Leila Sellami, Institut de Psychologie,
UNIL, par e-mail à l'adresse suivante : leila.sellami@unil.ch.

1. Veuillez lire attentivement chaque question, s'il vous plaît.
2. Veuillez répondre, s'il vous plaît, à toutes les questions.
3. Cochez, s'il vous plaît, la réponse qui vous convient le plus.
4. Ne réfléchissez pas trop longtemps avant de répondre à une question. La réponse qui vous vient à l'esprit en premier est souvent celle qui vous convient le mieux.

Les questions suivantes se réfèrent à la période des six derniers mois.

Nous vous remercions sincèrement pour votre aide précieuse à la réalisation de l'étude !

Sur la base des informations qui précèdent, je confirme mon accord pour participer à la recherche « **Etude sur l'impact du TDAH d'un enfant sur la famille** », et j'autorise :

- l'utilisation des données à des fins scientifiques et la publication des résultats de la recherche dans des revues ou livres scientifiques, étant donné que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité
- l'utilisation des données à des fins pédagogiques (cours et séminaires de formation d'étudiants ou de professionnels soumis au secret professionnel).

Ce consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

- Oui
- Non

Avez-vous des enfants ayant un trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité et impulsivité (TDAH) ?

- Oui
- Non

Si oui, En tant que parent ayant un enfant ayant un TDAH vous serez redirigé vers le questionnaire du Groupe de parents ayant un enfant avec TDAH. Merci de cliquer sur ce lien

(lien étude TDAH)

1. Questions sociodémographiques

1) Etes-vous ?

- Une mère
- Un père
- Autre (précisez) : _____

2) Quelle a été votre formation professionnelle ? (veuillez sélectionner le plus haut degré de formation pour lequel vous avez obtenu un diplôme).

- 1 Université, haute école
- 2 Formation professionnelle supérieure
- 3 Maturité, baccalauréat
- 4 Maturité professionnelle, école professionnelle
- 5 Apprentissage
- 6 Ecole obligatoire
- 7 Moins que l'école obligatoire

3) Avez-vous une activité professionnelle ?

- Oui
 - Non
- Si oui, quel est votre taux d'occupation ?
_____ %

4) Quelle est votre catégorie professionnelle ?

- 11. Directeurs, cadres de direction et gérants
- 12. Professions intellectuelles et scientifiques (spécialistes des sciences techniques, de la santé, de l'enseignement, des technologies de l'information et des communications, de la justice, des sciences sociales et de la culture, et spécialistes en administration d'entreprises) ex.

(ingénieurs, chimistes, médecins, cadres infirmiers, professeurs, juristes, etc.)

13. Professions intermédiaires (techniciens, infirmiers, comptables, inspecteurs de police, travailleurs du secteur des sports, etc.)
14. Employés de type administratif (employé de bureau, secrétaires, employés de réception, etc.)
15. Personnel des services directs aux particuliers, commerçants et vendeurs (cuisiniers, serveurs, coiffeurs, pompiers, guides, vendeurs, gardes d'enfants, aides-soignants, etc.)
16. Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche
17. Métiers qualifiés de l'industrie et de l'artisanat (ex. maçons, charpentiers, couvreurs, électricien, etc)
18. Conducteurs d'installations et de machines, et ouvriers de l'assemblage
19. Professions élémentaires (aides de ménage, manœuvres de l'agriculture, des mines, des travaux publics, vendeurs ambulants, éboueurs, etc)
20. Professions militaires

5) De quel type est votre famille ?

- Biparentale (vous élevez vos enfants avec un partenaire qui est le parent des enfants)
- Monoparentale (vous élevez seul·e vos enfants)
- Recomposée (vous élevez vos enfants avec un partenaire qui n'est pas forcément le parent des enfants et qui peut avoir des enfants issus d'une autre union vivant ou non dans votre foyer)
- Homoparentale (vous élevez vos enfants avec un parent du même sexe que vous)
- Multigénérationnelle (les parents, les grands-parents, et/ou oncles et tantes et leurs enfants constituent un même foyer)
- Autre

6) De combien d'enfant(s) êtes-vous le représentant légal ? (P.ex. 5 ; écrivez seulement le nombre) _____

7) Quels sont les âges de vos enfants (années) ? Si vous avez plusieurs enfants veuillez indiquer l'âge de chaque enfant en séparant les âges par une virgule ex. 7,14,15

8) Combien d'enfants vivent dans votre foyer (vos enfants et/ou les enfants de votre partenaire si famille recomposée et/ou les enfants de la famille élargie si famille multigénérationnelle et/ou les enfants des autres partenaires de votre conjoint si polygamie) ? (P.ex. 5 ; écrivez seulement le nombre)

Nous vous proposons de choisir l'un de vos enfants comme référence pour le questionnaire.

9) Quel est l'âge actuel de votre enfant ? (Ex : 12 ; écrivez seulement le nombre)

10) Quel est le sexe de votre enfant ?

- Fille
- Garçon

2. Relation parent-adolescent·e

Si votre enfant n'est pas un·e adolescent·e, (13 ans et plus) vous pouvez passer directement à la rubrique suivante 3. **Caractéristiques de l'enfant**

5) Je peux faire confiance à mon adolescent·e .

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

6) Lorsque mon adolescent·e sort, il ou elle respecte les horaires qui sont fixés.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

7) Lorsque mon adolescent·e ne rentre pas au domicile à l'heure fixée, il ou elle me contacte spontanément pour m'informer.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

8) Je suis inquiet·e lors des sorties de mon adolescent·e ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

Les raisons suivantes sont causes d'inquiétude (plusieurs réponses possibles) :

- « Mauvaises fréquentations »
- Consommation abusive d'alcool
- Consommation de cannabis
- Consommation de cocaïne
- Consommation d'ecstasy, de MDMA, autres substances équivalentes
- Victime d'une agression
- Être pris dans une bagarre

Autre (précisez) : _____

3. Caractéristiques de l'enfant

1) Mon enfant est créatif·ve.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Mon enfant est énergique.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) Mon enfant est amusant·e.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) Mon enfant a des points de vue intéressants.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) Mon enfant est capable de s'impliquer efficacement dans des activités quand il -elle est intéressé·e et motivé·e.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

6) Mon enfant a une capacité de faire face à ses difficultés et d'aller de l'avant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

7) Mon enfant est vif·ve d'esprit.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

8) Mon enfant est courageux·se.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

9) Mon enfant a des aptitudes dans les loisirs.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10) Mon enfant a des compétences sociales (c'est-à-dire il ou elle est à l'aise dans les relations sociales) :

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

11) Mon enfant a une bonne estime de soi.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

12) Autre(s) :

4. Mes sentiments en tant que parent

3) Je suis heureux·se dans mon rôle de parent avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) Je me sens dépassé·e par la responsabilité en tant que parent de mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) La principale source de stress dans ma vie est mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) J'ai le sentiment que mon enfant se sent coupable par rapport aux efforts que je fais comme parent pour l'aider.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) J'ai l'impression que les efforts que je fais comme parent renforcent le lien avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5. RELATIONS PARENTS – ENFANT

1) Je ressens de la frustration par rapport à l'éducation de mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

2) Les relations que j'entretiens avec mon enfant sont conflictuelles.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

3) Je vis des moments agréables avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) J'ai un bon contact avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) Mon enfant ignore mes conseils.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

6) Je dois me répéter plusieurs fois pour que mon enfant m'obéisse.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

7) Je me sens dépassé·e lorsque mon enfant n'obéit pas à mes demandes.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

8) Je perds mon calme avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

9) Je me dispute avec mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10) J'arrive autant à relever les comportements positifs que négatifs chez mon enfant

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

11) Lorsque mon enfant obéit, je le félicite sur le moment.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

12) J'arrive à me rendre compte que nous passons un moment agréable, et à profiter de l'instant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

13) Je menace de punir mon enfant, puis je change d'avis et je ne mets pas à exécution ma punition.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

14) Lorsque mon enfant aimerait que je fasse une exception, j'insiste sur mes règles pour qu'il soit clair qui commande dans la famille.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

15) J'ai mis en place un système de récompenses / privilèges pour mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

Si oui, quel est à votre avis sur l'efficacité de ce système ?

- Très efficace
- Efficace

- Peu efficace
- Pas efficace

Si oui, quelles sont les difficultés auxquelles vous êtes – avez été confrontés ? (plusieurs réponses possibles)

- Mise en place contraignante
- Maintenir sur la durée
- Autre : _____

6. IMPACTS SUR COUPLE PARENTAL

Mon enfant est élevé·e:

6.1. par ses deux parents dans la même habitation ?

- Oui
- Non

Option 6.1. Questions 1 à 5

6.2. Par ses deux parents qui vivent séparément **et avec** un.e partenaire pour le parent qui répond au questionnaire?

- Oui
- Non

Option 6.2. Questions 6 à 10

6.3. Par ses deux parents qui vivent séparément **et sans** un.e partenaire pour le parent qui répond au questionnaire?

- Oui
- Non

Option 6.3. Question 11 à 12

6.4. par un seul parent (monoparentalité) ?

- Oui
- Non

Option 6.4. Questions 11 à 12

Etant donné que le questionnaire sera en ligne, la programmation fera apparaître les questions pertinentes en fonction des réponses oui/non concernant les 4 options 6.1., 6.2., 6.3. et 6.4.

Option 6.1. questions 1 à 5

- 1) La présence de mon enfant entraîne des difficultés sur notre couple parental.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 2) La présence de mon enfant a rapproché notre couple parental.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 3) L'autre parent ne pose pas assez de limites à notre enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) L'autre parent ne comprend pas assez les difficultés de notre enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) Autre(s) :

Option 6.2. Questions 6 à 10

6) La présence de mon enfant entraîne des difficultés sur le couple avec mon/ma partenaire.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

7) La présence de mon enfant a rapproché le couple avec mon/ma partenaire.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

8) Mon/ma partenaire ne pose pas assez de limites à mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

9) Mon/ma partenaire ne comprend pas assez les difficultés de mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10) Autre(s) :

Option 6.3. et Option 6.4. Questions 11 à 12

11) La présence de mon enfant entraîne des difficultés à avoir une relation avec un·e partenaire.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

12) Autre(s) :

7. COPARENTALITE

Pour chaque affirmation, veuillez sélectionner la réponse qui correspond au mieux à la façon dont vous et votre partenaire travaillez ensemble comme parents

0	1	2	3	4	5	6
Ne nous correspond pas		Nous correspond un peu		Nous correspond assez bien		Nous correspond tout à fait

		Ne nous correspond pas	Nous correspond un peu	Nous correspond assez bien	Nous correspond tout à fait			
1	Je pense/crois que mon/ma partenaire est un bon parent	0	1	2	3	4	5	6
2	Ma relation avec mon partenaire est plus solide maintenant qu'avant que nous soyons parents (NB : cette question s'affiche uniquement pour les parents vivant dans la même habitation/ensembles)	0	1	2	3	4	5	6
3	Mon/ma partenaire me demande mon avis sur des questions relatives à la façon d'élever des enfants	0	1	2	3	4	5	6
4	Mon/ma partenaire accorde beaucoup d'attention à notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
5	Mon/ma partenaire aime jouer avec notre enfant mais c'est moi qui dois faire toutes les tâches déplaisantes	0	1	2	3	4	5	6
6	Mon/ma partenaire et moi avons les mêmes buts pour notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
7	Mon/ma partenaire veut continuer à faire ce qui lui plaît plutôt que d'être un parent responsable	0	1	2	3	4	5	6
8	C'est plus facile et plus amusant de jouer avec notre enfant quand je suis seul(e) avec lui/elle que quand mon/ma partenaire est présent/e	0	1	2	3	4	5	6
9	Mon/ma partenaire et moi avons des idées différentes sur la façon d'élever notre enfant	0	1	2	3	4	5	6

10	Mon/ma partenaire me fait savoir que je fais du bon travail et/ou que je suis un bon parent	0	1	2	3	4	5	6
11	Mon/ma partenaire et moi avons des idées différentes sur l'alimentation, le sommeil et d'autres routines concernant notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
12	Mon/ma partenaire fait quelquefois des plaisanteries ou des commentaires sarcastiques sur moi en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
13	Mon/ma partenaire n'a pas confiance en mes capacités à être parent	0	1	2	3	4	5	6
14	Mon/ma partenaire est attentif/ve et sensible aux besoins et aux sentiments de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
15	Mon/ma partenaire et moi avons des attentes différentes en ce qui concerne le comportement de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
16	Mon/ma partenaire essaie de montrer qu'il/elle est meilleur/e que moi pour s'occuper de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
17	Je me sens proche de mon/ma partenaire quand je le/la vois jouer avec notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
18	Mon/ma partenaire est très patient/e avec notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
19	Nous discutons souvent de la meilleure manière de répondre aux besoins de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
20	Mon partenaire ne remplit pas sa part de tâches parentales	0	1	2	3	4	5	6
21	Quand nous sommes les trois ensemble, mon/ma partenaire entre parfois en compétition avec moi pour avoir l'attention de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
22	Mon/ma partenaire sabote ce que je fais en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
23	Mon/ma partenaire est prêt à faire des sacrifices personnels pour aider à s'occuper de notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
24	Nous devenons plus matures ensemble, grâce à nos expériences en tant que parents	0	1	2	3	4	5	6

25	Mon partenaire se rend compte de tout ce que je fais pour être un bon parent	0	1	2	3	4	5	6
26	Quand je suis à bout de nerfs, mon/ma partenaire me donne un coup de main supplémentaire	0	1	2	3	4	5	6
27	Mon/ma partenaire me fait sentir que je suis le meilleur parent possible pour notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
28	Avec le stress de la parentalité, mon partenaire et moi nous sommes progressivement éloignés l'un de l'autre	0	1	2	3	4	5	6
29	Mon/ma partenaire n'aime pas être dérangé/e par notre enfant	0	1	2	3	4	5	6
30	Être parents nous a permis de nous projeter davantage dans l'avenir	0	1	2	3	4	5	6

Les questions suivantes vous demandent de décrire ce que vous faites quand vous et votre partenaire êtes ensemble avec votre enfant (p.ex. dans la même pièce, dans la voiture, lors d'une sortie en famille).

Comptez les fois où vous êtes réunis tous les trois (même si c'est juste quelques heures par semaine)

0	1	2	3	4	5	6
Jamais		Quelquefois		Souvent		Très souvent

Dans une semaine standard, combien de fois, lorsque vous êtes tous les trois....

	Jamais	Quelques-fois	Souvent	Très souvent				
31	Avez-vous une discussion tendue ou sarcastique avec votre partenaire?	0	1	2	3	4	5	6
32	Vous disputez-vous avec votre partenaire à propos de votre enfant?	0	1	2	3	4	5	6
33	Vous disputez-vous avec votre partenaire sur des sujets relatifs à votre relation ou votre couple, sans rapport avec votre enfant ?	0	1	2	3	4	5	6
34	L'un de vous deux (ou les deux) dit des choses blessantes et offensantes à l'autre ?	0	1	2	3	4	5	6
35	Vous vous criez dessus à portée de voix de l'enfant?	0	1	2	3	4	5	6

8. LES ECRANS

A. Informations générales

- 1) Mon enfant a accès à :
 - Ordinateur
 - Tablette
 - Console de jeux de salon (p.ex. Wii, X-Box, Playstation)
 - Smartphone
 - TV
 - Autre (précisez) : _____

- 2) Pendant une journée normale de la semaine, mon enfant reste devant les écrans en moyenne:
 - moins de 30 minutes
 - 30 minutes à 1h
 - plus de 1h à 1h30
 - plus de 1h30 à 2h
 - plus de 2h à 2h30
 - plus de 2h30 à 3h
 - Autre (précisez) : _____

- 3) Mon enfant passe, quotidiennement pendant les week-ends, devant les écrans en moyenne :
 - moins de 1h
 - 1h
 - 2h
 - 3h
 - 4h
 - 5h
 - 6h
 - 7h
 - 8h
 - Autre (précisez) : _____

- 4) Mon enfant passe, quotidiennement pendant les vacances, devant les écrans en moyenne :
 - moins de 30 minutes
 - 30 minutes à 1h
 - plus de 1h à 1h30
 - plus de 1h30 à 2h
 - plus de 2h à 2h30
 - plus de 2h30 à 3h
 - Autre (précisez) : _____

5) a. Mon enfant accède à une tablette:

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5b) Mon enfant accède à un Ordinateur :

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5c) Mon enfant accède à une Console de jeux de salon (p.ex. Wii, X-Box, Playstation):

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5d) Mon enfant accède à une Console portable (p.ex. Nitendo, Gameboy):

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5e) Mon enfant accède à un Smartphone :

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

5f) Mon enfant accède à la TV :

- pas d'accès (jamais)
- seul.e
- avec les parents
- avec d'autres enfants
- seul.e et avec les parents
- seul.e et avec d'autres enfants
- avec les parents et d'autres enfants
- seul.e, avec les parents et avec d'autres enfants

6) Lorsque mon enfant se couche, tous les supports informatiques sont éteints, déconnectés et hors de sa portée :

- Oui
- Le plus souvent
- Parfois
- Non

7) Est-ce que votre enfant a des problèmes de sommeil :

- Oui
- Non

Si oui quel(s) problème(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Endormissement
 - Qualité du sommeil
 - Durée réduite du sommeil
 - Lever matinal
 - Autre : _____

B. Questions spécifiques

- 1) J'ai l'impression que mon enfant passe trop de temps à utiliser un écran (p.ex. ordinateur, tablette, smartphone, console de jeux).

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 2) Les devoirs de mon enfant souffrent de l'utilisation des écrans ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 3) D'autres activités de loisir de mon enfant (p.ex. le sport, la musique, le cirque, les rencontres avec les copains et les copines) souffrent de l'utilisation des écrans ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

4) Mon enfant passe plus de temps à utiliser les écrans par rapport aux règles que j'ai fixées ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

5) J'ai des disputes avec mon enfant par rapport à l'utilisation des écrans ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

6) J'ai des positions différentes sur l'utilisation des écrans que le père/la mère de mon enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

7) L'utilisation des écrans de la part de mon enfant perturbe la vie familiale.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 8) Lorsque mon enfant n'a pas la possibilité d'utiliser un écran, il.elle n'a pas d'idées pour s'occuper autrement.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 9) Lorsque mon enfant utilise des écrans, il-elle a des difficultés importantes pour s'arrêter de les utiliser.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 10) Mon enfant devient irritable, nerveux ou agressif lorsqu'il-elle n'a pas la possibilité d'utiliser des écrans ou quand il doit arrêter de les utiliser en raison de règles éducatives.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

- 11) Il est déjà arrivé que mon enfant me cache qu'il-elle utilise un écran ou qu'il-elle mente à ce propos ?

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

12) Votre enfant utilise un écran lorsqu'il-elle fait les devoirs.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

10. IMPACT DE LA PANDEMIE DU COVID-19

1. En tant que parent, comment avez-vous vécu les différentes phases de la pandémie Covid-19 ?

Semi-confinement du printemps.

Retour à l'école.

Deuxième vague (fin octobre-décembre).

2. Pensez vous que certaines caractéristiques de votre enfant aient rendu la gestion de la pandémie :

- Plus difficile (compliquée) que pour d'autres parents
- Aussi difficile que pour d'autres parents
- Ca n'a rien changé à mon rôle de parent

(Si plus difficile (compliquée) que pour d'autres parents alors cete question s'affichera)

Si oui pourquoi ?

3. Pensez-vous que la pandémie entraîne des effets positifs dans votre rôle de parent et sur la famille ?

- Oui
- Non

Si oui lesquels ?

10. Questions générales

1) Mon enfant a déjà consulté un·e professionnel·le de la santé pour des difficultés psychiques.

- Oui
- Non

2) Si oui, quelles sont les difficultés psychiques qui ont été soulevées / diagnostic reçu ?

3) Si oui, mon enfant a eu la prise / les prises en charge suivante / suivantes : (plusieurs réponses)

- Médication
- Coaching des parents
- Psychothérapie « psychodynamique »
- Psychothérapie « cognitivo-comportementale » (TCC)
- Psychothérapie « Systémique »
- Neurofeedback
- Training cognitif informatisé
- Méditation / pleine conscience
- Régime alimentaire
- Autre : _____
- Ne me concerne pas

4) Mon enfant est régulièrement suivi par un·e ou des thérapeute·s.

- est régulièrement suivi par un/des thérapeute(s).
- a été suivi par un·e thérapeute ou plusieurs thérapeutes.
- N'est pas ou n'a pas été suivi

Si oui, un(e) thérapeute ou plusieurs thérapeutes ayant la fonction de :

Si oui, pour quelle·s raison·s le·s suivi·s a été / ont été interrompu·s ?

5) Avec les traitements suivis, nous avons observé une amélioration chez notre enfant.

Fortement d'accord	D'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	En désaccord	Fortement en désaccord	Non applicable

En cas d'absence d'amélioration ou d'amélioration insuffisante, pour quelle(s) raison(s) ?

- 6) Mon enfant prend un médicament pour ses difficultés/troubles psychiques.
- Oui
 - Non
 - Ne me concerne pas

Si oui, depuis : _____ (année, mois)

- 7) Mon enfant a pris, mais ne prend plus de médicament pour ses difficultés/troubles psychiques.
- Oui
 - Non
 - Ne me concerne pas
- 8) Pour rappel notre étude porte sur l'impact du trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité et impulsivité (TDAH) sur la famille, présentez-vous vous-même un TDAH?
- Oui, j'ai été diagnostiqué-
 - Je pense présenter un TDAH, mais je n'ai jamais entrepris de démarche pour le diagnostiquer
 - Non
- 9) L'autre parent présente un TDAH.
- Oui, il - elle a été diagnostiqué·e
 - Je pense que l'autre parent présente un TDAH, mais il – elle n'a jamais entrepris de démarche pour le diagnostiquer.
 - Non

Merci pour votre participation précieuse !