

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ÉTUDE SUR LE QUESTIONNAIRE HÉTÉRO-RAPPORTÉ CONNERS-3 VERSION  
PARENT ET ENSEIGNANT DANS L'ÉVALUATION DU TDAH SELON LE SEXE  
DU PARTICIPANT

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MARIE-HÉLÈNE GUILBAULT-PINEL

AOUT 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Pierre Nolin, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directeur de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Pierre Nolin, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directeur de recherche

---

Annie Stipanivic, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluatrice interne

---

Claude Dubé, Ph. D.  
Université du Québec à Chicoutimi

évaluateur externe

## **Sommaire**

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus répandus chez les enfants. La présentation clinique du TDAH varie selon les symptômes, pouvant être à prédominance inattentive, à prédominance hyperactive-impulsive, ou combinée. Des études récentes indiquent des manifestations différentes du TDAH selon le sexe des enfants, mais les recherches sur les filles sont limitées, ce qui soulève des questions sur l'adéquation des instruments de mesure et du processus diagnostique. Cet essai explore les relations entre les échelles cliniques et les échelles diagnostiques du questionnaire hétéro-rapporté Conners-3, selon les évaluations faites par les parents et les enseignants. Les résultats soulignent la présence de liens faibles entre les résultats selon les deux types d'évaluateurs et selon le sexe des enfants. En somme, la présente étude met en évidence l'importance de considérer le sexe de l'enfant dans l'interprétation des résultats et dans la démarche diagnostique du TDAH.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vi
Remerciements .....	vii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	5
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).....	6
Prévalence du TDAH .....	6
Symptomatologie du TDAH.....	7
Étiologie du TDAH.....	11
Modèles théoriques du TDAH .....	12
Évaluation du TDAH .....	14
Lignes directrices .....	15
Différences de perception selon les évaluateurs .....	19
Conners-3 .....	22
Sensibilité du Conners-3 au TDAH .....	26
TDAH selon le sexe des enfants .....	28
TDAH selon le sexe de l'enfant et perception de l'observateur .....	33
Hypothèses de recherche.....	36
Méthode.....	38
Déroulement.....	39
Participants.....	39

Instrument de mesure .....	41
Conners-3 .....	41
Résultats .....	44
Relations entre les scores des échelles du Conners-3 pour l'ensemble des participants .....	45
Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les scores aux échelles cliniques du Conners-3 pour l'ensemble des participants .....	47
Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles diagnostiques du Conners-3 pour l'ensemble des participants .....	49
Relations entre les scores des échelles du Conners-3 pour les participants selon le sexe .....	50
Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles cliniques du Conners-3 pour les garçons .....	51
Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles diagnostiques du Conners-3 pour les garçons .....	52
Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles cliniques du Conners-3 pour les filles .....	53
Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles diagnostiques du Conners-3 pour les filles .....	54
Synthèse des analyses statistiques .....	55
Discussion .....	59
Recommandations cliniques .....	73
Limites de l'étude .....	79
Recherches futures .....	80
Conclusion .....	83
Références .....	88

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Critères diagnostiques recensés dans le DSM-5 APA, 2013 .....	9
2	Processus clinique dans le diagnostic de TDAH : la mise en œuvre de lignes directrices et d'un consensus d'experts en pédiatrie.....	16
3	Moyennes et écart-types pour chaque échelle du Conners-3 version Parent selon le sexe .....	46
4	Moyennes et écart-types pour chaque échelle du Conners-3 version Enseignant selon le sexe .....	167
5	Corrélations entre les scores des parents et ceux des enseignants aux échelles cliniques du Conners-3 pour l'ensemble des participants (N = 82).....	48
6	Corrélations entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles diagnostiques du Conners-3 pour l'ensemble des participants (N = 82) .....	50
7	Corrélations entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles cliniques du Conners-3 pour les garçons (N = 45) .....	52
8	Corrélations entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles diagnostiques du Conners-3 pour les garçons.....	53
9	Corrélations entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles cliniques du Conners-3 pour les filles (N = 37).....	54
10	Corrélations entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles diagnostiques du Conners-3 pour les filles .....	55
11	Synthèse des corrélations entre l'évaluation des parents et celle de l'enseignant .....	56

## **Remerciements**

Je tiens à remercier mon directeur Pierre Nolin, Ph. D., pour son soutien et encadrement chaleureux, empathiques, efficaces, flexibles et rigoureux. Cet essai a pu se réaliser par la volonté et la persévérance que j’y ai mis et nourries par Pierre. Merci également à mon jury pour leurs suggestions et bonifications.

Merci à mes amis et collègues Dr Paul Simard et Dre Johanne Carle, psychologues, pour leur soutien.

Salutations à mes enfants Pierrot-Louis Turmel et Laura Guilbault-Pinel qui ont été une motivation à avancer malgré les obstacles. Je vous aime de tout mon cœur.

Remerciements à mon ami André qui a contribué indirectement à l’achèvement de cet essai.

## **Introduction**

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) se distingue comme un des troubles neurodéveloppementaux les plus courants chez l'enfant, avec une incidence notable tant mondialement qu'au Canada et spécifiquement au Québec (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018). La présentation clinique du TDAH peut être décrite comme étant à prédominance inattentive, à prédominance hyperactive-impulsive, ou combinée, selon la nature des symptômes (American Psychiatric Association [APA], 2013). Ses répercussions persistent fréquemment jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte, soulignant l'importance d'une compréhension approfondie du trouble (Barkley et al., 2002). Il appert qu'il y a une reconnaissance généralisée de la symptomatologie et des comportements problématiques associés au TDAH qui impactent la sphère émotionnelle, sociale et académique. En plus des difficultés attentionnelles, il semble crucial de considérer les fonctions exécutives telles que l'inhibition, la flexibilité et la mémoire de travail, celles-ci étant des facteurs contributifs à ce trouble. Les profils en termes de difficultés associées et de troubles comorbides varient également entre les présentations cliniques du TDAH (Willcutt, 2012). Des études récentes soutiennent l'idée que le TDAH se manifesterait de façon différente selon le sexe des enfants. En effet, le ratio garçons/filles serait d'environ deux pour un. De plus, l'observation clinique indique que les sous-types de TDAH ne seraient pas équivalents en termes de fréquence selon le sexe des enfants. Des études portant sur le TDAH chez les filles sont nettement moins nombreuses que celles portant sur les

garçons, ce qui paraît être une lacune dans les écrits scientifiques. Également, il semble probable que l'écart de prévalence entre les garçons et les filles puisse être expliqué par le processus d'évaluation courant, ainsi que par des biais inhérents à la démarche diagnostique. Les instruments de mesure utilisés par les cliniciens pourraient être moins adaptés à la présentation clinique du TDAH chez les filles. À cet égard, la perception des personnes qui contribuent à l'évaluation en rapportant leurs observations à travers les questionnaires hétéro-rapportés, soit les parents et les enseignants, pourrait teinter le processus diagnostique. Cet essai s'inscrit donc dans un courant visant à bonifier le processus d'évaluation du TDAH chez les filles et s'intéresse à la relation qui existe entre les perceptions des parents et des enseignants.

Dans le cadre de cet essai, qui consiste en une étude sur dossiers, nous avons retenu un instrument de mesure largement utilisé en clinique, soit le Conners-3 (Conners, 2008) afin de relever les différences de perception entre évaluateurs, soit les parents et les enseignants, selon le sexe des participants. Peu d'études se sont intéressées à la relation entre les évaluations des enseignants et des parents en utilisant le Conners-3 francophone, et aucune étude, à notre connaissance, ne l'a fait en tenant compte du sexe des enfants. Un intérêt particulier sera porté sur les résultats des filles, du fait que les symptômes typiques du TDAH seraient moins présents chez ces dernières que chez les garçons.

Dans les sections qui suivent, le lecteur trouvera le contexte théorique dans lequel une définition et une description du TDAH seront élaborées et des données quant à la

prévalence et à l'étiologie du trouble seront fournies, le tout en tenant compte du sexe des enfants. La problématique entourant la démarche classique d'évaluation diagnostique du TDAH et les particularités de l'outil Conners-3 seront aussi rapportées dans cette section. Cette dernière se terminera par la présentation des hypothèses. Ensuite, la méthode sera présentée suivie par la présentation des résultats et l'analyse de corrélations que nous avons réalisées. Suivra une discussion visant à expliquer le sens de nos résultats et à les confronter aux données des écrits scientifiques actuels. Après avoir nommé les limites de notre étude, des questions de recherche futures et des recommandations seront proposées, puis une conclusion terminera cet essai.

## **Contexte théorique**

Dans ce contexte théorique, il sera question du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et son évaluation, ainsi que les différences observées entre les perspectives parentales et enseignantes. De plus, l'influence des différences de sexe sur la manifestation et la perception des symptômes du TDAH sera examinée.

### **Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)**

Cette section portera sur la prévalence du Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), sa symptomatologie et sa présentation clinique. Les modèles théoriques du TDAH et l'évaluation diagnostique du TDAH y seront également présentés. Elle se terminera par la présentation de la problématique de l'essai et des hypothèses de recherche.

### **Prévalence du TDAH**

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental des plus fréquents chez l'enfant (INESSS, 2018; Wolraich et al., 2019). Il est surtout diagnostiqué dans l'enfance et l'adolescence, avec une prévalence mondiale chez cette population estimée à 7,2 % (Thomas et al., 2015). Une méta-analyse de 19 études portant sur plus de 55 000 participants a montré que 5,9 % des enfants répondaient aux critères diagnostiques pour le TDAH (Willcutt, 2012). Une autre méta-analyse, avec 135 études et environ un quart de million d'enfants, n'a révélé aucune différence significative dans la prévalence entre l'Amérique du Nord et l'Europe,

l'Asie, l'Afrique, l'Amérique du Sud et l'Océanie (Polanczyk et al., 2014). En France, la prévalence variait de 3,5 à 5,6 % chez les jeunes de 6 à 12 ans (Collett et al., 2003). Au Canada, une étude effectuée à partir des bases de données médico-administratives de quatre provinces canadiennes a, au contraire, révélé une variation considérable de la prévalence diagnostiquée du TDAH en 2012 chez les enfants de 17 ans et moins. Aussi, le diagnostic pour ce trouble serait plus élevé en Nouvelle-Écosse (3,8 %) et au Québec (3,8 %) qu'au Manitoba (2,8 %) et en Ontario (1,1 %) (Vasiliadis et al., 2017). Au Québec, en 2015-2016, une autre étude dénombrait 240 535 enfants, âgés de 1 à 24 ans présentant un TDAH et la prévalence à vie s'établissait à 11,3 % avec un ratio de deux garçons pour une fille (Diallo et al., 2019). Le TDAH est plus fréquent chez le sexe masculin. Une méta-analyse portant sur 29 études internationales avec plus de 4200 participants et regroupant les réponses des parents sur les symptômes, ainsi qu'une seconde méta-analyse de 24 études portant sur 56 000 participants et recueillant les réponses des enseignants sur la symptomatologie, ont toutes les deux démontré un ratio garçons/filles d'environ deux pour un (Willcutt, 2012).

### **Symptomatologie du TDAH**

Dans la plus récente version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V; APA, 2013), le TDAH est inclus dans la catégorie des troubles neuro-développementaux. Il est caractérisé par un degré d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité ne correspondant pas au niveau de développement de l'enfant. Les symptômes doivent avoir fait leur apparition avant l'âge de 12 ans et être d'une intensité suffisamment

importante pour nuire de façon significative au fonctionnement de l'enfant dans deux différents contextes de vie, notamment dans le domaine académique, social ou familial (APA, 2013).

### Tableau 1

*Critères diagnostiques recensés dans le DSM-5 APA, 2013*

- 
- Les symptômes d’hyperactivité-impulsivité et/ou d’inattention soient présents depuis au moins 6 mois à un niveau inapproprié pour le stade de développement ;
  - Les symptômes se manifestent dans divers contextes (par ex., à la maison et à l’école);
  - Les symptômes entraînent une certaine forme de handicap dans la vie ;
  - Certains des symptômes et handicaps étaient déjà évidents pendant la petite ou la moyenne enfance ;
  - Aucun autre trouble n’explique mieux les symptômes.
- 

Les critères diagnostiques s’articulent donc autour de deux dimensions symptomatiques, à savoir l’inattention et l’hyperactivité-impulsivité. En ce sens, il est possible de dégager trois types de présentation du diagnostic. D’abord, la présentation à prédominance inattentive, laquelle est soulevée lorsqu’aucun ou du moins, très peu de symptômes d’hyperactivité-impulsivité sont rapportés, mais qu’il y a présence d’au moins six (6) symptômes d’inattention. Ensuite, la présentation hyperactivité-impulsivité prédominante est retenue s’il n’y a pas ou peu de symptômes d’inattention, mais au moins six (6) symptômes d’hyperactivité-impulsivité. Finalement, la forme mixte du trouble est identifiée lorsque plusieurs symptômes provenant des dimensions de l’attention et de l’hyperactivité-impulsivité sont recensés (APA, 2013; Barkley, 2015).

Les méta-analyses indiquent que l'inattention est plus fortement associée à l'échec scolaire, à une faible estime de soi, à des problèmes professionnels, ainsi qu'à des difficultés globales d'adaptation. Les symptômes hyperactifs-impulsifs sont liés au rejet par les pairs, à de l'agressivité, de même qu'à des blessures accidentelles. Les profils du TDAH, lorsqu'il y a un trouble comorbide, soit la présence d'un autre type de trouble neurodéveloppemental, varient dans ses présentations cliniques du TDAH (Willcutt, 2012).

Le TDAH perturbe aussi le fonctionnement des personnes à haut niveau intellectuel; ainsi le diagnostic est possible dans cette population. Une étude de cohortes à partir de la naissance et sur la population générale portant sur plus de 5700 enfants n'a révélé aucune différence significative entre les enfants avec un TDAH et ceux ayant un QI élevé ou moyen ou faible concernant l'âge médian auquel le diagnostic est posé. L'impact du TDAH pour l'ensemble des enfants inclut les taux élevés de troubles d'apprentissage, de troubles psychiatriques, d'abus de substance et les taux de traitement par psychostimulants (Katusic et al., 2011; Rommelse et al., 2017). De nombreux patients avec un TDAH dans l'enfance présentent encore un TDAH invalidant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, même si souvent l'hyperactivité et l'impulsivité diminuent, alors que les symptômes d'inattention restent stables (Faraone et al., 2006).

Les écrits scientifiques incluant de nombreuses études épidémiologiques et cliniques à grande échelle montrent que le TDAH coexiste souvent avec d'autres troubles

psychiatriques, en particulier la dépression, le trouble bipolaire, les troubles du spectre de l'autisme, les troubles anxieux, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites, les troubles du comportement alimentaire et les troubles liés à la consommation de substances (Bernardi et al., 2012; Chen et al., 2018; Groenman et al., 2017; Nazar et al., 2016; Yao et al., 2019). De ce fait, leur présence n'exclut pas un diagnostic de TDAH.

### **Étiologie du TDAH**

Il n'existe pas de marqueur spécifique du TDAH sur le plan organique. Il est actuellement bien complexe de soutenir scientifiquement l'affirmation voulant que le TDAH représente réellement un trouble d'ordre neurologique (Vaillancourt, 2012). Chez la plupart des individus atteints de TDAH, le trouble résulte de l'accumulation de nombreux facteurs de risque génétiques et environnementaux (Faraone et al., 2015). Les risques environnementaux pour le TDAH exercent leurs effets très tôt dans la vie, pendant la période fœtale ou postnatale précoce. Cependant, dans de rares cas, des symptômes similaires au TDAH peuvent être causés par une privation des besoins de base (alimentation, sécurité, etc.) en début de vie (Kennedy et al., 2016), une anomalie génétique unique (Faraone et Larsson, 2019), ou des lésions cérébrales traumatiques précoces (Stojanovski et al., 2019). Ces découvertes sont utiles pour comprendre les causes du TDAH, mais non pas pour diagnostiquer le trouble. Les associations entre les facteurs environnementaux et le début du TDAH sont soutenues par les écrits scientifiques. Pour certains, le rôle causal est reconnu mais pour la plupart, il est possible que les associations soient dues à une corrélation entre les effets génétiques et environnementaux.

Pour cette raison, les caractéristiques de l'environnement périnatal et postnatal augmentant le risque de TDAH sont considérées comme des corrélats plutôt que des causes. Les corrélats environnementaux se retrouvent dans quatre (4) catégories soit les carences nutritionnelles, les événements pendant la grossesse et l'accouchement, l'exposition aux substances toxiques et les facteurs psychosociaux tels que la pauvreté, le stress, les traumatismes et la maltraitance (Faraone et al., 2021).

En somme, l'étiologie du TDAH serait multifactorielle et il n'existe pas de marqueur biologique permettant de le diagnostiquer. Dans la section suivante, il sera question des modèles théoriques voulant expliquer la phénoménologie du TDAH.

### **Modèles théoriques du TDAH**

Depuis la conceptualisation du trouble, de nombreux modèles théoriques ont été avancés pour expliquer le TDAH. Historiquement, les modèles neurocognitifs du TDAH se classaient en deux conceptualisations prédominantes qui postulent des dysfonctionnements unitaires, c'est-à-dire spécifiques à une cause. Premièrement, l'approche basée sur les fonctions exécutives et deuxièmement, l'approche basée sur le dysfonctionnement motivationnel. La théorie du dysfonctionnement des fonctions exécutives (Barkley, 1997, 2012; Brown, 2013), postule qu'une difficulté marquée d'autocontrôle cognitif interfère avec les capacités de planification et de régulation du comportement. La théorie du dysfonctionnement motivationnel et de l'intolérance au délai (Luman et al., 2005) postule qu'une aversion marquée pour les situations comportant un

délai avant la récompense contribuerait à la manifestation des symptômes du TDAH. En général, les deux modèles de dysfonctionnement attribuent l'ensemble des symptômes du TDAH à l'influence d'une seule étiologie, soit celle d'un dysfonctionnement spécifique. Plus récemment, cette conception unitaire a plutôt fait place à une approche abordant le TDAH comme la conséquence d'un ensemble hétérogène de dysfonctionnements cognitifs, chacun étant associé à des dysfonctions neurobiologiques sous-jacentes. Les modèles étiologiques plus récents associent donc le TDAH à la combinaison des facteurs exécutifs et motivationnels. Un de ces modèles, le modèle bipartite (*Dual pathway mode*) (Sonuga-Barke, 2005), intègre les propositions théoriques de deux modèles unitaires : l'inhibition comportementale et le modèle de l'aversion de délai. Les manifestations variées du TDAH étant explorées davantage dans les dernières années, aucun des modèles théoriques disponibles n'explique l'ensemble des déficits y étant associés. Cependant, une méta-analyse (Willcut, 2012) utilisant plus de 250 études sur le TDAH soutient la théorie selon laquelle le trouble s'explique, en partie, par un déficit sur le plan de l'inhibition et d'autres fonctions exécutives telles que la flexibilité et la mémoire de travail. De plus en plus, le dysfonctionnement des fonctions exécutives est considéré comme une caractéristique déterminante du TDAH chez les enfants et les adultes (Barkley et al., 2008). Les fonctions exécutives sont définies comme étant des actions dirigées vers soi que l'individu utilise pour s'autoréguler selon les circonstances de l'environnement et qui lui permettent de réaliser et de poursuivre des actions vers l'atteinte d'un objectif (Barkley, 2012). Selon ce modèle, les déficits sur le plan des fonctions exécutives sont liés à un déficit associé à la performance. En effet, les problèmes présentés par les individus ayant

des déficits des fonctions exécutives ne sont pas liés au fait qu'ils ne savent pas quoi faire, mais plutôt qu'ils n'utilisent pas ce qu'ils savent à des moments critiques de performance lorsque l'environnement le requiert dans un temps donné.

En somme, les modèles théoriques du TDAH ont d'abord décrit des dysfonctionnements soit dans les fonctions exécutives, soit dans le système motivationnel. Les modèles plus récents reconnaissent le TDAH comme résultant d'une combinaison de ces facteurs, avec des bases neurobiologiques sous-jacentes variées. Le modèle bipartite intègre ces deux perspectives, soulignant que le TDAH ne peut être entièrement expliqué par un seul type de dysfonctionnement. Les recherches actuelles soutiennent l'idée que les déficits des fonctions exécutives, comme l'inhibition et la flexibilité cognitive, jouent un rôle clé dans le TDAH, mettant en lumière la complexité du trouble et la nécessité d'approches diagnostiques diversifiées. La section suivante détaillera le processus d'évaluation du TDAH.

### **Évaluation du TDAH**

La complexité du TDAH exige qu'il ne soit diagnostiqué que par un clinicien formé, qui interroge les parents/tuteurs, les enseignants et/ou le patient, et qui recherche les critères du trouble (APA, 2013). En outre, le diagnostic de TDAH requiert l'usage du jugement clinique et ne peut pas être établi par des échelles d'évaluation seules, des tests neuropsychologiques spécifiques ou des méthodes d'imagerie cérébrale. La section suivante abordera les lignes directrices retrouvées au Canada.

### **Lignes directrices**

Au Québec, les cliniciens qui sont habilités à évaluer les troubles mentaux peuvent procéder au diagnostic du TDAH. Ceux-ci peuvent être des médecins, des psychologues, des neuropsychologues, des conseillers en orientation, des infirmiers cliniciens et praticiens. Un nombre prépondérant d'évaluations du TDAH sont réalisées en cabinet médical. La *Canadian ADHD Resource Alliance* (CADDRA; 2011) émet la recommandation suivante, concernant la collecte d'informations : Il y est suggéré que les médecins remplissent un formulaire d'évaluation (FE), un formulaire de dépistage (FD), et au moins une échelle d'évaluation (EE). Pour les enfants, le formulaire CADDRA pour l'évaluation par l'enseignant est également suggéré. Les formulaires de suivi sont également recommandés, tout en s'assurant d'avoir complété dès le départ le type de formulaire qui servira de référence de base. Le CADDRA fournit également des formulaires et questionnaires de dépistage et d'évaluation indirecte, il est toutefois possible d'en sélectionner d'autres.

Du côté des pédiatres, les principaux éléments de la démarche diagnostique sont rassemblés par la Société canadienne de pédiatrie (Bélangier et al., 2018) et sont ici résumés au Tableau 2.

## Tableau 2

### *Processus clinique dans le diagnostic de TDAH : la mise en œuvre de lignes directrices et d'un consensus d'experts en pédiatrie*

- 
- Prévoir plusieurs rendez-vous en cabinet pour effectuer l'évaluation diagnostique.
  - Obtenir de l'information détaillée sur les événements prénatals et périnatals et l'évolution physique et mentale du patient.
  - Obtenir l'histoire du développement et du comportement (motricité, langage, étapes du développement social et comportement, y compris le tempérament, la régulation émotionnelle et l'attachement).  
(L'évaluation des étapes du développement est particulièrement importante pour poser un diagnostic chez les enfants d'âge préscolaire, parce qu'un problème d'attention et d'hyperactivité peut également être la manifestation d'un autre trouble neurodéveloppemental.)
  - Évaluer la santé physique et mentale de la famille, le fonctionnement familial et les styles d'adaptation des parents ou des tuteurs.
  - S'informer des troubles génétiques.
  - Rechercher les troubles comorbides (psychiatriques, neurodéveloppementaux et physiques).  
(Les symptômes comorbides respectent-ils les critères d'un autre trouble qui constitue le principal diagnostic OU qui coexiste avec le diagnostic principal de TDAH OU s'agit-il plutôt de symptômes secondaires (découlant du TDAH)?)
  - Examiner la progression scolaire (p. ex., bulletins, exemples de travaux) et chercher des symptômes de trouble d'apprentissage.  
(Les impressions cliniques et les échelles standardisées demeurent les pratiques les plus efficaces pour évaluer la symptomatologie du TDAH.)
  - Obtenir des échelles d'évaluation standardisées du comportement qui tiennent compte des critères du DSM-5 du point de vue des parents ou des tuteurs, des enseignants et de l'adolescent lui-même.
  - Une liste des outils de dépistage et des échelles d'évaluation, surtout en anglais, figure à l'adresse <https://cps.ca/fr/mental-health-screening-tools>.  
(Les échelles d'évaluation ne permettent pas de diagnostiquer le TDAH, mais fournissent des impressions subjectives pour contribuer à quantifier le degré de déviation d'un comportement par rapport à la norme et peuvent être utilisées pour déterminer les effets des interventions à la maison ou à l'école.)
-

## Tableau 2

### *Processus clinique dans le diagnostic de TDAH : la mise en œuvre de lignes directrices et d'un consensus d'experts en pédiatrie (suite)*

- 
- À moins que l'anamnèse et l'examen physique ne l'indiquent :
  - NE PAS demander de tests de laboratoire, de tests génétiques, d'électroencéphalogramme, ni de neuro-imagerie.
  - NE PAS demander d'évaluation psychologique (évaluation standardisée de la fonction intellectuelle et des capacités de réussite scolaire), neuropsychologique ou orthophonique.
  - NE PAS utiliser de tests psychologiques (p. ex., TEACH, tests de performance en continu) ou mesurer la fonction exécutive pour diagnostiquer le TDAH ou surveiller l'amélioration des symptômes ou du fonctionnement au quotidien.
  - Consulter les critères du DSM-5 qui précisent les caractéristiques et symptômes fondamentaux du TDAH :
  - Les symptômes sont graves, persistants (présents avant l'âge de 12 ans et depuis au moins six mois) et ne sont pas appropriés à l'âge et au développement du patient.
  - Tenir compte des exigences et des attentes envers l'enfant et des capacités innées de celui-ci à les respecter. À quoi ressemblera cet enfant plus tard?
  - Les capacités de maîtrise de l'attention, de l'activité et de l'impulsivité s'inscrivent dans un processus de développement. Le DSM n'expose pas les différences en fonction du développement, ce qui peut susciter un sur-diagnostic de TDAH chez les jeunes enfants d'âge préscolaire.
  - Les symptômes s'associent à une altération de la performance scolaire, des relations avec les camarades et la famille et des habiletés d'adaptation.
  - Une telle altération entraîne des symptômes plus graves et plus fréquents, qui nuisent à la capacité de fonctionner dans les principaux secteurs de la vie.
  - S'il y a divergence des symptômes dans divers contextes, il est important d'en établir la raison.
  - Préciser le type de présentation du TDAH en fonction du DSM-5 :
    - Présentation combinée (respect des critères d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité).
    - Présentation inattentive prédominante (respect des critères d'inattention).
    - Présentation hyperactive/impulsive prédominante (respect des critères d'hyperactivité-impulsivité).
  - Préciser la gravité actuelle (légère, modérée, grave) d'après les symptômes et le degré d'altération fonctionnelle.
  - Examens médicaux : Effectuer une évaluation physique et neurologique approfondie et examiner les possibilités de dysmorphies.
-

En somme, lorsque le TDAH est suspecté, les recommandations actuelles sont de faire une anamnèse complète, un examen clinique et d'utiliser des échelles standardisées. Actuellement, la démarche classique pour établir le diagnostic du TDAH se base principalement sur les critères diagnostiques du DSM-5 et s'appuie sur la présence ou non de certains comportements dans les divers milieux de vie de l'enfant, minimalement deux contextes, soit l'école et la maison. Cette procédure de contextualisation croisée implique, notamment, l'utilisation de questionnaires comportementaux élaborés à partir des listes de comportements du DSM-5 et destinés aux contextes des milieux de vie. Certains questionnaires, outre ceux mentionnés précédemment, sont utilisés à grande échelle en Amérique du Nord afin d'évaluer le mieux possible la présence des comportements liés au TDAH.

Parmi les questionnaires fréquemment utilisés, notons *l'Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach, 2011), le *Conners-3rd Edition* (Conners-3®; Conners, 2008), le *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman et al., 2000) et le *ADHD Rating Scales-IV : Checklist, Norms, and Clinical Interpretation* (ARS-IV; DuPaul et al., 1998). Ces questionnaires sont fréquemment utilisés par les psychologues et neuropsychologues. Ce sont des questionnaires hétéro-rapportés et habituellement remplis par les parents et par les enseignants. Ils permettent d'évaluer le fonctionnement de l'enfant dans ses principaux milieux de vie, soit la maison et l'école. La collecte d'informations de différents points de vue a des implications importantes pour la pratique clinique, en particulier en psychologie et neuropsychologie.

En fait, connaître les difficultés les plus pertinentes de l'enfant et dans quel(s) contexte(s) elles surviennent plus fortement et plus fréquemment est fondamental non seulement dans le processus d'évaluation, mais également à des fins d'intervention et pour soutenir les forces des enfants (De Los Reyes et al., 2015). Pour les enfants d'âge scolaire, cela signifie concrètement que les parents et les enseignants peuvent fournir des informations sur le comportement à la maison et à l'école respectivement. Toutefois, l'exigence de contextualisation croisée du DSM-5 représente un défi, car les parents et les enseignants sont souvent en désaccord sur la sorte et la gravité des symptômes du TDAH affichés par un enfant.

Pour résumer, les médecins, psychologues et neuropsychologues tentent généralement de recueillir des formulaires d'évaluation indirectes auprès de plusieurs répondants (p. ex., parents et enseignants) afin d'effectuer l'évaluation la plus complète possible du fonctionnement global de l'enfant. Ces outils étant hétéro-rapportés et subjectifs, il existe de possibles écarts entre les évaluateurs rapportant les symptômes. La prochaine section traitera des différences observées selon les évaluateurs, qu'ils soient parents ou enseignants, répondants aux questionnaires.

### **Différences de perception selon les évaluateurs**

La concordance faible à modérée entre les parents et les enseignants concernant les évaluations comportementales du TDAH est un résultat de recherche commun (intervalle de corrélations = 0,09 à 0,43 (Antrop et al., 2002; Mitsis et al., 2000; Murray et al., 2018;

Sollie et al., 2013; Willcutt, 2012; Wolraich et al., 2004). Par exemple, dans une méta-analyse d'études multi-informateurs, la corrélation moyenne entre les évaluations des parents et des enseignants pour le TDAH n'était que de 0,43 pour l'inattention et de 0,42 pour l'hyperactivité-impulsivité. En effet, il existe des biais inhérents au fait de répondre à des formulaires d'évaluation indirecte, car les perceptions de la symptomatologie sont souvent sujettes au contexte et à d'autres facteurs. Les divergences dans les évaluations peuvent résulter d'un biais des évaluateurs, ce qui pourrait produire des intensités différentes d'évaluations entre les parents et les enseignants. Par exemple, les parents ont tendance à rapporter une plus grande intensité de symptômes TDAH que les enseignants (Antrop et al., 2002; Murray et al., 2018). Les raisons potentielles des évaluations plus élevées par les parents que par les enseignants sont les impacts d'un cadre domestique moins structuré comparé aux cadres scolaires typiques, la plus grande quantité de temps et les moments variés de la journée que les parents passent avec leurs enfants comparés à ceux des enseignants.

Il n'est pas clair si la concordance parent-enseignant diffère à travers les trois types de TDAH (c.-à-d., l'inattention, l'hyperactivité-impulsivité et le mixte). Certaines études rapportent une plus grande concordance parent-enseignant pour les symptômes d'inattention (Antrop et al., 2002; Wolraich et al., 2004), tandis que d'autres indiquent une plus grande concordance pour les symptômes d'hyperactivité-impulsivité (Mitsis et al., 2000; Sollie et al., 2013). La variabilité des méthodes entre les études (c.-à-d., la taille

de l'échantillon, l'âge des participants, et la congruence de l'environnement évalué) peut contribuer aux résultats variés à travers les études.

Il existe plusieurs sources possibles de divergences dans les observations faites par les parents et les enseignants. Par exemple, en raison de la nature subjective des échelles d'évaluation, les croyances des évaluateurs concernant les comportements appropriés selon un niveau de développement donné peuvent varier. Les symptômes rapportés par les différents évaluateurs pourraient donc être intrinsèques aux évaluateurs et non pas refléter de véritables différences dans la présentation des symptômes entre la maison et l'école (Amador Campos et al., 2006).

Pour résumer, la perception d'un évaluateur peut varier en raison de l'environnement qu'il soit structuré comme à l'école ou moins structuré comme à la maison. Ensuite, la perception peut varier en fonction de la disponibilité d'autres pairs du même âge pour la comparaison, qui sont probablement plus disponibles pour les enseignants que pour les parents. La perception peut également varier en fonction de la perturbation fonctionnelle de la symptomatologie, c.à.d. l'hyperactivité-impulsivité est probablement perturbatrice dans une classe et donc observée davantage par l'enseignant que l'inattention. Ce type de mesure hétéro-rapportées est donc sensible à l'environnement où on observera l'enfant tout comme aux connaissances et aux aprioris des évaluateurs.

Afin d'avoir une meilleure connaissance de ce type d'instrument, le lecteur trouvera dans les paragraphes suivants les détails concernant un de ces questionnaires, le Conners-3. Rappelons que ce questionnaire a été retenu comme instrument de mesure dans le cadre de ce présent essai.

### **Conners-3**

Un des outils permettant la collecte d'informations indirectes pour relever la symptomatologie du TDAH est le Conners-3 (*Comprehensive Behavior Rating Scale*, (Conners, 2008). Il s'agit d'un questionnaire multi-informant existant en différentes versions, longue ou courte et qui s'adresse au parent, à l'enseignant ou à l'enfant. Dans la section décrivant la méthode, le Conners-3 sera décrit en détails. Dans la prochaine section, il sera question de son utilité auprès des clientèles TDAH.

Le Conners-3 est largement utilisé en clinique afin de mesurer les comportements liés à l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité. En effet, la mesure des caractéristiques du TDAH sont des outils importants pour les professionnels lorsqu'ils effectuent des évaluations diagnostiques. Cela est également utile afin de recommander des interventions pour la personne présentant un TDAH.

Dans les années 1960, Keith Conners a commencé à étudier les échelles d'évaluation comportementale chez une population d'enfants de Baltimore. En 1989, la première édition du *Conners Rating Scale* a été publiée, permettant d'évaluer globalement le

comportement des enfants par leurs parents ou leurs enseignants avec une liste de symptômes tels que l'hyperactivité, l'inattention, l'alimentation, le tempérament et le sommeil. En 1997, la deuxième édition a été validée sur une population américaine plus importante. Cette édition, qui est basée sur les critères du DSM-III, ajoute un autoquestionnaire pour l'enfant et évalue également les problèmes cognitifs liés aux troubles d'apprentissage, aux comportements oppositionnels et aux difficultés sociales et émotionnelles. La deuxième édition du Conners permet une bonne discrimination entre les enfants atteints de TDAH et la population générale, mais est insuffisante pour différencier le TDAH des enfants atteints d'autres conditions, telles que des troubles d'apprentissage, des troubles envahissants du développement ou un retard mental. D'autre part, Forbes (2001) a effectué une comparaison de l'évaluation des parents et des enseignants. L'étude a été menée avec un groupe homogène de 145 enfants, de la première à la sixième année, référés pour une évaluation de TDAH. Les enfants avaient été référés soit par un enseignant, soit par leur médecin. Les versions parents et enseignants du Conners ont été administrées afin de vérifier leurs utilités cliniques de discrimination entre deux types de TDAH (avec ou sans hyperactivité). De plus, d'autres questionnaires d'évaluation des comportements de l'enfant ont été utilisés : Les *Conners Parent Rating Scale* et le *Conners Teacher Rating Scale* (CPRS-48 et CTRS-28; Conners, 1989), le *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach, 2011) et le *ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale* (ACTeRS; Ullmann et al., 1991). Les résultats ont indiqué que le CBCL et le ADD-H seuls ou en combinaison, ne discriminaient pas significativement entre le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et le trouble du déficit de

l'attention sans hyperactivité (TDA), alors que le meilleur niveau de classement général est venu du CTRS-28, avec toutefois des erreurs de classement entre les catégories de diagnostics. En effet, des analyses discriminantes séparées ont indiqué que pour les deux parents, les échelles d'évaluation ont pu catégoriser correctement plus de 90 % des participants des groupes TDA et TDAH (en combinaison), mais seulement 44 % des participants des groupes « autres diagnostics ». De surcroît, 63 % des participants du groupe TDA étaient mal catégorisés. Pour ce qui est du CPRS-48, il aurait mal catégorisé 80 % des participants des groupes « autres diagnostics » et 74 % des participants des groupes TDA. Les résultats de cette étude importante indiquent que les évaluations des parents sont peu utiles pour faire la distinction entre les enfants atteints de TDA et les enfants dont les symptômes semblables au TDAH et au TDA proviennent d'autres pathologies ou troubles. Cependant, les auteurs mentionnent que la combinaison des évaluations des parents et des enseignants peut être utilisée pour produire des discriminations cliniquement significatives. Les auteurs ont conclu que cela est utile pour différencier les enfants présentant un TDAH et les enfants dont les symptômes typiquement semblables au TDAH ont d'autres provenances.

Avec la publication de la troisième édition en 2008, l'échelle de Conners a été adaptée aux critères diagnostiques du DSM-IV. Cette édition couvre également les troubles du comportement tels que l'opposition et l'agressivité, ou les troubles des conduites, pour permettre une meilleure discrimination des comorbidités. Avec la mise à jour de l'échelle du DSM 5 en 2014, l'interprétation et le calcul des scores des sous-catégories du TDAH

ont été révisés pour correspondre aux critères diagnostiques du DSM 5, mais les items du questionnaire restent les mêmes (Nguyen et al., 2023).

Dans le but de mieux connaître la sensibilité, le pouvoir discriminant du questionnaire Conners-3, des études ont été réalisées afin de savoir comment différents groupes de diagnostics (p. ex., les personnes atteintes de TDAH, les personnes avec d'autres diagnostics cliniques, les personnes sans diagnostic) se positionnent sur les variables d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité (Christiansen et al., 2016; Gomez et al., 2020; Kao et Thomas, 2010; Morales-Hidalgo et al., 2017; Willard et al., 2016).

Le Conners-3 présente des limites en termes de validité convergente et discriminante, ainsi qu'en termes de validité culturelle. Dans les écrits scientifiques, plusieurs études ont mis en évidence des limites associées à l'utilisation du Conners-3 pour l'évaluation des symptômes du TDAH et d'autres problèmes comportementaux. Une préoccupation majeure concerne la validité convergente et discriminante des échelles du Conners-3. Par exemple, une étude a utilisé un modèle « de trait corrélé-méthode corrélée moins un » pour examiner ces aspects de validité et a trouvé qu'il n'y avait pas de support pour la convergence des symptômes d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité à travers les différents répondants, y compris les autoévaluations, les évaluations des mères et des enseignants (Gomez et al., 2020). De plus, la concordance entre les évaluations des parents, des enseignants et des autoévaluations a été trouvée modeste dans une population d'adolescents survivants du cancer avec des difficultés d'attention, sans diagnostic de

TDAH préalable, ce qui souligne la nécessité d'obtenir plusieurs évaluations du comportement pour une évaluation précise (Willard et al., 2016).

En somme, bien que le Conners-3 soit un outil largement utilisé dans l'évaluation du TDAH et d'autres problèmes comportementaux, il présente des limites en termes de validité convergente et discriminante, qui doivent être prises en compte dans la recherche et la pratique clinique. La section suivante détaillera la sensibilité du Conners-3 au TDAH.

### **Sensibilité du Conners-3 au TDAH**

En se penchant sur les évaluations faites par les enseignants, Charach et ses collaborateurs (2009) ont évalué la validité prédictive de l'échelle révisée de Conners (CTRS-R) par rapport à une entrevue clinique semi-structurée. Les auteurs ont analysé les résultats de 1038 enfants, âgés de 6 à 12 ans, qui ont été dépistés à l'aide de la CTRS-R. Leurs enseignants ont été rencontrés en entrevue clinique. Trois niveaux de scores T aux trois sous-échelles de la CTRS-R ont été comparés avec les seuils de symptômes du DSM-IV. Les scores T de 60 et plus à toutes les échelles de la CTRS-R du DSM-IV présentaient une sensibilité élevée, de 91 à 94 %. Ce n'est qu'aux échelles M (hyperactif-impulsif) et N (total des symptômes DSM-IV) que les scores T inférieurs à 60 présentaient une prédictivité de moins de 10 %. Les scores T de 80 et plus offraient une spécificité élevée, de 88 à 93 %, mais ne présentaient pas de prédictivité élevée par rapport à l'entrevue clinique semi-structurée. Les erreurs de classification étaient associées avec la présence plus grande de troubles de langage et de troubles de lecture en comorbidité au TDAH. Les

auteurs ont conclu que la valeur prédictive de la version pour enseignant du CTRS-R était limitée.

Malgré l'utilisation courante des questionnaires remplis par les parents et les enseignants comme sources d'informations indirectes pour diagnostiquer le TDAH, des études ont révélé des différences constantes entre ces deux versions du questionnaire. Les hypothèses avancées pour expliquer ces écarts se concentrent généralement sur les biais des évaluateurs liés à des facteurs tels que les différences raciales, culturelles ou démographiques entre les enseignants et les parents, les niveaux de stress parental ou la santé mentale, ainsi que le manque de connaissance des parents concernant les comportements adaptés à l'âge. Cependant, selon Narad et ses collègues (2015), il est possible que les différences entre les évaluations des parents et des enseignants existent en raison des différentes notions sous-jacentes reflétées par les questionnaires d'évaluation lorsqu'ils sont utilisés par différents évaluateurs. Par exemple, les auteurs mentionnent qu'il serait possible que la formulation des items des questionnaires laisse trop de place à l'interprétation et que la précision de ces éléments pourrait améliorer la validité de contenu.

À la lumière des résultats des études précédentes, il est possible de conclure qu'il y a une controverse sur les liens entre les deux types de questionnaires, soit parents et enseignants, et que les corrélations entre les deux sont souvent très faibles. Une des variables pouvant expliquer pourquoi les corrélations sont faibles entre les perceptions des

parents et des enseignants à l'égard des symptômes de TDAH est le sexe des enfants. En effet, les études ont eu recours à davantage de garçons que de filles et les données n'ont pas systématiquement été étudiées en fonction du sexe de l'enfant. Sur cette base, la section suivante abordera les études ayant différencié la symptomatologie du TDAH selon les garçons et les filles.

### **TDAH selon le sexe des enfants**

Une caractéristique bien établie du TDAH est la grande différence selon les sexes dans les taux de demandes d'évaluations et de confirmation du diagnostic. Le rapport entre les garçons et les filles diagnostiqués avec un TDAH dans l'enfance se situe dans une fourchette de 2 :1 à 10 :1 (Willcutt, 2012). Historiquement, une grande partie de la recherche sur le TDAH s'est principalement concentrée sur les garçons, laissant les présentations chez les filles sous-étudiées à la fois dans les contextes cliniques et de la recherche (Young et al., 2020). Les travaux pionniers dans l'investigation systématique des filles atteintes de TDAH ont commencé il n'y a que quatre décennies. Ainsi, des études récentes soutiennent l'idée que le TDAH se manifesterait de façon différente selon le sexe des enfants. Par exemple, il existe des indications que les filles seraient plus susceptibles de recevoir un diagnostic du type inattentif du TDAH, tandis que les garçons seraient plus susceptibles de recevoir un diagnostic du type combiné du TDAH et de présenter des problèmes de comportements hyperactifs-impulsifs et perturbateurs (Martin et al., 2018). Cependant, les études scientifiques sur les différences entre les sexes concernant les symptômes du TDAH ne parviennent pas à des conclusions unanimes. Certaines études soutiennent l'existence de

différences selon le sexe dans la symptomatologie du TDAH, tandis que d'autres ne les trouvent pas.

Dans cette lignée, des études incluant des enfants de différents âges ne montrent aucune différence entre les garçons et les filles en termes de symptômes selon l'évaluation des parents. Ces études ont inclus des participants présentant les différents types de TDAH. Graetz et al. (2005) ont analysé un échantillon représentatif de 2404 enfants australiens âgés de 6 à 13 ans. Parmi eux, 225 garçons et 99 filles présentaient des symptômes de TDAH selon les entretiens diagnostiques réalisés avec leurs parents. Ces derniers ont été interrogés sur les problèmes de comportement et les difficultés rencontrées par leurs enfants. Les résultats montrent que lorsque les différents types de TDAH sont regroupés, il n'y a pas de différence significative entre les garçons et les filles en ce qui concerne les symptômes principaux, les comorbidités et les troubles associés. Cependant, les filles présentent davantage de plaintes somatiques, tandis que les garçons rencontrent des difficultés scolaires plus prononcées.

Une autre étude (Øie et al., 2018) visait à étudier les différences entre les sexes dans la relation entre les changements dans les symptômes du TDAH, les fonctions exécutives et les symptômes de dépression auto-rapportés et rapportés par les parents chez les garçons et les filles atteints de TDAH sur une période de suivi de deux ans. L'étude a porté sur 198 enfants atteints de TDAH et âgés de 6 à 16 ans. Les résultats de l'étude ont montré, au départ et au suivi, que les garçons présentaient des niveaux plus élevés de symptômes

du TDAH et des résultats inférieurs sur le plan des fonctions exécutives. L'étude a également révélé que les changements dans les symptômes du TDAH étaient associés à des changements sur le plan des fonctions exécutives et des symptômes de dépression rapportés chez les garçons et les filles. Cependant, les symptômes de dépression rapportés par les parents n'étaient associés qu'à des changements dans les symptômes du TDAH chez les filles, mais pas chez les garçons. L'étude suggère que les filles atteintes de TDAH peuvent être plus à risque de développer des symptômes de dépression que les garçons, et que les symptômes de dépression rapportés par les parents peuvent être un indicateur plus fiable de la dépression chez les filles que chez les garçons atteints de TDAH. L'étude souligne l'importance de tenir compte des différences entre les sexes dans l'évaluation et le traitement du TDAH et des symptômes associés, en particulier celui de la dépression.

Dans le même ordre d'idées, Nøvik et ses collaborateurs (2006) ont analysé les données de l'étude ADORE (*ADHD Observational Research in Europe*), une étude longitudinale observationnelle de 24 mois menée dans 10 pays européens qui visait à examiner les différences selon le sexe en termes de motifs de référence, de facteurs sociodémographiques, de symptômes centraux du TDAH, de problèmes de santé concomitants, de fonctionnement psychosocial et de traitement. Ce sont 1478 enfants âgés de 6 à 18 ans présentant des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité, mais sans diagnostic préalable de TDAH, qui ont participé à cette étude. Les résultats démontrent que les ratios de sexe (filles/garçons) variaient d'un pays à l'autre, allant de 1 fille pour 3 garçons à 1 fille pour 16 garçons. Les comparaisons ont révélé peu de différences liées au

sexe dans les symptômes centraux du TDAH et les corrélats cliniques associés. Cependant, dans cette étude, plusieurs différences significatives ont été observées chez les filles par rapport aux garçons dans le contexte du TDAH. Les filles étaient plus susceptibles d'être victimes d'intimidation et moins susceptibles d'être impliquées en tant qu'agresseurs, démontrant ainsi des schémas sociaux distincts. De plus, les parents ont rapporté chez les filles une prévalence plus élevée de symptômes émotionnels associés au TDAH, ainsi qu'un comportement prosocial plus marqué. Ces observations suggéraient une variabilité dans la manifestation des symptômes entre les sexes. En outre, les filles ont été identifiées comme étant plus actives socialement, mais également plus vulnérables à l'intimidation, soulignant ainsi des dynamiques sociales spécifiques aux genres. Cependant, malgré ces différences de présentation, il n'y avait pas de disparité entre les sexes dans le délai avant de rechercher un traitement, indiquant que les filles ne sont pas nécessairement référées plus tardivement que les garçons pour une évaluation et une prise en charge du TDAH. En conclusion, moins de filles que de garçons sont référées pour un TDAH, mais elles présentent un schéma similaire de symptômes liés au TDAH et reçoivent un traitement similaire lors d'une prise en charge.

Dans une récente étude menée par Mowlem et ses collègues (2019), les chercheurs ont examiné les facteurs influençant les différences entre filles et garçons par rapport à la conformité aux critères diagnostiques du TDAH chez les enfants présentant des symptômes élevés de TDAH. L'échantillon comprenait 283 enfants âgés de 7 à 12 ans, issus d'une étude populationnelle. Les filles et les garçons répondant aux critères

diagnostiques du TDAH, établis à partir d'un entretien objectif réalisé par des évaluateurs, ont été comparés à des enfants présentant des symptômes élevés, mais ne répondant pas aux critères diagnostiques. Les parents ont évalué les garçons diagnostiqués comme étant plus affectés que les garçons non diagnostiqués. Cependant, ces auteurs n'ont pas montré le même schéma pour les filles. Les parents auraient donc sous-estimé l'hyperactivité-impulsivité chez les filles diagnostiquées et auraient surestimé l'hyperactivité-impulsivité chez les garçons diagnostiqués par rapport à l'évaluation clinique réalisée par un professionnel.

En ce qui concerne la comparaison des profils cognitifs entre les garçons et les filles atteints de TDAH, d'autres écrits scientifiques mettent en évidence davantage de similitudes que de différences (Martel, 2013 ; Rucklidge, 2010). Dans une étude portant sur des garçons et des filles âgés de 9 à 17 ans et présentant un TDAH (Seidman et al., 2005), les résultats suggèrent que les déficits neuropsychologiques associés au TDAH ne varient pas significativement en fonction du sexe et semblent relativement stables dans le temps, du moins jusqu'à la fin de l'adolescence. Néanmoins, quelques études tendent à montrer que des différences, parfois subtiles, puissent exister. Par exemple, les résultats de l'étude de O'Brien et ses collègues (2010), dont les 56 participants, âgés entre 8 et 13 ans, ont été recrutés dans le milieu clinique et dans la communauté, indiquent que les filles avec un TDAH sont les seules à éprouver des difficultés de planification et de flexibilité.

En somme, quelques études ne supportent pas l'hypothèse que le TDAH se manifesterait de façon différente selon le sexe. D'autres rapportent des différences qui semblent fluctuantes et les résultats varient selon l'observateur (parent ou enseignant). En effet, les études utilisant les enseignants comme observateurs des comportements de l'enfant rapportent des différences de sexe plus marquées. Les différences chez les filles se manifesteraient par davantage de trouble de type inattentif, de moins graves symptômes extériorisés de TDAH chez ces dernières par rapport aux garçons, davantage de difficultés de planification et de changement de stratégies de réponse au point de vue des fonctions exécutives. Enfin, les filles seraient plus à risque de développer des symptômes somatiques, émotionnels et de dépression.

Afin d'approfondir les différences qui peuvent exister entre les filles et les garçons TDAH, la section suivante abordera le rôle du type d'observateur dans la symptomatologie hétéro-rapportée.

### **TDAH selon le sexe de l'enfant et perception de l'observateur**

Étant donné l'importance du rôle des parents et des enseignants dans le processus de référence de l'enfant vers le clinicien, les recherches visant à comprendre pourquoi les filles semblent être sous-représentées dans les populations cliniques, se sont focalisées sur la façon dont les adultes réagissent différemment aux symptômes du TDAH chez les filles et les garçons. Une première explication avancée serait que les parents et les enseignants considèrent le TDAH chez les garçons comme étant plus grave sur le plan clinique que

chez les filles, car la présentation du TDAH chez les garçons est généralement plus évidente et perturbatrice que chez les filles (Gaub et Carlson, 1997). Une seconde explication serait que, même si la présentation du trouble serait similaire chez les garçons et les filles, les parents et les enseignants peuvent y réagir différemment en raison des attentes et des stéréotypes de comportement spécifiques au sexe. Quelques études ont exploré ces hypothèses.

Tout d'abord, les résultats de deux méta-analyses réalisées sur le sujet montrent que les symptômes du TDAH ne seraient pas les mêmes pour les filles et les garçons. Les résultats de Gaub et Carlson (1997) mettent en évidence que chez les jeunes de 13 ans et moins, les filles sont aussi impulsives que les garçons, mais moins hyperactives et inattentives que ces derniers, alors que l'étude de Martin et al. (2018) montre que les filles sont moins inattentives, impulsives et hyperactives que les garçons. Dans ces études, lorsque les résultats sont séparés selon l'observateur (parent ou enseignant), les différences trouvées entre les garçons et les filles sont plus grandes selon l'évaluation des enseignants par rapport à l'évaluation des parents, et ce, dans les deux méta-analyses. Dans d'autres études, les enseignants (Ohan et Visser, 2009; Sciutto et al., 2004) et les parents (Ohan et Visser, 2009) ont indiqué qu'ils étaient plus susceptibles de rechercher une évaluation/intervention supplémentaire pour les garçons présentant des symptômes de TDAH que pour les filles présentant les mêmes symptômes, même si la symptomatologie et les descriptions des manifestations étaient identiques. Toutefois, il n'y a pas de consensus à ce sujet dans les écrits scientifiques. En effet, une autre étude a

révélé que les enseignants perçoivent les filles comme étant plus gravement touchées par les symptômes du TDAH et nécessitant une intervention plus importante que les garçons, du moins en réponse à des descriptions de comportements hyperactifs et impulsifs (Coles et al., 2012). Une autre étude récente de Meyer et ses collègues (2020), dont l'objectif était d'explorer les explications concernant le sous-diagnostic du TDAH chez les filles concluent que les perceptions des parents peuvent différer de ceux des enseignants. À partir d'une analyse secondaire d'un échantillon basé sur la population, des enfants âgés de 3 à 4 ans (N = 153, dont 79 garçons) et des enfants de 8 à 9 ans (N = 144, dont 75 garçons) ont été regroupés en fonction des niveaux de sévérité des comportements directement observés et liés au TDAH (faibles/modérés/élevés). Les groupes ont ensuite été comparés en termes d'évaluations du TDAH par les parents et les enseignants. Les résultats ont révélé que pour les enfants d'âge préscolaire, les évaluations des parents concernant les garçons étaient cohérentes avec le niveau de sévérité, mais pas pour les filles. Pour les enfants plus âgés, les évaluations des parents et des enseignants étaient significativement plus élevées pour les garçons que pour les filles, quel que soit le groupe de sévérité du TDAH. En définitive, le sexe pourrait donc être un facteur qui influence les résultats dans les études qui utilisent les deux versions de questionnaires hétéro-rapportés, puisque les symptômes et leurs niveaux de sévérité ne seraient pas les mêmes pour les garçons et les filles, selon la perception des observateurs.

L'analyse des corrélations entre les évaluations des parents et des enseignants via l'outil Conners-3 revêt un intérêt clinique certain, puisque des nuances importantes dans

la perception des symptômes du TDAH ont été mises en lumière dans les écrits scientifiques sur ce trouble neurodéveloppemental. De plus, les recherches précédentes indiquent une prévalence variable du TDAH selon le sexe et souligne que les symptômes peuvent se manifester différemment. Globalement, l'évaluation du TDAH comporte des défis liés notamment aux approches basées sur des évaluations hétéro-rapportées de nature subjective, et ce, particulièrement en tenant compte du sexe des enfants. Ultimement, cela pourrait souligner la nécessité de développer des méthodes diagnostiques prenant en compte les différences liées au sexe.

### **Hypothèses de recherche**

À notre connaissance, aucune étude sur les deux versions du Conners-3 n'a analysé l'impact possible du sexe des participants. Le but de la présente étude est donc d'étudier les liens entre les Conners-3 parents et enseignants tout en tenant compte du sexe des enfants.

- H1 : Sur la base des études précédentes, il est attendu qu'il y aura des liens allant de faibles à modérés entre les échelles de la version parent et enseignant du Conners-3.
- H2 : Il est attendu que les corrélations entre les échelles des deux versions du Conners-3 (parent et enseignant) seront meilleures pour le groupe composé uniquement de garçons que pour le groupe composé uniquement de filles.
- H3 : Il est attendu que les échelle des Conners-3 parent et enseignant, entre lesquelles il y aura des corrélations significatives, ne seront pas entièrement les

mêmes selon le sexe. Dans cette lignée, les échelles qui ciblent des comportements extériorisés, soit les échelles diagnostiques hyperactivité-impulsivité, trouble des conduites et trouble d'opposition avec provocation auront de plus fortes corrélations pour le groupe des garçons que pour le groupe des filles.

## **Méthode**

Cette section présente la méthode associée à cette étude corrélacionnelle sur dossiers. Elle expose la manière dont s'est déroulé le dépouillement des dossiers, les informations relatives aux participants et l'instrument de mesure utilisé.

### **Déroulement**

Il s'agit d'une étude sur dossier sans expérimentation, le projet a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) qui a émis le certificat d'éthique portant le numéro CERPPE-22-14-10.02. Le dépouillement de 192 dossiers a été possible grâce à la collaboration des neuropsychologues du Centre d'Évaluation Neuropsychologique et des Apprentissages de la Mauricie (CÉNAM). Tous les dossiers des trois dernières années pour des motifs de troubles attentionnels chez des enfants, ont été consultés.

### **Participants**

Les dossiers retenus sont ceux de 192 enfants ayant reçu un diagnostic de Trouble déficitaire du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), suivant une évaluation complète, composée d'une anamnèse détaillée, d'une batterie de tests neuropsychologiques et des questionnaires d'évaluation subjective (Conners-3) complétés par les parents et un enseignant de l'enfant.

De ce nombre, 88 dossiers ont été exclus en raison des diagnostics associés, lesquels étaient constitués de 2 enfants ayant un diagnostic de syndrome de Gilles de la Tourette, 6 enfants ayant un diagnostic de trouble d'opposition avec provocation, 6 enfants ayant un diagnostic de trouble anxieux, 42 enfants ayant un diagnostic de trouble d'apprentissage, 2 enfants ayant un diagnostic de trouble développemental de la coordination, 5 enfants ayant été identifiés de haut potentiel intellectuel, 3 enfants ayant un diagnostic de trouble du langage oral et 22 enfants ayant plus d'un diagnostic qui combinait des troubles parmi ceux nommés précédemment. Ainsi, 104 dossiers ont été sélectionnés selon leur diagnostic TDAH sans autre diagnostic associé. Sur les 104 dossiers retenus, 26 ont été exclus pour données manquantes dans les questionnaires Conners-3. Au terme de la procédure de dépouillement, l'échantillon retenu pour les analyses corrélationnelles est composé de 82 dossiers d'enfants ayant un diagnostic de TDAH sans comorbidité. L'échantillon comporte 45 (55%) garçons et 37 (45%) filles. La moyenne d'âge des enfants est de 9,6 ans, l'écart type de 2,7 et l'étendue est de 6 à 16 ans. L'âge moyen du groupe des filles est de 9.29 ans avec un écart-type de 2.71. L'âge moyen du groupe des garçons est de 9.92 ans avec un écart-type de 2.68. La scolarité moyenne du groupe des filles est de 3.33 ans avec un écart-type de 2.4. La scolarité moyenne du groupe des garçons est de 3.73 ans avec un écart-type de 2.5. Le QI global s'étend de 77 à 126 avec une moyenne de 101,04 et un écart type de 10,76. Le QI moyen du groupe des filles est de 101,74 avec un écart-type de 10.61. Le QI moyen du groupe des garçons est de 100.18 avec un écart-type de 11.04. Un test de comparaison de moyenne sur l'âge des

garçons et des filles ( $t_{[80]} = -1,06, p > 0,05$ ], la scolarité ( $t_{[80]} = -0,74 p > 0,05$ ] et le QI ( $t_{[74]} = 0,63, p > 0,05$ ] a été effectué pour vérifier l'homogénéité des groupes.

### **Instrument de mesure**

Cette section présente l'instrument de mesure retenu pour l'étude. Ses composantes ainsi que ses propriétés psychométriques seront détaillées.

#### **Conners-3**

L'instrument de mesure retenu est le questionnaire Conners, 3<sup>e</sup> édition (Conners-3; Conners, 2008). Ce questionnaire cible l'évaluation du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ainsi que les principaux troubles associés. Le Conners-3 est un inventaire conçu pour être administré pour les personnes âgées de 6 à 18 ans. L'ensemble complet du Conners-3 comprend un questionnaire autoadministré, un questionnaire pour le parent et un questionnaire pour l'enseignant. La durée d'administration est de 20 minutes par questionnaire. Dans le cadre de cette étude, le questionnaire auto-rapporté n'a pas été utilisé car il n'était pas aux dossiers des enfants. Le questionnaire du parent est constitué de 110 items et celui de l'enseignant est constitué de 115 items. L'ensemble des items ont trait à la présence et à la fréquence des comportements du TDAH de l'enfant/adolescent sur une échelle de type Likert à 4 niveaux (*pas du tout, un peu vrai, vrai la plupart du temps* ou *très vrai*). Les résultats permettent l'interprétation à partir de scores standards, de scores T et de rangs percentiles, favorisant ainsi une comparaison avec des enfants/adolescents du même âge pour les deux catégories suivantes :

- Échelles cliniques – Les échelles de cette catégorie renvoient aux comportements de six manifestations cliniques : (1) l'inattention; (2) l'hyperactivité-impulsivité; (3) les troubles d'apprentissage-fonctions exécutives (dans la version du questionnaire pour l'enseignant seulement); (4) les troubles d'apprentissage; (5) l'agressivité; et 6) les relations avec les pairs et la famille. Ces scores sont interprétés comme étant cliniquement significatifs lorsqu'ils dépassent le seuil clinique de  $T = 65$ . Les scores de ces six échelles cliniques serviront aux analyses statistiques de la présente étude.
- Échelles diagnostiques – Les échelles de cette catégorie renvoient aux quatre diagnostics suivants : (1) TDAH de type inattention prédominante; (2) TDAH de type hyperactivité-impulsivité prédominante; (3) Trouble des conduites; et (4) Trouble oppositionnel avec provocation. Ces échelles diagnostiques sont plus spécifiques, puisqu'elles ont été construites en suivant les critères du DSM pour chaque trouble. Elles présentent le grand avantage de combiner des scores continus standardisés. Cela permet de vérifier à quel point les comportements associés à un trouble sont présents par rapport aux enfants du même âge et du même sexe. Les scores de ces quatre échelles diagnostiques serviront aux analyses statistiques de la présente étude.

En ce qui a trait à la fidélité des Conners-3, la cohérence interne est jugée excellente ( $\alpha = 0,77-0,97$ ) et la stabilité test-re test est aussi jugée excellente ( $\alpha = 0,71-0,98$ ). La fidélité inter-juges s'avère modérée ( $r = 0,52-0,94$ ). La validité de construit est supportée

par la comparaison entre le Conners-3 et plusieurs autres instruments mesurant les mêmes construits comme l'ASEBA (validité convergente) et par le degré auquel le Conners-3 peut démontrer différents scores pour des groupes cliniques et typiques (validité divergente).

Dans la section suivante, il sera question des analyses statistiques utilisées pour répondre aux hypothèses de recherche. Pour se faire, des corrélations de Spearman seront faites afin d'étudier les liens qui existent entre les échelles de la version parent et de la version enseignant du Conners-3. Le Rho de Spearman est approprié pour cette étude en raison de la nature des échelles ordinales du Conners-3 et de l'objectif de mesurer la concordance inter-juges entre les parents et les enseignants. Ces corrélations seront faites dans un premier temps avec l'ensemble des participants filles et garçons. Dans un second temps, les corrélations seront faites uniquement avec les garçons, dans un troisième temps, les corrélations seront faites uniquement avec les filles.

## **Résultats**

Dans ce chapitre, les résultats sont présentés en deux sections, soit les résultats de l'ensemble des participants et ceux des participants selon leur sexe. Dans chacune de ces sections, il y a deux types d'analyses : les corrélations entre les types d'évaluateurs (parents Vs enseignants) pour les échelles cliniques du Conners-3, puis pour les échelles diagnostiques. Les analyses ont été effectuées à l'aide de corrélations de Spearman.

### **Relations entre les scores des échelles du Conners-3 pour l'ensemble des participants**

Cette section présente les résultats de l'ensemble des participants. Les Tableaux 3 et 4 présentent les moyennes et les écart-types aux échelles selon le sexe des participants.

**Tableau 3**

*Moyennes et écart-types pour chaque échelle du Conners-3 version Parent, selon le sexe*

Version Parent		Filles		Garçons	
Échelles cliniques		Moyennes	É-T	Moyennes	É-T
1	Inattention	73,92	12,81	76,02	10,19
2	Hyperactivité-impulsivité	70,22	16,41	74,18	14,40
3	Troubles d'apprentissage	66,69	15,46	57,98	11,07
4	Fonctions exécutives	62,03	12,54	64,33	12,79
5	Agressivité	67,49	15,52	73,27	16,59
6	Relations avec les pairs et la famille	58,32	15,87	56,14	12,61
Échelles diagnostiques					
1	Inattention	71,24	12,10	73,69	10,63
2	Hyperactivité-impulsivité	67,68	15,80	72,76	13,69
3	Trouble des conduites	60,42	13,83	64,64	16,37
4	Trouble d'opposition avec provocation	68,43	15,48	73,00	14,64

**Tableau 4**

*Moyennes et écart-types pour chaque échelle du Conners-3 version Enseignant, selon le sexe*

Version Enseignant		Filles		Garçons	
Échelles cliniques		Moyennes	É-T	Moyennes	É-T
1	Inattention	67,50	14,25	62,43	9,66
2	Hyperactivité-impulsivité	60,03	16,28	68,17	14,50
3	Troubles d'apprentissage et des fonctions exécutives	64,18	13,76	57,65	9,15
4	Troubles d'apprentissage	66,21	15,01	56,55	10,83
5	Fonctions exécutives	60,19	13,60	56,92	9,24
6	Agressivité	57,83	17,08	61,92	17,67
7	Relations avec les pairs et la famille	60,97	17,26	57,00	15,45
Échelles diagnostiques					
1	Inattention	65,92	13,62	62,10	9,24
2	Hyperactivité-impulsivité	61,19	16,69	67,77	14,72
3	Trouble des conduites	51,39	10,88	53,36	12,83
4	Trouble d'opposition avec provocation	61,33	18,89	66,36	17,92

### **Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les scores aux échelles cliniques du Conners-3 pour l'ensemble des participants**

Cette section présente, pour l'ensemble des participants, les corrélations entre les échelles cliniques des parents et celles des enseignants. Le Tableau 5 présente les résultats obtenus aux analyses corrélationnelles de l'ensemble des participants.

**Tableau 5**

*Corrélations de Spearman entre les scores des parents et ceux des enseignants aux échelles cliniques du Conners-3 pour l'ensemble des participants (N = 82)*

	1	2	3	4	5	6
1 Inattention	0,20					
2 Hyperactivité-impulsivité		0,19				
3 Troubles d'apprentissage			0,53**			
4 Fonctions exécutives				0,21		
5 Agressivité					0,50**	
6 Relations avec les pairs et la famille						0,52**

*Note.* \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

Les résultats d'analyses corrélationnelles effectuées sur l'échantillon entier mettent en évidence une relation positive entre la perception des parents et des enseignants concernant les symptômes les troubles d'apprentissage, d'agressivité ainsi que des relations avec les pairs et la famille. Cependant, les échelles d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité et du fonctionnement exécutif ne sont pas corrélées entre les réponses des parents et des enseignants. Les parents et les enseignants auraient donc une perception concordante des symptômes de troubles d'apprentissage, d'agressivité ainsi que de relations avec les pairs et la famille, mais auraient une perception différente, tel qu'évalué par les questionnaires Conners-3, sur les symptômes d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité et du fonctionnement exécutif.

### **Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles diagnostiques du Conners-3 pour l'ensemble des participants**

Cette section présente, pour l'ensemble des participants, les corrélations entre les échelles diagnostiques de TDAH, le trouble des conduites et le trouble d'opposition avec provocation des parents et celles des enseignants. Le Tableau 6 présente les résultats obtenus aux analyses corrélationnelles de l'ensemble des participants.

**Tableau 6**

*Corrélations de Spearman entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles diagnostiques du Conners-3 pour l'ensemble des participants (N = 82)*

	1	2	3	4
1 Inattention	0,23*			
2 Hyperactivité-impulsivité		0,24*		
3 Trouble des conduites			0,42**	
4 Trouble d'opposition avec provocation				0,38**

*Note.* \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

Les résultats d'analyses corrélationnelles effectuées sur l'échantillon entier mettent en évidence une relation positive entre la perception des parents et des enseignants concernant les échelles d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité, de trouble des conduites et de trouble d'opposition avec provocation. En somme, les résultats démontrent des corrélations significatives ( $p < 0,01$  et  $p < 0,05$ ) entre les réponses des parents et des enseignants pour chacune des échelles diagnostiques du TDAH lorsque l'ensemble des participants est analysé.

#### **Relations entre les scores des échelles du Conners-3 pour les participants selon le sexe**

Cette section présente les résultats selon le groupe de garçons et de filles. Les corrélations sont présentées selon les échelles cliniques et diagnostiques.

**Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles cliniques du Conners-3 pour les garçons**

Cette section présente, pour le groupe des garçons, les corrélations entre les échelles cliniques des parents et celles des enseignants. Le Tableau 7 présente les résultats obtenus aux analyses corrélationnelles.

**Tableau 7**

*Corrélations de Spearman entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles cliniques du Conners-3 pour les garçons (N = 45)*

	1	2	3	4	5	6
1 Inattention	0,35*					
2 Hyperactivité-impulsivité		0,26				
3 Troubles d'apprentissage			0,42*			
4 Fonctions exécutives				0,48**		
5 Agressivité					0,61**	
6 Relations avec les pairs et la famille						0,64**

*Note.* \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

Les résultats démontrent des corrélations significatives ( $p < 0,01$ ) entre les réponses des parents et des enseignants concernant les échelles d'inattention, de troubles d'apprentissage, des fonctions exécutives, d'agressivité ainsi que des relations avec les pairs et la famille, chez les garçons. Par ailleurs, l'échelle d'hyperactivité-impulsivité n'est pas corrélée entre les réponses des parents et des enseignants pour le groupe des garçons.

### **Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles diagnostiques du Conners-3 pour les garçons**

Cette section présente, pour le groupe des garçons, les corrélations entre les échelles diagnostiques de TDAH, le trouble des conduites et le trouble d'opposition avec provocation des parents et celles des enseignants. Le Tableau 8 présente les résultats obtenus aux analyses corrélationnelles.

**Tableau 8**

*Corrélations de Spearman entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles diagnostiques du Conners-3 pour les garçons*

	1	2	3	4
1 Inattention	0,46**			
2 Hyperactivité-impulsivité		0,34*		
3 Trouble des conduites			0,55**	
4 Trouble d'opposition avec provocation				0,47**

*Note.* \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

Les résultats d'analyses corrélationnelles effectuées sur le groupe des garçons mettent en évidence une relation positive entre la perception des parents et des enseignants concernant les échelles d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité, de trouble des conduites et de trouble d'opposition avec provocation. En somme, les résultats démontrent des corrélations significatives ( $p < 0,01$  et  $p < 0,05$ ) entre les réponses des parents et des enseignants pour chacune des échelles diagnostiques du TDAH lorsque l'échantillon des garçons est utilisé.

### **Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles cliniques du Conners-3 pour les filles**

Cette section présente, pour le groupe des filles, les corrélations entre les échelles cliniques des parents et celles des enseignants. Le Tableau 9 présente les résultats obtenus aux analyses corrélationnelles.

**Tableau 9**

*Corrélations de Spearman entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles cliniques du Conners-3 pour les filles (N = 37)*

	1	2	3	4	5	6
1 Inattention	0,15					
2 Hyperactivité-impulsivité		0,08				
3 Troubles d'apprentissage			0,50**			
4 Fonctions exécutives				0,23		
5 Agressivité					0,34*	
6 Relations avec les pairs et la famille						0,44**

*Note.* \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ .

Les résultats établissent des corrélations significatives ( $p < 0,01$ ) entre les réponses des parents et des enseignants concernant les échelles de troubles d'apprentissage, d'agressivité ainsi que celle des relations avec les pairs et la famille, chez les filles. Les échelles d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité et du fonctionnement exécutif ne sont pas corrélées entre les réponses des parents et des enseignants chez les filles.

### **Relations entre la perception des parents et des enseignants sur les échelles diagnostiques du Conners-3 pour les filles**

Cette section présente, pour le groupe des filles, les corrélations entre les échelles diagnostiques des parents et celles des enseignants. Le Tableau 10 présente les résultats obtenus aux analyses corrélationnelles.

**Tableau 10**

*Corrélations de Spearman entre les réponses des parents et des enseignants aux échelles diagnostiques du Conners-3 pour les filles*

	1	2	3	4
1 Inattention	0,11			
2 Hyperactivité-impulsivité		0,11		
3 Trouble des conduites			0,22	
4 Trouble d'opposition avec provocation				0,26

*Note.* \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$

Les résultats n'établissent aucune corrélation significative entre les réponses des parents et des enseignants concernant les échelles diagnostiques du TDAH chez les filles.

### **Synthèse des analyses statistiques**

Afin d'avoir une vision globale des résultats, le Tableau 11 fait la synthèse des résultats selon les trois catégories d'analyses, soit selon tous les participants, les garçons ou les filles.

**Tableau 11**

*Synthèse des corrélations de Spearman entre l'évaluation des parents et celle de l'enseignant*

	Tous les participants	Garçons	Filles
<b>Échelles cliniques</b>			
Inattention	Non significative	Significative	Non significative
Hyperactivité-impulsivité	Non significative	Non significative	Non significative
Troubles d'apprentissage	Significative	Significative	Significative
Fonctions exécutives	Non significative	Significative	Non significative
Agressivité	Significative	Significative	Significative
Relations avec les pairs et la famille	Significative	Significative	Significative
<b>Échelles diagnostiques</b>			
Inattention	Significative	Significative	Non significative
Hyperactivité-impulsivité	Significative	Significative	Non significative
Trouble des conduites	Significative	Significative	Non significative
Trouble d'opposition avec provocation	Significative	Significative	Non significative

Aux échelles cliniques, en comparant les corrélations entre l'évaluation des parents et des enseignants, il en ressort que les corrélations, lorsque l'ensemble des participants est utilisé, sont significatives pour les échelles de trouble d'apprentissage, d'agressivité et de relations avec les pairs et la famille. Elles sont non significatives pour les échelles d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité et de fonctions exécutives. Chez les garçons, les corrélations entre les échelles cliniques d'inattention, de troubles d'apprentissage, d'agressivité, de relations avec les pairs et la famille et des fonctions exécutives sont significatives. Seule la corrélation pour l'échelle d'hyperactivité-impulsivité est non significative. Les corrélations obtenues pour le groupe des garçons sont donc similaires à

celles obtenues chez l'ensemble des participants, à la différence que les corrélations pour les échelles de l'inattention et des fonctions exécutives sont aussi significatives chez les garçons alors qu'elles ne le sont pas pour l'ensemble des participants. De plus, chez les garçons et le groupe entier, l'échelle des parents et de enseignants pour l'hyperactivité-impulsivité n'est pas significative.

Chez les filles, les corrélations entre l'évaluation des parents et des enseignants aux échelles cliniques sont significatives au niveau des troubles d'apprentissage, de l'agressivité ainsi que des relations avec les pairs et la famille. Les corrélations significatives chez les filles et le groupe de l'ensemble des participants se retrouvent aux mêmes échelles cliniques selon les perceptions entre les parents et les enseignants. Les différences entre les corrélations obtenues chez les garçons et chez les filles aux échelles cliniques se trouvent aux échelles d'inattention et des fonctions exécutives, qui sont corrélées significativement entre les parents et les enseignants chez les garçons mais qui ne le sont pas chez les filles. Enfin, l'échelle hyperactivité-impulsivité des parents et des enseignants n'est pas corrélée pour les filles, comme c'est le cas pour les garçons et le groupe entier.

Au niveau des échelles diagnostiques, les corrélations obtenues chez les garçons et l'ensemble des participants ont les mêmes niveaux de signification ( $p < 0,01$  et  $p < 0,05$ ). En effet, les perceptions entre les parents et les enseignants au niveau des échelles diagnostiques, soit de TDAH, du trouble des conduites et du trouble d'opposition avec

provocation, sont toutes corrélées significativement pour le groupe composé de l'ensemble des participants et pour le groupe des garçons. Le portrait est l'inverse pour les filles. Les scores des parents et des enseignants sur le plan des échelles diagnostiques de TDAH, du trouble des conduites et du trouble d'opposition avec provocation chez les filles ne sont aucunement.

Dans la prochaine section, le lecteur trouvera la discussion des résultats obtenus lors de cette étude. Les limites ainsi que les pistes de recherches futures seront également abordées.

## **Discussion**

Cette section proposera une interprétation des résultats et des recommandations cliniques. Pour terminer, les limites de l'étude seront abordées ainsi que des nouvelles perspectives de recherche.

En résumant les résultats principaux de notre étude, il apparaît que les corrélations entre les évaluations des parents et des enseignants révèlent des différences selon le sexe des enfants et selon la composition des groupes, soit en utilisant les données de tous les participants ou en utilisant seulement celles des garçons ou celles des filles. Pour l'ensemble des participants, les échelles cliniques significatives entre les évaluations des parents et des enseignants concernent les troubles d'apprentissage, l'agressivité et les relations avec les pairs et la famille, tandis que les échelles d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité et des fonctions exécutives ne sont pas significatives. Chez les garçons, s'ajoutent les échelles d'inattention et des fonctions exécutives. Ainsi, pour les garçons, seule l'échelle d'hyperactivité-impulsivité n'est pas corrélée de façon significative entre l'évaluation des parents et celle des enseignants. Pour les filles, les corrélations entre les évaluations des parents et des enseignants sont significatives uniquement pour les troubles d'apprentissage, l'agressivité, et les relations avec les pairs et la famille, avec une absence de corrélation significative pour l'inattention, tout comme celle observée dans l'ensemble des participants.

Sur le plan diagnostique, les corrélations entre les évaluations des parents et des enseignants chez les garçons et l'ensemble des participants sont similaires et significatives pour toutes les échelles, soit l'inattention, l'hyperactivité-impulsivité, le trouble des conduites, et le trouble d'opposition avec provocation, indiquant une cohérence dans les perceptions des parents et des enseignants. Cependant, pour les filles, aucune corrélation significative n'est observée entre les évaluations des parents et des enseignants sur les échelles diagnostiques. Globalement, en ce qui concerne les échelles diagnostiques issues du Conners-3, les résultats marquent une divergence notable entre les parents et les enseignants dans la perception des troubles comportementaux et cognitifs qui soutiennent le diagnostic de TDAH selon le sexe. Il semble que l'instrument ne permet pas une convergence suffisante des observations des échelles diagnostiques entre les parents et les enseignants auprès de filles. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'état psychopathologique ne serait pas exactement le même selon le sexe, par le fait que les biais d'observations varient selon le type d'observateur, ou encore par le fait que le milieu d'observation (domicile familial, école) module différemment l'expression comportementale chez les filles mais pas chez les garçons.

Les résultats obtenus dans cette étude s'alignent partiellement avec l'hypothèse de départ (H1), qui anticipait des liens faibles, c'est-à-dire des coefficients inférieurs à 0.3, entre les évaluations des parents et des enseignants avec l'outil Conners-3. En effet, les corrélations entre les réponses des enseignants et des parents pour l'ensemble des participants sont significatives sur plusieurs échelles cliniques et diagnostiques, avec

toutefois de faibles quotients de corrélation en majorité, ainsi que des corrélations moyennes (soit entre 0.3 et 0.5) et certaines élevées (0.5 à 0.7, la plus élevée étant de 0.64). De plus, les résultats montrent que, pour l'ensemble des participants et pour le groupe des filles, les corrélations entre les évaluations des parents et des enseignants sont significatives pour plusieurs échelles cliniques (troubles d'apprentissage, agressivité, relations avec les pairs et la famille), toutefois, le niveau de signification n'est aucunement atteint pour le groupe des filles quant aux échelles diagnostiques, ce qui soutient l'idée que les corrélations sont plus élevées pour les groupes composé de l'ensemble des participant et pour celui des garçons. Ces données vont dans le sens de la deuxième hypothèse (H2) selon laquelle une amélioration des corrélations était attendue pour le groupe des garçons. En effet, le niveau plus élevé de corrélations dans le groupe sans distinction de sexe serait un effet attribuable aux garçons y étant inclus.

Notamment, les échelles des fonctions exécutives et d'inattention, qui sont également significatives chez les garçons, renforcent cette observation. En revanche, chez les filles, les résultats indiquent des corrélations significatives uniquement pour certaines échelles cliniques (troubles d'apprentissage, agressivité, relations avec les pairs et la famille), avec une absence de corrélation significative pour l'inattention et les fonctions exécutives, ce qui diffère du groupe des garçons. Par ailleurs, au niveau diagnostique, aucune échelle n'est significative pour le groupe des filles. Cette particularité chez les filles, où certaines corrélations attendues ne sont pas significatives suggère que les liens entre les évaluations des parents et des enseignants sont en effet moins cohérents pour ce groupe. Ces

différences entre les groupes soutiennent la troisième hypothèse (H3), puisque les échelles des Conners-3 parent et enseignant, entre lesquelles il y a des corrélations significatives, ne sont pas entièrement les mêmes selon le sexe. Au niveau diagnostique, les corrélations significatives observées chez les garçons et l'ensemble des participants pour les deux échelles spécifiques au TDAH, soit l'échelle d'inattention et l'échelle d'hyperactivité-impulsivité, ainsi que pour les deux échelles de diagnostics souvent associées au TDAH, soit l'échelle des troubles des conduites et celle du trouble de l'opposition avec provocation, supportent davantage l'hypothèse que les corrélations entre les évaluations des parents et des enseignants sont plus élevées pour les garçons que pour les filles. Les échelles qui ciblent des comportements extériorisés, soit les échelles diagnostiques hyperactivité-impulsivité, trouble des conduites et trouble d'opposition avec provocation ont des corrélations plus élevées pour le groupe des garçons que pour le groupe des filles, ce qui questionne la formulation diagnostique du TDAH et les potentiels biais d'observateurs. L'absence de corrélations aux quatre échelles diagnostiques chez les filles va aussi dans ce sens tout en revêtant une importance clinique majeure.

Ainsi, ces observations valident globalement les trois hypothèses proposées, mettant en évidence des nuances importantes dans la manière dont le sexe des enfants influence les corrélations entre les perceptions des parents et des enseignants sur les comportements et les difficultés cognitives, que ce soit selon les échelles cliniques ou les échelles diagnostiques évaluées par l'outil Conners-3.

L'interprétation des résultats obtenus apporte un éclairage sur la manière dont les perceptions des parents et des enseignants, à travers l'outil Conners-3, varient en fonction du sexe des enfants. Cependant, puisqu'aucune étude précédente n'a porté sur ce type d'analyse, il n'est pas possible de les comparer. Ces résultats novateurs suggèrent que, malgré une certaine cohérence globale dans les perceptions entre parents et enseignants pour l'ensemble des participants, et spécifiquement chez les garçons, des divergences notables émergent lorsqu'on examine les résultats par sexe, en particulier chez les filles.

Premièrement, le fait que les corrélations entre les évaluations des parents et des enseignants soient significatives pour plusieurs indices cliniques chez les garçons, chez les filles et l'ensemble des participants, indique une certaine uniformité dans la reconnaissance des symptômes de troubles d'apprentissage, d'agressivité, et des problèmes relationnels. Cela souligne l'importance de l'outil Conners-3 comme un moyen efficace pour détecter ces symptômes chez les garçons et les filles, avec toutefois une imprécision notable.

Les résultats présentés dans cet essai confirment également des résultats issus de travaux antérieurs faits avec différents outils d'évaluation, particulièrement en ce qui a trait aux différences de sexe dans l'évaluation des troubles comorbides. Par exemple, Willcut (2012) a souligné que les garçons sont plus fréquemment diagnostiqués avec des troubles comportementaux, comparativement aux filles. Les résultats de la présente étude, montrant des corrélations significatives pour les troubles d'apprentissage, l'agressivité,

les fonctions exécutives et les problèmes relationnels chez les garçons, au niveau clinique, ainsi que les troubles des conduites et d'opposition avec provocation, au niveau diagnostique, renforcent cette observation. En effet, les parents et les enseignants ont un niveau d'accord significatif pour ces échelles qui renvoient à des composantes associées au TDAH.

Cependant, les divergences entre les évaluations des parents et des enseignants chez les filles, notamment l'absence de corrélation significative pour l'inattention et les différences dans les perceptions des fonctions exécutives, mettent en lumière les limites potentielles de l'outil Conners-3 lorsqu'il est utilisé pour évaluer ces symptômes chez les filles. Cela peut refléter des différences dans l'expression des symptômes entre les sexes ou une sensibilité variable de l'outil aux particularités comportementales et cognitives féminines. L'identification de l'inattention et des fonctions exécutives comme étant significatives uniquement chez les garçons, comparativement aux filles et à l'ensemble des participants, suggère une piste de recherche intéressante, notamment sur la sensibilité de l'outil Conners-3 à ces fonctions selon le sexe de l'enfant. Cette observation pourrait indiquer une nuance dans l'expression du TDAH qui n'a pas été suffisamment explorée dans les études précédentes, puisque les filles demeurent sous-représentées dans ces études. Les raisons principales de la sous-représentation de longue date des filles atteintes de TDAH comprennent : (a) l'insistance scientifique/professionnelle à long terme selon laquelle la condition était extrêmement rare chez les filles (et encore plus chez les femmes, car on supposait que le TDAH était limité à l'enfance); (b) la prédominance de la

présentation inattentive et donc moins visibles chez les filles; (c) des taux plus faibles de troubles du comportement perturbateurs concomitants chez les filles ou un début plus tardif de ces derniers, supprimant la visibilité et la pertinence des symptômes féminins; (d) le biais des cliniciens selon lequel les symptômes du TDAH indiquent le diagnostic chez les garçons mais pas chez les filles; (e) la constatation que les évaluations des parents et des enseignants sous-estiment systématiquement les modèles de comportement du TDAH chez les filles, par rapport aux garçons, même lorsque les comportements observés objectivement sont similaires entre les sexes; et (f) des taux plus élevés de comportements de compensation chez les filles (Hinshaw et al., 2022). En outre, les filles sont évaluées plus tardivement et l'évaluation et le diagnostic du TDAH, en particulier à l'âge adulte, posent des défis uniques en raison de variations dans les profils de symptômes et l'influence de troubles comorbides (Millenet et al., 2018; Vildalen et al., 2019). La prépondérance masculine pourrait également être due à l'étiologie sous-jacente au TDAH par rapport à un « effet protecteur féminin ». Ce modèle suggère que les femmes ont besoin d'une plus grande vulnérabilité génétique et environnementale ou d'une exposition à des facteurs associés au TDAH pour manifester le même degré de déficience et justifier un diagnostic que les hommes atteints de TDAH (Taylor et al., 2016). Il a été démontré que les frères et sœurs de femmes atteintes de TDAH présentent un risque familial plus élevé de TDAH que les frères et sœurs d'hommes atteints de TDAH. Il convient de noter que de tels résultats pourraient résulter du fait que les parents ont un seuil plus élevé pour reconnaître les symptômes du TDAH chez les filles ou que les cliniciens ont un seuil plus élevé pour diagnostiquer le TDAH chez les femmes, et/ou une plus grande probabilité de

diagnostiquer le TDAH chez les femmes si leurs symptômes de TDAH sont accompagnés de problèmes de comportement supplémentaires qui rendent leurs symptômes de TDAH plus importants (Martin et al., 2018). Il y a donc historiquement une sous-représentation du sexe féminin dans les écrits scientifiques sur le TDAH. Néanmoins, cela change depuis les dernières années, d'où l'importance de poursuivre la recherche dans ce domaine.

Sur le plan cognitif, les résultats de recherche sur les différences de sexe dans les fonctions exécutives sont mixtes, certains travaux suggérant de légères différences tandis que d'autres ne trouvent pas de différences significatives. Par exemple, certaines études ont trouvé que les filles pourraient surpasser les garçons dans des tâches nécessitant l'implication de la mémoire de travail verbale. Halpern (2012) rapporte que les différences de sexe dans la mémoire de travail verbale sont généralement petites mais robustes consistantes, les filles et les femmes montrant souvent de meilleures performances que les garçons et les hommes dans ces tâches. Les garçons pourraient avoir un avantage dans certaines tâches spatiales, de flexibilité ou de planification. Par exemple, dans leur étude, Ruthsatz et ses collaborateurs (2019) ont exploré les différences de sexe dans les performances sur des tâches de planification visuospatiale, un aspect clé des fonctions exécutives, en lien avec l'intelligence générale. Ils ont utilisé des tâches neuropsychologiques standardisées pour évaluer la planification et les compétences visuospatiales chez les participants masculins et féminins sans TDAH, tout en contrôlant l'effet de l'intelligence générale sur ces performances. Les résultats ont indiqué que, même après ajustement pour l'intelligence générale, il existait des différences

significatives entre les sexes dans les performances de certaines tâches de planification et visuospatiales. Par exemple, les garçons montraient généralement de meilleures performances dans les tâches visuospatiales. Cependant, ces différences sont généralement petites et il existe une grande variabilité individuelle au sein de chaque sexe. Par ailleurs, selon une méta-analyse menée par Hasson et Fine (2012), il semble y avoir une différence plus marquée dans l'inhibition des réponses motrices entre les garçons présentant ou non un TDAH, comparativement aux filles présentant ou non ce trouble.

D'autres études ont exploré les différences cognitives entre les filles et les garçons atteints de TDAH. Par exemple, une étude menée par Skogli et al. (2013) a examiné les différences de performance cognitive entre les sexes chez les enfants atteints de TDAH. Parmi les outils spécifiques utilisés figuraient le Test de d2 d'attention concentrée pour évaluer l'attention sélective et la version informatisée de la tâche de la tour de Londres pour évaluer la planification et la flexibilité cognitive. Leurs résultats ont montré que bien que les filles et les garçons présentent des symptômes similaires de TDAH, il existe des différences dans les profils cognitifs. Les filles atteintes de TDAH ont montré des déficits importants dans les domaines de l'attention sélective et de la mémoire de travail par rapport aux garçons atteints de TDAH.

Une autre étude, menée par Bunford et al. (2015), a examiné les différences dans les profils exécutifs entre les filles et les garçons atteints de TDAH, en utilisant des tâches telles que le *Wisconsin Card Sorting Test*, pour mesurer la flexibilité cognitive, et le

*Continuous Performance Test* pour évaluer l'attention soutenue et le contrôle inhibiteur. Leurs résultats ont montré que les filles présentaient des déficits plus importants dans les fonctions exécutives liées à la mémoire de travail et au contrôle inhibiteur par rapport aux garçons.

En regard des modèles théoriques du TDAH, les observations relatives à l'importance des fonctions exécutives chez les garçons et chez les filles pourraient indiquer que les manifestations du TDAH et les dysfonctionnements neurocognitifs sous-jacents diffèrent selon le sexe. Cela peut renforcer la notion d'une hétérogénéité dans les dysfonctionnements cognitifs associés au TDAH et la pertinence d'intégrer cette hétérogénéité dans l'évaluation diagnostique. Il y a donc lieu d'approfondir l'évaluation du TDAH avec des tâches cognitives et exécutives, puisqu'il existerait des différences selon les écrits scientifiques et que les questionnaires, tel que le Conners-3, pourraient ne pas révéler. Dans le cadre de la présente étude, les corrélations entre les évaluations faites par les parents et les enseignants en regard des fonctions exécutives divergent selon le sexe des enfants.

Concernant la perception des symptômes diagnostiques par les parents et les enseignants, les résultats de la présente étude vont dans le même sens de ceux issus de recherches antérieures qui ont également mis en évidence des différences dans la perception des symptômes entre parents et enseignants, notamment en ce qui concerne l'hyperactivité-impulsivité. L'absence de relation significatives entre les questionnaires

parents et enseignants pour les échelles diagnostiques chez les filles peut être expliquée par plusieurs raisons, telles que rapportées par Narad et al. (2015). D'abord, les comportements externalisés que sont l'hyperactivité-impulsivité, les troubles des conduites et le trouble d'opposition avec provocation sont plus observables, par leur nature perturbatrice. Effectivement, les enseignants observent les enfants dans des situations nécessitant une attention soutenue dans un contexte structuré, tandis que les parents ont moins l'occasion de faire de telles observations. Ces auteurs soutiennent que les évaluations des symptômes effectuées par des évaluateurs observant l'enfant dans des contextes semblables et congruents (p. ex., père et mère de la famille) présentent un niveau d'accord plus élevé que celles faites dans des contextes différents et incongruents, tels que la maison versus l'école. Entre 16 et 23 % de la variance des évaluations pourraient être attribuée aux effets de la source selon ces auteurs. Ces résultats soutiennent l'idée que les effets de source et de contexte jouent un rôle significatif dans les évaluations des symptômes du TDAH par les parents et les enseignants.

Les résultats de la présente étude reflètent ces constats, en particulier l'absence de corrélation significative pour l'hyperactivité-impulsivité et l'inattention dans l'évaluation des filles. Ce constat corrobore l'idée que les symptômes d'hyperactivité et d'impulsivité sont plus fréquemment identifiés chez les garçons, notamment parce que les parents sous-estiment l'hyperactivité-impulsivité chez les filles et surestiment l'hyperactivité-impulsivité chez les garçons, tel que soutenu dans l'étude de Mowlem et al. (2019). Néanmoins, l'absence de corrélation significative pour l'inattention chez les filles suggère

une possible limitation de l'outil Conners-3 en termes de sensibilité aux symptômes chez ce sexe, reflétant ainsi les discussions sur la sous-évaluation des filles atteintes de TDAH et le biais de perception sociale en fonction du sexe. L'absence de corrélations significatives chez les filles pour les symptômes diagnostiques, et spécifiquement au niveau de l'inattention qui est pourtant le profil TDAH le plus fréquemment diagnostiqué chez ces dernières (Willcutt, 2012), suggère que les perceptions des parents et des enseignants sur les troubles spécifiques peuvent être influencées par des biais liés au sexe et au contexte. Cela peut indiquer une nécessité de développer des stratégies d'évaluation plus nuancées et sensibles au sexe et au contexte pour assurer une identification plus spécifique du profil TDAH et plus précise des besoins des filles.

Ces résultats soulignent également qu'il est possible que les manifestations cliniques du TDAH inattentif soient moins évidentes et moins perturbatrices sur le plan comportemental que celles des autres types. Barkley (2012) a souligné que les comportements associés à l'inattention peuvent être attribués à des caractéristiques telles que la paresse ou le manque de motivation chez les garçons, alors qu'ils sont plus souvent perçus comme des signes de troubles chez les filles. Cette différence de perception peut entraîner un sous-diagnostic chez les garçons, car les symptômes peuvent être moins remarqués ou considérés comme moins problématiques par les parents et les enseignants. En effet, dans notre étude, les corrélations entre les évaluations parents et enseignants au point de vue de l'inattention ne sont pas significatives chez les filles et le sont avec un faible coefficient chez les garçons, aux échelles cliniques. Les comportements associés à

l'inattention, tels que la procrastination, la désorganisation et la distraction, peuvent être moins remarqués ou moins attribués à un trouble par les parents et les enseignants, ce qui pourrait entraîner un sous-diagnostic particulièrement chez les filles.

Qui plus est, dans les écrits scientifiques, il est suggéré que les filles peuvent développer des mécanismes de compensation pour masquer les symptômes du TDAH inattentif, tels qu'une plus grande tolérance à la frustration ou des stratégies d'adaptation plus efficaces. Ces stratégies peuvent rendre les difficultés liées à l'inattention moins apparentes et donc moins susceptibles d'être identifiées comme des symptômes de TDAH (Hinshaw et al., 2007). Par ailleurs, selon un consensus d'experts (Young et al., 2020), les filles atteintes de TDAH de type inattentif peuvent présenter des symptômes moins évidents sur le plan comportemental que les garçons ou que les filles présentant d'autres types de TDAH. Plutôt que de manifester des comportements hyperactifs ou impulsifs qui sont souvent associés au TDAH, les filles peuvent montrer des signes d'inattention plus subtils, tels que la désorganisation, la procrastination et la difficulté à se concentrer. Pour faire face à ces symptômes, ces auteurs suggèrent que les filles développent des stratégies de compensation ou d'adaptation, comme la mémorisation des routines, l'utilisation de rappels visuels ou la recherche d'un environnement calme pour se concentrer. Ces stratégies peuvent aider les filles à mieux fonctionner dans leur quotidien et à masquer leurs difficultés aux yeux des autres, y compris à ceux des parents et des enseignants (Young et al., 2020).

En somme, ces résultats contribuent à la compréhension des complexités entourant l'évaluation des troubles comportementaux et cognitifs chez les enfants. Ils mettent en évidence le besoin d'approches personnalisées et sensibles au sexe et au contexte dans l'évaluation et le diagnostic des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants, ainsi que l'importance d'une collaboration étroite entre les parents et les enseignants pour une compréhension complète des besoins de chaque enfant. La présente étude souligne également l'importance de poursuivre la recherche pour affiner les outils d'évaluation comme le Conners-3, afin qu'ils reflètent plus fidèlement les diverses manifestations de troubles comportementaux et cognitifs du TDAH chez les filles et les garçons. La section suivante donnera, dans cette optique, des recommandations cliniques pour une évaluation plus fine.

### **Recommandations cliniques**

Concernant l'évaluation du TDAH, notre étude met en lumière les défis liés aux approches basées sur des évaluations subjectives, dites aussi hétéro-rapportées. La variabilité observée dans les corrélations, et plus spécifiquement les faibles corrélations, de niveau non significatif pour les échelles diagnostiques chez les filles, accentuent la complexité de l'évaluation du TDAH et soulignent la nécessité de développer des méthodes diagnostiques prenant en compte les différences de sexe. Cela échoit aux inquiétudes exprimées dans les recherches précédentes sur la validité des instruments d'évaluation tels que le Conners-3. L'absence de corrélation significative entre les évaluations des parents et des enseignants chez les filles pour toutes les échelles diagnostiques soulève des

questions importantes sur les potentiels biais de sexe dans l'évaluation du TDAH. Les cliniciens et les chercheurs devraient considérer la possibilité d'approfondir les évaluations ainsi que les perceptions de la part des parents et des enseignants afin d'obtenir une vision complète du comportement d'un enfant. Lorsque le TDAH est suspecté, les recommandations actuelles sont de faire une anamnèse complète, un examen clinique et d'utiliser des échelles standardisées. Il serait toutefois important de bonifier l'évaluation avec davantage d'instruments de mesure qui seront adaptés aux filles tant qu'aux garçons. Par exemple, Gaub et Carlson (1997) ont développé une version révisée de l'échelle de Conners adaptée aux filles, appelée *Conners Parent Rating Scale-Revised: Short Form (CPRS-R:S)*. Cette version prend en compte les différences de présentation du TDAH chez les filles en incluant des items plus sensibles à leurs symptômes tels que l'inattention, comme l'item « Se perd souvent dans ses pensées et semble distrait ». Rucklidge (2010) souligne l'importance d'utiliser des outils d'évaluation sensibles aux symptômes spécifiques des filles, tels que la tendance à internaliser les problèmes plutôt qu'à les exprimer par des comportements externalisés.

Suivant cette idée concernant la différence entre les perceptions des observateurs au sujet des comportements plus saillants, dérangeants et externalisés, on note que certains auteurs font un lien entre les fonctions exécutives dites chaudes et froides, selon le modèle de Zelazo et Muller (2002). Ces auteurs décrivent les fonctions exécutives *hot* et *cool* comme deux aspects complémentaires de la régulation cognitive et émotionnelle. Les fonctions exécutives froides sont impliquées dans des tâches décontextualisées et

abstraites, telles que la planification, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail. Elles nécessitent une réflexion logique et une résolution de problèmes en l'absence de fortes charges émotionnelles. En revanche, les fonctions exécutives chaudes concernent la régulation des émotions et la prise de décision en situations émotionnellement chargées, impliquant la sensibilité à la récompense et à la punition. Ce modèle théorique aide à comprendre comment les individus régulent leur comportement et leurs émotions dans divers contextes. Afin de vérifier ce modèle auprès d'enfants ayant un TDAH, une étude de Antonini, Becker, Tamm et Epstein (2015) a inclus 212 enfants, dont 146 garçons et 66 filles, âgés de 4 à 8 ans. Les fonctions exécutives "froides" (contrôle cognitif) ont été évaluées à l'aide de l'*Amsterdam Neuropsychological Task* (ANT), tandis que les fonctions exécutives "chaudes" (régulation émotionnelle/motivationnelle) ont été mesurées avec des tâches comme le *Balloon Analogue Risk Task* (BART). Les résultats ont révélé que les enfants avec TDAH, qu'ils aient ou non un TOP, présentaient des déficits dans les deux types de fonctions exécutives.

Dans cette lignée, Blair et Diamond (2008) notent que les filles démontrent généralement de meilleures compétences en autorégulation, y compris le contrôle inhibiteur et la mémoire de travail, par rapport aux garçons. Cette différence peut influencer la présentation et la gestion des symptômes du TDAH. Ces différences dans les fonctions exécutives ont des implications importantes pour les comportements extériorisés. Selon la perspective de Blair et Diamond (2008), les garçons, qui rencontrent souvent plus de difficultés avec les fonctions exécutives chaudes, telles que la régulation

émotionnelle et la prise de décision affective, sont plus susceptibles de manifester des comportements extériorisés. Les déficits dans la régulation émotionnelle peuvent conduire à des comportements impulsifs, agressifs et défiants, caractéristiques des troubles comme le trouble des conduites et le trouble d'opposition avec provocation. En revanche, les filles, ayant généralement de meilleures compétences en autorégulation, peuvent présenter des symptômes moins visibles de TDAH, mais pourraient encore souffrir de difficultés internes telles que l'anxiété ou la dépression.

De plus, il convient de souligner que les points de vue des parents et des enseignants peuvent différer en raison de leurs interactions spécifiques avec l'enfant, ce qui nécessite une prise en compte minutieuse lors de la collecte de données et lors de l'analyse des résultats. En effet, Murray et al. (2018) ont mené une étude longitudinale sur un échantillon de 1388 enfants en explorant les symptômes du TDAH à 7, 9, et 11 ans. Cinq catégories d'inattention et cinq d'hyperactivité-impulsivité ont été identifiées, révélant des différences dans les profils développementaux des symptômes selon les informateurs, parents et enseignants. Cette recherche a mis en lumière que certains prédicteurs spécifiques au contexte sont liés à des expressions spécifiques de symptômes. Notamment, les relations avec les enseignants ont prédit les niveaux de symptômes spécifiques à l'école (rapportés par les enseignants), mais pas ceux spécifiques à la maison (rapportés par les parents), après ajustement pour d'autres facteurs de risque de symptômes du TDAH. Aucun sous-type défini exclusivement par des symptômes à la maison n'a émergé, suggérant, bien que les symptômes puissent parfois être spécifiques au contexte scolaire,

qu'ils sont rarement confinés au contexte familial. Le sous-typage selon le contexte pourrait être informatif.

Ensuite, considérant le fait que des déficits cognitifs soient associés au TDAH, des auteurs proposent d'adopter une démarche d'évaluation multimodale en y incluant notamment l'évaluation cognitive, le tout dans le but d'augmenter la fiabilité du diagnostic de TDAH (Duff et Sulla, 2015; Pritchard et al., 2014). Il existe plusieurs données dans les écrits scientifiques à l'effet que les filles et les garçons avec TDAH présentent des différences dans leurs profils cognitifs. En ce qui concerne le profil cognitif des jeunes filles atteintes du TDAH, les données actuelles valident la présence de déficits dans diverses dimensions cognitives (Biederman et al., 2004). Ainsi, par rapport aux filles présentant un développement typique, celles qui souffrent de TDAH montrent des déficits à plusieurs niveaux cognitifs, y compris la planification, la vigilance, l'inhibition, la mémoire de travail, la flexibilité cognitive, la vitesse de traitement de l'information, l'attention soutenue et certaines compétences motrices (Hinshaw et al., 2007; Seidman et al., 2005). Une évaluation neuropsychologique ciblant notamment les fonctions exécutives est donc recommandée. Par ailleurs, les tests neuropsychologiques devraient aussi être normés selon le sexe des participants.

En somme, une évaluation multimodale, incluant l'anamnèse, l'examen clinique, des évaluations comportementales ainsi que la bonification d'évaluations cognitives faite dans le cadre d'une évaluation neuropsychologique permettraient de mieux cerner les

difficultés des filles et des garçons. De cette façon, l'estimation des symptômes du TDAH chez les filles pourrait être interprétée différemment à la lumière du profil cognitif de ces dernières et des difficultés fonctionnelles qui en découlent, et ainsi réduire le sous-diagnostic possible du TDAH chez les filles.

En ce qui concerne les différences des troubles comorbides entre les garçons et les filles, une évaluation systématique des sphères affectives et sociales serait appropriée. En effet, les écrits scientifiques ainsi que nos résultats démontrent que les filles ont davantage de symptômes en lien avec la sphère sociale et de difficultés au niveau de l'humeur, tel que les symptômes de dépression. Des plaintes somatiques seraient aussi davantage rapportées (Martin et al., 2018; Nøvik et al., 2006; Young et al., 2020). De façon générale, les auteurs mettent l'accent sur les différents schémas de comorbidité et de difficultés selon les sexes, les filles présentant plus de troubles internalisés (p. ex., l'anxiété, la dépression) et les garçons plus de troubles externalisés (p. ex., le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble des conduites) (Rucklidge, 2010).

En résumé, les recommandations émergentes soulignent l'importance d'une évaluation approfondie et multimodale pour mieux comprendre le TDAH chez les enfants. Les cliniciens doivent considérer les perceptions des parents et des enseignants, en tenant compte des différences contextuelles dans l'expression des symptômes et d'un possible sous-typage. En effet, l'absence de corrélations significatives entre les évaluations des parents et des enseignants, notamment aux échelles diagnostiques chez les filles, mettent

en évidence que les critères diagnostiques actuels ne correspondent pas à l'expression comportementale des symptômes de TDAH des filles selon la source, soit le type d'évaluateur, et selon le contexte, soit l'école ou la maison.

Des évaluations standardisées doivent être complétées par une évaluation neuropsychologique pour identifier les déficits spécifiques chez les filles et les garçons atteints de TDAH. Une évaluation systématique des sphères affectives et sociales est également recommandée, en particulier chez les filles présentant des symptômes de dépression et des difficultés sociales et émotionnelles. En intégrant ces recommandations dans la pratique clinique, il est possible d'améliorer la précision du diagnostic et d'adapter les interventions pour répondre aux besoins individuels des enfants atteints de TDAH.

### **Limites de l'étude**

Dans notre étude, nous rencontrons plusieurs limites importantes à prendre en compte, principalement en lien avec la méthodologie utilisée. Bien que notre étude sur dossiers offre une source de données précieuse pour la recherche, elle présente des biais potentiels, de qualité des données, de contrôle expérimental et d'inférence causale. Il est donc crucial d'interpréter les résultats de manière prudente. Premièrement, il est essentiel de reconnaître la limite dans l'interprétation des corrélations par rapport à des analyses de différences de groupe. En effet, les corrélations ne nous renseignent pas sur les différences entre les scores aux échelles du Conners selon le sexe des participants. Deuxièmement, la taille de notre échantillon limite significativement la portée de notre étude.

Troisièmement, les études sur dossiers peuvent être limitées par l'exactitude et la fiabilité des informations contenues dans les dossiers. Les erreurs de saisie de données, les lacunes dans les enregistrements et les différences dans la manière dont les informations sont documentées peuvent compromettre la qualité des données analysées.

Ainsi, nous devons reconnaître les limites dans la généralisation des résultats. Les conclusions tirées de notre étude corrélationnelle ne peuvent pas être extrapolées à d'autres populations ou contextes en raison des différences potentielles dans les variables non contrôlées et de la qualité des données récoltées. Par conséquent, il est important d'interpréter nos résultats avec prudence et de les compléter par d'autres résultats de recherche pour obtenir une compréhension plus approfondie des phénomènes de différences entre les perceptions des évaluateurs en regard des symptômes de TDAH selon le sexe de l'enfant évalué. La section suivante proposera des pistes de recherches pouvant être faites afin d'améliorer la méthodologie et augmenter la valeur des résultats.

### **Recherches futures**

Cette section discutera des avenues pour des recherches futures en tenant compte des limites identifiées dans notre étude.

Premièrement, il est impératif d'explorer davantage les mécanismes sous-jacents à la relation entre les variables mesurées. En effet, des études futures devraient examiner de manière plus approfondie les liens entre les perceptions des évaluateurs et les symptômes

de TDAH chez les enfants, en tenant compte des facteurs et variables potentiellement confondants comme le type de TDAH. Par ailleurs, il serait approprié de comparer des groupes de garçons et de filles en tenant compte de la présence ou non de troubles comorbides. De plus, en ajoutant dans le protocole de recherche des questionnaires sur les sphères sociales, émotionnelles et cognitives, cela répondrait non seulement à une préoccupation clinique mais également à la qualité des résultats en évaluant la contribution de ces facteurs. Deuxièmement, il est nécessaire d'élargir la taille de l'échantillon pour obtenir des résultats plus représentatifs et généralisables. Cela pourrait impliquer la collaboration avec plusieurs centres de recherche ou la mise en place d'études multicentriques pour augmenter la diversité de l'échantillon et améliorer la validité externe des résultats. Enfin, une exploration approfondie des différences entre les perceptions des évaluateurs en fonction du sexe de l'enfant évalué est nécessaire. Des études qualitatives pourraient permettre de mieux comprendre les raisons sous-jacentes à ces différences de perception et de proposer des interventions visant à les atténuer. Notamment, en considérant le contexte dans lequel l'évaluation se déroule et la qualité de l'évaluateur, soit par exemple à la maison avec le père ou la mère, dans une classe avec l'enseignant de musique ou de mathématiques, il serait possible de poser des questions plus précises à l'évaluateur. Des variables telles que le temps passé avec l'enfant, la structure de l'environnement dans lequel l'enfant est observé et la communication entre les parents et les enseignants sont toutes des variables potentielles qui pourraient influencer les évaluations et qui pourraient être prises en compte. Cela permettrait d'obtenir davantage de données de nature qualitative sur l'influence du contexte dans

lequel se déroule l'évaluation et d'explorer des possibles variables médiatrices. Ce type d'informations supplémentaires pourraient éclairer les différences étiologiques, fonctionnelles ou de résultats entre ceux qui manifestent une expression des symptômes dans différents contextes, scolaire ou familial. Troisièmement, il faut souligner les limites que pose une étude qui repose sur des données déjà récoltées, comme c'est le cas de la présente étude qui a été réalisé à partir des évaluations qui ont avaient été faites dans une clinique privée au cours des dernières années. Selon cette méthode, il n'a pas été possible de choisir tous les tests que nous aurions aimé utiliser pour étudier la question du sexe chez les TDAH. Il est donc souhaitable que les prochaines études reposent sur méthode expérimentale en récolte des données avec des participants nouveaux.

En somme, l'exploration de ces pistes de recherches futures pourrait contribuer à combler les lacunes identifiées dans notre étude et à approfondir notre compréhension des liens entre les perceptions des évaluateurs et les symptômes TDAH identifiés chez les jeunes, selon leur sexe.

## **Conclusion**

Le TDAH est un trouble neurodéveloppemental courant chez les enfants, avec une prévalence mondiale estimée à 7,2 %. Les méta-analyses montrent un ratio garçons/filles d'environ deux pour un, avec des corrélations spécifiques entre les symptômes et diverses conséquences sociales et scolaires. Les enfants atteints de TDAH peuvent également présenter des troubles comorbides tels que la dépression et le trouble des conduites. Les modèles théoriques du TDAH initiaux ont décrit des dysfonctionnements dans les fonctions exécutives ou le système motivationnel. Les modèles plus récents reconnaissent une combinaison de ces facteurs, avec diverses bases neurobiologiques. Le modèle bipartite souligne que le TDAH ne peut être entièrement expliqué par un seul type de dysfonctionnement, tandis que les recherches actuelles insistent sur le rôle crucial des fonctions exécutives dans le TDAH, soulignant sa complexité et la nécessité d'approches diagnostiques diversifiées.

Bien que les déficits des fonctions exécutives soient globalement similaires, les garçons et les filles peuvent présenter des profils de symptômes différents liés au TDAH. L'étude de Loyer Carbonneau, Demers, Bigras et Guay (2021), une méta-analyse de 54 études, souligne que les déficits des fonctions exécutives sont un aspect crucial du TDAH qui affecte les garçons et les filles de manière comparable. Bien que les manifestations des symptômes puissent varier, les défis cognitifs liés aux fonctions exécutives sont similaires entre les sexes. Cette compréhension est essentielle pour adapter les

interventions et les soutiens afin de répondre aux dysfonctionnements exécutifs chez tous les enfants atteints de TDAH, peu importe leur sexe et leur sous-type de TDAH.

Pour une évaluation complète, les professionnels de santé utilisent souvent des formulaires d'évaluation indirecte auprès de différents répondants (parents et enseignants), mais leur caractère subjectif peut entraîner des écarts entre les évaluateurs. La perception d'un évaluateur peut varier en fonction de l'environnement (structuré à l'école, moins structuré à la maison), de la disponibilité de pairs du même âge pour la comparaison (plus disponibles pour les enseignants), et de la perturbation fonctionnelle de la symptomatologie (l'hyperactivité-impulsivité étant plus remarquable en classe). Ces facteurs influent sur les évaluations hétéro-rapportées, sensibles à l'environnement et aux connaissances des évaluateurs.

Dans cette étude, nous avons mené une analyse sur dossiers pour examiner les différences de perception entre les évaluateurs (parents et enseignants) en fonction du sexe des participants, tous présentant un TDAH. Nous avons utilisé le Conners-3, un instrument de mesure hétéro-rapporté, pour identifier les manifestations cliniques et les symptômes lors du processus diagnostique. Les analyses de corrélation ont révélé des liens faibles entre les évaluations des parents et des enseignants avec le Conners-3. En particulier, les difficultés et les symptômes du TDAH chez les filles ont été perçus différemment entre les deux groupes d'évaluateurs, ce qui a conduit à un manque de consensus sur les critères diagnostiques (inattention, hyperactivité-impulsivité). En somme, notre étude a mis en

évidence une plus ou moins grande concordance entre les évaluations des parents et des enseignants en fonction du sexe des enfants concernant diverses manifestations cliniques et diagnostiques liées au TDAH. Pour l'ensemble des participants, les corrélations significatives entre les évaluations des parents et des enseignants ont porté sur les troubles d'apprentissage, l'agressivité et les relations avec les pairs et la famille, tandis que les échelles d'inattention, d'hyperactivité-impulsivité et des fonctions exécutives ne présentaient pas de corrélations significatives. Chez les garçons, les corrélations significatives incluent également les échelles d'inattention et des fonctions exécutives, à l'exception de l'hyperactivité-impulsivité. Pour les filles, seules les évaluations des parents et des enseignants concernant les troubles d'apprentissage, l'agressivité et les relations avec les pairs et la famille présentent des corrélations significatives, avec une absence de corrélation significative pour l'inattention. Ces résultats questionnent l'outil Conners-3 et de son adaptation à l'évaluation diagnostique des filles. Des recommandations sont donc nécessaires, notamment pour élaborer une approche d'évaluation prenant en compte les spécificités du profil des filles. Il est essentiel que les professionnels de la santé (médecins, psychologues, neuropsychologues) et ceux des milieux scolaires disposent d'outils adéquats pour reconnaître le TDAH chez les filles et les aider à exploiter pleinement leur potentiel. De plus, compte tenu des modèles théoriques du TDAH mettant l'accent sur des déficits des fonctions exécutives, une évaluation de ces dernières dans le cadre d'un examen neuropsychologique est recommandée. Enfin, une évaluation multimodale comprenant les sphères affectives et sociales est nécessaire, puisque les troubles comorbides sont très fréquents et que,

particulièrement chez les filles, des comportements de compensation peuvent masquer les symptômes TDAH et comorbides dans une évaluation sur questionnaire TDAH traditionnel. Dans le cadre de cet essai, nous devons être prudents dans la généralisation de nos résultats en raison des limites inhérentes à une étude corrélative sur dossiers. Pour obtenir une compréhension plus approfondie de ces phénomènes, des recherches futures pourraient explorer les mécanismes sous-jacents, élargir la taille de l'échantillon et mener des études qualitatives pour comprendre les différences de perception et proposer des procédures d'évaluation.

## Références

- Achenbach, T. M. (2011). Child Behavior Checklist. Dans J. S. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Éds). *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 546-552). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3\\_1529](https://doi.org/10.1007/978-0-387-79948-3_1529)
- Amador Campos, J. A., Forns Santacana, M., Guàrdia Olmos, J., & Però Cebollero, M. (2006). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar [Factor structure and descriptive data from the Attention Profile and the ADHD Questionnaire for school-age children]. *Psicothema*, *18*(4), 696-703. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718403.pdf>
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5 : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antrop, I., Roeyers, H., & Oosterlaan, J. (2002). Agreement between parent and teacher ratings of disruptive behavior disorders in children with clinically diagnosed ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*, 67-73. <https://doi.org/10.1023/A:1014057325752>
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*(1), 65-94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2012). *Executive functioning and self-regulation: Extended phenotype, synthesis, and clinical implications*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4<sup>e</sup> éd.). Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fisher, M., Smallish, L., & Fletcher, K. R. (2002). The persistence of attention deficit hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(2), 279-289. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.111.2.279>
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Publications.

- Bélanger, S. A., Andrews, D., Gray, C., & Korczak, D. (2018). ADHD in children and youth: Part 1-Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatrics et Child Health, 23*(7), 447-453. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy109>
- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological Medicine, 42*(4), 875-887. <https://doi.org/10.1017/S003329171100153X>
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Doyle, A. E., Seidman, L. J., Wilens, T. E., Ferrero, F., Morgan, C. L., & Faraone, S. V. (2004). Impact of executive function deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 757-766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.757>
- Blair, C., & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology, 20*(3), 899-911. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000436>
- Brown, T. E. (2013). *A new understanding of ADHD in children and adults: Executive function impairments*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203067536>
- Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, B. T. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review, 18*(3), 185-217. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0184-z>
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2011). *Canadian ADHD Practice Guidelines* (3<sup>e</sup> éd.). <https://caddra.ca/pdfs/caddraGuidelines2011.pdf>
- Charach, A., Chen, S., Hogg-Johnson, S., & Schachar, R. J. (2009). Using the Conners' Teacher Rating Scale—Revised in school children referred for assessment. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*(4), 232-241. <https://doi.org/10.1177/070674370905400404>
- Chen, Q., Hartman, C. A., Haavik, J., Harro, J., Klungsoyr, K., Hegvik, T. A., Wanders, R., Ottosen, C., Dalsgaard, S., Faraone, S. V., & Larsson, H. (2018). Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PloS One, 13*(9), e0204516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204516>
- Christiansen, H., Hirsch, O., Drechsler, R., Wanderer, S., Knospe, E., Günther, T., & Lidzba, K. (2016). German validation of the Conners-3® Rating Scales for parents,

- teachers, and children. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 44(2), 139-147. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/A000408>
- Coles, E. K., Slavec, J., Bernstein, M., & Baroni, E. (2012). Exploring the gender gap in referrals for children with ADHD and other disruptive behavior disorders. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), 101-108. <https://doi.org/10.1177/1087054710381481>
- Collett, B. R., Ohan, J. L., & Myers, K. M. (2003). Ten-year review of rating scales. V: Scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1015-1037. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070245.24125.B6>
- Conners, C. K. (1989). *Conners' rating scales manual*. Multi-Health Systems.
- Conners, C. K. (2008). *Conners* (3<sup>e</sup> éd.). Multi-Health Systems.
- De Los Reyes, A., Augenstein, T. M., Wang, M., Thomas, S. A., Drabick, D. A. G., Burgers, D. E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, 141(4), 858-900. <https://doi.org/10.1037/a0038498>
- Diallo, F. B., Rochette, L., Pelletier, É., Langille, D., Kisely, S., & Vasiliadis, H. M. (2019). *Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) au Québec*. Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ. Document consulté le 12 décembre 2023 de [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2535\\_surveillance\\_deficit\\_attention\\_hyperactivite.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2535_surveillance_deficit_attention_hyperactivite.pdf)
- Duff, C. T., & Sulla, E. M. (2015). Measuring executive function in the differential diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: Does it really tell us anything?. *Applied Neuropsychology. Child*, 4(3), 188-196. <https://doi.org/10.1080/21622965.2013.848329>
- DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., & Reid, R. (1998). *ADHD Rating Scale—IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. The Guilford Press.
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., et Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, Article 15020. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., Atwoli, L., ... & Wang, Y. (2021). The World Federation of

- ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159-165. <https://doi.org/10.1017/S003329170500471X>
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Forbes, G. B. (2001). A comparison of the Conners' Parent et Teacher Rating Scales, the ADD-H Comprehensive Teacher's Rating Scale, and the Child Behavior Checklist in the clinical diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 25-40. <https://doi.org/10.1177/108705470100500103>
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child et Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
- Gomez, R., Vance, A., & Stavropoulos, V. (2020). Correlated trait-correlated method minus one analysis of the convergent and discriminant validity of the Conners-3 Short Forms. *Assessment*, 27(7), 1467-1480. <https://doi.org/10.1177/1073191118803714>
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177, 534-539. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.534>
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., & Baghurst, P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(2), 159-168. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00008>
- Groenman, A. P., Janssen, T. W. P., & Oosterlaan, J. (2017). Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(7), 556-569. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.004>
- Halpern, D. F. (2012). *Sex differences in cognitive abilities* (4<sup>e</sup> éd.). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203816530>

- Hasson, R., & Fine, J. G. (2012). Gender differences among children with ADHD on continuous performance tests: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders, 16*(3), 190-198. <https://doi.org/10.1177/1087054711427398>
- Hinshaw, S. P., Carte, E. T., Fan, C., Jassy, J. S., & Owens, E. B. (2007). Neuropsychological functioning of girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder followed prospectively into adolescence: Evidence for continuing deficits?. *Neuropsychology, 21*(2), 263-273. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.21.2.263>
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual research review: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in girls and women: Underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 63*(4), 484-496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *Trajectoire optimale de services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes ayant un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ou des difficultés apparentées*. Rapport rédigé par Joëlle Brassard et Brigitte Moreault. [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS\\_Avis\\_Trajectoire\\_TDAH.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Trajectoire_TDAH.pdf)
- Kao, G. S., & Thomas, H. M. (2010). Test review: C. Keith Conners Conners-3rd Edition Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems, 2008. *Journal of Psychoeducational Assessment, 28*(6), 598-602. <https://doi.org/10.1177/0734282909360011>
- Katusic, M. Z., Voigt, R. G., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Homan, K. J., & Barbaresi, W. J. (2011). Attention-deficit hyperactivity disorder in children with high intelligence quotient: results from a population-based study. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP, 32*(2), 103-109. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318206d700>
- Kennedy, M., Kreppner, J., Knights, N., Kumsta, R., Maughan, B., Golm, D., Rutter, M., Schlotz, W., & Sonuga-Barke, E. J. (2016). Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Clinical presentation, developmental continuities, and life circumstances in the English and Romanian Adoptees study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 57*(10), 1113-1125. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12576>
- Loyer Carbonneau, M., Demers, M., Bigras, M., & Guay, M.-C. (2021). Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits. *Journal of Attention Disorders, 25*(12), 1640-1656. <https://doi.org/10.1177/1087054720923736>

- Luman, M., Oosterlaan, J., & Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review, 25*(2), 183-213. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.11.001>.
- Martel, M. M. (2013). Individual differences in attention deficit hyperactivity disorder symptoms and associated executive dysfunction and traits: sex, ethnicity, and family income. *The American Journal of Orthopsychiatry, 83*(2 Pt 3), 165-175. <https://doi.org/10.1111/ajop.12034>
- Martin, J., Walters, R. K., Demontis, D., Mattheisen, M., Lee, S. H., Robinson, E., Brikell, I., Ghirardi, L., Larsson, H., Lichtenstein, P., Eriksson, N., 23andMe Research Team, Psychiatric Genomics Consortium: ADHD Subgroup, iPSYCH-Broad ADHD Workgroup, Werge, T., Mortensen, P. B., Pedersen, M. G., Mors, O., Nordentoft, M., Hougaard, D. M., ... Neale, B. M. (2018). A genetic investigation of sex bias in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry, 83*(12), 1044-1053. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.11.026>
- Meyer, B. J., Stevenson, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2020). Sex differences in the meaning of parent and teacher ratings of ADHD behaviors: An observational study. *Journal of Attention Disorders, 24*(13), 1847-1856. <https://doi.org/10.1177/1087054717723988>
- Millenet, S., Laucht, M., Hohm, E., Jennen-Steinmetz, C., Hohmann, S., Schmidt, M. H., Esser, G., Banaschewski, T., Brandeis, D., & Zohsel, K. (2018). Sex-specific trajectories of ADHD symptoms from adolescence to young adulthood. *European Child et Adolescent Psychiatry, 27*(8), 1067-1075. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1129-9>
- Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(3), 308-313. <https://doi.org/10.1097/00004583-200003000-00012>
- Morales-Hidalgo, P., Hernández-Martínez, C., Vera, M., Voltas, N., & Canals, J. (2017). Psychometric properties of the Conners-3 and Conners Early Childhood Indexes in a Spanish school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 17*(1), 85-96. <https://doi.org/10.1016/J.IJCHP.2016.07.003>
- Mowlem, F. D., Rosenqvist, M. A., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., & Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European Child et Adolescent Psychiatry, 28*(4), 481-489. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>

- Murray, A. L., Ribeaud, D., Eisner, M., Murray, G., & McKenzie, K. (2018). Should we subtype ADHD according to the context in which symptoms occur? Criterion validity of recognising context-based ADHD presentations. *Child Psychiatry and Human Development*, *50*, 308-320. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0842-4>
- Narad, M. E., Garner, A. A., Peugh, J. L., Tamm, L., Antonini, T. N., Kingery, K. M., Simon, J. O., & Epstein, J. N. (2015). Parent-teacher agreement on ADHD symptoms across development. *Psychological Assessment*, *27*(1), 239-248. <https://doi.org/10.1037/a0037864>
- Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, *49*(12), 1045-1057. <https://doi.org/10.1002/eat.22643>
- Nguyen, V., Montout, C., Mura, T., Purper-Ouakil, D., & Lopez-Castroman, J. (2023). Concordance and validity between versions of the ADHD Conners scale for Parents. *L'Encéphale*, *S0013-7006(23)00145-8*. Publication en ligne devancée. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.07.006>
- Nøvik, T. S., Hervas, A., Ralston, S. J., Dalsgaard, S., Rodrigues Pereira, R., Lorenzo, M. J., & ADORE Study Group (2006). Influence of gender on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Europe--ADORE. *European Child et Adolescent Psychiatry*, *15*(Suppl 1), I15-I24. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-1003-z>
- O'Brien, J. W., Dowell, L. R., Mostofsky, S. H., Denckla, M. B., & Mahone, E. M. (2010). Neuropsychological profile of executive function in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, *25*(7), 656-670. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq050>
- Ohan, J. L., & Visser, T. A. (2009). Why is there a gender gap in children presenting for attention deficit/hyperactivity disorder services?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *38*(5), 650-660. <https://doi.org/10.1080/15374410903103627>
- Øie, M., Hovik, K. T., Andersen, P. N., Czajkowski, N. O., & Skogli, E. W. (2018). Gender differences in the relationship between changes in ADHD symptoms, executive functions, and self- and parent-report depression symptoms in boys and girls with ADHD: A 2-year follow-up study. *Journal of Attention Disorders*, *22*(5), 446-459. <https://doi.org/10.1177/1087054716664407>

- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, *43*(2), 434-442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Pritchard, A. E., Koriakin, T., Jacobson, L. A., & Mahone, E. M. (2014). Incremental validity of neuropsychological assessment in the identification and treatment of youth with ADHD. *The Clinical Neuropsychologist*, *28*(1), 26-48. <https://doi.org/10.1080/13854046.2013.863978>
- Rommelse, N., Antshel, K., Smeets, S., Greven, C., Hoogeveen, L., Faraone, S. V., & Hartman, C. A. (2017). High intelligence and the risk of ADHD and other psychopathology. *The British journal of psychiatry: The Journal of Mental Science*, *211*(6), 359-364. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184382>
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, *33*(2), 357-373. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>
- Ruthsatz, V., Neubauer, A. C., & Grabner, R. H. (2019). The gender-specific nature of the relationship between intelligence and performance in visuospatial planning tasks. *Journal of Intelligence*, *7*(1), 5. <https://doi.org/10.3102/1436518>
- Sciutto, M. J., Nolfi, C. J., & Bluhm, C. (2004). Effects of child gender and symptom type on referrals for ADHD by elementary school teachers. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *12*(4), 247-253. <https://doi.org/10.1177/10634266040120040501>
- Seidman, L. J., Valera, E. M., & Makris, N. (2005). Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1263-1272. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.019>
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T., & Øie, M. (2013). ADHD in girls and boys-gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC Psychiatry*, *13*(1), Article 298. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>
- Sollie, H., Larsson, B., & Mørch, W. T. (2013). Comparison of mother, father, and teacher reports of ADHD core symptoms in a sample of child psychiatric outpatients. *Journal of Attention Disorders*, *17*(8), 699-710. <https://doi.org/10.1177/1087054711436010>
- Sonuga-Barke E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: From common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological Psychiatry*, *57*(11), 1231-1238. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.09.008>

- Stojanovski, S., Felsky, D., Viviano, J. D., Shahab, S., Bangali, R., Burton, C. L., Devenyi, G. A., O'Donnell, L. J., Szatmari, P., Chakravarty, M. M., Ameis, S., Schachar, R., Voineskos, A. N., & Wheeler, A. L. (2019). Polygenic risk and neural substrates of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in youths with a history of mild traumatic brain injury. *Biological Psychiatry*, 85(5), 408-416. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.06.024>
- Taylor, M. J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Anckarsäter, H., Greven, C. U., & Ronald, A. (2016). Is there a female protective effect against attention-deficit/hyperactivity disorder? Evidence from two representative twin samples. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(6), 504-512.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.004>
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Ullmann, R. K., Sletor, E. K., & Sprague, R. L. (1991). *Add-h comprehensive teacher's rating scale (acters)*. Western Psychological Services.
- Vaillancourt, J. P. (2012). L'origine neurologique du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : fait ou hypothèse? *Revue québécoise de psychologie*, 33(1), 253-270. [https://www.jpvaillancourt.com/wp-content/uploads/2012/09/ZLI3\\_JPVaillancourt\\_final\\_6juin2012.pdf](https://www.jpvaillancourt.com/wp-content/uploads/2012/09/ZLI3_JPVaillancourt_final_6juin2012.pdf)
- Vasiliadis, H. M., Diallo, F. B., Rochette, L., Smith, M., Langille, D., Lin, E., Kisely, S., Fombonne, E., Thompson, A. H., Renaud, J., & Lesage, A. (2017). Temporal trends in the prevalence and incidence of diagnosed ADHD in children and young adults between 1999 and 2012 in Canada: A data linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(12), 818-826. <https://doi.org/10.1177/0706743717714468>
- Vildalen, V. U., Brevik, E. J., Haavik, J., & Lundervold, A. J. (2019). Females with ADHD report more severe symptoms than males on the adult ADHD self-report scale. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 959-967. <https://doi.org/10.1177/1087054716659362>
- Willard, V. W., Conklin, H. M., Huang, L., Zhang, H., & Kahalley, L. S. (2016). Concordance of parent-, teacher-, and self-report ratings on the Conners-3 in adolescent survivors of cancer. *Psychological Assessment*, 28(9), 1117-1126. <https://doi.org/10.1037/PAS0000265>
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>

- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr, Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & Subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *144*(4), Article e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Bickman, L., Simmons, T., Doffing, M. A., & Worley, K. A. (2004). Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, *25*(1), 41-47. <https://doi.org/10.1097/00004703-200402000-00007>
- Yao, S., Kuja-Halkola, R., Martin, J., Lu, Y., Lichtenstein, P., Noring, C., Birgegård, A., Yilmaz, Z., Hübel, C., Watson, H., Baker, J., Almqvist, C., Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Thornton, L. M., Magnusson, P. K., Bulik, C. M., & Larsson, H. (2019). Associations between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and various eating disorders: A Swedish nationwide population study using multiple genetically informative approaches. *Biological Psychiatry*, *86*(8), 577-586. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.04.036>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., Tierney, K., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*, *20*(1), Article 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). Executive function in typical and atypical development. In U. Goswami (Ed.), *Handbook of childhood cognitive development*, 445-469. Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470996652.ch20>