

Université de Montréal

La relation entre les cognitions sociales des parents, les pratiques parentales et les  
caractéristiques comportementales de l'enfant ayant un TDAH

par  
Marie-Christine Beaulieu

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
*Philosophiae doctor* – Doctorat en psychologie (Ph.D)

Département de psychologie  
Faculté des arts et des sciences

Septembre 2013  
© Marie-Christine Beaulieu, 2013

Université de Montréal

## RÉSUMÉ

À ce jour, plusieurs études se sont penchées sur l'influence des comportements problématiques des enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) sur les pratiques parentales (Chronis-Tuscano et al., 2008), mais peu de recherches se sont intéressées à la relation entre ce que pensent les parents et la façon dont ils se comportent avec leur enfant (Rudy & Grusec, 2006). L'objectif principal de cette thèse est d'étudier la relation entre les cognitions sociales des parents, les pratiques parentales et les caractéristiques comportementales de l'enfant présentant un TDAH. Une première étude examine la relation entre les cognitions sociales des parents (attributions causales, sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP)), les caractéristiques comportementales de l'enfant (sous-type TDAH, symptômes concomitants) en lien avec les pratiques parentales utilisées. Cent dix familles dont l'enfant a un TDAH ont participé à l'étude. Les résultats indiquent que plus les parents ont un SAEP élevé, plus ils rapportent employer une discipline appropriée, une discipline verbale positive, des félicitations/récompenses et moins ils rapportent utiliser une discipline sévère/inconstante ou la punition physique. Les résultats montrent également que l'attribution des comportements de désobéissance de l'enfant soit à l'effort important du parent, soit au manque d'effort de l'enfant joue un rôle prédictif en regard respectivement de l'utilisation d'une discipline verbale positive ou de l'utilisation d'une discipline sévère et inconstante par le parent. Par ailleurs, le fait de percevoir des symptômes d'opposition chez l'enfant TDAH prédit l'utilisation d'une discipline appropriée et d'une discipline verbale positive. Enfin, la présence de symptômes concomitants au TDAH prédit l'utilisation d'une discipline sévère et inconstante. L'objectif de la seconde étude est d'examiner le rôle des cognitions sociales des parents d'enfant ayant un TDAH en lien avec les pratiques parentales

utilisées après leur participation à deux types d'intervention (programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ou soutien téléphonique (ST)) comparativement à un groupe contrôle (GC). Les résultats suggèrent que dans certains cas, le SAEP ou les attributions causales prédisent différemment les pratiques parentales selon que les parents ont ou non participé à une intervention, mais il est prématuré de conclure que les cognitions sociales des parents d'enfant TDAH sont des modérateurs du changement des pratiques parentales. Les implications méthodologiques, conceptuelles et cliniques de ces deux études sont discutées.

Mots-clés : cognitions sociales, pratiques parentales, attributions parentales, sentiment d'auto-efficacité parental, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

## ABSTRACT

Studies have confirmed that behavior of children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) affects parents' parenting practices (Chronis-Tuscano et al., 2008). However, only few studies have investigated the association between parental social cognition and parenting practices in parents of children with ADHD (Rudy & Grusec, 2006).

The principal purpose of this thesis was to examine the association between parental social cognitions, parental practices and the behavioural characteristics of their child diagnosed with ADHD. The purpose of the first study was to examine the association between parental social cognitions (parental causal attributions, parental self-efficacy), behavioural characteristics of their child (ADHD subtypes, comorbidity symptoms) and parental practices. Multiple regressions indicate that parental self-efficacy is associated with more use of appropriate discipline, praise and incentives, positive verbal discipline, and less use of harsh and inconsistent discipline and physical punishment. Results also show that parental causal attributions for the child's misbehaviour to their own efforts are a predictor of positive verbal discipline whereas parents' causal attributions for the child's misbehaviour to the child's lack of efforts are a predictor of harsh and inconsistent discipline. Parents' perception of their child's oppositional symptom is a predictor of appropriate discipline and positive verbal discipline. Finally, the presence of comorbidity symptoms in ADHD children is a predictor of harsh and inconsistent discipline. The purpose of the second study was to examine the association between cognitions (self-efficacy, causal attributions) of parents of ADHD children about their child's behavior and their parental practices following an intervention (parent training program (PTP), support phone call (SPC)) in comparison with a control group (CG). Multiple regressions indicated that in some instances parental self-efficacy and causal

attributions were predictors of parenting practices after the intervention. However it would be premature to conclude to the moderating role of social cognitions with regard to parenting practices following an intervention. Clinical implications of these results are explored in the discussion.

Keywords : social cognitions, parenting practices, parental attributions, parental self-efficacy, attention-deficit/hyperactivity disorder

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	ii
ABSTRACT.....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	ix
REMERCIEMENTS.....	xiii
INTRODUCTION .....	1
Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité .....	3
Relation parent-enfant.....	5
Modèle bidirectionnel .....	5
Modèle transactionnel.....	7
Relation entre les cognitions sociales des parents et leurs pratiques parentales.....	8
Attributions causales.....	8
Sentiment d'auto-efficacité parental .....	10
Les questions de recherche .....	12
ARTICLE 1 Prédicteurs des pratiques parentales : cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDAH .....	13
Résumé.....	14
Abstract.....	15
Pratiques parentales .....	18
Relation entre les caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH et les pratiques parentales .....	19
Sous-type TDAH .....	19
Concomitances.....	19
Relation entre les cognitions sociales des parents et leurs pratiques parentales.....	20
Attributions causales.....	20
Sentiment d'auto-efficacité parental .....	21
Psychopathologie chez le parent.....	22
Dépression.....	22
Problématique.....	22
Hypothèses.....	23
<b>Méthodologie</b> .....	24
Participants.....	24
Procédure .....	26

Instruments de mesure .....	26
Caractéristiques sociodémographiques .....	26
Évaluation du TDAH de l'enfant .....	27
Mesures des cognitions parentales .....	27
Mesure des pratiques parentales .....	29
Indice dépressif .....	30
<b>Résultats</b> .....	31
<b>Discussion</b> .....	35
Références .....	41
ARTICLE 2 Les cognitions sociales des parents d'enfant TDAH comme prédicteur des pratiques parentales après une intervention .....	52
Résumé .....	53
Abstract .....	54
Interventions auprès des parents d'enfant TDA/H .....	56
Programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) .....	57
Soutien à distance .....	58
Cognitions sociales des parents .....	60
Sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) .....	60
Attributions causales .....	61
Problématique .....	62
Hypothèses .....	63
<b>Méthodologie</b> .....	64
Participants .....	64
Procédure .....	65
Programme d'entraînement aux habiletés parentales .....	67
Soutien psychosocial téléphonique .....	67
Contrôle .....	68
Instruments de mesure .....	68
Caractéristiques sociodémographiques .....	68
Évaluation du TDA/H de l'enfant .....	68
Mesures des cognitions parentales .....	69
Mesure des pratiques parentales .....	70
<b>Résultats</b> .....	72
<b>Discussion</b> .....	82
CONCLUSION .....	104
Contributions méthodologiques .....	105

Contributions conceptuelles.....	107
Contributions cliniques.....	108
Intégration des deux études.....	111
Limites et directions futures .....	114
RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES .....	118

## LISTE DES TABLEAUX

## ARTICLE 1

Tableau 1 : <i>Moyenne et écart-type des variables à l'étude : les pratiques parentales, les cognitions sociales des parents et les caractéristiques comportementales de l'enfant</i> .....	48
Tableau 2 : <i>Corrélations entre les cognitions sociales des parents, les caractéristiques comportementales de l'enfant et les pratiques parentales</i> .....	49
Tableau 3 : <i>Régressions linéaires multiples identifiant les prédicteurs des pratiques parentales</i> .....	50
Tableau 4 : <i>Régression hiérarchique identifiant les prédicteurs d'une discipline sévère et inconstante en contrôlant la dépression</i> .....	51

## ARTICLE 2

Tableau 1 : <i>Moyenne et écart-type des variables à l'étude : les cognitions sociales des parents et les pratiques parentales</i> .....	92
Tableau 2 : <i>Régressions hiérarchiques identifiant le SAEP comme prédicteur des pratiques parentales</i> .....	93
Tableau 3 : <i>Régressions hiérarchiques identifiant les attributions parentales (habiletés) comme prédicteur des pratiques parentales</i> .....	94
Tableau 4 : <i>Régressions hiérarchiques identifiant les attributions parentales (humeur) comme prédicteur des pratiques parentales</i> .....	95
Tableau 5 : <i>Régressions hiérarchiques identifiant les attributions parentales (effort) comme prédicteur des pratiques parentales</i> .....	96

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADHD	<i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i>
ADHD/C	<i>ADHD Combined Type</i>
ADHD/HI	<i>ADHD Predominantly Hyperactive/Impulsive</i>
ADHD/IA	<i>ADHD Predominantly Inattentive</i>
ANOVAS	<i>Analyses de variance univariées</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
APE	<i>Attributions des parents associées à leurs efforts</i>
APH	<i>Attributions des parents associées à leurs habiletés parentales</i>
APHum	<i>Attributions des parents associées à leur humeur</i>
APQ	<i>Alabama Parenting Questionnaire</i>
$\beta$	<i>Béta</i>
BDI-II	<i>Beck Depression Inventory-II</i>
C	<i>Community Services Control Group</i>
CAI	<i>Ces Années Incroyables</i>
CD	<i>Conduct Disorder</i>
CG	<i>Control Group</i>
DISC4.0	<i>Diagnostic Interview Schedule for children</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition</i>

DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision</i>
<i>E.T.</i>	<i>Écart-type</i>
GC	<i>Groupe contrôle</i>
INTX	<i>Interactions Questionnaire</i>
IY	<i>Incredible Years</i>
<i>M</i>	<i>Moyenne</i>
MTA	<i>Multimodal treatment study of children with ADHD</i>
n	<i>Nombre de sujets dans le groupe</i>
PEHP	<i>Programme d'entraînement aux habiletés parentales</i>
PPI	<i>Parenting Practice Interview</i>
PTP	<i>Parent training program</i>
QI	<i>Quotient intellectuel</i>
SAEP	<i>Sentiment d'auto-efficacité parental</i>
SPC	<i>Support phone call</i>
ST	<i>Soutien téléphonique</i>
TC	<i>Trouble des conduites</i>
TDAH	<i>Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité</i>
TDAH-H	<i>Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominant</i>
TDAH-I	<i>Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, type inattention</i>

TDAH-M	<i>Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, type mixte</i>
TOD	<i>Trouble oppositionnel/défiant</i>
WISC-III	<i>Wechsler Intelligence Scale for Children, third edition</i>

## REMERCIEMENTS

La décision de poursuivre mes études aux cycles supérieurs remonte déjà à plusieurs années. Il s'agissait d'un choix exigeant, mais ma soif d'apprendre et d'avoir une profession qui me passionne m'a poussée à aller de l'avant. Je ne peux cacher que j'ai travaillé fort pour me rendre au bout de ce long processus, mais sans l'aide, le soutien et les encouragements de mon entourage, je n'aurais pu poursuivre cette route qui s'est avérée périlleuse par moments.

La première personne que je souhaite remercier est ma mère. Le doctorat est un long processus durant lequel des événements imprévus peuvent survenir. Confrontée à deux cancers, ma mère s'est battue la tête haute pour se guérir. Je la remercie d'avoir été un modèle de force, d'énergie et de positivisme pour moi et pour tous ceux et celles qui l'entourent de près ou de loin. «Maman, je me suis inspirée de toi pour ne jamais baisser les bras face aux épreuves plus difficiles dans la vie et ne voir que les belles choses qui nous arrivent tous les jours».

Ensuite, je tiens à remercier Sylvie Normandeau qui a su m'accompagner dans l'accomplissement d'une thèse de doctorat. Elle a été présente pour me supporter dans les hauts et les bas que la rédaction d'articles peut comporter et sans sa grande disponibilité, je n'aurais pu cheminer à une telle vitesse dans ma recherche. Au fil des années, j'ai vu mes habiletés en recherche se développer à toute allure, Sylvie m'a amené à perfectionner mes écrits et approfondir ma compréhension de la littérature scientifique en lien avec mes résultats statistiques. Je veux également la remercier de m'avoir soutenu dans l'épreuve difficile que ma famille et moi avons eu à traverser. À pratiquement chacune de nos rencontres, elle me demandait des nouvelles de ma mère ce qui me permettait ensuite d'être disposée à discuter de la rédaction de ma thèse. Sans ces petits moments d'échange, de discussion et de réflexion sur

la vie, je n'aurais pu poursuivre l'avancement de ma recherche comme je l'ai fait. Ensuite, je tiens à remercier Julie Lessard pour toute l'aide qu'elle m'a apportée dans la rédaction de mes deux articles et également Julie Allard qui avait toujours réponse à mes questions pour la base de données et la méthodologie.

Un merci tout spécial à mon amoureux Pascal avec qui j'ai passé les neuf dernières années de ma vie. Sans son support, son écoute et sa présence, j'aurais eu beaucoup de difficultés à me garder motivée à travailler de façon aussi assidue et également à passer au travers des épreuves difficiles de la vie. Merci de prendre soin de moi avec autant d'amour, je t'aime tellement! Enfin, merci à ma petite sœur Anne-Philippe et à mes grands-parents Rodolphe et Claire qui ont toujours été tellement fiers de moi. Merci de croire si fort en moi, cela me touche profondément. Mille mercis remplis d'affection et d'émotion !

Je conclus en soulignant à quel point je suis fière de moi, de tout ce que j'ai accomplis au cours des dernières années et de la femme que je suis devenue aujourd'hui.

## INTRODUCTION

Les parents occupent un rôle central dans le processus de socialisation de leur enfant en soutenant le développement d'habiletés cognitives et sociales en structurant et en modelant les apprentissages de l'enfant (Bugental & Johnston, 2000). La contribution des parents au développement de leur enfant passe notamment par la nature des pratiques parentales qu'ils utilisent. Les pratiques parentales sont les méthodes employées par les parents afin d'augmenter les comportements appropriés des enfants (p. ex. : obéir aux demandes des parents, partager) et diminuer l'apparition de comportements inappropriés (p. ex. refuser de répondre aux demandes des parents, avoir des comportements agressifs envers les autres) (Locke & Prinz, 2002). Les pratiques parentales seraient également influencées par les cognitions sociales des parents. Celles-ci comprennent un ensemble de processus cognitifs utilisés pour analyser une situation sociale, elles permettent de filtrer les informations reçues, influencent l'interprétation du comportement des autres, permettent de cadrer, d'organiser les actions et orientent par la suite le comportement social (Bugental & Johnston, 2000). Par exemple, il se peut qu'un même comportement chez un enfant soit interprété différemment par deux parents et engendre par le fait même une réponse émotionnelle et comportementale distincte. Ainsi, les cognitions sociales et les pratiques parentales contribuent à façonner le comportement de l'enfant.

Avoir un enfant qui présente un problème de comportement peut s'avérer une source de stress pour les parents et influencer la perception qu'ils ont du comportement de leur enfant et également les stratégies éducatives qu'ils utilisent. Par exemple, la plupart des chercheurs et des cliniciens qui travaillent auprès des enfants et des adolescents ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) affirment que ce trouble est d'origine polyfactorielle, c'est-à-dire qu'un ensemble de facteurs biologiques, sociaux, culturels et

familiaux jouent un rôle dans l'étiologie de ce trouble (Dumas, 2007). Il importe donc de s'intéresser non seulement aux enfants ayant un TDAH, mais également à leurs parents.

La plupart des modèles théoriques et des études antérieures se sont intéressés au comportement de l'enfant, aux pratiques parentales et à la relation entre ces deux variables, mais peu d'entre eux ont étudié le rôle des cognitions sociales des parents dans la relation parent-enfant. Pour ce faire, nous nous sommes référés à différents modèles théoriques, lesquels seront présentés ci-dessous, afin d'appuyer nos questions de recherche. Le premier modèle théorique concerne la relation parent/enfant sous une perspective transactionnelle, telle que conceptualisée dans cette thèse. En second lieu, nous aborderons divers modèles théoriques sur les cognitions sociales, tels que le modèle de Weiner (1986) qui porte sur les attributions causales, les modèles de Dix et ses collègues (Dix & Grusec, 1985; Dix, Ruble, Grusec, & Nixon, 1986) et celui de Bugental et Shennum (1984), lesquels se sont intéressés plus spécifiquement à la relation entre les attributions des parents et leurs comportements à l'égard de leur enfant. Enfin, la théorie de Bandura (1977a, 1977b) sur le sentiment d'auto-efficacité sera exposée ainsi que les résultats de quelques études qui ont porté plus spécifiquement sur la relation entre le sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) et les pratiques parentales.

### **Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité**

Les enfants atteints d'un TDAH manifestent un ensemble de comportements perturbateurs dans lesquels l'inattention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent. La prévalence du trouble est de l'ordre de 3 à 7 %, il est diagnostiqué plus fréquemment pendant l'enfance et ce, chez les garçons plus souvent que chez les filles (American Psychiatric Association, 2000). La quatrième édition révisée du *Diagnostic and Statistical Manual of*

*Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000)* définit trois sous-types du TDAH qui reflètent la nature des symptômes prédominants (type inattention prédominante (TDAH-I), type hyperactivité-impulsivité prédominante (TDAH-H) et type mixte (TDAH-M)). Selon l'étude de Graetz, Sawyer, Hazell, Arney et Baghurst (2001) effectuée auprès d'un échantillon dans la communauté, 3,7% des enfants ont un TDAH-I, 1,9% ont le TDAH-M et 1,9% ont le TDAH-H. Faraone, Biederman, Webber et Russell (1998) rapportent des résultats différents auprès d'un échantillon clinique. La majorité des enfants rencontrent les critères pour un TDAH-M (61%), 30% ont un TDAH-I et 9% ont un TDAH-H.

Au cours des dernières années, les chercheurs ont accordé davantage d'importance à la distinction entre les sous-types du TDAH (APA, 2000). Plusieurs études descriptives ont démontré que la nature des difficultés d'attention et les symptômes concomitants au TDAH sont différents selon le sous-type spécifique du trouble (Barkley, 2006). Par exemple, les enfants hyperactifs sont souvent caractérisés comme impulsifs, agressifs avec les pairs, facilement distraits et ont plus de difficultés à demeurer tranquilles dans les jeux et activités où ils sont supposés rester assis (Barkley, 2006; Dumas, 2007). Par ailleurs, les enfants inattentifs sont plutôt lunatiques, ont de la difficulté à organiser et traiter l'information de façon rapide et efficace lorsqu'ils doivent réaliser une tâche qui demande un effort mental soutenu (Barkley, 2003). D'autre part, on rapporte que les jeunes ayant un TDAH-H et un TDAH-M sont plus à risque de présenter des troubles de la conduite (Faraone, Biederman, & Friedman, 2000; Milich, Ballentine, & Lynam, 2001), tandis que les troubles anxieux, les difficultés d'apprentissage et la dépression sont plus susceptibles de se manifester chez des jeunes ayant un TDAH-I (Gaub & Carlson, 1997; Milich et al., 2001). Il demeure que certaines études

n'ont pas été en mesure de différencier les groupes TDAH-M et TDAH-I sur les mesures d'anxiété et des troubles de l'humeur (Faraone et al. 1998; Morgan, Hynd, Riccio, & Hall, 1996; Wolraich, Hannah, Pinnock, Baumgaertel, & Brown, 1996).

Le TDAH s'accompagne très souvent de difficultés concomitantes. Selon le DSM-IV (APA, 2000), 44% des enfants présentant un TDAH risquent de présenter un autre trouble, 32% risquent d'en présenter deux et 11% risquent d'en présenter trois (Szatmari, Boyle & Offord, 1989). Les résultats indiquent que 50 à 67 % des enfants TDAH souffrent également d'un trouble oppositionnel/défiant (TOD) et que 20 à 50 % d'entre eux ont un trouble des conduites (TC) (Barkley, Fischer, Edelbrock, & Smallish, 1990; Biederman, Faraone, & Lappay, 1992; Gillberg et al., 2004). Les études basées sur des échantillons communautaires rapportent des taux plus faibles mais significatifs. Par exemple August, Realmuto, MacDonald, Nugent, et Crosby (1996) rapportent un taux de 32% pour le trouble oppositionnel et de 12 % pour le trouble des conduites. D'autre part, les études d'échantillons cliniques rapportent que dans 25 à 40% des cas, le TDAH est également associé aux troubles de nature intériorisée, tel que l'anxiété, tandis que dans les échantillons communautaires, les chercheurs rapportent des taux moins élevés, soit entre 8 et 26 % (Biederman et al., 1992; Russo & Beidel, 1994; Tannock, 2000). En résumé, le TDAH peut se manifester de diverses façons, lorsque l'on prend en compte le sous-type spécifique ou encore les symptômes concomitants associés au trouble.

### **Relation parent-enfant**

#### **Modèle bidirectionnel**

Kuczynski, Marshall et Schell (1997) proposent un modèle bidirectionnel pour expliquer le processus de socialisation dans le cadre de la famille. Tout d'abord, ceux-ci

abordent le concept de « working-model » qui se rapporte au schème de référence du parent et de l'enfant. Un schème de référence constitue l'ensemble des perceptions et des cognitions que chaque individu possède et qui influence ses interactions sociales avec les autres individus avec qui il entre en relation. Ce modèle propose que les parents et les enfants possèdent chacun leur propre ensemble de valeurs, de croyances, d'attitudes, d'habiletés et de motivations. Chaque individu au sein de la relation (ex. enfant et parent) possède ses propres lunettes sociales, c'est-à-dire qu'il perçoit différemment les expériences vécues et ce, même si les membres d'une famille vivent dans un même microsysteme familial. De ce fait, les interactions entre un parent et son enfant seraient inter-influencées par leurs perceptions et leurs cognitions. Ce modèle reconnaît toute la complexité de la relation parent-enfant qui est le produit de constantes interactions entre les deux partenaires et il souligne également la contribution des deux acteurs à la construction, l'élaboration et le maintien de cette relation (Harach & Kuczynski, 2005; Kuczynski & Parkin, 2007). De ce fait, non seulement les parents, mais également les enfants seraient des acteurs actifs au sein de la relation où leurs valeurs, leurs croyances et leurs attitudes s'influenceraient mutuellement. Par ailleurs, l'étude de Dawber et Kuczynski (1999) soutient que les interactions entre un parent et son enfant sont différentes de celles entre un enfant et un autre adulte. La proximité et l'historicité de la relation entre ceux-ci contribueraient à l'unicité de la dynamique relationnelle entre eux (Lollis & Kuczynski, 1997). Par exemple, avec le temps, ils ont pu développer des attentes en fonction des expériences vécues précédemment dans leur relation et qui influencent par après, leurs attentes quant à leur relation future.

La socialisation entre un parent et un enfant serait également considérée comme un processus continu qui se modifie sur un continuum temporel et au gré des interactions avec

d'autres individus et d'autres écosystèmes. Le modèle transactionnel de Sameroff et Chandler (1975) accorde la même importance aux concepts élaborés dans le modèle bidirectionnel, mais ajoute la notion de temporalité dans la construction et le développement de la relation parent-enfant.

### **Modèle transactionnel**

Le modèle transactionnel a été proposé par Sameroff et Chandler (1975) qui se sont inspirés d'études descriptives portant sur les relations bidirectionnelles parent-enfant ayant été réalisées antérieurement (Bell, 1968; Thomas, Chess, & Birch, 1968). Pour sa part, Bell (1968) suggère que le comportement des parents à l'égard de leur enfant est influencé par les caractéristiques personnelles et le comportement de l'enfant. Thomas et al. (1968) se sont plutôt intéressés à la relation bidirectionnelle entre le comportement des parents et celui des enfants présentant un tempérament difficile. Ces chercheurs reconnaissent que le comportement des enfants ayant un tempérament difficile a un impact sur l'utilisation de comportements inappropriés par les parents, ce qui influence par le fait même les difficultés comportementales de l'enfant. L'élément central du modèle transactionnel, c'est qu'il reconnaît l'importance des influences bidirectionnelles entre un enfant, un parent et l'environnement. Les deux individus qui participent à une interaction amènent des caractéristiques distinctives à la relation qu'ils entretiennent, laquelle se modifie au gré de leurs interactions et des contextes dans lesquels ils évoluent (Sameroff, 2009). Ce modèle reconnaît également l'importance de l'environnement social plus large autour d'une personne. Par exemple, le développement d'un enfant évolue au gré des interactions avec ses parents et son entourage social (ex. famille élargie, école, amis). Ce sont des sous-systèmes qui interagissent avec l'enfant, mais également entre eux. Ces différentes relations proximales

et/ou distales sollicitent des échanges avec l'environnement social et de nouvelles expériences qui amènent l'enfant à s'ajuster au fil du temps (Sameroff, 2009). Globalement, le modèle transactionnel apporte un regard différent et plus complet sur la relation parent-enfant. La complexité du modèle transactionnel laisse entrevoir un éventail de possibilités quant aux modalités d'intervention afin de contribuer au développement des enfants et au fonctionnement des familles en difficulté.

### **Relation entre les cognitions sociales des parents et leurs pratiques parentales**

Outre les caractéristiques comportementales de l'enfant, d'autres facteurs influencent les pratiques parentales, tel que les cognitions sociales des parents (p. ex. : attributions causales, sentiment d'auto-efficacité parental) (Hoza, et al., 2000; Johnston & Mash, 2001).

### **Attributions causales**

En 1986, Weiner propose une définition des attributions causales, lesquelles seraient composées de trois dimensions : le lieu de causalité (interne/externe), la stabilité temporelle (stable/instable) et le contrôle (contrôlable/incontrôlable). Le lieu de causalité permet de spécifier l'origine perçue de l'attribution, soit est-ce que le comportement est attribué à une cause interne (ex. le manque d'effort) ou externe (ex. la chance) à l'enfant. Dans la seconde dimension, lorsqu'une cause est dite instable, c'est qu'elle pourrait éventuellement changer, tandis que lorsqu'elle est stable, elle risque peu de changer dans l'avenir. Enfin, une attribution peut également se distinguer sur le plan de la contrôlabilité. Par exemple, un parent peut percevoir le comportement de son enfant comme un élément contrôlable ou non contrôlable par celui-ci. Une quatrième dimension causale a été présentée par Abramson, Seligman et Teasdale (1978), il s'agit de la globalité qui fait référence à une généralisation

inter-situationnelle. Une cause sera globale si elle se répète dans l'ensemble des situations et spécifique si elle est limitée à une situation particulière.

Des modèles ont également été proposés pour étudier la relation entre les attributions causales des parents et leurs pratiques parentales. Tout d'abord, un des modèles les plus importants est celui proposé par Dix et ses collègues (Dix & Grusec, 1985; Dix et al., 1986), lesquels ont adapté les travaux de Weiner sur les attributions (1986). Ce modèle socio-cognitif suggère que les attributions parentales jouent un rôle médiateur dans la relation entre les comportements des enfants et les réactions des parents à ces mêmes comportements. Les attributions que font les parents quant au comportement de leur enfant agissent comme des filtres d'interprétation qui leur permettent de donner un sens aux comportements de leur enfant et qui orientent ensuite leurs réponses comportementales et affectives (Johnston & Ohan, 2005). Pour leur part, Bugental et Shennum (1984) ont décidé d'appliquer le modèle transactionnel de Sameroff et Chandler (1975) au processus de parentalité. Bugental et Shennum reconnaissent le caractère unique de chaque dyade parent/enfant. Par exemple, le comportement d'un enfant ne sera pas interprété de façon unique et ne sollicitera pas une même réponse de la part de chaque parent. D'un autre côté, une même pratique parentale ne peut avoir le même impact sur tous les enfants, ni sur un même enfant à des âges différents. Ces chercheurs reconnaissent également que les attributions des parents quant aux comportements d'obéissance et de désobéissance de l'enfant (c.-à-d. ce que les parents pensent être les causes de leur succès ou de leur échec avec leur enfant) agissent comme des filtres qui sélectionnent certains comportements plutôt que d'autres et par le fait même déterminent la nature et le nombre de réactions des parents aux différents comportements de l'enfant.

Ces deux modèles (Bugental & Shennum, 1984; Dix & Grusec, 1985; Dix et al., 1986) considèrent les attributions causales comme des filtres qui permettent d'analyser une situation sociale et qui orientent les comportements adoptés par les individus. Des recherches ultérieures ont également reconnu aux attributions un rôle partiellement médiateur quant à la relation entre le comportement de l'enfant et celui des parents (Johnston & Ohan, 2005; Sacco & Murray, 2003; Smith & O'Leary, 1995).

### **Sentiment d'auto-efficacité parental**

La théorie de l'auto-efficacité a été proposée par Bandura (1977a, 1977b) qui suggère que les individus ont des attentes d'auto-efficacité variables à propos de la réalisation de diverses activités spécifiques dans leur vie. Celles-ci seraient issues de différentes sources d'information, notamment les expériences passées et vicariantes (p.ex. avoir vu les autres réaliser l'activité), l'expérience émotionnelle ou physiologique. Ces sources d'information influenceraient les attentes d'auto-efficacité d'une personne et ces attentes auraient ensuite un impact sur la motivation d'une personne à accomplir une activité. Une personne ne serait pas portée à agir si elle ne croit pas que son comportement peut produire les effets escomptés, la croyance d'efficacité est donc un fondement majeur du comportement humain.

Les croyances d'efficacité personnelle se définissent comme étant les évaluations que fait un individu de ses aptitudes personnelles et influencent de nombreux facteurs tels que les choix de comportement, les aspirations, la quantité d'énergie investie dans la poursuite de l'effort, le niveau de persévérance devant les difficultés et les échecs, la résilience face à l'adversité et les réactions émotionnelles (Bandura, 2003). La transition d'un adulte vers la parentalité propose de nouveaux défis dans une vie. Le passage de la dyade conjugale à la triade familiale requiert des connaissances et des compétences différentes afin d'accompagner

adéquatement l'enfant au cours de son développement. Certains parents occupent ce nouveau rôle avec assurance et confiance, mais cette période peut s'avérer plus ardue pour d'autres parents, notamment lorsqu'ils doivent gérer les comportements problématiques de leur enfant présentant des difficultés.

Des chercheurs se sont inspirés de la théorie de Bandura et se sont intéressés plus spécifiquement au sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP), défini comme les croyances des parents quant à leurs habiletés à éduquer leurs enfants avec succès ainsi qu'à être en mesure d'offrir un environnement favorable au développement de leur enfant (Ardelt & Eccles, 2001). Selon le modèle théorique d'Ardelt et Eccles (2001), les parents qui ont un SAEP élevé sont portés à employer davantage des pratiques parentales appropriées. À l'opposé, il peut s'avérer plus difficile pour des parents ayant un SAEP moins élevé d'utiliser des pratiques parentales efficaces avec leur enfant en raison de leur manque de confiance en leurs compétences parentales (ex. tendance à céder rapidement lors d'interactions problématiques avec leur enfant). En résumé, les parents qui pensent posséder de bonnes compétences parentales afin de favoriser le développement optimal de leur enfant agissent sur la base de cette croyance d'une manière qui augmente leur potentiel parental. Des études reconnaissent l'existence d'un lien entre le SAEP et les pratiques parentales (Coleman & Karraker, 1997; Gross, Fogg & Tucker, 1995; Sanders & Woolley, 2005). Les résultats suggèrent que les parents qui ont confiance en leurs propres habiletés pour bien mener à terme différentes tâches liées à leur rôle parental, rapportent que leurs enfants vont obéir à leurs demandes et éprouvent plus de plaisir à éduquer leurs enfants. Au contraire, ceux qui ont un faible SAEP adoptent des comportements défensifs et coercitifs et un style parental passif (Coleman & Karraker, 1997).

## Les questions de recherche

Les travaux antérieurs mettent en évidence l'importance qu'il faut accorder aux cognitions sociales des parents, lesquelles sont influencées par le comportement de l'enfant et jouent un rôle dans les pratiques parentales utilisées (Chronis et al., 2004; Hoza et al., 2000; Johnston & Ohan, 2005). Pour cette raison, l'objectif général de cette thèse est d'étudier la relation entre les cognitions sociales des parents, les pratiques parentales et les caractéristiques comportementales de l'enfant présentant un TDAH. Dans une première étude, l'objectif consistera à examiner le rôle prédictif des cognitions sociales des parents (attributions causales, SAEP) et des caractéristiques comportementales de l'enfant (sous-type TDAH, symptômes concomitants) quant aux pratiques parentales utilisées. Cette étude permettra de vérifier dans quelle mesure le comportement de l'enfant TDAH et/ou les cognitions sociales des parents sont associés à l'adoption de stratégies parentales particulières. Le second article a pour objectif de vérifier si les cognitions sociales des parents (attributions causales, SAEP) sont des prédictifs des pratiques parentales utilisées après avoir participé à une intervention (programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ou soutien téléphonique (ST)). Cette étude permettra d'observer si les cognitions sociales des parents d'enfant ayant un TDAH influencent la nature des pratiques parentales utilisées après avoir participé à un programme d'entraînement aux habiletés parentales. Enfin, ces études s'inscrivent dans le cadre d'un projet de recherche dirigé par Mme Sylvie Normandeau, professeure titulaire à l'École de Psychoéducation de l'Université de Montréal. Le projet vise à évaluer l'efficacité d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales pour des parents ayant un enfant avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

ARTICLE 1

Prédicteurs des pratiques parentales : cognitions sociales parentales et comportement des  
enfants TDAH

Marie-Christine Beaulieu et Sylvie Normandeau

Université de Montréal

Beaulieu, M-C et Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales : cognitions  
sociales parentales et comportement des enfants TDAH, *Revue canadienne des sciences du  
comportement*, 44(1), 59-69.

## Résumé

L'objectif de cette étude a été d'examiner le rôle prédictif des cognitions sociales des parents (attributions causales, sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP)) et des caractéristiques comportementales de l'enfant (sous-type TDAH, concomitance, symptômes d'opposition et d'anxiété/gêne) en lien avec les pratiques parentales utilisées. Cent dix familles ont participé à l'étude, lesquelles avaient un enfant ayant un TDAH (TDAH-M :  $n = 68$ , TDAH-I :  $n = 31$  et TDAH-H :  $n = 11$ ). Des analyses de régressions multiples ont été réalisées et indiquent que plus les parents ont un SAEP élevé, plus ils rapportent employer une discipline appropriée, une discipline verbale positive, les félicitations/récompenses et moins ils rapportent utiliser une discipline sévère/inconstante et la punition physique. Les résultats montrent également que l'attribution des comportements de désobéissance de l'enfant soit à l'effort important du parent, soit au manque d'effort de l'enfant joue un rôle prédictif en regard respectivement de l'utilisation d'une discipline verbale positive ou de l'utilisation d'une discipline sévère et inconstante par le parent. Par ailleurs, le fait de percevoir des symptômes d'opposition chez l'enfant TDAH prédit l'utilisation d'une discipline appropriée et d'une discipline verbale positive. Enfin, la présence de symptômes concomitants au TDAH est un prédictif d'une discipline sévère et inconstante. Parmi l'ensemble des variables étudiées comme prédictif des pratiques parentales, le SAEP est celle qui est associée le plus fortement aux pratiques parentales positives et négatives. Aucun lien n'a été trouvé entre le sous-type de TDAH de l'enfant et les pratiques parentales. La discussion aborde les implications cliniques de ces résultats.

Mots-clés : pratiques parentales, cognitions sociales, attributions parentales, sentiment d'auto-efficacité parental, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

### Abstract

The purpose of this study was to examine the association between parental social cognitions (parental causal attributions, parental self-efficacy), the behavioural characteristics of their child (ADHD subtypes, comorbidity, oppositional and anxiety/shy symptoms) and the parental practices. Participants were 110 families with a child with ADHD (ADHD-I:  $n = 31$ , ADHD-H:  $n = 11$ , ADHD-C:  $n = 68$ ). Multiple regressions show that parental self-efficacy is associated with more use of appropriate discipline, praise and incentives, positive verbal discipline, and less use of harsh and inconsistent discipline and physical punishment. Results also show that parental causal attributions for the child's misbehaviour to their own efforts are a predictor of positive verbal discipline whereas parents' causal attributions for the child's misbehaviour to the child's lack of efforts are a predictor of harsh and inconsistent discipline. Parents' perception of their child's oppositional symptom is a predictor of appropriate discipline and positive verbal discipline. Finally, children's comorbidity is a predictor of harsh and inconsistent discipline. The findings of this study highlight the importance of parental self-efficacy, because from all the variables studied, it shows the strongest association with positive and negative parenting practices. No association between ADHD subtype and parenting practices were observed. Implications of these results are explored in the discussion.

Keywords : parenting practices, social cognitions, parental attributions, parental self-efficacy, attention-deficit/hyperactivity disorder

Les enfants atteints du trouble hyperactif avec déficit de l'attention (TDAH) manifestent un ensemble de comportements perturbateurs dans lesquels l'inattention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent. La prévalence de ce trouble est de l'ordre de 3 à 7 %, il est diagnostiqué plus fréquemment pendant l'enfance et ce, chez les garçons plus souvent que chez les filles (American Psychiatric Association (APA), 2000). La quatrième édition révisée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; APA, 2000)* définit trois sous-types du TDAH qui reflètent la nature des symptômes prédominants (type inattention prédominante (TDAH-I), type hyperactivité-impulsivité prédominant (TDAH-H) et type mixte (TDAH-M). Par ailleurs, le TDAH s'accompagne très souvent de difficultés concomitantes, tel qu'un trouble oppositionnel/défiant (TOD) ou un trouble des conduites (TC) (Johnston, Chen & Ohan, 2006; Johnston & Mash, 2001).

Avoir un enfant ayant un TDAH pose un défi particulier pour les familles. En effet, de façon générale, les enfants ayant un TDAH acceptent mal les limites, obéissent moins que des enfants qui ne souffrent pas du trouble, et provoquent souvent de l'opposition ou de l'irritation auprès des membres de leur famille (Barkley, 2006). Considérant les conflits que peuvent vivre quotidiennement les parents avec leur enfant présentant un TDAH, il peut s'avérer plus difficile pour ces derniers d'adopter des stratégies disciplinaires appropriées (Chronis-Tuscano et al., 2008; Cunningham & Boyle, 2002; Woodward, Taylor, & Dowdney, 1998).

Bien que plusieurs études se soient penchées sur l'influence des comportements problématiques des enfants TDAH sur les pratiques parentales (Chronis-Tuscano et al., 2008), de plus en plus de recherches s'intéressent aux cognitions sociales des parents, soit à la relation entre ce que pensent les parents et la façon dont ils se comportent avec leur enfant (Rudy & Grusec, 2006). Les cognitions sociales comprennent un ensemble de processus

cognitifs utilisés pour analyser une situation sociale, elles permettent de filtrer les informations reçues, influencent l'interprétation du comportement des autres, permettent de cadrer, d'organiser les actions et orientent par la suite le comportement social (Bugental & Johnston, 2000). Par exemple, il se peut qu'un même comportement chez un enfant soit interprété différemment par deux parents et engendre par le fait même une réponse émotionnelle et comportementale distincte.

Des modèles théoriques ont été proposés pour expliquer le lien entre des cognitions sociales spécifiques des parents, telles que les croyances parentales (Goodnow, 1992; Kochanska, Kuczynski, & Radke-Yarrow, 1989; McGillicuddy-DeLisi, 1992; Sigel, 1992) ou leurs attributions causales (Dix & Grusec, 1985; MacKinnon, Lamb, Belsky & Baum, 1990; Johnston & Ohan, 2005) et les stratégies éducatives utilisées par les parents afin de discipliner leur enfant. Plus récemment, des chercheurs se sont également intéressés à l'influence du sentiment d'auto-efficacité des parents en lien avec les pratiques parentales qu'ils utilisent (Ardelt & Eccles, 2001; Coleman & Karraker, 1997). Ces derniers se sont inspirés de la théorie de Bandura (1977a, 1977b) quant au rôle du sentiment d'auto-efficacité sur le comportement des individus. Ainsi, les cognitions sociales et les pratiques parentales sont étroitement liées et contribuent à façonner le comportement de l'enfant. Mieux comprendre la façon dont les parents se perçoivent lorsqu'ils interagissent avec leur enfant et comment ils perçoivent les comportements problématiques de leur enfant, permettra d'améliorer la façon d'intervenir auprès des familles en difficulté en ciblant spécifiquement les facteurs associés aux pratiques parentales.

L'objectif général de cet article est d'étudier les cognitions sociales des parents (attributions causales et sentiment d'auto-efficacité parental) et les caractéristiques

comportementales de l'enfant TDAH (sous-type TDAH, concomitance, symptômes d'opposition et d'anxiété/gêne) comme prédicteurs des pratiques parentales.

### **Pratiques parentales**

Les pratiques parentales sont les méthodes employées par les parents afin d'augmenter les comportements appropriés des enfants (p. ex. : obéir aux demandes des parents, partager) et diminuer l'apparition de comportements inappropriés (p. ex. refuser de répondre aux demandes des parents, avoir des comportements agressifs envers les autres) (Locke & Prinz, 2002). Les résultats indiquent que comparativement aux parents d'enfants sans problème, les parents d'enfants TDAH ont tendance à employer des méthodes disciplinaires coercitives et peu adaptées lorsqu'ils sont confrontés aux comportements hyperactifs et aux problèmes de conduite de l'enfant (p. ex. : crier, punir physiquement) (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham., 2004; Woodward et al., 1998) et expriment peu de comportements renforçateurs lorsque l'enfant se comporte de manière appropriée (p. ex. : félicitations, encouragements) (Gerdes & Hoza, 2006; Webster-Stratton, 1998). Ces derniers donnent également plus souvent des ordres à leur enfant, lui font davantage de reproches et sont moins à l'écoute des demandes d'attention de leur enfant comparativement aux parents d'enfants sans problème (Chronis-Tuscano et al., 2008).

Dans une perspective transactionnelle, la relation parent-enfant est le produit de constantes interactions entre les deux partenaires qui se construisent au fil du temps (Kuczynski & Parkin, 2007). Il se peut que les pratiques parentales inadéquates résultent des difficultés des parents à gérer les comportements problématiques de leur enfant TDAH depuis plusieurs années (Barkley, 2006). Il se peut également qu'au fil du temps, les difficultés de l'enfant donnent lieu au développement d'un cycle d'intervention coercitive et que les déficits

au niveau de la discipline parentale contribuent au développement et au maintien des problèmes concomitants au TDAH, tel que l'agressivité, l'opposition et la provocation (Chronis-Tuscano et al., 2008; Granic & Patterson, 2006). À cet égard, on peut étudier le lien entre le comportement de l'enfant TDAH et les pratiques parentales, notamment en tenant compte du sous-type spécifique de TDAH et de la présence de symptômes concomitants au trouble.

### **Relation entre les caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH et les pratiques parentales**

#### **Sous-type TDAH**

Des études se sont intéressées aux caractéristiques spécifiques des enfants TDAH en tenant compte du sous-type spécifique (Milich, Balentine, & Lynam, 2001; Power & DuPaul, 1996), mais peu d'entre elles se sont intéressées à la relation entre le sous-type TDAH de l'enfant et les pratiques parentales. Les études ne rapportent aucune différence quant aux pratiques parentales en tenant compte du profil diagnostique spécifique de l'enfant (Bauermeister et al., 2005; Bauermeister et al., 2007; Paternite, Loney, & Roberts, 1996).

#### **Concomitances**

Les résultats indiquent que la présence de symptômes concomitants associés au diagnostic de TDAH peut exacerber les difficultés vécues dans la relation parent-enfant et influencer les pratiques parentales (Johnston, 1996; Woodward et al., 1998). Par exemple, lorsque l'enfant TDAH présente également un trouble des conduites et/ou un trouble oppositionnel avec provocation, les pratiques parentales risquent d'être plus inadéquates, rigides et punitives (Johnston & Mash, 2001; Lindahl, 1998; Pfiffner, McBurnett, Rathouz, & Judice, 2005). Peu d'études se sont attardées aux pratiques parentales des parents d'enfants

TDAH avec en concomitance des symptômes d'anxiété (Kepley & Ostrander, 2007; Pfiffner & McBurnett, 2006).

### **Relation entre les cognitions sociales des parents et leurs pratiques parentales**

Outre les caractéristiques comportementales de l'enfant, d'autres facteurs influencent également les pratiques parentales, tel que leurs cognitions sociales (p. ex. : attributions causales, sentiment d'auto-efficacité parental) (Hoza, et al., 2000; Johnston & Mash, 2001).

### **Attributions causales**

Lorsque les parents sont confrontés à des comportements problématiques de leur enfant, ils font des attributions quant à la cause du comportement (Johnston & Ohan, 2005). Les attributions causales des parents agissent comme des filtres d'interprétation qui leur permettent de donner une signification aux comportements des enfants et qui guident leurs réponses comportementales et affectives (Bugental, Johnston, & Silvester, 1998). Selon Weiner (1986), celles-ci sont composées de trois dimensions : le lieu de causalité (interne/externe), la stabilité temporelle (stable/instable) et le contrôle (contrôlable/incontrôlable). Le lieu de causalité permet de spécifier l'origine perçue du comportement soit à une cause interne (p. ex. : effort) ou externe (p. ex. : chance) à l'enfant. Selon la deuxième dimension, lorsqu'une cause est dite instable, c'est qu'elle pourrait éventuellement changer, tandis que lorsqu'elle est stable, elle risque peu de changer dans l'avenir. Enfin, une attribution peut également se distinguer sur le plan de la contrôlabilité. Par exemple, un parent peut percevoir la cause du comportement de son enfant comme un élément contrôlable (p. ex. : effort) ou non contrôlable (p. ex. : habiletés) par celui-ci.

Plusieurs études réalisées auprès de parents d'enfants sans problème, ayant un TDAH ou un TDAH avec troubles concomitants, ont démontré que lorsque les parents perçoivent les

comportements de désobéissance de leur enfant comme intentionnels (c.-à-d. causés par des facteurs internes, contrôlables et/ou stables), ils sont portés à employer des méthodes disciplinaires plus coercitives (voir Johnston & Ohan, 2005, pour une recension exhaustive des études sur les attributions parentales). Slep et O’Leary (1998) ont démontré un lien causal entre les attributions des mères en regard des comportements de désobéissance de leur enfant ainsi que leurs réactions comportementales et affectives. En manipulant les attributions des mères, ces chercheurs ont observé des changements au niveau des pratiques parentales utilisées par les mères lors d’interactions subséquentes avec leur enfant. Par exemple, les mères à qui on avait dit préalablement que leur enfant désobéissait de façon volontaire et intentionnelle, ont réagi par la suite avec une discipline plus sévère (p. ex. : crier) et des affects négatifs (p. ex. : colère) comparativement aux mères à qui on avait dit que les comportements de désobéissance de leur enfant étaient involontaires et non intentionnels. Ces résultats indiquent que les parents ont tendance à réagir de façon négative à l’égard de leur enfant, lorsqu’ils perçoivent que leur enfant est responsable de ses comportements problématiques. Par ailleurs, attribuer les comportements prosociaux et d’obéissance de son enfant TDAH à des causes internes, contrôlables et/ou stables est associé à l’utilisation de pratiques parentales plus positives (Johnston & Leung, 2001).

### **Sentiment d’auto-efficacité parental**

Le SAEP fait référence aux croyances des parents quant à leurs habiletés parentales (Coleman & Karraker, 1997; Teti & Gelfand, 1991). Les résultats suggèrent que les parents qui se sentent compétents utilisent davantage de pratiques parentales positives et cohérentes (Ardelt & Eccles, 2001; Coleman & Karraker, 1997). Pour leur part, Sanders et Woolley (2005) ont trouvé auprès d’un échantillon de mères d’enfants ayant des problèmes de

conduites, qu'un faible SAEP est un prédicteur des pratiques parentales sévères, inconstantes et permissives. À ce jour, des études rapportent que les parents d'enfant TDAH présentent un SAEP moins élevé comparativement aux parents d'enfant sans problème (Chronis et al., 2004; Johnston & Mash, 2001; Shelton et al., 1998). Ces résultats mettent en évidence l'importance à accorder au SAEP, lequel est associé aux pratiques parentales utilisées.

### **Psychopathologie chez le parent**

#### **Dépression**

Les cognitions sociales font référence aux perceptions que les individus ont d'eux-mêmes et des autres (Bugental & Johnston, 2000), or dans certains cas celles-ci se trouvent altérées par la présence de dépression chez le parent (Gerdes et al., 2007). On rapporte plus spécifiquement que les mères d'enfants TDAH qui présentent des symptômes dépressifs, ont plus tendance à être irritables, critiques, moins chaleureuses à l'égard de leur enfant et auraient plus d'interactions négatives et moins de positives avec leur enfant (Chronis et al., 2007). Globalement, ces résultats soulignent toute l'importance des symptômes dépressifs de la mère en regard des perceptions du comportement de son enfant, d'elle-même et de ses réponses comportementales.

#### **Problématique**

À la lumière de ces résultats, les pratiques parentales sont associées non seulement à la symptomatologie de l'enfant TDAH, mais également à la perception que les parents ont du comportement de leur enfant et de leur habileté à éduquer celui-ci. Ces résultats soulignent l'importance de considérer les caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH, mais également les cognitions sociales des parents, notamment les attributions causales et le

sentiment d'auto-efficacité parental, afin de mieux comprendre les pratiques parentales qu'ils privilégient et ainsi être en mesure de mieux intervenir auprès de ces familles.

### **Hypothèses**

L'objectif spécifique de cette étude est d'examiner le rôle prédictif des cognitions sociales des parents (attributions causales, SAEP) et des caractéristiques comportementales de l'enfant (sous-type TDAH, concomitance, perceptions des parents de symptômes d'opposition et d'anxiété/gêne chez leur enfant TDAH) quant aux pratiques parentales utilisées.

1. Il est prédit que plus un parent rapporte un SAEP élevé, moins il rapportera utiliser des pratiques parentales négatives (discipline sévère et inconstante, punition physique) et plus il rapportera employer des pratiques parentales positives (discipline verbale positive, félicitations et récompenses, discipline appropriée, clarté des attentes et supervision parentale).

2. Il est prédit que plus un parent attribue les comportements d'obéissance de son enfant aux facteurs internes, stables et contrôlables suivants (c.-à-d. humeur ou effort du parent, humeur ou effort de l'enfant) et moins il attribue les comportements de désobéissance de son enfant aux facteurs internes, stables et contrôlables suivants (c.-à-d. humeur ou effort du parent, humeur ou effort de l'enfant), moins il rapportera utiliser des pratiques parentales négatives (discipline sévère et inconstante, punition physique) et plus il rapportera employer des pratiques parentales positives (discipline verbale positive, félicitations et récompenses, discipline appropriée, clarté des attentes et supervision parentale).

3. Il est prédit que le sous-type de TDAH de l'enfant ne permettra pas de distinguer les pratiques parentales utilisées. Bien que les études antérieures aient rapporté une absence de lien entre le sous-type diagnostique et les pratiques parentales, il est pertinent d'étudier cette

relation afin soit de confirmer ou infirmer les résultats des études précédentes trop peu nombreuses.

4. Il est prédit que moins le parent perçoit des symptômes concomitants au TDAH et moins il perçoit des symptômes d'opposition chez son enfant, moins le parent rapportera utiliser des pratiques parentales négatives (discipline sévère et inconstante, punition physique) et plus il rapportera employer des pratiques parentales positives (discipline verbale positive, félicitations et récompenses, discipline appropriée, clarté des attentes et supervision parentale). L'étude du lien entre la perception par le parent de symptômes d'anxiété/gêne chez son enfant TDAH et les pratiques parentales utilisées ne peut être prédite sur la base des recherches antérieures et revêt donc un caractère exploratoire.

## **Méthodologie**

### **Participants**

L'échantillon est composé de 110 parents (101 mères et 9 pères) ayant un enfant avec un diagnostic de trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Les enfants sont âgés entre 6 ans et 9 ans 11 mois inclusivement ( $M = 8,18$  et  $e.t. = 0,11$ ) et dans 85,5% des cas ( $n = 94$ ) il s'agit d'un garçon. L'enfant présente un TDAH de sous-type mixte (TDAH-H/I) dans 62% des cas ( $n = 68$ ), dans 10% des cas ( $n = 11$ ) un TDAH de sous-type hyperactivité-impulsivité (TDAH-H) et dans 28% des cas ( $n = 31$ ) l'enfant présente un TDAH de sous-type inattention seule (TDAH-I). Dans l'ensemble de l'échantillon, 46% des enfants ( $n = 50$ ) présentent un TDAH sans trouble concomitant et parmi le 54% ( $n = 60$ ) des enfants présentant un TDAH avec symptômes concomitants, 37% ( $n = 41$ ) ont des symptômes d'agressivité et 17% ( $n = 19$ ) ont des symptômes d'anxiété.

Les mères de l'échantillon sont âgées en moyenne de 37,33 ans (e.t. = 0,58) et les pères de 39,52 ans (e.t. = 0,53). Il y a 15,2 % des mères qui possèdent un diplôme d'études secondaires, 50,4 % un diplôme d'études collégiales ou un secondaire professionnel et 34,4 % un diplôme d'études universitaires. Il y a 28,3 % des pères possèdent un diplôme d'études secondaires, 47,5 % un diplôme d'études collégiales ou un secondaire professionnel et 24,2 % un diplôme d'études universitaires. La majorité des familles sont biparentales (71%), tandis que 12,2% sont monoparentales et 16,8% sont reconstituées ou autres. La majorité des familles ont un revenu supérieur à 55 000\$ (64,1%), 24,6% ont entre 25 000\$ et 55 000\$ et 11,3% rapportent un revenu inférieur à 25 000\$ par année. Globalement, les familles participantes à cette étude ont des caractéristiques sociodémographiques plutôt favorables.

Les familles ont été référées au projet *Ces Années Incroyables* par un professionnel du milieu de la santé, de l'éducation ou des services sociaux en raison du TDAH de leur enfant (étude réalisée à Montréal (Québec), Canada). Afin d'être en mesure de participer à l'étude, une série de critères d'inclusion et d'exclusion ont du être respectés. Les critères d'admissibilité pour l'étude étaient que a) l'enfant rencontre les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)* pour le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) (American Psychiatric Association, 2000). Le diagnostic a été vérifié par un entretien psychiatrique standardisé DISC IV; b) l'enfant doit répondre au méthylphénidate et suivre un traitement pharmacologique utilisant cette médication (Ritalin ou Concerta); c) l'enfant doit être âgé entre 6 ans et 9 ans 11 mois inclusivement. Les critères d'exclusion étaient : a) l'enfant présente un retard intellectuel, même modéré, ( $QI \leq 79$ ) au WISC-III; b) l'enfant présente un trouble de langage ou d'apprentissage sévère et/ou spécifique, vérifié dans l'évaluation clinique; c) l'enfant a une

maladie neurologique reconnue (épilepsie, tumeurs, etc.); d) l'enfant est né prématurément (< 35 semaines); e) l'enfant présente des tics multiples, un syndrome de Gilles de la Tourette ou un trouble obsessionnel-compulsif.

### **Procédure**

L'évaluation diagnostique s'est déroulée au laboratoire de l'équipe de recherche. Durant cette rencontre, les parents ont complété l'entrevue diagnostique le DISC-IV ainsi que le Conner's alors que les enfants ont répondu au WISC-III. Le pédopsychiatre affilié à l'équipe de recherche a rencontré chacune des familles. Enfin, lors de cette rencontre, un cahier regroupant l'ensemble des autres questionnaires de l'étude a été remis aux parents. Lors d'une visite à domicile pour observer les interactions familiales, l'assistant de recherche a récupéré le cahier de questionnaires complétés par le parent. Toutes les mesures de la présente étude ont donc été prises avant toute participation au programme d'entraînement aux habiletés parentales *Ces Années Incroyables*. Dans cette étude, le parent qui a complété les questionnaires est celui qui passait le plus de temps avec son enfant. Il revenait donc aux parents de décider lequel des deux allait remplir les questionnaires. Tous les parents sollicités ont complété l'ensemble des questionnaires.

### **Instruments de mesure**

#### **Caractéristiques sociodémographiques**

Trois indicateurs des caractéristiques sociodémographiques ont été mesurés auprès des familles : (a) le revenu familial allant de 0 \$ à 85 000\$ et plus (b) la composition familiale incluant la biparentalité, la monoparentalité, la famille reconstituée ou autres et (c) la scolarité des parents allant de niveau primaire à l'obtention d'un doctorat.

### **Évaluation du TDAH de l'enfant**

**DISC IV (1997).** Cette entrevue permet d'évaluer la présence de plus de 30 diagnostics psychiatriques auprès des enfants et des adolescents âgés entre 6 et 17 ans sur la base des critères du DSM-IV et de la 10<sup>e</sup> édition du système de classification de l'Organisation mondiale de la santé, le CIM-10 (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000).

**Conner's pour les parents (1997).** Il s'agit d'un questionnaire qui comprend 80 énoncés auxquels le parent répond sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout* (0) à *énormément* (3), utilisé afin d'évaluer les comportements spécifiques du TDAH et les comportements associés au cours du dernier mois. Les échelles sont : opposition ( $\alpha = .89$ ), problèmes cognitifs/inattention ( $\alpha = .88$ ), hyperactivité ( $\alpha = .90$ ), gêne/anxiété ( $\alpha = .79$ ), perfectionnisme ( $\alpha = .68$ ), problèmes sociaux ( $\alpha = .82$ ), psychosomatique ( $\alpha = .73$ ). Seuls les deux dimensions suivantes seront retenues pour la présente étude : opposition (10 items) et gêne/anxiété (8 items).

**Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC, 3rd ed.; Wechsler, 1991).** Les cinq sous-tests suivants ont été administrés : connaissances générales, similitudes, vocabulaire, séquences de chiffres et blocs. Selon Sattler (1992), ceux-ci permettent d'obtenir une bonne approximation du quotient intellectuel général.

### **Mesures des cognitions parentales**

**Attributions causales.** Le *Interactions Questionnaire* (INTX; Hoza et al., 2000) évalue les attributions des parents face aux comportements d'obéissance et de désobéissance de leur enfant TDAH. Cet instrument est constitué de 60 énoncés qui permettent de mesurer les attributions des parents quant à leur succès ou leur échec, afin d'obtenir l'obéissance de leur enfant et ce, au moyen de six mises en situation du quotidien. Par exemple, le parent doit

imaginer qu'il vient tout juste de demander à son enfant de nettoyer sa chambre. Ensuite, 10 attributions sont proposées au parent pour cette mise en situation en lien avec l'obéissance ou la désobéissance de l'enfant. Le parent doit indiquer à quel point il adhère à l'explication donnée sur une échelle de type Likert allant de *très vrai* (1) à *totalelement faux* (10). Les scores ont été regroupés en quatre catégories d'attributions pour les comportements d'obéissance de l'enfant : humeur du parent ( $\alpha = .77$ ) ou de l'enfant ( $\alpha = .72$ ), les efforts du parent ( $\alpha = .76$ ) ou de l'enfant ( $\alpha = .83$ ) et en quatre catégories pour les comportements de désobéissance de l'enfant : humeur du parent ( $\alpha = .84$ ) ou de l'enfant ( $\alpha = .88$ ), les efforts du parent ( $\alpha = .86$ ) ou de l'enfant ( $\alpha = .84$ ). Pour chaque type d'attribution, le score correspond à la moyenne des réponses à tous les items de la catégorie. Plus le score est faible, plus le parent est d'accord avec l'énoncé (p. ex. : Il a arrêté de m'interrompre, car j'ai fait un effort spécial cette journée-là pour qu'il arrête de m'interrompre – très vrai (1)).

À l'instar de Hoza et al. (2000), nous avons choisi d'analyser les attributions faites par les parents en regard des comportements de désobéissance de leur enfant, en tenant compte des deux facteurs suivants : efforts de l'enfant (p. ex. : Il n'a pas nettoyé sa chambre parce qu'il n'a pas fait d'effort spécial cette journée-là pour me faire plaisir) et humeur de l'enfant (p. ex. : Il n'a pas arrêté de m'interrompre parce qu'il était de mauvaise humeur cette journée-là). Par ailleurs, nous allons élargir les variables à l'étude en incluant les attributions faites par les parents en regard des comportements d'obéissance de l'enfant : efforts et humeur de l'enfant. Nous allons également étudier les attributions que se font les parents à eux-mêmes, en lien avec les comportements d'obéissance et de désobéissance de leur enfant (efforts et humeur du parent). À notre connaissance, aucune étude ne s'y est encore intéressée. Voici un exemple d'énoncé pour lequel le parent attribue la désobéissance de l'enfant à son humeur (p.

ex. : Il n'a pas nettoyé sa chambre, car j'étais de mauvaise humeur cette journée-là) et un énoncé pour lequel le parent attribue l'obéissance de l'enfant à ses efforts (p. ex. : Il est rentré à la maison, car j'ai fait un effort spécial cette journée-là pour qu'il obéisse).

**Sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP).** L'instrument utilisé dans cette étude a été construit à partir des outils de Dumka, Stoerzinger, Jackson et Roosa (1996), de cinq énoncés du *Toddler Care Questionnaire* (Gross & Rocissano, 1988) et d'une adaptation de la mesure du sentiment d'auto-efficacité de DiClemente, Prochaska et Gibertini (1985). Celui-ci permet de mesurer le sentiment de confiance des parents quant à leurs habiletés éducatives. Le parent doit exprimer son niveau d'accord, sur une échelle de Likert allant de *fortement d'accord* (1) à *fortement en désaccord* (5), face à 19 énoncés. Pour chaque énoncé, un score élevé correspond à un faible sentiment d'auto-efficacité parental. Le score du sentiment d'auto-efficacité total correspond à la moyenne des réponses à tous les items du questionnaire et il permet de situer la confiance du participant par rapport à son rôle de parent (Cronbach = .83).

### **Mesure des pratiques parentales**

**Parenting Practice Interview (PPI).** Le *Parenting Practice Interview (PPI)* (Webster-Stratton, 1998) inclut différentes pratiques parentales que le programme *Ces Années Incroyables* tente d'augmenter ou de diminuer. Il est constitué de 80 questions au sujet de l'utilisation que les parents font des sept pratiques parentales suivantes : discipline punitive et inconstante (p. ex. : Si votre enfant refuse de faire ce que vous lui avez demandé, quelle est la probabilité que vous élevez le ton de voix - réprimander ou crier;  $\alpha = .82$ ), punitions physiques (p. ex. : Si votre enfant refuse de faire ce que vous lui avez demandé, quelle est la probabilité que vous donniez une fessée à votre enfant;  $\alpha = .57$ ), discipline verbale positive (p.

ex. : Si votre enfant frappe un autre enfant, quelle est la probabilité que vous discipliniez votre enfant en discutant du problème avec votre enfant ou en lui posant des questions;  $\alpha = .78$ ); félicitations et récompenses (p. ex. : Lors des 2 derniers jours, combien de fois avez-vous félicité ou complimenté votre enfant pour quelque chose qu'il a bien fait;  $\alpha = .70$ ), discipline appropriée (p. ex. : Si votre enfant refuse de faire ce que vous lui avez demandé, quelle est la probabilité que vous mettiez votre enfant en retrait;  $\alpha = .79$ ), clarté des attentes (p. ex. : J'ai clairement établi les règles et les attentes pour mon enfant en ce qui concerne les tâches ménagères;  $\alpha = .52$ ), et supervision parentale (p. ex. : Au cours des 2 derniers jours, combien d'heures au total votre enfant a-t-il participé à des activités à l'extérieur de la maison sans supervision d'adulte, s'il y a lieu;  $\alpha = .58$ ). Le parent doit répondre à différentes affirmations sur une échelle de type Likert allant de 1 (*fortement en désaccord*) à 7 (*fortement en accord*). Un score élevé pour chaque énoncé correspond à une plus grande utilisation de la pratique parentale en question.

### **Indice dépressif**

Le *Beck Depression Inventory-II* (Traduction du *Beck Depression Inventory; BDI-II* ; Beck, Steer & Brown, 1996) a permis de mesurer les symptômes dépressifs des parents. Ce questionnaire est composé de 21 énoncés sur la symptomatologie de la dépression, tel que la tristesse, le pessimisme, l'agitation, la perte d'intérêt, l'irritabilité, les changements dans l'appétit et les difficultés d'attention. Le parent doit choisir pour chaque groupe d'énoncés, l'item qui décrit le mieux comment il s'est senti au cours des deux dernières semaines. Les réponses sont réparties sur une échelle de type Likert allant de «0 à 3». Plus le score est élevé, plus l'individu rapporte des symptômes dépressifs (Cronbach = .86).

## Résultats

L'objectif de l'étude consistait à étudier le rôle prédictif des cognitions sociales (attributions causales des parents, sentiment d'auto-efficacité parental) et des caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH (sous-type TDAH, concomitance, symptômes d'opposition et d'anxiété/gêne) sur les pratiques parentales.

Le tableau 1 présente les moyennes et écart-types des variables à l'étude. L'échantillon est composé de parents qui ont en moyenne un sentiment d'auto-efficacité parental élevé et qui présentent un niveau minimal de symptômes dépressifs. Les parents attribuent plus les comportements d'obéissance de leur enfant TDAH à l'humeur de l'enfant ou à ses efforts qu'à leur propre humeur ou leurs efforts. Ils attribuent de façon assez semblable les comportements de désobéissance de leur enfant TDAH au manque d'effort de l'enfant, à l'humeur de l'enfant ou encore à leur propre manque d'effort. Les parents attribuent peu les comportements de désobéissance de leur enfant à leur propre humeur. Globalement, les parents de cet échantillon rapportent utiliser plus de pratiques parentales positives comparativement aux pratiques parentales négatives. Par ailleurs, on observe une faible utilisation de la punition physique. Finalement, les parents de cet échantillon perçoivent davantage de symptômes d'opposition et d'anxiété/gêne chez leur enfant TDAH comparativement à la moyenne des enfants de leur âge.

Des analyses de régressions avec les variables d'attributions, du SAEP et les caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH comme variables prédictives et les mesures des pratiques parentales comme variables critères ont été effectuées. Afin d'identifier les variables à intégrer dans les analyses de régression, des corrélations ont été calculées entre les mesures d'attributions, le SAEP, la dépression, l'opposition, la gêne/anxiété et chacune des mesures des pratiques parentales.

Le tableau 2 présente les résultats des corrélations entre les variables prédictives et chacune des pratiques parentales. Les résultats montrent que plus les parents attribuent l'obéissance de leur enfant aux facteurs internes, stables et contrôlables suivants (c.-à-d. humeur ou effort du parent, humeur ou effort de l'enfant) et plus ils attribuent la désobéissance de leur enfant aux facteurs internes, stables et contrôlables suivants (c.-à-d. humeur du parent, humeur ou effort de l'enfant), plus ils rapportent utiliser une discipline sévère et inconstante. Moins les parents attribuent les comportements de désobéissance de leur enfant à leur manque d'effort (parent), plus ils rapportent une discipline verbale positive. Les résultats montrent également que plus les parents ont un SAEP élevé, plus ils rapportent utiliser une discipline verbale positive, les félicitations et les récompenses, une discipline appropriée, des attentes claires et moins ils rapportent utiliser une discipline sévère et inconstante et la punition physique. Enfin, l'indice de dépression chez le parent est corrélé positivement avec l'utilisation d'une discipline sévère et inconstante.

En ce qui concerne les caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH, les résultats montrent que moins les parents perçoivent des symptômes d'opposition chez leur enfant, plus ils rapportent utiliser une discipline verbale positive et plus ils rapportent utiliser une discipline appropriée. Par ailleurs, plus les parents perçoivent des symptômes d'anxiété et/ou de gêne chez leur enfant TDAH, plus ils rapportent utiliser les félicitations et/ou les récompenses et moins la supervision parentale.

Compte tenu de la distribution des enfants dans chaque sous-type de TDAH ( $n = 68$  TDAH-H/I,  $n = 11$  TDAH-H,  $n = 31$  TDAH-I), deux groupes ont été constitués soit TDAH/I ( $n = 31$ ) ainsi que TDAH-H/I et TDAH-H ( $n = 79$ ). Pour la concomitance, compte tenu de la distribution des enfants ( $n = 50$  aucun symptôme concomitant,  $n = 41$  avec agressivité,  $n = 19$

avec anxiété), deux groupes ont été créés ( $n = 60$  avec symptômes concomitants ou  $n = 50$  sans symptôme concomitant).

Des analyses de variance univariées (ANOVAS) ont permis de vérifier si les pratiques parentales se distinguent de façon significative selon le sous-type de TDAH ou la présence ou absence de symptômes concomitants. Les résultats des ANOVAS montrent une absence de lien entre le sous-type de TDAH et la discipline verbale positive ( $F(1, 103) = 0,48, p = .49$ ), les félicitations/récompenses ( $F(1, 103) = 0,12, p = 0,73$ ), la discipline appropriée ( $F(1, 103) = 0,81, p = .37$ ), la supervision parentale ( $F(1, 103) = 0,48, p = .49$ ) et les attentes claires ( $F(1, 103) = 3,10, p = .08$ ). Les résultats des ANOVAS montrent une absence de lien entre le sous-type de TDAH et la discipline sévère/inconstante ( $F(1, 102) = 2,40, p = .12$ ) et la punition physique ( $F(1, 103) = 0,66, p = .42$ ).

Les résultats des ANOVAS ne montrent aucun lien entre la présence de symptômes concomitants au TDAH et la discipline verbale positive ( $F(1, 103) = 0,96, p = .33$ ), les félicitations/récompenses ( $F(1, 103) = 0,31, p = .58$ ), la discipline appropriée ( $F(1, 103) = 0,21, p = .65$ ), la supervision parentale ( $F(1, 103) = 2,21, p = .14$ ) et les attentes claires ( $F(1, 103) = 0,05, p = .82$ ). Cependant, les ANOVAS mettent en évidence un lien entre la présence de symptômes concomitants et la discipline sévère/inconstante ( $F(1, 102) = 9,45, p = .003$ ) et la punition physique ( $F(1, 103) = 4,73, p = .032$ ). Les parents d'enfants TDAH ayant des problèmes concomitants sont plus susceptibles d'utiliser une discipline sévère/inconstante ( $M = 3,23$ ) et la punition physique ( $M = 1,35$ ) que les parents d'enfant TDAH sans concomitance (respectivement  $M = 2,87$  et  $M = 1,20$ ).

Les corrélations et les analyses de variance ont permis d'identifier les variables liées aux pratiques parentales positives et négatives de façon univariée. Pour chaque mesure des

pratiques parentales, seules les variables significatives seront utilisées pour effectuer les analyses de régressions linéaires multiples.

Le tableau 3 présente les résultats des analyses de régression linéaire multiple permettant d'identifier les prédicteurs des pratiques parentales. Les résultats montrent que plus les parents perçoivent leur enfant comme oppositionnel ( $\beta = 0,32$ ;  $p < .001$ ) et plus ils ont un sentiment d'auto-efficacité parental élevé ( $\beta = -0,37$ ;  $p < .001$ ), plus ils rapportent utiliser une discipline appropriée avec leur enfant TDAH. Ces deux variables expliquent 18,2 % de la variance d'une discipline appropriée. Ensuite, les résultats montrent que plus les parents ont un sentiment d'auto-efficacité parental élevé ( $\beta = -0,37$ ;  $p < .001$ ) et moins ils attribuent la désobéissance de leur enfant TDAH à un manque d'effort de leur part (parent) ( $\beta = 0,21$ ;  $p = .02$ ), plus ils rapportent utiliser une discipline verbale positive avec leur enfant. Par ailleurs, moins les parents perçoivent de symptômes d'opposition chez leur enfant TDAH ( $\beta = -0,22$ ;  $p = .02$ ), plus ils rapportent utiliser une discipline verbale positive. Ces trois variables expliquent 22,7 % de la variance de la discipline verbale positive. Les résultats montrent également que plus les parents ont un sentiment d'auto-efficacité élevé ( $\beta = -0,29$ ;  $p = .003$ ), plus ils rapportent utiliser les félicitations et les récompenses avec leur enfant TDAH. Cette variable explique 10,1 % de la variance des félicitations et des récompenses. Enfin, les résultats montrent que plus les parents ont un sentiment d'auto-efficacité faible ( $\beta = 0,29$ ;  $p = .003$ ), plus ils rapportent utiliser la punition physique avec leur enfant TDAH. Cette variable explique 10,1 % de la variance de la punition physique.

Le tableau 4 présente les résultats de l'analyse de régression hiérarchique permettant d'identifier les prédicteurs d'une discipline sévère et inconstante, en contrôlant l'indice de dépression du parent. Les résultats indiquent que la dépression est associée à une discipline

sévère/inconstante lorsqu'elle est la seule variable dans le modèle ( $\beta = 0,24$ ;  $p = .02$ ). Par ailleurs, les résultats indiquent que plus les parents ont un faible sentiment d'auto-efficacité parental ( $\beta = 0,40$ ;  $p < .001$ ) et plus ils attribuent les comportements de désobéissance de leur enfant TDAH à un manque d'effort de la part de l'enfant ( $\beta = - 0,29$ ;  $p = .01$ ), plus ils rapportent utiliser une discipline sévère et inconstante. Par ailleurs, les résultats indiquent que la présence de symptômes concomitants au TDAH est associée à une discipline sévère et inconstante ( $\beta = 0,24$ ;  $p = .01$ ). Ces trois variables expliquent 38,7 % de la variance d'une discipline sévère et inconstante. L'indice de dépression du parent ne prédit pas une discipline sévère et inconstante, lorsque les autres variables prédictives sont intégrées dans le modèle.

### **Discussion**

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les cognitions sociales des parents (attributions causales et sentiment d'auto-efficacité parental) et les caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH (sous-type TDAH, concomitance, symptômes d'opposition et d'anxiété/gêne) associées aux pratiques parentales.

#### **Rôle du SAEP**

Le SAEP est apparu comme la caractéristique la plus importante en lien avec l'ensemble des pratiques parentales mesurées. Malgré le fait que la majorité des parents composant cet échantillon ont rapporté avoir un SAEP élevé, se sentir compétent et efficace dans son rôle parental est associé à l'utilisation par les parents de pratiques parentales positives, telles que les félicitations et les récompenses, la discipline verbale positive et la discipline appropriée. Par ailleurs, nos résultats indiquent qu'avoir un faible SAEP est associé avec l'utilisation d'une discipline sévère et inconstante et avec la punition physique et ce, même si les parents ont rapporté utiliser peu la punition physique. Globalement, avoir

confiance en sa capacité à gérer les comportements problématiques de son enfant est associé à l'utilisation de pratiques parentales positives, tandis que les parents ayant un faible SAEP sont plus enclins à utiliser des pratiques parentales négatives. En ce sens, les résultats obtenus corroborent ceux des études antérieures qui ont rapporté un lien entre le SAEP et les pratiques parentales (Coleman & Karraker, 1997; voir Jones & Prinz, 2005, pour une recension des études portant sur le SAEP; Sanders & Woolley, 2005). Ces résultats sont intéressants puisqu'à notre connaissance, aucune étude n'a encore examiné le lien entre le SAEP et les pratiques parentales auprès de familles d'enfants TDAH. Les parents d'enfants TDAH font face à des exigences importantes quant à leur rôle parental. Le SAEP des parents d'enfants ayant un TDAH est associé à leurs pratiques parentales, ce qui suggère l'importance d'en tenir compte dans les interventions faites pour les soutenir dans leur rôle parental.

### **Rôle des attributions causales**

Globalement, dans cette étude, nous avons observé peu de liens entre les attributions des parents et leurs pratiques parentales. Parmi les différents types d'attributions causales mesurés, deux attributions sont associées aux pratiques parentales lorsque l'on tient compte également du SAEP et des caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH.

Premièrement, attribuer les comportements de désobéissance de l'enfant au manque d'effort de l'enfant est associé avec l'utilisation d'une discipline sévère et inconstante. La perception que son enfant est responsable de ses difficultés et qu'il fait exprès de désobéir pourrait amener un parent à adopter des pratiques parentales inefficaces afin de diminuer les comportements problématiques de l'enfant. Ces résultats s'apparentent aux résultats d'une étude antérieure montrant un lien entre la perception du parent que son enfant désobéit de façon volontaire et intentionnelle et une discipline plus sévère (Slep & O'Leary, 1998). Par

ailleurs, le fait d'attribuer les comportements de désobéissance de l'enfant au manque d'effort du parent est associé avec l'utilisation d'une discipline verbale positive. Il se peut qu'un parent qui se perçoit responsable de la désobéissance de son enfant ait une perception moins négative des difficultés comportementales de son enfant et ait plus tendance à utiliser des pratiques parentales efficaces afin que l'enfant lui obéisse. À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore intéressée aux attributions que les parents se font des comportements d'obéissance et de désobéissance de leur enfant TDAH en lien avec les pratiques parentales utilisées. Les résultats de cette étude suggèrent que les attributions causales des parents ne sont pas des prédicteurs importants des pratiques parentales.

### **Rôle des caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH**

Les résultats suggèrent que la perception par le parent de symptômes d'opposition chez son enfant TDAH (p. ex. : refuse d'obéir aux demandes des adultes ou y résiste activement) est associée avec une plus grande utilisation d'une discipline appropriée et avec une moins grande utilisation d'une discipline verbale positive. Ainsi, les parents qui rapportent plus de symptômes d'opposition chez leur enfant recourent plus fréquemment à des pratiques parentales reconnues efficaces pour diminuer l'apparition de comportements inappropriés, telles que mettre l'enfant en retrait, ignorer ses comportements problématiques ou encore retirer des privilèges (p. ex. : TV, jouer avec ami). Ils utilisent moins de stratégies de résolution de problèmes avec leur enfant TDAH, telles que discuter du problème avec l'enfant ou poser des questions, des stratégies jugées moins efficaces pour les comportements d'opposition. Par ailleurs, la présence de symptômes concomitants est apparue comme étant associée à une discipline sévère et inconstante (p. ex. : menacer son enfant de le punir, sans le punir réellement). Ces résultats appuient les études antérieures qui indiquent que la présence

de symptômes concomitants associés au diagnostic de TDAH, peut exacerber les difficultés vécues dans la relation parent-enfant et influencer négativement les pratiques parentales (Johnston & Ohan, 2005; Pfiffner et al., 2005 ; Woodward et al., 1998). Nos résultats s'apparentent également aux études antérieures qui rapportent que les pratiques parentales ne se différencient pas lorsque l'on tient compte du profil diagnostique spécifique de l'enfant (Bauermeister et al., 2005; Bauermeister et al., 2007; Paternite et al., 1996). Les résultats de cette étude contribuent à la compréhension de l'incidence des différentes caractéristiques comportementales des enfants TDAH sur la relation parent-enfant, à l'effet que c'est moins le profil diagnostique qui est associé aux pratiques parentales que la nature des problèmes concomitants, notamment les comportements d'opposition.

### **Forces de l'étude**

Cette étude est l'une des rares à avoir étudié conjointement différents types de cognitions sociales des parents d'enfants TDAH (attributions causales et SAEP) en lien avec l'utilisation des pratiques parentales positives et négatives. Par ailleurs, une attention particulière a été accordée à la spécificité des caractéristiques des enfants TDAH, notamment le sous-type TDAH, la concomitance et la perception des parents de symptômes d'opposition et d'anxiété/gêne chez leur enfant. Finalement, les enfants de l'étude ont fait l'objet d'un processus de sélection rigoureux et prenaient tous une médication appropriée. Ce faisant, les liens observés entre les cognitions sociales, les caractéristiques comportementales de l'enfant et les pratiques parentales sont apparus et ce, même si les symptômes TDAH de l'enfant étaient atténués par la médication.

## **Limites de l'étude**

Une première limite de cette étude est qu'elle a permis de rendre compte majoritairement des perceptions des mères à l'égard de leur enfant, très peu de pères ayant été identifiés comme étant le parent passant le plus de temps avec l'enfant. Dans une étude ultérieure, il serait intéressant de pouvoir comparer les perceptions des mères et des pères en regard du comportement de leur enfant et de leurs pratiques parentales en tenant compte de l'importance de leur présence auprès de l'enfant et de la nature des moments partagés avec ce dernier. Une autre limite est que l'ensemble des mesures de cette étude a été recueilli au moyen de questionnaires auto-rapportés. Par exemple, pour mesurer les attributions causales, les parents devaient imaginer à quelles causes ils attribueraient les comportements d'obéissance et de désobéissance de leur enfant dans des situations spécifiques, ce qui les forçait à trouver une explication à un processus qui n'est pas réellement conscient. Ce type de questionnement peut causer des lacunes au niveau méthodologique, notamment en ce qui concerne la fidélité et la validité des mesures. Dans des études subséquentes, il serait intéressant d'observer directement les interactions parent-enfant. Les attributions causales pourraient être mesurées en demandant aux parents à quoi ils attribuent le comportement de leur enfant en lien avec des situations réelles vécues par les parents avec leur enfant. Dans le même sens, l'observation des interactions parent-enfant permettrait une mesure plus objective des pratiques éducatives que les questionnaires complétés par les parents et offrirait une mesure complémentaire des pratiques éducatives, d'autant que certaines échelles du PPI ne présentaient pas une cohérence interne satisfaisante.

## **Implications cliniques**

Cette étude permet d'identifier l'importance relative des cognitions sociales des parents et des caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH dans l'explication des pratiques parentales utilisées. En somme, la présente étude a montré que le SAEP est une caractéristique essentielle à prendre en considération en lien avec les pratiques parentales employées au sein des familles d'enfants TDAH. Bien que cette étude ne se soit pas intéressée spécifiquement au processus d'intervention auprès des familles d'enfants TDAH, ces résultats ont des répercussions sur le plan clinique, dans la mesure où ils suggèrent l'importance de prendre en compte le SAEP dans les interventions pour les familles d'enfants TDAH. En effet, ces résultats suggèrent que pour certains parents, les pratiques parentales inadéquates ne sont pas liées à un manque de connaissances sur la façon de contrôler les comportements problématiques de leurs enfants, mais plutôt à un schème de pensées inadaptées, notamment le fait d'avoir un faible SAEP. Mieux comprendre le rôle des cognitions sociales en lien avec les pratiques parentales s'avère donc crucial.

## Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family*, 22, 944–972.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Barkley, R. A. (2006). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. Dans R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3<sup>rd</sup> ed., pp.184-218). New York, NY: Guilford Press.
- Bauermeister, J. J., Matos, M., Reina, G., Salas, C. C., Martinez, J. V., Cumba, E., & Barkley, R. A. (2005). Comparison of the DSM-IV combined and inattentive types of ADHD in a school-based sample of Latino/Hispanic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 46(2), 166-179.
- Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Chàvez, L., Rubio-Stipec, M., Ramirez, R., Padilla, L., ...& Canino, G. (2007). ADHD and gender: Are risk and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child and Psychiatry*, 48, 831-839.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Harcourt Brace.
- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology*, 51, 315-344.

- Bugental, D. B., Johnston, C., New, M., & Silvester, J. (1998). Measuring parental attributions: Conceptual and methodological issues. *Journal of Family Psychology, 12*, 459-480.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the standard behavioural parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7*(1), 1-27.
- Chronis, A. M., Gamble, S. A., Roberts, J. E., & Pelham, W. E. (2006). Evaluating the effectiveness of the Coping with Depression course for mothers of children with ADHD. *Behavior Therapy, 37*, 143–158.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Williams, S. H., Baumann, B. L., Kipp, H., ...& Rathouz, P.J. (2007). Maternal depression and early positive parenting predict future conduct problems in young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology, 43*, 70-82.
- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Association between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 1237-1250.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future application. *Developmental Review, 18*, 47-85.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scale-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Cunningham, C. E., & Boyle, M. H. (2002). Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: Family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 555-569.

- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9(2), 181-200.
- Dix, T., & Grusec, J. (1985). Parent attribution processes in the socialization of children. Dans I. E. Sigel (Ed.), *Parent Belief systems: The psychological consequences for children* (pp. 201-233). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations*, 45, 216-222.
- Gerdes, A. C., & Hoza, B. (2006). Maternal attributions, affect, and parenting in attention deficit hyperactivity disorder and comparison families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 346-355.
- Gerdes, A. C., Hoza, B., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Swanson, J. M, Wigal, T., & Jensen, P.S. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: Exploration of possible mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 705-714.
- Goodnow, J. J. (1992). Parents' ideas, children's ideas: Correspondence and divergence. Dans I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy-DeLisi, & J. J. Goodnow (Eds.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 293-317). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development : A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113(1), 101-131.
- Gross, D., & Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. *Nurse Practitioner*, 13, 19-29.

- Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W. E. Jr., Swanson, J. M., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., ...& Kraemer, H.C. (2000). Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 569-583.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behaviour. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 85-105.
- Johnston., C., Chen, M., & Ohan, J. (2006). Mothers' attributions for behavior in nonproblem boys, boys with attention deficit hyperactivity disorder, and boys with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(1), 60-71.
- Johnston, C., & Leung, D. W. (2001). Effects of medication, behavioral, and combined treatments on parents' and children's attributions for the behavior of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 67-76.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Johnston, C., & Ohan., J. (2005). The importance of parental attributions in families of children with Attention-Deficit and Disruptive Behavior Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 167-182.
- Jones, T. L. & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment : A review. *Clinical Psychology*, 25, 341-363.

- Kepley, H. O., & Ostrander, R. (2007). Family characteristics of anxious ADHD children: Preliminary results. *Journal of Attention Disorders, 10*(3), 317-323.
- Kochanska, G., Kuczynski, L., & Radke-Yarrow, M. (1989). Correspondence between mothers' self-reported and observed child rearing practices. *Child Development, 60*, 56-63.
- Kuczynski, L., & Parkin, M. (2007). Agency and bidirectionality in socialization: Interactions, transactions, and relational dialectics. Dans J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 259-283). New York, NY: Guilford Press.
- Lindahl, K. M. (1998). Family process variables and children's disruptive behavior problems. *Journal of Family Psychology, 12*(3), 420-436.
- Locke, L. M., & Prinz, R. J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychology Review, 22*, 895-929.
- MacKinnon, C. E., Lamb, M. E., Belsky, J., & Baum, C. (1990). An affective-cognitive model of mother-child aggression. *Development and Psychopathology, 2*, 1-13.
- McGillicuddy-DeLisi, A. V. (1992). Parents' beliefs and personal-social development. Dans I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy-DeLisi, & J. J. Goodnow (Eds). *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (pp.115-142). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Milich, R., Balentine, A. C., Lynam, D. R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 463-488.

- Paternite, C. E., Loney, J. & Roberts, M. A. (1996). A preliminary validation of subtypes of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders, 1*(2), 70-86.
- Pfiffner, L. J., & McBurnett, K. (2006). Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(5), 725-735.
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Rathouz, P. J., & Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(5), 551-563.
- Power, T. J., & DuPaul, G. J. (1996). Attention-deficit hyperactivity disorder: The reemergence of subtypes. *School Psychology Review, 25*, 284-297.
- Rudy, D. & Grusec, J. E. (2006). Social cognitive approaches to parenting representations. Dans O. Mayseless (Ed.), *Parenting representations: Theory, research, and clinical implications* (pp.79-106). New York, NY: Cambridge University Press.
- Sanders, M. R. & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development, 31*(1), 65-73.
- Sattler, J. M. (1992). *Assessment of children* (3rd ed.). San Diego, CA: Author.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 28-38.

- Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., ... & Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive impulsive inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *26*, 475–494.
- Sigel, I. E. (1992). *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Slep, A. M. S., & O'Leary, S. G. (1998). The effects of maternal attributions on parenting: An experimental analysis. *Journal of Family Psychology*, *12*(2), 234-243.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year : The meditational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, *62*(5), 918-929.
- Webster-Stratton, C. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes. Dans J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training* (pp. 98-152). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition*: Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Woodward, L., Taylor, E., & Dowdney, L. (1998). The parenting and family functioning of children with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*(2), 161-169.

Tableau 1

*Moyenne et écart-type des variables à l'étude : les pratiques parentales, les cognitions sociales des parents et les caractéristiques comportementales de l'enfant*

Mesures et variables	M (e.t.)
<b>Parent</b>	
Attributions causales (1-10)	
Obéissance effort/parent	6,06 (0,26)
Obéissance humeur/parent	7,38 (0,22)
Obéissance effort/enfant	4,66 (0,25)
Obéissance humeur/enfant	5,20 (0,23)
Désobéissance effort/parent	6,20 (0,28)
Désobéissance humeur/parent	8,16 (0,21)
Désobéissance effort/enfant	6,16 (0,26)
Désobéissance humeur/enfant	6,11 (0,27)
Sentiment d'auto-efficacité total (1-5)	2,17 (0,04)
Pratiques parentales (1-7)	
Discipline verbale positive	5,24 (0,08)
Félicitations et récompenses	4,48 (0,08)
Discipline appropriée	4,66 (0,08)
Supervision	5,68 (0,09)
Attentes claires	3,45 (0,06)
Discipline sévère et inconstante	3,07 (0,06)
Punitions physiques	1,28 (0,03)
Dépression	9,33 (0,64)
<b>Enfant</b>	
Opposition	61,10 (1,11)
Gêne/Anxiété	55,54 (1,12)

Tableau 2  
*Corrélations entre les cognitions sociales des parents, les caractéristiques comportementales de l'enfant et les pratiques parentales*

Variables	Discipline verbale positive	Félicitation/Récompense	Discipline appropriée	Supervision	Attentes claires	Discipline sévère et inconstante	Punition physique
<b>Parent</b>							
<b>Attributions causales</b>							
Obéissance effort/parent	.18	.06	-.02	.04	.01	-.26**	-.06
Obéissance humeur/parent	.19	.16	.03	.16	.08	-.25**	-.03
Obéissance effort/enfant	.12	.13	-.06	.08	-.06	-.26**	-.05
Obéissance humeur/enfant	.10	.15	-.03	.01	-.09	-.26**	.11
Désobéissance effort/parent	.22*	.03	.01	.05	-.01	-.17	.01
Désobéissance humeur/parent	.18	.13	-.01	.13	.02	-.35**	-.03
Désobéissance effort/enfant	.05	.12	.002	-.06	-.08	-.34**	-.08
Désobéissance humeur/enfant	.19	.19	-.04	.07	.004	-.24**	.08
Sentiment d'auto-efficacité	-.40**	-.28**	-.31**	-.003	-.26**	.46**	.32**
Dépression	-.16	-.11	-.02	-.10	-.01	.22*	.16
<b>Enfant</b>							
Opposition	-.28**	.01	.25*	-.12	.02	.13	.14
Gêne/Anxiété	.06	.20*	.13	-.21*	-.01	.04	.10

\* $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$

Tableau 3

*Régressions linéaires multiples identifiant les prédicteurs des pratiques parentales*

Prédicteurs	Bloc 1	
	$\beta$ stand	p
Discipline appropriée		
Opposition	.32	.001
Sentiment d'auto-efficacité parental	- .37	.001
R <sup>2</sup> ajusté		18,2
Discipline verbale positive		
Opposition	- .22	.02
Sentiment d'auto-efficacité parental	- .37	.001
Désobéissance parent/effort	.21	.02
R <sup>2</sup> ajusté		22,7
Félicitations et récompenses		
Anxiété	.17	.08
Sentiment d'auto-efficacité parental	- .29	.001
R <sup>2</sup> ajusté		10,1
Punition physique		
Concomitance	.14	.14
Sentiment d'auto-efficacité parental	.29	.003
R <sup>2</sup> ajusté		10,1

Tableau 4

*Régression hiérarchique identifiant les prédicteurs d'une discipline sévère et inconstante en contrôlant la dépression*

Prédicteurs	Bloc 1		Bloc 2	
	$\beta$ stand	p	$\beta$ stand	p
Dépression	.24	.02	.04	.69
Concomitance			.24	.01
Obéissance effort/enfant			.02	.88
Obéissance effort/parent			- .10	.35
Obéissance humeur/parent			.18	.22
Obéissance humeur/enfant			- .09	.51
Désobéissance effort/enfant			- .29	.01
Désobéissance humeur/enfant			.10	.50
Désobéissance humeur/parent			- .26	.10
Sentiment d'auto-efficacité parental			.40	.001
R <sup>2</sup> ajusté	4,8		38,7	

## ARTICLE 2

Les cognitions sociales des parents d'enfant TDAH  
comme prédicteur des pratiques parentales après une intervention

Marie-Christine Beaulieu, Sylvie Normandeau

et Philippe Robaey

Université de Montréal

Beaulieu, M-C, Normandeau, S et Robaey, P. (Sous presse). Les cognitions sociales des parents d'enfant TDAH comme prédicteur des pratiques parentales après une intervention.

*Revue canadienne des sciences du comportement.*

## Résumé

L'objectif de cette étude était d'examiner le rôle prédictif des cognitions sociales des parents d'enfant ayant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) en lien avec les pratiques parentales utilisées après leur participation à deux différents types d'intervention (programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ou soutien téléphonique (ST)) comparativement à un groupe contrôle (GC). Les familles ont été assignées de façon aléatoire aux groupes PEHP (n = 35), ST (n = 29) ou GC (n = 34). Tous les enfants étaient sous médication. Les cognitions sociales étudiées sont le sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) et les attributions causales portant sur les caractéristiques du parent (manque d'habiletés parentales, mauvaise humeur, manque d'efforts), lesquelles ont été mesurées à l'aide de questionnaires. Les pratiques parentales ont été mesurées à partir de deux types de mesures (questionnaires auto-rapportés, mesures observationnelles). Des analyses de régressions hiérarchiques confirment que dans certains cas, le SAEP ou les attributions causales prédisent différemment les pratiques parentales selon que les parents ont ou non participé à une intervention, mais il est prématuré de conclure que les cognitions sociales des parents d'enfant TDA/H sont des modérateurs du changement des pratiques parentales. La discussion aborde les implications cliniques de ces résultats.

Mots-clés : cognitions sociales, pratiques parentales, attributions parentales, sentiment d'auto-efficacité parental, trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

### Abstract

The purpose of this study was to examine the association between cognitions of parents of ADHD children about their child's behavior (self-efficacy, causal attributions) and their parental practices following an intervention (parent training program (PTP), support phone call (SPC)) in comparison with a control group (CG). Families were randomly assigned to either PTP (n = 35), SPC (n = 29) or CG (n = 34). All the children were under medication. The social cognitions were measured with questionnaires (self-efficacy and causal attributions for the child's misbehaviour (parent's lack of abilities, parent's bad mood, parent's lack of effort)). Parental practices were measured by two types of instruments (self-report and observations of parent-child interactions). Multiple regressions indicated that to in some instances parental self-efficacy and causal attributions were predictors of parenting practices after the intervention. However it would be premature to conclude to the moderating role of social cognitions with regard to parenting practices following an intervention. Clinical implications of these results are explored in the discussion.

Keywords : social cognitions, parenting practices, parental attributions, parental self-efficacy, attention-deficit/hyperactivity disorder

Les enfants atteints du trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDA/H) manifestent un ensemble de comportements perturbateurs dans lesquels l'inattention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité prédominent. La prévalence de ce trouble est de l'ordre de 3 à 7 %, il est diagnostiqué plus fréquemment pendant l'enfance et ce, chez les garçons plus souvent que chez les filles (American Psychiatric Association [APA], 2000). Au cours des dernières années, la prise de psychostimulants s'est avérée un traitement privilégié pour les enfants qui ont un TDA/H (Chronis, Jones, & Raggi, 2006). À cet effet, 85 % des enfants TDA/H sont sous médication (Olfson, Gameroff, Marcus, & Jensen, 2003). Malgré les bénéfices associés à la prise de médication, il y a également des limites quant aux traitements pharmacologiques, ce qui justifie le fait de s'intéresser à des méthodes complémentaires, telles que les traitements psychosociaux, par exemple les interventions cognitives-behaviorales auprès des parents et/ou des enfants ou celles en milieu scolaire. Ainsi, les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) conçus pour les parents d'enfant ayant le TDA/H ont des impacts positifs sur les pratiques parentales, sur la relation parent/enfant et sur le comportement de l'enfant, surtout lorsqu'ils sont combinés avec la prise d'une médication (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbys, & Pelham, 2004; Kohut & Andrew, 2004; Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury, & Weeks, 2001). Ces études soulignent l'importance d'intervenir non seulement auprès des enfants TDA/H, mais également auprès de leurs parents.

À ce jour, peu d'études se sont intéressées aux caractéristiques des parents qui modèrent l'efficacité des interventions, pourtant les parents occupent un rôle central dans le processus de socialisation de leur enfant en soutenant le développement d'habiletés cognitives et sociales ainsi qu'en structurant ou modelant les apprentissages de l'enfant (Bugental & Johnston, 2000). L'étude Multimodal Treatment Study of Children With Attention Deficit and

Hyperactivity Disorder (MTA) a mis en évidence que les cognitions sociales des parents, telles que la perception qu'ils ont d'eux-mêmes, des comportements de leur enfant ou encore de leurs pratiques parentales, jouent un rôle prédictif quant à l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychosociaux auprès de leur enfant TDA/H (Hoza et al., 2000). Les cognitions sociales comprennent un ensemble de processus cognitifs utilisés pour analyser une situation sociale, elles permettent de filtrer les informations reçues, influencent l'interprétation du comportement des autres, permettent de cadrer, d'organiser les actions et d'orienter le comportement social (Bugental & Johnston, 2000). Par exemple, il se peut qu'un même comportement chez un enfant soit interprété différemment par deux parents et engendre par le fait même une réponse émotionnelle et comportementale distincte. Des modèles théoriques ont été proposés pour expliquer le lien entre des cognitions sociales spécifiques des parents, telles que les croyances parentales (Goodnow, 1992; Kochanska, Kuczynski, & Radke-Yarrow, 1989; McGillicuddy-DeLisi, 1992; Sigel, 1992), leurs attributions causales (Dix & Grusec, 1985; MacKinnon, Lamb, Belsky & Baum, 1990; Johnston & Ohan, 2005) ou leur sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) en lien avec les pratiques parentales qu'ils utilisent (Ardelt & Eccles, 2001; Coleman & Karraker, 1997).

Mieux comprendre le rôle des cognitions sociales des parents en lien avec l'efficacité des interventions permettra d'améliorer les cibles d'intervention des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP), afin que davantage de parents puissent bénéficier de leur participation à de tels programmes.

### **Interventions auprès des parents d'enfant TDA/H**

Les interventions auprès des familles ayant un enfant TDA/H prennent des approches différentes. Par exemple, il existe des interventions comportementales, des thérapies

cognitivo-comportementales, des thérapies familiales, des groupes de soutien social et des programmes d'habiletés parentales. Ces interventions se distinguent également quant à leurs paramètres d'utilisation, par exemple selon le format (groupe versus individuel), le mode et support d'enseignement (contacts directs avec un intervenant versus soutien à distance) ou encore selon le contenu et les thèmes abordés (Chronis et al., 2006). Dans cette recherche, nous nous intéresserons aux PEHP offerts dans un contexte de groupe ou à distance.

### **Programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP)**

Les PEHP sont reconnus comme étant des interventions à privilégier auprès des parents d'enfant TDA/H. Ils ont comme objectif de favoriser l'adoption de stratégies éducatives plus efficaces afin d'aider les parents à mieux gérer les comportements perturbateurs de leur enfant (Hartman, Stage, & Webster-Stratton, 2003). De façon générale, les PEHP sont offerts à des groupes de parents, à raison d'une fois par semaine ou 2 fois par mois et sont animés par des intervenants ayant reçu une formation. Le nombre de rencontres varie, mais la plupart des programmes offrent en général entre 8 à 15 séances (Chronis et al., 2004; Cunningham, 2006).

De nombreuses recensions et méta-analyses appuient l'efficacité des PEHP quant à l'amélioration des habiletés parentales et du comportement des enfants dans les familles ayant des enfants qui présentent des problèmes de comportements (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Normandeau & Venet, 2000; Webster-Stratton & Reid, 2006), mais également dans les familles d'enfant TDA/H (Chronis et al., 2004). Des études effectuées auprès de familles d'enfant TDA/H rapportent que suite à la participation des parents à un PEHP, ces derniers utilisent davantage des pratiques éducatives positives, telles que des commandes claires ou des félicitations et utilisent moins de pratiques parentales dysfonctionnelles (ex. critiques, punition physique) contrairement aux parents qui n'ont reçu aucune intervention (Hoath & Sanders,

2002; Normandeau & Letarte, 2008; Normandeau, Letarte, Robaey, & Allard, 2009; Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002). Selon la revue de littérature de Kohut et Andrew (2004), les études ont également démontré que les PEHP permettent d'augmenter la confiance des parents en leurs habiletés à gérer les comportements de leur enfant, augmentent leur estime de soi et aident à réduire le niveau de stress parental. Il semble également que les cognitions sociales négatives des parents d'enfant TDA/H, par exemple la faible estime de soi de la mère ou encore les pères qui attribuent les comportements de désobéissance de leur enfant à des caractéristiques internes et stables à celui-ci (ex. mauvaise humeur ou manque d'effort de la part de l'enfant) sont associées à une faible efficacité des interventions pharmacologiques et psychosociales auprès de leur enfant (Hoza et al., 2000). Ces résultats soulignent l'efficacité des PEHP, mais également l'importance à accorder aux cognitions sociales des parents d'enfants TDA/H encore trop peu étudiées, afin d'être en mesure d'intervenir de façon plus efficace auprès de ces familles.

### **Soutien à distance**

Une autre forme d'intervention auprès des familles en difficultés consiste à offrir du soutien à distance aux parents (ex. téléphone, web), afin de leur donner l'opportunité de réfléchir à l'impact des difficultés de leur enfant sur le fonctionnement familial et également d'être soutenus dans leur rôle parental (Sonuga-Barke et al., 2001). Connell, Sanders et Markie-Dadds (1997) rapportent des résultats positifs quant à l'efficacité d'un soutien à distance (c.-à.-d. les parents ont obtenu un guide d'intervention parentale et pendant 10 semaines ont reçu un appel de soutien téléphonique par semaine) sur l'amélioration des stratégies éducatives des parents d'enfant oppositionnel et sur la perception qu'ont les parents du comportement de leur enfant. Sonuga-Barke et ses collègues (2001) ont également comparé

l'impact de deux formes d'intervention auprès de parents d'enfant TDA/H. Ceux-ci n'ont pas observé une réduction des comportements TDA/H lorsque les parents avaient reçu du soutien non directif (c.-à.-d. journal dans lequel ils étaient amenés à discuter de leurs émotions par rapport au comportement de leur enfant et à ses impacts sur la famille) comparativement aux parents qui avaient participé à un PEHP. De leur côté, Normandeau et ses collègues (2009) ont comparé à un groupe contrôle l'efficacité de deux modalités d'intervention auprès de parents d'enfant TDA/H. Un premier groupe de parents a participé à un PEHP d'une durée de 16 semaines, alors qu'un second groupe de parents a reçu du soutien téléphonique (ST) d'une durée d'environ 20 à 30 minutes aux deux semaines. Les résultats démontrent que dans les deux groupes (PEHP et ST), les parents rapportent utiliser davantage les félicitations et les récompenses, utilisent des stratégies plus efficaces pour superviser leur enfant et expriment leurs attentes de façon plus claire à l'enfant. Ceux-ci rapportent également percevoir moins de comportements problématiques chez leur enfant. Lorsqu'on compare les groupes PEHP et ST au post-test, on observe que le changement des pratiques parentales aux mesures auto-rapportées est plus élevé dans le groupe PEHP que celui dans le groupe ST. Par exemple, les parents rapportent utiliser moins de pratiques parentales sévères et inconstantes et plus de pratiques positives, ils rapportent également s'impliquer davantage auprès de leur enfant. Finalement, utilisant des mesures observationnelles, Lessard (2011) rapportent une augmentation des pratiques éducatives positives et une diminution des pratiques éducatives négatives seulement chez les parents du groupe PEHP. Globalement, les résultats de ces études suggèrent que l'intensité, la qualité et le format d'une intervention ont un impact sur les pratiques parentales utilisées après une intervention.

## **Cognitions sociales des parents**

Les cognitions sociales comprennent un ensemble de processus cognitifs utilisés pour analyser une situation sociale, elles permettent de filtrer les informations reçues, influencent l'interprétation du comportement des autres, permettent de cadrer, d'organiser les actions et orientent par la suite le comportement social (Bugental & Johnston, 2000). Dans cette étude, nous nous intéresserons au sentiment d'auto-efficacité parental et aux attributions causales des parents.

### **Sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP)**

La théorie de l'auto-efficacité a été proposée par Bandura (1977a, 1977b) qui suggère que les individus ont des attentes d'auto-efficacité variables à propos de la réalisation de diverses activités spécifiques dans leur vie. La transition d'un adulte vers la parentalité propose de nouveaux défis dans une vie. Le passage de la dyade conjugale à la triade familiale requiert des connaissances et des compétences différentes afin d'accompagner adéquatement l'enfant au cours de son développement. Certains parents occupent ce nouveau rôle avec assurance et confiance, mais cette période peut s'avérer plus ardue pour d'autres parents, notamment lorsqu'ils doivent gérer les comportements problématiques de leur enfant présentant des difficultés. Des chercheurs se sont inspirés de la théorie de Bandura et se sont intéressés plus spécifiquement au sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP), défini comme les croyances des parents quant à leurs habiletés à éduquer leurs enfants avec succès (Coleman & Karraker, 1997; Teti & Gelfand, 1991). On rapporte que le SAEP est associé aux pratiques éducatives utilisées par les parents (Sanders & Woolley, 2005) et qu'il se modifie de façon positive et simultanée avec les pratiques parentales suite à la participation à un PEHP (Gross, Fogg, Garvey, Julion, Webster-Stratton, & Grady, 2003; Sanders, Pidgeon, Gravestock,

Connors, Brown, & Young, 2004). À cet effet, Hoath et Sanders (2002) ont comparé l'efficacité d'un PEHP à un groupe contrôle auprès de parents d'enfant TDA/H. Les parents du groupe PEHP ont rapporté une diminution significative de l'intensité des problèmes de comportement de leur enfant, une diminution des pratiques parentales aversives et une augmentation de leur SAEP comparativement aux parents du groupe contrôle. Bor et ses collègues (2002) ont observé des résultats similaires en s'intéressant à l'efficacité de deux types de PEHP auprès de parents d'enfant TDA/H comparativement à un groupe contrôle. Dans les deux groupes ayant reçu une intervention, les mères rapportent au post-test moins de pratiques parentales dysfonctionnelles ainsi qu'un SAEP plus élevé comparativement à celles du groupe contrôle. Ces résultats suggèrent l'existence d'un lien entre le SAEP et les pratiques parentales ainsi que l'influence positive des PEHP sur le SAEP et sur les pratiques parentales dans les familles d'enfant TDA/H.

### **Attributions causales**

Lorsque les parents sont confrontés à des comportements problématiques de leur enfant, ils font des attributions quant à la cause de ces comportements (Johnston & Ohan, 2005). Les attributions causales des parents agissent comme des filtres d'interprétation qui leur permettent de donner une signification aux comportements des enfants et qui guident leurs réponses comportementales et affectives (Bugental, Johnston, New, & Silvester, 1998). Les attributions peuvent porter sur les caractéristiques de l'enfant qui expliquent son comportement ou sur les caractéristiques du parent qui expliquent le comportement de l'enfant.

Des études se sont intéressées au lien entre les attributions causales des parents portant sur les caractéristiques de l'enfant et les pratiques parentales. Les études réalisées auprès de

parents d'enfant (sans problème, ayant un TDA/H avec ou sans troubles concomitants) ont démontré que lorsque les parents perçoivent les comportements de désobéissance de leur enfant comme intentionnels et les attribuent à des facteurs internes à l'enfant, ils sont portés à employer des méthodes disciplinaires plus coercitives (voir Johnston & Ohan, 2005, pour une recension exhaustive des études sur les attributions parentales). Une étude s'est également intéressée aux attributions faites par les parents d'enfant TDA/H en lien avec la réponse au traitement pharmacologique, à une intervention comportementale et à la combinaison des deux (Hoza et al., 2000). Les attributions causales des parents portaient sur les caractéristiques de l'enfant qui expliquaient ses comportements de désobéissance. Les résultats indiquent que lorsque les pères attribuent les comportements de désobéissance de leur enfant TDA/H à son manque d'effort ou à sa mauvaise humeur, l'enfant répond moins bien à l'intervention peu importe la nature de cette dernière. Aucun lien significatif n'a été observé entre les attributions causales des mères et l'efficacité de l'intervention auprès de leur enfant TDA/H. À notre connaissance, une seule étude s'est intéressée aux attributions qui portent sur les caractéristiques des parents d'enfant TDA/H dans un contexte d'intervention sur les pratiques parentales (Coles, Pelham & Gnagy, 2010). Les résultats indiquent que dans les groupes où les parents ont reçu davantage d'outils pour gérer les comportements de désobéissance de leur enfant (c.-à.-d. modification du comportement – intensité élevée), les parents attribuaient leur succès à gérer les comportements de leur enfant à leur propre effort.

### **Problématique**

En somme, la perception que les parents ont du comportement de leur enfant (attributions causales) et de leur habileté à gérer le comportement de leur enfant (SAEP) est associée à leurs pratiques parentales. À notre connaissance, aucune étude ne s'est encore

intéressée au rôle prédictif du SAEP et des attributions causales portant sur les caractéristiques du parent qui permettent d'expliquer les comportements de désobéissance de leur enfant TDA/H, en lien avec les pratiques parentales utilisées après avoir participé à une intervention visant à soutenir les parents dans l'apprentissage de pratiques parentales positives et efficaces.

### **Hypothèses**

L'objectif principal de cette étude est de vérifier si les cognitions sociales des parents (sentiment d'auto-efficacité parental et attributions causales) sont des prédictifs des pratiques parentales utilisées après avoir participé une intervention (PEHP ou ST). Sur la base des liens déjà observés entre les cognitions sociales des parents d'enfant TDA/H et leurs pratiques parentales, certaines hypothèses ont été formulées.

1. Plus un parent rapporte un SAEP élevé, plus il aura recours à des pratiques parentales appropriées (ex. pratiques positives, engagement parental, supervision) et moins il utilisera des pratiques parentales inappropriées (ex. discipline inconstante/sévère, punition physique) après avoir participé à une intervention (PEHP, ST).

2. Plus un parent attribue les comportements de désobéissance de son enfant TDA/H à ses mauvaises habiletés parentales, à sa mauvaise humeur ou à son manque d'effort, moins il aura recours à des pratiques parentales appropriées (ex. pratiques positives, engagement parental, supervision) et plus il utilisera des pratiques parentales inappropriées (ex. discipline inconstante/sévère, punition physique) après avoir participé à une intervention (PEHP, ST).

## Méthodologie

### Participants

L'échantillon est composé de 110 parents (101 mères et 9 pères) ayant un enfant avec un diagnostic de trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H). Les enfants sont âgés entre 6 ans et 9 ans 11 mois inclusivement ( $M = 8,18$  et  $e.t. = 0,11$ ) et dans 85,5% des cas ( $n = 94$ ) il s'agit d'un garçon. L'enfant présente un TDA/H de sous-type mixte (TDA/H-H/I) dans 62% des cas ( $n = 68$ ), dans 10% des cas ( $n = 11$ ) un TDA/H de sous-type hyperactivité-impulsivité (TDA/H-H) et dans 28% des cas ( $n = 31$ ) l'enfant présente un TDA/H de sous-type inattention seule (TDA/H-I). Dans l'ensemble de l'échantillon, 46% des enfants ( $n = 50$ ) présentent un TDA/H sans trouble concomitant et parmi le 54% ( $n = 60$ ) des enfants présentant un TDA/H avec symptômes concomitants, 37% ( $n = 41$ ) ont des symptômes d'agressivité et 17% ( $n = 19$ ) ont des symptômes d'anxiété.

Les mères de l'échantillon sont âgées en moyenne de 37,33 ans ( $e.t. = 0,58$ ) et les pères de 39,52 ans ( $e.t. = 0,53$ ). Il y a 15,2 % ( $n=15$ ) des mères qui possèdent un diplôme d'études secondaires, 50,4 % ( $n=51$ ) un diplôme d'études collégiales ou un secondaire professionnel et 34,4 % ( $n=35$ ) un diplôme d'études universitaires. Chez les pères, 28,3 % ( $n=3$ ) possèdent un diplôme d'études secondaires, 47,5 % ( $n=4$ ) un diplôme d'études collégiales ou un secondaire professionnel et 24,2 % ( $n=2$ ) un diplôme d'études universitaires. La majorité des familles sont biparentales (71%) ( $n=78$ ), tandis que 12,2% ( $n=13$ ) sont monoparentales et 16,8% ( $n=19$ ) sont reconstituées. La majorité des familles ont un revenu supérieur à 55 000\$ (64,1%) ( $n=71$ ), 24,6% ( $n=27$ ) ont un revenu entre 25 000\$ et 55 000\$ et 11,3% ( $n=12$ ) rapportent avoir un revenu inférieur à 25 000\$ par année. Globalement, les familles participantes à cette étude ont des caractéristiques sociodémographiques plutôt favorables.

## Procédure

Les familles ont été référées au projet de recherche *Ces Années Incroyables* (Webster-Stratton, 1998) par un professionnel du milieu de la santé, de l'éducation ou des services sociaux en raison du TDA/H de leur enfant (étude réalisée à Montréal (Québec), Canada). Afin d'être en mesure de participer à l'étude, une série de critères d'inclusion et d'exclusion ont du être respectés. Les critères d'admissibilité pour l'étude étaient que : a) l'enfant rencontre les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV)* pour le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) (American Psychiatric Association, 2000); b) l'enfant répond au méthylphénidate et suit un traitement pharmacologique utilisant cette médication (Ritalin ou Concerta); c) l'enfant est âgé entre 6 ans et 9 ans 11 mois inclusivement. Les critères d'exclusion étaient : a) l'enfant présente un retard intellectuel, même modéré, ( $QI \leq 79$ ) au WISC-III; b) l'enfant présente un trouble de langage ou d'apprentissage sévère et/ou spécifique, vérifié dans l'évaluation clinique; c) l'enfant a une maladie neurologique reconnue (épilepsie, tumeurs, etc.); d) l'enfant est né prématurément ( $< 35$  semaines); e) l'enfant présente des tics multiples, un syndrome de Gilles de la Tourette ou un trouble obsessionnel-compulsif.

L'évaluation diagnostique s'est déroulée au laboratoire de l'équipe de recherche. Durant cette rencontre, les parents ont complété l'entrevue diagnostique le DISC-IV ainsi que le Conner's alors que les enfants ont répondu au WISC-III. Le pédopsychiatre affilié à l'équipe de recherche a rencontré chacune des familles. Enfin, lors de cette rencontre, un cahier regroupant l'ensemble des autres questionnaires de l'étude a été remis aux parents. Lors d'une visite à domicile ayant été effectuée au pré-test (T1) et au post-test (T2) pour filmer une interaction parent/enfant, l'assistant de recherche a récupéré le cahier de questionnaires

complété par le parent. Les mesures au pré-test de cette étude ont été prises avant la participation à l'intervention, tandis que les mesures au post-test ont été recueillies après les 16 semaines du programme. Dans cette étude, le parent qui a complété les questionnaires est celui qui passait le plus de temps avec son enfant. Il revenait donc aux parents de décider lequel des deux allait remplir les questionnaires. Tous les parents sollicités ont complété l'ensemble des questionnaires.

Lorsque le diagnostic de TDA/H a été confirmé, la dose optimale de médication a été établie pour chaque enfant qui n'était pas déjà sous médication, à partir d'une procédure à double-insu. Il y a trois différentes doses de méthylphénidate qui ont été testées auprès de ces enfants et un placebo. Pour chaque dose, un questionnaire a été complété par les parents à chaque semaine. Ceux-ci avaient à remplir les questionnaires en portant attention aux comportements de l'enfant et aux effets secondaires pouvant être attribués à la médication. La dose optimale pour chaque enfant est celle qui contrôlait le mieux les symptômes associés au TDA/H et qui comportait le nombre minimal d'effets secondaires. Les familles pour lesquelles l'enfant était déjà sous médication ont eu à compléter des questionnaires durant sept jours pour s'assurer que la médication était efficace. Par la suite, les 110 familles ont été assignées de façon aléatoire à l'un des trois groupes expérimentaux et ont débuté le processus de recherche, cependant 12 d'entre elles avaient abandonné au moment du post-test. Aucune différence n'a été observée entre les 12 familles qui ont abandonné et les autres ayant complété les mesures au pré-test et au post-test. L'échantillon final compte 98 familles réparties comme suit : le groupe médication et programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) (perte de 6 sujets : n=35), le groupe médication et soutien téléphonique (perte de 2 sujets : n=29) et le groupe médication/contrôle (perte de 4 sujets : n=34).

### **Programme d'entraînement aux habiletés parentales**

Les parents dans ce groupe participent au PEHP «*Ces Années Incroyables*» conçu par Carolyn Webster-Stratton (1998). Le programme s'adresse à des groupes de parents (7 à 16 parents par groupe) et vise à : 1) développer une relation parent-enfant harmonieuse; 2) soutenir les parents dans l'apprentissage de pratiques éducatives efficaces et cohérentes; 3) améliorer les processus de résolution de problèmes et la communication au sein de la famille et avec les enseignants. Des vignettes mettant en scène des parents dans des situations spontanées d'interaction avec leur enfant sont présentées sur vidéocassettes et servent de point de départ aux discussions dans le groupe. Les parents ont participé à 16 rencontres de groupe d'une durée de 2 heures à raison d'une fois semaine. Les thématiques suivantes ont été abordées : le jeu comme moyen d'interagir avec l'enfant, les félicitations, l'utilisation efficace des renforcements matériels et sociaux dans le but de motiver l'enfant, l'établissement de limites claires et prévisibles, l'ignorance des comportements de l'enfant, l'utilisation du temps d'arrêt de façon efficace et des conséquences naturelles et logiques des comportements non désirés ou inappropriés de leur enfant, la promotion de la réussite scolaire (c.-à.-d. soutenir l'enfant dans ses apprentissages et communication famille-école) et la résolution de problèmes avec l'enfant, entre les enfants et au sein de la famille.

### **Soutien psychosocial téléphonique**

Les parents de ce groupe ont reçu une intervention téléphonique d'une durée d'environ 20 à 30 minutes aux deux semaines pendant 16 semaines. Chaque appel a permis à l'intervenant d'aborder les mêmes thèmes que ceux qui ont été discutés dans le groupe PEHP. Le rôle de l'intervenant consiste à écouter et discuter avec les parents après qu'ils aient reçu les mêmes documents que ceux remis aux parents du groupe PEHP.

## **Contrôle**

Les parents de ce groupe n'ont reçu aucune forme de soutien parental dans le cadre du projet de recherche. Une fois le dosage du méthylphénidate établi, ils ont été contactés uniquement pour les évaluations requises pour l'étude.

## **Instruments de mesure**

### **Caractéristiques sociodémographiques**

Trois indicateurs des caractéristiques sociodémographiques ont été mesurés auprès des familles : (a) le revenu familial allant de 0 \$ à 85 000\$ et plus (b) la composition familiale incluant la biparentalité, la monoparentalité, la famille reconstituée et (c) la scolarité des parents allant de niveau primaire à l'obtention d'un doctorat.

### **Évaluation du TDA/H de l'enfant**

***DISC IV (1997)***. Cette entrevue permet d'évaluer la présence de plus de 30 diagnostics psychiatriques auprès des enfants et des adolescents âgés entre 6 et 17 ans sur la base des critères du DSM-IV et de la 10<sup>e</sup> édition du système de classification de l'Organisation mondiale de la santé, le CIM-10 (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000).

***Conner's pour les parents (1997)***. Ce questionnaire comprend 80 énoncés auxquels le parent répond sur une échelle de type Likert allant de *pas du tout* (0) à *énormément* (3), utilisé afin d'évaluer les comportements spécifiques du TDA/H et les comportements associés au cours du dernier mois. Les échelles sont : opposition ( $\alpha = .89$ ), problèmes cognitifs/inattention ( $\alpha = .88$ ), hyperactivité ( $\alpha = .90$ ), gêne/anxiété ( $\alpha = .79$ ), perfectionnisme ( $\alpha = .68$ ), problèmes sociaux ( $\alpha = .82$ ), psychosomatique ( $\alpha = .73$ ).

***Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC, 3rd ed.; Wechsler, 1991)***. Les cinq sous-tests suivants ont été administrés : connaissances générales, similitudes, vocabulaire,

séquences de chiffres et blocs. Selon Sattler (1992), ceux-ci permettent d'obtenir une bonne approximation du quotient intellectuel général.

### **Mesures des cognitions parentales**

*Attributions causales.* Le *Interactions Questionnaire* (INTX; Hoza et al., 2000) évalue les attributions des parents face aux comportements d'obéissance et de désobéissance de leur enfant TDA/H. Cet instrument est constitué de 60 énoncés qui permettent de mesurer les attributions des parents quant à leur succès ou leur échec afin d'obtenir l'obéissance de leur enfant et ce, au moyen de six mises en situation du quotidien. Par exemple, le parent doit imaginer qu'il vient tout juste de demander à son enfant de nettoyer sa chambre. Ensuite, 10 attributions sont proposées au parent pour cette mise en situation en lien avec l'obéissance ou la désobéissance de l'enfant. Le parent doit indiquer à quel point il adhère à l'explication donnée sur une échelle de type Likert allant de *très vrai* (1) à *totalelement faux* (10).

À l'instar de Hoza et al. (2000), nous avons choisi d'analyser les attributions faites par les parents uniquement en regard des comportements de désobéissance de leur enfant TDA/H. Cependant, nous allons étudier les attributions qui portent sur les caractéristiques du parent qui expliquent le comportement de leur enfant comme dans l'étude de Coles et al. (2010). Les scores ont été regroupés en trois catégories d'attributions pour les comportements de désobéissance de l'enfant (efforts du parent ( $\alpha = .86$ ); humeur du parent ( $\alpha = .84$ ); habiletés du parent ( $\alpha = .88$ )). Voici un exemple d'énoncé pour chaque catégorie d'attributions retenue dans le contexte de la présente étude: efforts du parent (p. ex. : Il n'a pas nettoyé sa chambre parce que je n'ai pas fait les efforts nécessaires cette journée-là pour l'arrêter), humeur du parent (p. ex. : Il n'a pas nettoyé sa chambre, car j'étais de mauvaise humeur cette journée-là) et habiletés du parent (p. ex. : Il n'a pas nettoyé sa chambre parce que c'est difficile d'amener

un enfant à nettoyer sa chambre). Pour chaque type d'attribution, le score correspond à la moyenne des réponses à tous les items de la catégorie. Plus le score est faible, plus le parent est d'accord avec l'énoncé.

***Sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP).*** L'instrument utilisé dans cette étude a été construit à partir des outils de Dumka, Stoerzinger, Jackson et Roosa (1996), de cinq énoncés du *Toddler Care Questionnaire* (Gross & Rocissano, 1988) et d'une adaptation de la mesure du sentiment d'auto-efficacité de DiClemente, Prochaska et Gibertini (1985). Celui-ci permet de mesurer le sentiment de confiance des parents quant à leurs habiletés éducatives. Le parent doit exprimer son niveau d'accord, sur une échelle de Likert allant de *fortement d'accord* (1) à *fortement en désaccord* (5), face à 19 énoncés. Pour chaque énoncé, un score élevé correspond à un faible sentiment d'auto-efficacité parental. Le score du sentiment d'auto-efficacité total correspond à la moyenne des réponses à tous les items du questionnaire et il permet de situer la confiance du participant par rapport à son rôle de parent ( $\alpha = .95$ ).

### **Mesure des pratiques parentales**

***Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Shelton, Frick, & Wootton, 1996).*** Le APQ est un questionnaire auto-rapporté utilisé afin de mesurer les pratiques parentales. Les items sont divisés en cinq sous-échelles : engagement (ex., Vous aidez votre enfant à faire ses devoirs;  $\alpha = .71$ ), pratiques positives (ex., Vous récompensez ou donnez quelque chose de plus à votre enfant lorsqu'il obéit ou se comporte bien;  $\alpha = .77$ ), supervision (ex., Votre enfant est à l'extérieur une fois la nuit tombée, sans l'accompagnement d'un adulte;  $\alpha = .87$ ), pratiques inconstantes (ex., Vous menacez votre enfant de le punir mais n'appliquez pas réellement la punition évoquée ;  $\alpha = .71$ ) et punition physique (ex., Vous donnez la fessée avec la main à votre enfant lorsqu'il fait quelque chose de mal ;  $\alpha = .82$ ). Il est composé de 42 énoncés

auxquels le parent répond sur une échelle de type Likert allant de (0) à (5). Plus le score est élevé plus le parent rapporte utiliser la pratique, sauf pour la sous-échelle supervision. Celle-ci a été codée à l'inverse, afin qu'un score élevé indique une bonne supervision.

***Observation des pratiques parentales à la maison.*** Les pratiques parentales ont également été évaluées à l'aide d'une mesure observationnelle au moment d'un repas en famille. Les observations à la maison ont été filmées au pré-test et au post-test. La consigne aux parents était de se comporter comme à l'habitude lors du repas. La famille a été filmée à partir du moment où elle se préparait à s'installer à la table et ce, jusqu'à la fin du repas. Toutefois, afin d'avoir un début uniforme pour le décodage, l'extrait vidéo a commencé lorsque les enfants étaient tous assis à table et servis. L'extrait ciblé durait un maximum de 20 minutes et il a été par la suite divisé en 4 intervalles de 5 minutes pour effectuer la codification des différentes pratiques parentales. L'ensemble des observations à la maison ont été codifiées tout d'abord par un premier observateur et un second observateur a codé 18% de la totalité des observations effectuées. Les observateurs ne connaissaient pas l'assignation aléatoire des familles dans chacun des groupes.

La grille d'observation finale (Lessard, 2010) inclut 15 catégories de comportements pour évaluer les pratiques parentales. Deux scores composites ont été créés pour effectuer les analyses statistiques, afin de limiter le nombre de variables et en raison de la faible fréquence de certains comportements. Ces scores sont : 1) proportion de pratiques parentales positives et (2) proportion de pratiques parentales négatives et inconstantes. L'échelle des pratiques parentales positives inclut les comportements suivants : les félicitations (spécifiques ou non); les commentaires/questions descriptives; les encouragements; les récompenses appropriées. L'échelle des pratiques parentales négatives/inconstantes inclut les comportements suivants :

critiquer l'enfant, donner des commandes négatives (p. ex. ne prends pas ta cuillère pour manger tes légumes ou arrête de crier) avec et sans opportunité d'obéir, les contacts physiques négatifs (p.ex. le parent serre le bras de l'enfant et celui-ci démontre de la douleur et taper ou frapper l'enfant). Les kappas pour les catégories de comportements qui composent la sous-échelle de pratiques parentales positives se situent entre .61 to 1, donc évalués comme considérables à excellents selon Landis et Koch (1977). Les kappas pour les catégories de comportements qui composent la sous-échelle de pratiques parentales négatives et inconstantes se situent entre .53 et .76, donc évalués comme modérés à considérables.

### **Résultats**

L'objectif de l'étude consistait à étudier le rôle prédictif des cognitions sociales des parents d'enfants TDA/H au pré-test (attributions causales, sentiment d'auto-efficacité parental) sur les pratiques parentales utilisées après avoir participé à une intervention (PEHP, ST) (au post-test). Il est à noter que dans les analyses préliminaires, nous avons effectué des ANOVAS qui vérifient si les caractéristiques comportementales de l'enfant au pré-test (présence ou absence de concomitance, sous-type TDAH) sont associées aux pratiques parentales au post-test et aux cognitions sociales au pré-test. Des ANOVAS ont également été effectuées entre le statut socio-économique et les cognitions sociales ainsi que les pratiques parentales et des analyses de Chi-Carré entre le statut socio-économique et les caractéristiques comportementales de l'enfant (concomitance, sous-type TDAH). Comme très peu de relations significatives sont apparues entre ces variables, les caractéristiques comportementales de l'enfant TDAH et le statut socioéconomique n'ont pas été inclus dans les analyses subséquentes.

Le tableau 1 présente les moyennes et écart-types des variables à l'étude. L'échantillon est composé de parents qui ont en moyenne un sentiment d'auto-efficacité parental élevé. Les parents attribuent de façon assez semblable les comportements de désobéissance de leur enfant TDA/H à leur humeur ou à leur manque d'habiletés générales en lien avec leur rôle parental. Ils attribuent moins souvent les comportements de désobéissance de leur enfant à leur manque d'effort. Globalement, les parents de cet échantillon rapportent utiliser plus de pratiques parentales positives comparativement aux pratiques parentales négatives au questionnaire mesurant les pratiques parentales. Par ailleurs, on observe une faible utilisation de la punition physique.

Les 12 familles ayant abandonné avant les mesures post-test ne se distinguaient pas des 98 autres familles quant à leurs caractéristiques socio-démographiques. Par ailleurs, le sous-échantillon pour la mesure observationnelle des pratiques parentales est composé de 77 familles (PEHP;  $n = 30$ , ST;  $n = 27$ , GC;  $n = 20$ ). Les parents présentent des caractéristiques socio-démographiques similaires à celles de l'échantillon de départ. Les mesures pour les cognitions sociales et les pratiques parentales sont également comparables avec celles de l'échantillon de départ.

Pour atteindre l'objectif de cette étude, des analyses de régressions hiérarchiques ont été effectuées. Dans un premier bloc, chacune des variables prédictrices (SAEP, attributions causales) a été intégrée dans le modèle sans tenir compte du groupe dans lequel les parents se trouvaient. Dans un deuxième bloc, outre les variables prédictrices, deux variables ont été créées et ajoutées au modèle afin de pouvoir tenir compte de l'effet des groupes sur la relation entre les cognitions sociales et les pratiques parentales utilisées après avoir reçu une intervention. La première variable réfère au changement de moyenne ou à l'ordonnée à

l'origine et a permis de tenir compte de l'effet du groupe intervention par rapport au groupe contrôle (GC) (PEHP versus GC et ST versus GC) pour chaque variable prédictrice et ce, avant que les parents aient reçu toute forme d'intervention. La seconde variable a permis d'obtenir le changement de relation (pente) entre chaque variable prédictrice et la variable critère après que les parents aient reçu l'intervention (c.-à-d. entre chaque cognition sociale au pré-test et chaque groupe d'intervention comparativement au groupe contrôle). Une régression hiérarchique a été réalisée entre chaque variable prédictrice (SAEP, attributions causales) et chaque variable critère (5 sous-échelles du Alabama, 2 scores de mesure observationnelles des pratiques parentales) en incluant les 2 variables ayant été créées dans chaque modèle de régression (ordonnée à l'origine et pente). Une analyse corrélacionnelle sur l'ensemble de l'échantillon et par groupe entre les variables de cognition sociale (SAEP, attributions) et les pratiques parentales (mesures auto-rapportées et observationnelles) a été effectuée pour permettre de mieux rendre compte des résultats significatifs des analyses de régression. Cette matrice n'apparaît pas dans le texte, se sont uniquement les corrélacions pertinentes qui sont rapportées afin d'identifier le sens de la relation observée au terme de chaque analyse de régression.

Le tableau 2 présente les résultats des régressions hiérarchiques étudiant le SAEP au pré-test comme prédicteur des pratiques parentales au post-test. Premièrement, les résultats permettent de vérifier si le SAEP est un prédicteur de la discipline inconstante. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 27,0 % est significatif ( $p < .001$ ). Ces résultats indiquent que le SAEP joue un rôle prédicteur de la discipline inconstante quand on étudie cette relation tous groupes confondus ( $r = 0.52$ ;  $p < .001$ ). Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP et ST comparativement au groupe contrôle, le  $R^2$

passé de 27,0 % à 29,3 %, soit un changement de 2,3 %. Ce changement est non significatif ( $F(4, 88) = 0,72, p = .58$ ) ce qui ne nous permet pas d'interpréter les bétas apparaissant dans le modèle 2.

Deuxièmement, les résultats permettent de vérifier si le SAEP est un prédicteur de l'utilisation de la punition physique. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 9,2 % est significatif ( $p = .002$ ). Ces résultats indiquent que le SAEP joue un rôle prédicteur de la punition physique quand on étudie cette relation tous groupes confondus ( $r = .30; p < .001$ ). Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP et ST comparativement au groupe contrôle, le  $R^2$  passe de 9,2 % à 19,8 %, soit un changement de 10,6 %. Ce changement est significatif ( $F(4, 92) = 3,05, p = .02$ ). Par conséquent la relation est significativement différente du groupe contrôle pour au moins un des groupes PEHP ou ST.

L'ordonnée à l'origine est significativement plus élevée dans le groupe PEHP comparativement au groupe contrôle ( $p = .03$ ). Lorsqu'on tient compte de l'interaction entre le SAEP et les groupes (PEHP versus GC), le changement de pente entre le SAEP et l'utilisation de la punition physique au post-test est significatif ( $\beta = -1,65, p = .01$ ; PEHP :  $r = -.03$ , GC :  $r = .53; p < .001$ ). Ces résultats indiquent que dans le GC on observe une relation significative entre le SAEP au pré-test et la punition physique au post-test. Plus un parent rapporte avoir un SAEP élevé au pré-test, moins il rapporte utiliser la punition physique au post-test. Cette relation est inversée, significativement plus faible et non significative dans le groupe PEHP. L'intervention a pour effet d'annuler la relation entre le SAEP et la punition physique dans le groupe PEHP seulement. Le changement de pente n'est pas significatif lorsqu'on compare les parents ayant reçu du soutien téléphonique ( $\beta = -0,39, p = .60$ ) à ceux dans le groupe contrôle.

Troisièmement, les résultats permettent de vérifier si le SAEP est un prédicteur des pratiques parentales positives. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 3.7 % est non significatif ( $p = .06$ ). Ces résultats indiquent que le SAEP ne joue pas un rôle prédicteur des pratiques parentales positives quand on étudie cette relation tous groupes confondus. Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc, nous permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP, ST et GC, le  $R^2$  passe de 3,7 % à 14,6 %, soit un changement de 10,9 %. Ce changement est significatif ( $F(4, 92) = 2,93, p = .03$ ). Par conséquent la relation est significativement différente du groupe contrôle pour au moins un des groupes PEHP ou ST.

L'ordonnée à l'origine est significativement plus élevée dans le groupe ST comparativement au GC ( $p = .04$ ). Lorsqu'on tient compte de l'interaction entre le SAEP et les groupes (ST versus GC), le changement de pente entre le SAEP et l'utilisation des pratiques parentales positives au post-test est significatif (groupe ST ( $\beta = -1,55, p = .05$ ; ST :  $r = -.60$ ;  $p < .001$ ; GC :  $r = -.25$ ). Ces résultats indiquent que dans le groupe ST, on observe une relation significative entre le SAEP au pré-test et l'utilisation des pratiques positives au post-test. Plus un parent rapporte un SAEP élevé au pré-test, plus il rapporte utiliser des pratiques positives au post-test. Cette relation est plus faible et non significative dans le groupe contrôle. Ces résultats suggèrent que le soutien téléphonique a eu un effet sur la relation entre le SAEP au pré-test et les pratiques parentales positives au post-test. Le changement de pente n'est pas significatif lorsqu'on compare les parents du groupe PEHP ( $\beta = -0,47, p = .47$ ) à ceux dans le groupe contrôle.

Quatrièmement, les résultats permettent de vérifier si le SAEP est prédicteur des pratiques parentales négatives et inconstantes à une mesure observationnelle. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 1.7 % est non significatif ( $p = .27$ ). Ces résultats indiquent que le SAEP ne joue pas

un rôle prédicteur des pratiques parentales négatives observées quand on étudie cette relation tous groupes confondus. Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc, nous permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP, ST et GC, le  $R^2$  passe de 1,7 % à 16,5 %, soit un changement de 14,8 %. Ce changement est significatif ( $F(4, 67) = 2,97, p = .03$ ). Par conséquent la relation est significativement différente du groupe contrôle pour au moins un des groupes PEHP ou ST.

L'ordonnée à l'origine est significativement moins élevée dans le groupe PEHP comparativement au GC ( $p = .01$ ). Lorsqu'on tient compte de l'interaction entre le SAEP et les groupes (PEHP versus GC), le changement de pente entre le SAEP et l'observation de pratiques parentales négatives et inconstantes au post-test est significatif ( $\beta = 1,80, p = .02$ ; PEHP :  $r = .39, p \leq .05$ , GC :  $r = -.20$ ). Ces résultats indiquent que dans le groupe PEHP, on observe une relation significative entre le SAEP au pré-test et les pratiques parentales négatives et inconstantes observées au post-test. Plus un parent rapporte un SAEP élevé au pré-test, moins de pratiques parentales négatives et inconstantes sont observées au post-test. Cette relation est inversée, moins élevée et non significative dans le groupe contrôle. L'intervention PEHP semble avoir modifié l'existence d'un lien entre le SAEP et l'observation des pratiques parentales négatives dans ce groupe. Par ailleurs, le changement de pente n'est pas significatif lorsqu'on compare les parents du groupe ST ( $\beta = 1,22, p = .16$ ) à ceux dans le groupe contrôle.

Lorsqu'on étudie le rôle prédicteur du SAEP en lien avec la discipline inconstante, l'engagement, la supervision et la mesure observationnelle des pratiques parentales positives, aucun résultat significatif n'est observé.

Le tableau 3 présente les résultats des régressions hiérarchiques étudiant les attributions des parents associées à leurs habiletés parentales (APH) en lien avec les comportements de désobéissance de leur enfant TDA/H au pré-test comme prédicteur des pratiques parentales lorsqu'on compare le groupe PEHP et le groupe ST au GC au post-test. Premièrement, les résultats permettent de vérifier si les APH sont des prédicteurs de l'utilisation de la discipline inconstante. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 10.2 % est significatif ( $p = .002$ ). Ces résultats indiquent que les APH jouent un rôle prédicteur de la discipline inconstante quand on étudie cette relation tous groupes confondus ( $r = -.32$ ;  $p < .001$ ). Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc, nous permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP et ST comparativement au groupe contrôle, le  $R^2$  passe de 10,2 % à 17,8 %, soit un changement de 7,6 %. Ce changement est non significatif ( $F(4, 84) = 1,94$ ,  $p = .11$ ) ce qui nous ne permet pas d'interpréter les bétas significatifs apparaissant dans le modèle 2.

Deuxièmement, les résultats permettent de vérifier si les APH sont des prédicteurs de l'engagement parental. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 0.0 % est non significatif ( $p = .95$ ). Ces résultats indiquent que les APH ne jouent pas un rôle prédicteur de l'engagement parental quand on étudie cette relation tous groupes confondus. Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc, nous permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP, ST et GC, le  $R^2$  passe de 0,0 % à 11,4 %, soit un changement de 11,4 %. Ce changement est significatif ( $F(4, 88) = 2,82$ ,  $p = .03$ ). Par conséquent la relation est significativement différente du groupe contrôle pour au moins un des groupes PEHP ou ST. Lorsqu'on tient compte de l'interaction entre les APH et les groupes (PEHP versus GC), le changement de pente entre les APH et l'engagement parental est significatif. Bien qu'aucune relation

significative n'est observée, le sens du lien diffère d'un groupe à l'autre (PEHP ( $\beta = 1,03$ ,  $p = .03$ ; PEHP :  $r = .28$ , GC :  $r = -.26$ ). Le changement de pente n'est pas significatif lorsqu'on compare les parents ayant reçu du soutien téléphonique ( $\beta = 0,84$ ,  $p = .17$ ) à ceux dans le groupe contrôle.

Troisièmement, les résultats permettent de vérifier si les APH sont des prédicteurs de la supervision parentale. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 0.0 % est non significatif ( $p = .96$ ). Ces résultats indiquent que les APH ne jouent pas un rôle prédicteur de l'engagement parental quand on étudie cette relation tous groupes confondus. Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc, nous permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP et ST comparativement au groupe contrôle, le  $R^2$  passe de 0,0 % à 7,9 %, soit un changement de 7,9%. Ce changement est non significatif ( $F(4, 88) = 1.90$ ,  $p = .12$ ) ce qui nous ne permet pas d'interpréter les bétas significatifs apparaissant dans le modèle 2.

Quatrièmement, les résultats permettent de vérifier si les APH sont des prédicteurs des pratiques parentales positives à une mesure observationnelle. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 0.0% est non significatif ( $p = .99$ ). Ces résultats indiquent que les APH ne jouent pas un rôle prédicteur des pratiques parentales positives observées quand on étudie cette relation tous groupes confondus. Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc, nous permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP, ST et GC, le  $R^2$  passe de 0,0 % à 25,9 %, soit un changement de 25,9 %. Ce changement est significatif ( $F(4, 64) = 5.60$ ,  $p = .001$ ). Par conséquent la relation est significativement différente du groupe contrôle pour au moins un des groupes PEHP ou ST.

Lorsqu'on tient compte de l'interaction entre les APH et les groupes (PEHP versus GC), le changement de pente entre les APH et les pratiques parentales positives observées au

post-test est significatif (groupe PEHP ( $\beta = 0,48$ ,  $p = .03$ ; PEHP :  $r = .37$ ,  $p \leq .05$ , GC :  $r = -.005$ ). Ces résultats indiquent que dans le groupe PEHP, on observe une relation significative entre les APH au pré-test et les pratiques positives utilisées par les parents au post-test. Plus un parent attribue la désobéissance de son enfant à son manque d'habiletés, moins on observe des pratiques positives chez ces parents après l'intervention. Cette relation est inversée, significativement plus faible et non significative dans le GC. L'intervention semble avoir modifié l'existence d'un lien entre les APH et les pratiques positives après l'intervention. Par ailleurs, le changement de pente n'est pas significatif lorsqu'on compare les parents ayant reçu du soutien téléphonique ( $\beta = -0,06$ ,  $p = .78$ ) à ceux dans le GC.

Lorsqu'on étudie le rôle prédictif des APH en lien avec la punition physique, les pratiques positives et la mesure observationnelle des pratiques parentales négatives et inconstantes, aucun résultat significatif n'est observé.

Le tableau 4 présente les résultats des régressions hiérarchiques étudiant les attributions parentales associées à l'humeur du parent (APHum) en lien avec les comportements de désobéissance de leur enfant TDA/H au pré-test comme prédictif des pratiques parentales lorsqu'on compare le groupe PEHP et le groupe ST au GC au post-test. Premièrement, les résultats permettent de vérifier si les APHum sont des prédictifs de l'engagement parental tel que rapporté par les parents au post-test. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 0,9 % est non significatif ( $p = .36$ ). Ces résultats indiquent que les APHum ne jouent pas un rôle prédictif de l'engagement parental quand on étudie cette relation tous groupes confondus. Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc, nous permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP et ST comparativement au groupe contrôle, le  $R^2$  passe de 0,9 % à 13,4 %, soit un changement de 12,5 %. Ce changement est significatif ( $F(4,$

88) = 3,16,  $p = .018$ ). Par conséquent la relation est significativement différente du groupe contrôle pour au moins un des groupes PEHP ou ST. Lorsqu'on tient compte de l'interaction entre les APHum et les groupes (PEHP versus GC), le changement de pente entre les APHum et l'engagement parental au post-test est significatif (groupe PEHP ( $\beta = 0,50$ ,  $p = .04$ ; PEHP :  $r = .51$ ,  $p < .001$ , GC :  $r = -.24$ ). Ces résultats indiquent que dans le groupe PEHP on observe une relation significative entre les APHum au pré-test et l'engagement parental au post-test. Plus un parent rapporte attribuer la désobéissance de son enfant à sa mauvaise humeur, moins il rapporte s'engager au niveau parental. Cette relation est négative, plus faible et non significative dans le groupe GC. L'intervention semble avoir modifié la relation entre les APHum et l'engagement parental dans le groupe PEHP seulement. Par ailleurs, le changement de pente n'est pas significatif lorsqu'on compare les parents ayant reçu du soutien téléphonique ( $\beta = 0,34$ ,  $p = .18$ ) à ceux dans le GC.

Deuxièmement, les résultats permettent d'identifier les APHum au pré-test comme prédicteur de la supervision telle que rapportée par les parents au post-test. Pour le modèle 1, le  $R^2$  de 0,2 % est non significatif ( $p = .70$ ). Ces résultats indiquent que les APHum ne jouent pas un rôle prédicteur de la supervision quand on étudie cette relation tous groupes confondus. Lorsqu'on ajoute les variables du deuxième bloc, nous permettant d'ajuster le modèle en tenant compte des groupes PEHP et ST comparativement au groupe contrôle, le  $R^2$  passe de 0,2 % à 9,8 %, soit un changement de 9,6 %. Ce changement est non significatif ( $F(4, 88) = 2,36$ ,  $p = .06$ ) ce qui nous ne permet pas d'interpréter les bétas significatifs apparaissant dans le modèle 2.

Lorsqu'on étudie le rôle prédictif des APHum en lien avec la discipline inconstante, la punition physique, les pratiques positives et la mesure observationnelle des pratiques parentales positives et négatives/inconstantes, aucun résultat significatif n'est observé.

Le tableau 5 a permis d'étudier les attributions parentales associées aux efforts des parents (APE) en lien avec les comportements de désobéissance de leur enfant TDA/H au pré-test comme prédictif des pratiques parentales lorsqu'on compare le groupe PEHP et le groupe ST au GC au post-test. Lorsqu'on étudie le rôle prédictif des APE en lien avec la discipline inconstante, la punition physique, les pratiques positives, l'engagement parental, la supervision et les mesures observationnelles des pratiques parentales positives et négatives/inconstantes, aucun résultat significatif n'est observé.

### **Discussion**

L'objectif principal de cette étude était de vérifier si les cognitions sociales des parents d'enfant TDA/H (SAEP et attributions causales) sont des prédictifs des pratiques parentales qu'ils utilisent après avoir participé à une intervention (PEHP et ST).

#### **Rôle du SAEP**

L'hypothèse était que plus un parent rapporte un SAEP élevé, plus il aura recours à des pratiques parentales appropriées (ex. pratiques positives, engagement parental, supervision) et moins il utilisera des pratiques parentales inappropriées (ex. discipline inconstante/sévère, punition physique) après avoir participé à une intervention (PEHP, ST). Cette hypothèse a été partiellement confirmée.

Globalement, les études antérieures rapportent que le SAEP est associé aux pratiques éducatives utilisées par les parents (Sanders & Woolley, 2005) et qu'il se modifie de façon positive et simultanée avec les pratiques parentales suite à la participation à un PEHP (Gross,

Fogg, Garvey, Julion, Webster-Stratton, & Grady, 2003; Sanders, Pidgeon, Gravestock, Connors, Brown, & Young, 2004). Dans les familles d'enfant ayant un TDA/H, des études appuient également l'existence d'un lien entre le SAEP et les pratiques parentales ainsi que l'influence positive des PEHP sur le SAEP et sur les pratiques parentales (Bor et al., 2002 ; Hoath & Sanders, 2002). Par ailleurs, quelques études se sont intéressées à l'influence de l'intensité d'une intervention sur les pratiques parentales dans les familles d'enfant ayant un TDA/H (Lessard, 2010; Normandeau et al, 2009; Sonuga-Barke et al, 2001). Globalement, les résultats de ces études suggèrent que l'intensité, la qualité et le format d'une intervention ont un impact sur les pratiques parentales utilisées après une intervention et ce serait principalement dans les groupes ayant participé à un PEHP qu'on observerait une augmentation des pratiques parentales positives et une diminution des pratiques parentales négatives comparativement aux groupes de parents ayant reçu un soutien non directif ou du soutien téléphonique. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à la relation entre les cognitions sociales et les pratiques parentales en lien avec l'intensité d'une intervention visant à améliorer les pratiques parentales dans les familles d'enfants TDA/H. Notre étude revêt donc un caractère exploratoire et les résultats doivent être interprétés dans ce contexte.

Bien qu'à ce jour aucune étude n'a porté sur le rôle prédictif du SAEP en lien avec les pratiques parentales dans un contexte d'intervention auprès de parents d'enfant TDA/H, les résultats de cette étude soutiennent les recherches précédentes en indiquant également l'existence d'un lien entre le SAEP et certaines pratiques parentales (Beaulieu & Normandeau, 2012; Sanders & Woolley, 2005). Le SAEP est apparu comme un prédictif de la discipline inconstante et de la punition physique peu importe le groupe d'appartenance des parents. Les résultats indiquent que moins les parents présentent un SAEP élevé au pré-test, plus ils

rapportent utiliser la discipline inconstante et la punition physique au post-test. Cependant, comparativement à l'étude de Beaulieu et Normandeau (2012), moins de liens ont été observés entre le SAEP et les diverses pratiques parentales. Par ailleurs, certains liens entre le SAEP et les pratiques parentales diffèrent selon que les parents ont participé ou non à une intervention visant à modifier les pratiques parentales. C'est le cas de la participation des parents au PEHP qui a modifié le sens de la relation entre le SAEP et la punition physique. Alors que la relation entre le SAEP et la punition physique est encore observée dans le GC, chez les parents ayant participé au PEHP, le SAEP n'est plus un prédicteur de la punition physique. Ces résultats suggèrent qu'au terme d'une intervention centrée sur les habiletés parentales, les parents modifient leurs pratiques, notamment l'usage qu'ils font de la punition physique sans que ce changement soit influencé par le SAEP. C'est aussi le cas de la participation des parents au PEHP qui a modifié la relation entre le SAEP et les pratiques parentales négatives et inconstantes observées et du soutien téléphonique reçu par les parents qui a influencé le lien entre le SAEP des parents au pré-test et l'utilisation qu'ils font des pratiques parentales positives suite à l'intervention. Plus précisément, chez les parents ayant participé au PEHP, on observe que plus les parents présentent un SAEP élevé au pré-test, moins ils utilisent des pratiques parentales négatives et inconstantes après l'intervention. Bien que le sens de la relation entre le SAEP et l'utilisation des pratiques parentales positives soit le même dans le GC et le groupe ST, on observe que plus les parents présentaient un SAEP élevé au pré-test, plus ils rapportaient utiliser des pratiques positives au post-test seulement dans le groupe ST. Dans ces deux cas, les résultats suggèrent que le fait de se sentir compétent dans son rôle parental puisse accentuer l'effet de l'intervention en lien avec l'utilisation que font les parents de pratiques parentales positives après avoir obtenu un soutien téléphonique et en lien avec

leur utilisation de pratiques parentales appropriées (ex. diminution de pratiques négatives et inconstantes) lorsqu'ils participent à un PEHP.

Globalement, le SAEP joue un rôle prédictif pour certaines des pratiques parentales mesurées et il est modifié à certains égards par l'intervention. Les résultats indiquent que dans le groupe où les parents ont reçu du soutien téléphonique, avoir un SAEP élevé était associé à une plus grande utilisation de pratiques parentales positives tandis que dans le groupe où les parents ont participé au PEHP, avoir un SAEP plus élevé était associé à une moins grande utilisation de pratiques parentales négatives et inconstantes. Il se peut qu'une intervention d'une intensité moindre tel que le soutien téléphonique, puisse avoir des impacts positifs sur l'amélioration des pratiques positives qui s'avèrent plus faciles à modifier (ex. féliciter ou jouer avec son enfant), mais qu'une intervention plus intense, plus fréquente, avec des modalités d'intervention plus structurées (telles le PEHP) soit nécessaire afin de pouvoir changer des pratiques parentales négatives. Par ailleurs, au pré-test, les parents du groupe ST avaient un SAEP plus élevé que les parents du groupe contrôle. Une telle différence n'existait pas entre les parents du groupe PEHP et ceux du groupe contrôle. Suite à l'intervention de ST, il s'avère que les parents ayant un SAEP plus élevé sont ceux dont les pratiques positives augmentent. Il est possible que les parents de ce groupe avaient un SAEP déjà plus élevé au départ et que l'information générale transmise dans le cadre du ST a permis à ces parents de faire des prises de conscience contribuant à l'amélioration des pratiques positives.

### **Rôle des attributions causales**

L'hypothèse était que plus un parent attribue les comportements de désobéissance de son enfant TDA/H à ses mauvaises habiletés parentales, à sa mauvaise humeur ou à son manque d'effort, moins il aura recours à des pratiques parentales appropriées (ex. pratiques

positives, engagement parental, supervision) et plus il utilisera des pratiques parentales inappropriées (ex. discipline inconstante/sévère, punition physique) après avoir participé à une intervention (PEHP, ST). Les hypothèses ont été partiellement confirmées.

Des recherches antérieures se sont intéressées aux attributions des parents d'enfant TDA/H qui portent sur les caractéristiques de l'enfant qui expliquent ses comportements de désobéissance (Hoza et al. 2000) ou encore aux attributions qui portent sur les caractéristiques du parent mais uniquement dans les situations d'obéissance de l'enfant (Coles et al. 2010). Dans cette étude, nous nous sommes intéressées aux attributions qui portent sur les caractéristiques du parent qui expliquent les comportements de désobéissance de leur enfant TDA/H en lien avec les pratiques parentales utilisées après avoir participé à une intervention (PEHP et ST). À notre connaissance, aucune étude ne s'y était encore intéressée.

Un seul lien général entre les attributions et les pratiques parentales a été trouvé, mais on observe que dans certains cas la relation entre les attributions et les pratiques parentales diffère selon que les parents aient participé ou non à une intervention. Ainsi, seulement l'attribution des comportements de désobéissance de son enfant au manque d'habiletés du parent est apparue comme un prédicteur de la discipline inconstante peu importe le groupe dans lequel les parents se trouvent. Par ailleurs, lorsqu'on étudie la relation entre les attributions et les pratiques parentales en considérant l'effet de l'intervention, la participation au PEHP a modifié le sens de la relation entre l'attribution de la désobéissance de l'enfant au manque d'habiletés parentales et l'engagement parental ainsi que les pratiques parentales positives observées, où l'on observe dans ce groupe que plus les parents attribuent la désobéissance de leur enfant à leur manque d'habiletés parentales, moins ils ont tendance à s'engager auprès de leur enfant et moins ils utilisent de pratiques parentales positives suite à

leur participation à un PEHP. Ensuite, les résultats ont mis en évidence un effet de l'intervention PEHP sur le lien entre l'attribution des comportements de désobéissance de l'enfant à l'humeur du parent et l'engagement où l'on observe dans ce groupe que plus les parents attribuent la désobéissance de leur enfant à leur mauvaise humeur, moins ils s'engagent au niveau parental. Ces résultats suggèrent que la participation au PEHP a permis aux parents qui attribuaient moins la désobéissance de leur enfant TDA/H à leur manque d'habiletés parentales ou à leur humeur avant l'intervention de développer plus de pratiques parentales appropriées. Il se peut que le fait de se sentir moins responsables des comportements de désobéissance de son enfant amène les parents à s'engager plus au niveau parental et à bénéficier davantage d'un programme d'intervention visant à les soutenir dans leur rôle de parent. Enfin, l'attribution des comportements de désobéissance de l'enfant au manque d'effort du parent n'est pas un prédicteur des pratiques parentales utilisées suite à l'intervention. Il se peut que ces résultats reflètent le fait que l'ensemble des parents composant l'échantillon ont tous eux-mêmes sollicité de l'aide en participant à cette étude et étaient tous disposés à faire des efforts pour améliorer leurs pratiques parentales. Par conséquent, le fait d'être motivés à améliorer leurs pratiques parentales se reflètent peut-être par des efforts équivalents chez tous les parents.

Globalement, les résultats de l'étude suggèrent que les attributions portant sur les habiletés parentales permettent d'observer davantage un effet de l'intervention comparativement aux autres types d'attributions. Le fait que le SAEP et les attributions portant sur les habiletés parentales réfèrent tous deux à la perception du parent de ses compétences parentales pourrait expliquer l'observation d'un plus grand nombre de liens.

## **Forces de l'étude**

Cette étude est l'une des rares à avoir étudié conjointement différents types de cognitions sociales des parents d'enfant TDA/H (attributions causales et SAEP) en lien avec l'utilisation de pratiques parentales appropriées et inappropriées suite à une intervention. Les pratiques parentales ont également été mesurées à l'aide de deux types d'instruments, soit un questionnaire auto-rapporté et une mesure observationnelle. Peu d'études l'ont fait.

L'observation des interactions parent-enfant est une mesure plus objective des pratiques éducatives que les questionnaires complétés par les parents et a permis d'offrir une mesure complémentaire des pratiques éducatives. En ayant deux types de mesures des pratiques parentales, nous avons contribué à la qualité méthodologique de l'étude. Cette recherche a également permis d'étudier deux types d'interventions de nature et d'intensité différente, soit la participation à un PEHP et le soutien téléphonique, ce dernier ayant été peu étudié à ce jour. Les résultats ont permis d'observer qu'une intervention d'une intensité moindre peut influencer positivement l'utilisation de pratiques parentales appropriées dans les familles d'enfant TDA/H, mais qu'une intervention plus fréquente et structurée contribue davantage au changement des pratiques parentales inappropriées. Finalement, les enfants de l'étude ont fait l'objet d'un processus de sélection rigoureux et prenaient tous une médication appropriée. Le fait que l'ensemble des enfants qui ont participé à cette étude étaient sous médication donne plus de poids aux résultats obtenus, parce que la prise de médication a atténué les comportements inappropriés des enfants, ce qui peut avoir influencé la fréquence d'utilisation des pratiques parentales négatives des parents.

## **Limites de l'étude**

Une première limite de cette étude est qu'elle a permis de rendre compte majoritairement des perceptions des mères à l'égard de leur enfant, très peu de pères ayant été identifiés comme étant le parent passant le plus de temps avec l'enfant. Dans une étude ultérieure, il serait intéressant de pouvoir comparer les perceptions des mères et des pères de leurs habiletés parentales et de leurs attributions causales en lien avec leurs pratiques parentales, d'autant que les travaux montrent qu'il existe des différences entre les attributions des mères et celles des pères (Chen, Seipp, & Johnston, 2008).

Une autre limite est que les attributions causales ont été mesurées à partir de situations fictives d'obéissance et de désobéissance d'un enfant. Les vignettes cliniques avec des situations fictives ont l'avantage d'être les mêmes pour tous les parents répondants et permettent plus facilement de comparer les réponses de l'ensemble de l'échantillon, mais il se peut qu'elles permettent moins bien aux parents de s'y identifier. Dans une étude subséquente, il serait intéressant de mesurer les attributions causales en demandant aux parents à quoi ils attribuent le comportement de leur enfant en lien avec des situations vécues concrètement par les parents avec leur enfant.

Par ailleurs, considérant le caractère exploratoire de cette étude, nous ne pouvons inclure un trop grand nombre de variables car nous aurions diminué la puissance statistique, ce qui constitue donc une autre limite de cette étude. En fait, compte tenu du grand nombre de tests et d'analyses, une correction pour la multiplicité des tests serait devenue rapidement déraisonnable. Par ailleurs, un résultat non significatif demeure non significatif, même lorsqu'on contrôle pour la multiplicité des tests. Il demeure que pour les résultats significatifs, des recherches subséquentes pourront permettre de confirmer ou non les conclusions.

## **Implications cliniques**

Cette étude, de part son unicité, contribue à une meilleure compréhension de la relation entre les cognitions sociales et les pratiques parentales après la participation des parents à une intervention de nature et d'intensité différentes. Elle a permis notamment de distinguer l'influence de différents types d'intervention sur la relation entre le SAEP et les attributions causales qui portent sur les caractéristiques des parents d'enfant TDA/H au pré-test et les pratiques parentales au post-test. Celle-ci a des répercussions cliniques importantes pour les familles d'enfant TDA/H, car elle permet de contribuer à l'avancement des connaissances sur le rôle des cognitions sociales des parents d'enfant TDA/H dans l'explication des pratiques parentales utilisées suite à une intervention. Des modèles théoriques (Dix & Grusec, 1985, Coleman & Karraker, 1997) et des études précédentes ont reconnu la relation entre les cognitions sociales des parents et les pratiques parentales (Chronis et al., 2004, Johnston & Ohan, 2005). Pour leur part, Beaulieu et Normandeau (2012) ont démontré que des liens existaient entre les cognitions sociales des parents d'enfant TDA/H (SAEP, attributions causales) et les pratiques parentales. Les résultats de la présente étude suggèrent que les parents peuvent apporter des changements à leurs pratiques parentales suite à une intervention, mais que ces changements ne sont pas nécessairement influencés par leurs cognitions sociales. Bien que dans certains cas, le SAEP ou les attributions causales semblent être des éléments qui contribuent au changement plus important des pratiques parentales, il n'est pas possible de conclure avec certitude que les cognitions sociales des parents d'enfant TDA/H sont des modérateurs du changement des pratiques parentales. Des études ultérieures sont nécessaires afin de mieux comprendre la relation entre les cognitions sociales des parents d'enfant TDA/H et leurs pratiques parentales après avoir participé à une intervention visant à les soutenir dans

leur rôle parental. Il serait important que ces études tiennent compte des caractéristiques comportementales de l'enfant, telles que la présence ou l'absence de symptômes concomitants au TDAH et le sous-type de TDAH car ces variables peuvent influencer les pratiques parentales et les cognitions sociales des parents.

## Références

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family, 22*, 944–972.
- Beaulieu, M-C., & Normandeau, S. (2012). Prédicteurs des pratiques parentales : cognitions sociales parentales et comportement des enfants TDA/H. *Revue canadienne des sciences du comportement, 44*(1), 59-69.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bor, W., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2002). The effects of the Triple P-positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(6), 571-587.
- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology, 51*, 315-344.
- Bugental, D. B., Johnston, C., New, M., & Silvester, J. (1998). Measuring parental attributions: Conceptual and methodological issues. *Journal of Family Psychology, 12*, 459-480.
- Chen, M., Seipp, C. M., & Johnston, C. (2008). Mothers' and fathers' attributions and beliefs in families of girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development, 39*(1), 85-99.

- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the standard behavioural parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 1-27.
- Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future application. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Coles, E. K., Pelham, W.E., & Gnagy, E. M. (2010). Parental attributions for success in managing the behavior of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 14(2), 138-146.
- Connell, S., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (1997). Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification*, 21, 379-408.
- Conners, C. K. (1997). *Conners' Rating Scale-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Cunningham, C. E. (2006). COPE: Large-group community-based family-centered parent training. In: Barkley, R. A. (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3<sup>rd</sup> ed., pp.480-498). NY: Guilford Press.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9(2), 181-200.

- Dix, T., & Grusec, J. (1985). Parent attribution processes in the socialization of children. In I. E. Sigel (Ed.), *Parent belief systems: The psychological consequences for children* (pp. 201-233). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dumka, L. E., Stoerzinger, H. D., Jackson, K. M., & Roosa, M. W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the parenting self-agency measure. *Family Relations, 45*, 216-222.
- Goodnow, J. J. (1992). Parents' ideas, children's ideas: Correspondence and divergence. In I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy-DeLisi, & J. J. Goodnow (Eds.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 293-317). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gross, D., & Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. *Nurse Practitioner, 13*, 19-29.
- Gross, D., Fogg, L., Garvey, C., Julion, W., Webster-Stratton, C., & Grady, J. (2003). Parent training with multi-ethnic families of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 261-278.
- Hartman, R. R., Stage, S. A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 388-398.
- Hoath, F. E., & Sanders, M. R. (2002). A feasibility study of enhanced group Triple P-Positive Parenting Program for parents and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Change, 19*, 191-206.

- Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W. E. Jr., Swanson, J. M., Conners, C. K., Hinshaw, S. P., ...Kraemer, H.C. (2000). Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 569-583.
- Johnston, C., & Ohan., J. (2005). The importance of parental attributions in families of children with attention-deficit and disruptive behavior disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 167-182.
- Kochanska, G., Kuczynski, L., & Radke-Yarrow, M. (1989). Correspondence between mothers' self-reported and observed child rearing practices. *Child Development*, 60, 56-63.
- Kohut, C. S., & Andrews, J. (2004). The efficacy of parent training programs for ADHD children: A fifteen-year review. *Developmental Disabilities Bulletin*, 32(2), 155-172.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lessard, J. (2010). Pratiques éducatives des parents d'enfant ayant un TDAH : Le point de vue des parents et d'un observateur, Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- Lundahl, B. W., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104.
- MacKinnon, C. E., Lamb, M. E., Belsky, J., & Baum, C. (1990). An affective-cognitive model of mother-child aggression. *Development and Psychopathology*, 2, 1-13.
- McGillicuddy-DeLisi, A. V. (1992). Parents' beliefs and personal-social development. Dans I. E. Sigel, A. V. McGillicuddy-DeLisi, & J. J. Goodnow (Eds.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (pp.115-142). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Normandeau, S., & Letarte, M.-J. (2008, Juillet). *Parent training program with ADHD : Who benefits?* Communication présentée au Biennial meeting of the International Society for the Study of Behavioural Development, Wurzburg.
- Normandeau, S., Letarte, M.-J., Robaey, P., & Allard, J. (2009, Juin). *Efficacy of two interventions for parents of ADHD children.* Communication présentée à l'International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, Seattle.
- Normandeau, S., & Venet, M. (2000). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 1 : Les problèmes internalisés.* (pp. 141-187). Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus S. C., & Jensen, P. S. (2003). National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1071-1077.
- Sanders, M. R., Pidgeon A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy, 35*, 513-535.
- Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development, 31*(1), 65-73.
- Sattler, J. M. (1992). *Assessment of children* (3rd ed.). San Diego, CA: Author.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV):

- Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Shelton, K., Frick, P., & Wootton, J. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 317-329.
- Sigel, I. E. (1992). *Parental belief systems: The psychological consequences for children* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 918-929.
- Webster-Stratton, C. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of Parent Training* (pp. 98-152). NY: John Wiley & Sons.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2006). Treatment and prevention of conduct problems: Parent training interventions for young children (2-7 years old). In K. McCartney, & D. Phillips (Eds.), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development* (pp. 616-641). Malden, MA: Blackwell.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children-Third Edition*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Tableau 1

*Moyenne et écart-type des variables à l'étude : les cognitions sociales des parents et les pratiques parentales*

Mesures et variables	M (e.t.)
Cognitions sociales des parents -- pré-test	
Attributions causales (1-10)	
Désobéissance enfant - effort/parent	6,20 (0,28)
Désobéissance enfant - humeur/parent	8,16 (0,21)
Désobéissance enfant - habiletés/parent	8,17 (0,19)
Sentiment d'auto-efficacité total (1-5)	2,17 (0,04)
Pratiques parentales -- post-test	
Alabama (1-5)	
Pratiques positives	4,28 (0,05)
Engagement parental	4,00 (0,04)
Supervision	1,34 (0,03)
Discipline inconstante	2,25 (0,05)
Punition physique	1,30 (0,04)
Mesures observationnelles	
Pratiques négatives/inconstantes	28,22 (1,66)
Pratiques positives	6,71 (0,88)

Tableau 2 : Régressions hiérarchiques identifiant le SAEP comme prédicteur des pratiques parentales

	Bloc 1			Bloc 2															
	SAEP			SAEP			Δ Ordonné PEHP vs GC			Δ Ordonné ST vs GC			Δ Béta PEHP vs GC			Δ Béta ST vs GC			
	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	
<b>Alabama</b>																			
Discipline inconstante	.52	.00		.59	.00		.23	.70		.58	.42		-.33	.59		-.52	.47		
R <sup>2</sup>	27,0									29,3									
Punition physique	.30	.002		.52	.00		1.37	.03		.26	.73		-1.65	.01		-.39	.60		
R <sup>2</sup>	9,2									19,8									
Pratiques positives	-.19	.06		-.05	.69		.75	.25		1.62	.04		-.47	.47		-1.55	.05		
R <sup>2</sup>	3,7									14,6									
Engagement	-.14	.16		-.11	.46		.17	.79		1.18	.14		.09	.90		-.94	.24		
R <sup>2</sup>	2,0									10,5									
Supervision	.11	.28		.07	.62		-.30	.67		-.54	.51		.17	.80		.37	.65		
R <sup>2</sup>	1,3									3,9									
<b>Mesure observationnelle</b>																			
Pratiques négatives/inconstantes	.13	.27		-.17	.34		-2.00	.01		-1.14	.19		1.80	.03		1.22	.16		
R <sup>2</sup>	1,7									16,5									
Pratiques positives	-.08	.48		.03	.88		1.27	.09		.13	.88		-.88	.24		-.19	.82		
R <sup>2</sup>	0,7									22,7									

Tableau 3 : Régressions hiérarchiques identifiant les attributions parentales (habiletés) comme prédicteur des pratiques parentales

		Bloc 1						Bloc 2											
		Attributions Habiletés parent			Attributions Habiletés parent			Δ Ordonné PEHP vs GC			Δ Ordonné ST vs GC			Δ Béta PEHP vs GC			Δ Béta ST vs GC		
		β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand
<b>Alabama</b>																			
Discipline inconstante		-.32	.002		-.61	.00		-1.14	.02		-.49	.40		1.04	.02		.61		.31
R <sup>2</sup>		10,2									17,8								
Punition physique		-.08	.48		-.23	.16		-.83	.09		-.17	.79		.58	.23		.06		.92
R <sup>2</sup>		0,60									7,2								
Pratiques positives		.11	.28		-.01	.97		-.31	.52		-.36	.55		.64	.18		.49		.42
R <sup>2</sup>		1,2									11,1								
Engagement		-.01	.95		-.26	.10		-.78	.11		-.57	.35		1.03	.03		.84		.17
R <sup>2</sup>		0,00									11,4								
Supervision		-.01	.96		.13	.42		-.01	.99		1.26	.04		-.09	.86		-1.43		.02
R <sup>2</sup>		0,00									7,9								
<b>Mesure observationnelle</b>																			
Pratiques négatives/inconstantes		-.06	.63		-.15	.24		-.38	.14		.10	.71		.10	.67		-.05		.84
R <sup>2</sup>		0,40									10,9								
Pratiques positives		.002	.99		.05	.64		.02	.94		.02	.92		.48	.03		-.06		.78
R <sup>2</sup>		0,00									25,9								

Tableau 4 Régressions hiérarchiques identifiant les attributions parentales (humeur) comme prédicteur des pratiques parentales

		Bloc 1						Bloc 2					
		Attributions Humeur parent		Attributions Humeur parent		Δ Ordonné PEHP vs GC		Δ Ordonné ST vs GC		Δ Béta PEHP vs GC		Δ Béta ST vs GC	
		β stand	p	β stand	p	β stand	p	β stand	p	β stand	p	β stand	p
<b>Alabama</b>													
Discipline inconstante		-.14	.18	-.31	.09	-.54	.24	-.12	.86	.46	.28	.20	.76
R <sup>2</sup>		2,0		4,8									
Punition physique		.07	.50	.09	.63	-.16	.72	.43	.49	-.06	.89	-.56	.38
R <sup>2</sup>		0,5		5,3									
Pratiques positives		-.03	.78	-.04	.82	.12	.80	-.22	.73	.18	.67	.35	.58
R <sup>2</sup>		0,1		7,1									
Engagement		.10	.36	-.01	.91	-.18	.47	-.06	.80	.50	.04	.34	.18
R <sup>2</sup>		0,9		13,4									
Supervision		-.04	.70	-.11	.39	-.50	.06	.31	.22	.41	.09	-.50	.05
R <sup>2</sup>		0,2		9,8									
<b>Mesure observationnelle</b>													
Pratiques négatives/inconstantes		.15	.23	.22	.38	.13	.84	.84	.29	-.35	.55	-.83	.30
R <sup>2</sup>		2,1		10,5									
Pratiques positives		-.18	.14	-.25	.28	-.37	.53	-.31	.67	.75	.17	.30	.69
R <sup>2</sup>		3,1		21,5									

Tableau 5 Régressions hiérarchiques identifiant les attributions parentales (effort) comme prédicteur des pratiques parentales

	Bloc 1			Bloc 2			Bloc 3			Bloc 4								
	Attributions Effort parent			Attributions Effort parent			Δ Ordonné PEHP vs GC			Δ Ordonné ST vs GC			Δ Béta PEHP vs GC			Δ Béta ST vs GC		
	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand	β	p	stand
<b>Alabama</b>																		
Discipline inconstante	.004	.97		.03	.88		-.09	.77		.27	.40		.08	.79		-.23	.49	
R <sup>2</sup>	0,00									1,6								
Punition physique	.06	.58		.01	.96		-.44	.12		.07	.82		.23	.41		-.20	.50	
R <sup>2</sup>	0,3									6,4								
Pratiques positives	-.02	.82		-.11	.50		.06	.83		-.09	.78		.25	.35		.23	.46	
R <sup>2</sup>	0,1									2,5								
Engagement	.01	.96		.02	.36		.23	.95		.26	.48		.03	.37		.04	.10	
R <sup>2</sup>	0,00									9,0								
Supervision	-.01	.92		.06	.72		-.21	.45		.33	.28		.13	.65		-.52	.09	
R <sup>2</sup>	0,00									6,5								
<b>Mesure observationnelle</b>																		
Pratiques négatives/inconstantes	.17	.15		.11	.60		-.47	.21		.28	.48		.26	.45		-.26	.50	
R <sup>2</sup>	3,0									13,1								
Pratiques positives	-1.69	.10		.18	.86		1.80	.08		.62	.54		-.76	.45		-.76	.45	
R <sup>2</sup>	4,0									21,0								

## Annexe 1

**Mesure des attributions causales****Situation**

**Supposez que vous demandez à votre enfant de cesser de jouer dehors et de rentrer à la maison. Il ne le fait pas. Comment expliquez-vous cela ?**

a) Il n'est pas rentré à la maison parce que je n'ai pas fait les efforts nécessaires pour qu'il arrête de jouer dehors et rentre à la maison.

Très vrai									Pas du tout vrai
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

b) Il n'est pas rentré à la maison parce que j'étais de mauvaise humeur cette journée-là.

Très vrai									Pas du tout vrai
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

c) Il n'est pas rentré à la maison parce que je ne sais pas comment m'y prendre pour qu'un enfant m'obéisse.

Très vrai									Pas du tout vrai
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## CONCLUSION

La présente thèse s'intéressait à la relation entre les cognitions sociales des parents, les pratiques parentales et les caractéristiques comportementales de l'enfant présentant un TDAH. Le premier article a permis d'examiner dans quelle mesure le comportement de l'enfant ayant un TDAH et/ou les cognitions sociales des parents étaient associés à l'utilisation de pratiques parentales spécifiques, alors que le deuxième article s'est attardé au rôle des cognitions sociales dans un contexte d'intervention visant à améliorer les pratiques parentales auprès de parents d'enfant TDAH. Les articles de cette thèse mènent à réfléchir sur l'importance de la perception qu'ont les parents du comportement de leur enfant et de leurs compétences parentales dans l'explication des pratiques parentales qu'ils utilisent avec leur enfant. Les contributions méthodologiques, conceptuelles et cliniques de cette thèse seront exposées ci-dessous. Les limites de la thèse seront présentées et de nouvelles avenues seront proposées pour approfondir nos connaissances sur la contribution des cognitions sociales des parents d'enfant TDAH sur les pratiques parentales utilisées.

### **Contributions méthodologiques**

La première contribution méthodologique de cette thèse concerne la spécificité du diagnostic de TDAH des enfants et la seconde porte sur la médication prise par les enfants TDAH ayant participé à l'étude.

#### **Diagnostic de l'enfant TDAH**

Plusieurs études réalisées antérieurement et ayant porté sur la relation entre les caractéristiques comportementales de l'enfant ayant un TDAH, les cognitions sociales des parents et leurs pratiques parentales définissent les difficultés des enfants ayant un TDAH de façon imprécise, par exemple elles ne précisent pas la nature, la fréquence ou la sévérité des symptômes. Par ailleurs, de nombreuses études n'ont pas tenu compte des sous-types de

TDAH, ne rapportent pas l'information sur la présence ou non de troubles concomitants au TDAH ou n'ont pas étudié l'effet des troubles concomitants sur la relation parent-enfant, ce qui peut conduire à des conclusions différentes d'une étude à l'autre. La littérature est également manquante sur les enfants TDAH avec des symptômes concomitants de nature intériorisée.

Cette thèse propose une amélioration au plan méthodologique car nous avons porté une attention particulière à la spécificité du diagnostic de TDAH des enfants. Les enfants ont fait l'objet d'un processus de sélection rigoureux et le diagnostic de TDAH a été posé à partir de différentes sources d'information et d'instruments de mesure. Tout d'abord, la présence d'un TDAH chez les enfants a été établie par le médecin traitant de l'enfant, puis a été corroborée par (a) une entrevue couvrant les critères diagnostiques du DSM-IV avec le parent (DISC IV, 2000) et (b) le Conners (2001), questionnaire complété par le parent qui a permis d'évaluer les comportements spécifiques et associés au TDAH. Enfin, le pédopsychiatre affilié à l'équipe de recherche a rencontré chacune des familles pour compléter l'évaluation et confirmer le diagnostic de TDAH. Ces diverses modalités d'intervention ont permis de préciser le sous-type de TDAH des enfants et la présence ou non de symptômes concomitants de nature extériorisée et intériorisée.

### **Médication de l'enfant TDAH**

En lien avec les travaux portant sur l'efficacité des interventions auprès des enfants TDAH, ce ne sont pas toutes les recherches qui se préoccupent que l'enfant TDAH soit médicamenteux ou non dans l'interprétation des résultats, pourtant certains chercheurs suggèrent que la médication a un impact sur les pratiques parentales et les cognitions des parents (Johnston et al., 2000). Par exemple, selon Barkley (2006), plusieurs études suggèrent que

lorsque l'enfant est sous médication, les mères sont moins directives et négatives avec leur enfant, suite à l'amélioration du comportement de l'enfant. On rapporte également qu'à partir du moment où l'enfant prend des psychostimulants, les parents sont portés à attribuer les problèmes de comportements de l'enfant à des causes externes, plus contrôlables et ils perçoivent que ses comportements problématiques auront plus de chance de changer dans le temps (c.-à-d. instables) (Johnston et al., 2000). Dans cette thèse, tous les enfants de l'échantillon devaient maintenir une médication tout au long de l'étude. Une fois le diagnostic de TDAH confirmé, le dosage optimal de la médication a été vérifié pour chaque enfant (c.-à-d., une dose contrôlant le mieux les symptômes de l'enfant avec le moins d'effets secondaires). De ce fait, il est intéressant de souligner que les résultats observés dans les deux études de cette thèse apparaissent au-delà de l'effet de la médication, ce qui démontre que les liens entre les cognitions sociales des parents d'enfant TDAH et les pratiques parentales sont très importants, puisque la médication atténue les comportements d'hyperactivité et d'inattention des enfants.

### **Contributions conceptuelles**

Les résultats observés dans la première étude soulignent l'importance du SAEP et des symptômes concomitants de nature extériorisée au TDAH en lien avec les pratiques parentales utilisées. Parmi l'ensemble des variables étudiées comme prédicteur des pratiques parentales, le SAEP est celle qui est associée le plus fortement aux pratiques parentales positives et négatives. Par ailleurs, la présence de symptômes concomitants au TDAH est apparue comme un prédicteur d'une discipline sévère et inconstante, mais c'est la perception du parent de symptômes d'opposition auprès de son enfant TDAH qui est ressorti le plus souvent et qui a prédit l'utilisation d'une discipline appropriée et d'une discipline verbale positive. Ces

résultats appuient la pertinence du modèle transactionnel proposé par Sameroff et Chandler (1975) et celle du modèle bidirectionnel de Kuczynski, Marshall et Schell (1997).

Dans une perspective bidirectionnelle et transactionnelle, la relation parent-enfant est le produit de constantes interactions entre les deux partenaires et elle évolue dans le temps (Harach & Kuczynski, 2005; Kuczynski & Parkin., 2007; Sameroff, 2009). Il est possible que les parents d'un enfant TDAH qui ont rapporté avoir un faible SAEP aient eu des difficultés à gérer les comportements problématiques de leur enfant TDAH depuis plusieurs années, tout comme il se peut qu'au fil du temps, les difficultés de l'enfant aient donné lieu au développement d'un cycle d'interaction coercitive et que les déficits au niveau de la discipline parentale aient contribué au développement et au maintien des problèmes concomitants au TDAH de nature extériorisée, tel que l'agressivité, l'opposition et la provocation. Ces symptômes sont plus dérangeants et facilement identifiables comparativement aux symptômes intériorisés qui ont souvent plus tendance à passer inaperçu auprès des parents et de l'entourage. Il est possible que pour cette raison, les symptômes extériorisés modulent la relation parent-enfant différemment.

### **Contributions cliniques**

Les résultats de cette thèse ont également des répercussions sur le plan clinique. Le premier article a mis en évidence que le SAEP est un type de cognition sociale important à prendre en considération puisque les résultats suggèrent que pour certains parents, les pratiques parentales inadéquates ne sont pas liées à un manque de connaissances sur la façon de contrôler les comportements problématiques de leurs enfants, mais plutôt à un schème de pensées inadaptées, notamment le fait d'avoir un faible SAEP. Le second article a permis d'explorer le rôle des cognitions sociales dans un contexte d'intervention. À cet effet, les

résultats suggèrent que la participation au PEHP a permis aux parents qui avaient un SAEP plus élevé et qui attribuaient moins la désobéissance de leur enfant TDAH à leur manque d'habiletés parentales ou à leur humeur avant l'intervention de développer plus de pratiques parentales appropriées. Cette étude souligne encore une fois toute l'importance d'intervenir non seulement auprès des enfants, mais également auprès des parents afin d'aborder les cognitions sociales des parents qui peuvent influencer l'efficacité d'une intervention ayant comme objectif le changement des pratiques parentales. Par ailleurs, la seconde étude a permis de faire ressortir l'importance des spécificités d'une intervention telles que l'intensité, le contenu et la modalité. Par exemple, dans un PEHP, les parents peuvent échanger avec les intervenants et ils peuvent également partager leur expérience du rôle parental avec les autres parents faisant partie du groupe. De cette façon, ils peuvent échanger entre eux quant à leurs succès et à leurs échecs avec d'autres parents qui vivent des situations similaires. Les parents peuvent se soutenir et s'encourager dans les moments plus difficiles. Cette modalité d'intervention semble permettre au parent de recevoir deux formes de soutien en même temps (i.e. soutien de la part des intervenants du programme et soutien des parents entre eux). Il est possible que cela puisse motiver les parents à s'engager et à continuer de persévérer dans un programme d'intervention et ce, même dans les moments plus laborieux. D'autre part, dans un PEHP, les pratiques parentales et les perceptions des parents d'eux-mêmes dans leur rôle parental ainsi que du comportement de leur enfant sont directement abordées dans des discussions, mais également dans des jeux de rôle. Il est possible qu'une fois arrivé à la maison, le parent confronté à une situation problématique avec son enfant sera plus confiant d'utiliser les outils enseignés en groupe, comme il se sera pratiqué durant la séance d'intervention. Enfin, les résultats de notre étude suggèrent que les pratiques parentales

négligentes sont plus difficiles à modifier et qu'un travail d'intervention plus intense et soutenu semble être favorable pour effectuer ces changements. Un travail d'intervention à plus long-terme, avec des modalités plus concrètes (ex. jeux de rôles) semble donc à privilégier.

Enfin, les résultats appuient les travaux récents selon lesquels, au-delà des bénéfices associés à la prise de médication sur le comportement de l'enfant TDAH, la participation des parents dans un processus d'intervention est une plus-value qui s'observe dans l'amélioration du comportement des enfants et des pratiques éducatives des parents. Plusieurs études soutiennent que les PEHP conçus pour les parents d'enfant ayant le TDAH ont des impacts positifs sur les pratiques parentales, sur la relation parent/enfant et sur le comportement de l'enfant, surtout lorsqu'ils sont combinés avec la prise d'une médication (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs, & Pelham, 2004; Kohut & Andrew, 2004; Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury, & Weeks, 2001). Les résultats de cette thèse suggèrent également qu'il serait important dans les programmes d'entraînement aux habiletés parentales d'inclure un volet d'activités qui portent sur les cognitions sociales des parents, notamment sur le SAEP. De cette façon, il est possible d'aider les parents à retrouver leur confiance en leur capacité d'être parent et les aider à prendre conscience que les changements qu'ils font en travaillant sur leur rôle parental ont une influence sur le comportement de leur enfant et sur la relation parent/enfant.

Une autre implication clinique des modèles bidirectionnel et transactionnel c'est qu'ils nous guident dans l'intervention auprès des parents. Lorsqu'on observe le comportement de l'enfant, il s'agit du résultat de plusieurs années d'interactions avec ses parents et son environnement. Il est important de tenir compte que le développement de l'enfant se fait sur un continuum et au moment où une intervention est mise en place, les problèmes ne peuvent

se résorber en peu de temps. Il faut investir du temps et des efforts, mettre en place de nouveaux modes d'interaction entre l'enfant et ses parents et également entre l'enfant et ses autres milieux de vie.

Globalement, ces résultats ont des implications auprès des psychologues cliniciens puisqu'ils font ressortir l'importance d'engager non seulement les enfants TDAH, mais également leurs parents, afin de mieux venir en aide aux familles d'enfant TDAH. Un parent qui se perçoit comme ayant peu de compétences parentales aura davantage de difficulté à gérer les comportements de son enfant qui est actif, impulsif et agité. Afin d'optimiser l'intégration des outils suggérés aux parents pour discipliner leur enfant, il faudra tout d'abord travailler avec eux sur la perception qu'ils ont d'eux-mêmes dans leur rôle parental. Une fois qu'un parent aura une perception positive de ses habiletés parentales, il sera plus facile pour lui d'instaurer des changements quant aux pratiques parentales utilisées, car il aura confiance en lui, en sa capacité à modifier la dynamique familiale et à aider son enfant.

### **Intégration des deux études**

Les deux études de cette thèse ont un caractère novateur, puisqu'elles soulignent toutes deux l'importance à accorder au rôle des cognitions sociales des parents sur leurs pratiques parentales, relation peu étudiée dans la littérature. Dans la première étude, le SAEP est apparu comme un prédicteur important des pratiques parentales, avoir confiance en sa capacité à gérer les comportements problématiques de son enfant est associé à l'utilisation de pratiques parentales positives, tandis que les parents ayant un faible SAEP sont plus enclins à utiliser des pratiques parentales négatives. Ce résultat souligne toute l'importance d'intervenir non seulement auprès des enfants, mais également auprès de leurs parents, afin de maximiser l'efficacité des programmes d'intervention visant à soutenir les familles d'enfants TDAH.

Dans la deuxième étude, moins de liens ont été observés entre le SAEP et les diverses pratiques parentales utilisées après avoir reçu une intervention visant à modifier les pratiques parentales et certains d'entre eux diffèrent selon que les parents ont participé ou non à une intervention visant à modifier les pratiques parentales. Ces résultats suggèrent que le type d'intervention reçu a eu un effet modérateur sur la relation entre le SAEP et les pratiques parentales. Globalement, le fait de se sentir compétent dans son rôle parental semble accentuer l'effet d'une intervention en lien avec l'utilisation que font les parents de pratiques parentales positives après avoir obtenu un soutien téléphonique et en lien avec leur utilisation de pratiques parentales appropriées (ex. diminution de pratiques négatives et inconstantes) lorsqu'ils participent à un PEHP.

D'autre part, dans les deux études, peu de liens sont observés entre les attributions causales des parents et les pratiques parentales. Cependant, la seconde étude souligne que les attributions causales portant sur les habiletés parentales en lien avec les comportements de désobéissance de leur enfant TDAH permettent d'observer davantage un effet de l'intervention comparativement aux deux autres types d'attributions causales étudiés (attributions portant sur l'humeur du parent et sur ses efforts). Ces résultats suggèrent l'importance de travailler avec les parents leur capacité à reprendre confiance en leurs habiletés parentales et leur redonner par le fait même la responsabilité de leur enfant et le pouvoir de faire des changements. Il serait également pertinent d'aider les parents à prendre conscience qu'au travers les interactions plus difficiles avec leur enfant, ceux-ci arrivent à vivre des succès quant aux stratégies éducatives utilisées avec leur enfant. Cette étude fait ressortir l'importance de la perception des parents du comportement de leur enfant sur l'efficacité d'une intervention et qu'il est essentiel d'intervenir sur les cognitions sociales des

parents dans les programmes d'interventions, puisqu'ils sont des outils de changement pour leur enfant.

Enfin, la deuxième étude est venue compléter la première en s'intéressant à différents types de mesures des pratiques parentales (auto-rapportée et mesure observationnelle). De ce fait, une des limites de la première étude où nous avons utilisé uniquement des mesures auto-rapportées, est devenue une force dans la seconde, où nous avons recouru à deux modalités pour mesurer les pratiques parentales. De cette façon, nous avons bénéficié d'un regard plus large et plus nuancé sur l'utilisation de différentes pratiques parentales par les parents de l'échantillon, l'une d'entre-elle reflétait la perception du parent de ses pratiques parentales tandis que l'autre portait sur la perception d'un observateur extérieur. À cet effet, des différences sont apparues entre les pratiques parentales observées et celles auto-rapportées dans les questionnaires par les parents. Les parents ont rapporté utiliser plus de pratiques parentales appropriées que ce qui a été observé lors de l'interaction parent/enfant, où davantage de pratiques parentales inappropriées ont été observées. Comment comprendre ces résultats ? Tout d'abord, la mesure observationnelle avait lieu lors d'un souper, soit en fin de journée, lorsque tous les membres de la famille sont plus fatigués et que la médication de l'enfant TDAH est moins efficace. Il est possible que cette situation ait pu exacerber l'utilisation de pratiques parentales inappropriées (ex. critiquer l'enfant, crier, ne pas ignorer l'enfant lorsqu'il se comporte de façon inappropriée). Pour sa part, le APQ comportait des questions quant à l'utilisation des pratiques parentales sur une fréquence de temps différente. Les questions faisaient référence à «de façon générale» ou «dans une semaine moyenne», adoptez-vous cette stratégie éducative ou ce comportement avec votre enfant. Pour répondre aux questions, les parents pouvaient se référer à différentes situations d'interactions avec leur

enfant où ils ont pu utiliser des pratiques parentales appropriées et inappropriées. Il est très enrichissant d'avoir pu comparer l'utilisation des pratiques parentales des parents d'enfant TDAH au moyen de deux types de modalités (mesure auto-rapportée et mesure observationnelle), car cela a permis de faire ressortir des différences quant à l'utilisation des pratiques parentales. L'observation des interactions parent-enfant est une mesure plus objective des pratiques éducatives que les questionnaires complétés par les parents et elle permet d'offrir une mesure complémentaire des pratiques éducatives. D'un autre côté, les questionnaires auto-rapportés sur les pratiques parentales font ressortir les perceptions que les parents ont d'eux-mêmes quant à leur utilisation de différentes stratégies éducatives. De plus, les questions permettent de recueillir de l'information sur plusieurs dimensions à la fois. Enfin, en ayant deux types de mesures des pratiques parentales, nous avons contribué à la qualité méthodologique de l'étude comme l'utilisation de stratégies diversifiées de collectes de données offre des résultats plus riches et plus représentatifs de l'ensemble des pratiques parentales.

### **Limites et directions futures**

Bien que la présente thèse contribue à l'avancement des connaissances sur le rôle des cognitions sociales des parents d'enfant TDAH, certaines suggestions et limites se doivent d'être soulevées. Tout d'abord, bien que le processus d'évaluation diagnostique de l'enfant fut méticuleux, il serait pertinent dans des études subséquentes d'inclure des instruments de mesure d'évaluation du TDAH auprès des enfants, afin d'augmenter la spécificité du processus d'évaluation et d'obtenir un profil attentionnel de l'enfant encore plus précis. Par exemple, le Test of Everyday Attention for Children (TEA-ch) permet d'évaluer les trois

modalités principales de l'attention chez l'enfant soit l'attention soutenue, l'attention sélective et le contrôle attentionnel.

Une première limite de cette thèse concerne la façon dont nous avons regroupé les enfants selon les caractéristiques comportementales de concomitance et selon les sous-types diagnostiques dans la première étude. Afin d'obtenir des groupes qui possédaient une taille d'échantillon assez élevée pour effectuer nos analyses statistiques, nous avons intégré dans une même variable, des enfants TDAH qui présentaient des symptômes concomitants intériorisés (anxiété) et extériorisés (agressivité). Des études suggèrent que l'anxiété a un effet protecteur sur le trouble d'inhibition, c'est-à-dire que les enfants qui ont un TDAH et un trouble anxieux sont plus réservés et inhibés que les enfants qui ont un TDAH. À l'inverse, ceux qui ont des comportements d'opposition sont plus impulsifs et ont plus de comportements extériorisés (Barkley, 2006). Considérant le fait que l'agressivité et l'anxiété influencent différemment le comportement de l'enfant et les pratiques parentales, il aurait été préférable de ne pas créer la variable de cette façon, car il est probable que cela ait pu influencer les résultats de l'étude. Nous avons également regroupé les enfants de notre échantillon en deux sous-groupes selon les profils diagnostiques du TDAH (TDAH-M + TDAH-H versus TDAH-I), afin d'obtenir des échantillons assez grands pour effectuer nos analyses statistiques, mais aussi pour regrouper les enfants avec des symptômes extériorisés (ex. hyperactivité) sous une même catégorie. Il serait donc pertinent dans des études futures de pouvoir comparer les trois profils diagnostiques du TDAH indépendamment l'un de l'autre pour mieux nuancer les différences quant aux cognitions sociales des parents d'enfant TDAH, leurs pratiques parentales et la relation entre ces deux concepts en fonction du profil diagnostique de l'enfant.

Une deuxième limite de cette thèse est qu'elle a permis de rendre compte majoritairement des perceptions des mères à l'égard de leur enfant, comme très peu de pères avaient été identifiés comme le parent qui passait le plus de temps avec l'enfant. Dans des études ultérieures, il serait intéressant de pouvoir comparer les perceptions des mères et des pères en regard du comportement de leur enfant et de leurs pratiques parentales en tenant compte de l'importance de leur présence auprès de l'enfant et de la nature des moments partagés avec ce dernier, d'autant plus que les travaux montrent qu'il existe des différences entre les attributions des mères et celles des pères (Chen, Seipp, & Johnston, 2008). Une autre limite est que l'ensemble des mesures des cognitions sociales dans cette thèse a été recueilli au moyen de questionnaires auto-rapportés. Par exemple, pour mesurer les attributions causales, les parents devaient imaginer à quelles causes ils attribueraient les comportements d'obéissance et de désobéissance de leur enfant dans des situations spécifiques, ce qui les forçait à trouver une explication à un processus qui n'est pas réellement conscient. Ce type de questionnement peut causer des lacunes au niveau méthodologique, notamment en ce qui concerne la fidélité et la validité des mesures. Dans des études subséquentes, il serait intéressant d'observer directement les interactions parent-enfant. Les attributions causales pourraient être mesurées en demandant aux parents à quoi ils attribuent le comportement de leur enfant en lien avec des situations réelles vécues par les parents avec leur enfant. Dans le même sens, l'observation des interactions parent-enfant permettrait une mesure plus objective des pratiques éducatives que les questionnaires complétés par les parents et offrirait une mesure complémentaire des pratiques éducatives.

En plus des suggestions proposées ci-dessus pour des futures recherches, de prochaines études devraient également tenter d'étudier le rôle des cognitions sociales et des

caractéristiques comportementales des enfants TDAH en lien avec les pratiques parentales utilisées sur un plus grand échantillon, afin de vérifier quelles sont les caractéristiques des parents et des enfants pour lesquels une relation a été observée comparativement aux enfants et aux parents pour lesquels aucun lien n'a été trouvé. Par exemple, est-ce que les parents se distinguent au niveau de la satisfaction conjugale, de l'indice de dépression, du soutien social qu'ils ont autour d'eux, de la présence d'un trouble de personnalité ou du TDAH. Ces variables peuvent avoir une influence sur le lien entre les cognitions sociales et les pratiques parentales des parents d'enfants TDAH et des études futures devraient s'y attarder.

En lien avec les modèles bidirectionnel et transactionnel, des études longitudinales pourraient également être réalisées afin de mieux mettre en évidence le lien entre les cognitions sociales et les pratiques parentales d'enfant ayant un TDAH. Les interactions parent-enfant se modifient au fil des années, il serait très intéressant d'avoir des mesures répétées et adaptées au développement de l'enfant sur un continuum de temps.

## RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

- Abramson, L.Y., Seligman, M. E. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ardelt, M., & Eccles, J. S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth *Journal of Family*, 22, 944-972.
- August, G. J., Realmuto, G. M., MacDonald, A. W., Nugent, S. M. & Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(5), 571-595.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2003). *Le sentiment d'auto-efficacité personnelle*. (J. Lecomte, Trad.). Paris, France : De Boeck.
- Barkley, R. A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain and Development*, 25, 77-83.
- Barkley, R. A. (2006). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. Dans R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3<sup>rd</sup> ed., pp.184-218). New York, NY: Guilford Press.

- Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Psychiatry*, *29*, 546–557.
- Bell, R. Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, *75*, 81-95.
- Biederman, J., Faraone, S. V., & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *1*, 335–360.
- Bugental, D. B., & Johnston, C. (2000). Parental and child cognitions in the context of the family. *Annual Review of Psychology*, *51*, 315-344.
- Bugental, D. B., & Shennum, W. A. (1984). «Difficult» children as elicitors and targets of adult communication patterns: An attributional-behavioral transactional analysis. *Monographs of the society for research in Child Development*, *49*(1), 1-81.
- Barkley, R. A. (2006). Comorbid disorders, social and family adjustment, and subtyping. Dans R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3<sup>rd</sup> ed., pp.184-218). New York, NY: Guilford Press.
- Chen, M., Seipp, C. M., & Johnston, C. (2008). Mothers' and fathers' attributions and beliefs in families of girls and boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, *39*(1), 85-99.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B. T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to the standard behavioural parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *7*(1), 1-27.

- Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Association between maternal attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 1237-1250.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future application. *Developmental Review*, *18*, 47-85.
- Conners, C. K. (2001). *Manual for the Conners' Rating Scales – Revised*. Toronto, Ontario, Canada : Multi-Health Systems.
- Dawber, T. & Kuczynski, L. (1999). The question of ownness: influence of relationship context on parental socialization strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, *16*, 475-493.
- Dix, T., & Grusec, J. E. (1985). Parent attribution processes in the socialization of children. In I. E. Sigel (Ed.), *Parent belief systems: The psychological consequences for children* (pp.201-233). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dix, T., Ruble, D. N., Grusec, J. E., & Nixon, S. (1986). Social cognition in parents : Inferential and affection reactions to children of three age levels. *Child Development*, *57*, 879-894.
- Dumas, J. E. (2007). Le trouble hyperkinétique ou déficit de l'attention/hyperactivité. Dans J. E. Dumas (Ed.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (pp.251-303). Paris: De Boeck.
- Faraone, S. V., Biederman, J., Webber, W., & Russell, R. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *37*, 185-193.

- Faraone, S.V., Biederman, J., & Friedman, D. (2000). Validity of *DSM-IV* Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : A Family Study Perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 300-307.
- Gaub, M., & Carlson, C. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 103-111.
- Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjo, B., Soderstrom, H., Rastam, M., ...Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD-implications for diagnosis and intervention. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(1), 180-192.
- Graetz, B. W., Sawyer, M. G., Hazell, P. L., Arney, F., & Baghurst, P. (2001). Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1410-1417.
- Gross, D., Fogg, L., & Tucker., S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Research in Nursing and Health*, 18, 488-489.
- Harach, L. D. & Kuczynski, L. (2005). Construction and maintenance of parent-child relationships: bidirectional contributions from the perspective of parents. *Infant and Child Development*, 14, 327-343.
- Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W. E. Jr., Swanson, J. M., Conners, C. K., Hinshaw, S. P... et Kraemer, H. C. (2000). Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(6), 569-583.
- Johnston, C., Fine, S., Weiss, M., Weiss, J., Weiss, G., & Freeman, W. S. (2000). Effects of stimulant medication treatment on mother's and children's attributions for the behavior

- of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 28(4), 371-382.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Johnston, C., & Ohan, J. (2005). The importance of parental attributions in families of children with attention-deficit and disruptive behavior disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8, 167-182.
- Kohut, C. S., & Andrews, J. (2004). The efficacy of parent training programs for ADHD children: A fifteen-year review. *Developmental Disabilities Bulletin*, 32(2), 155-172.
- Kuczynski, L., Marshall, S., & Schell, K. (1997). Value socialization in a bidirectional context. Dans J. E. Grusec & L. Kuczynski (Eds.), *Handbook of parenting and the socialization of values* (pp.23-50). New York, NY: Wiley.
- Kuczynski, L., & Parkin, M. (2007). Agency and bidirectionality in socialization: Interactions, transactions, and relational dialectics. Dans J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization: Theory and research* (pp. 259-283). New York, NY: Guilford Press.
- Locke, L. M., & Prinz, R. J. (2002). Measurement of parental discipline and nurturance. *Clinical Psychology Review*, 22, 895-929.
- Lollis, S. & Kuczynski, L. (1997). Beyond one hand clapping: seeing bidirectionality in parent-child relations. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 441-461.

- Milich, R., Ballentine, A. C., & Lynam, D. R. (2001). ADHD/combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 463-488.
- Morgan, A., Hynd, G., Riccio, C., & Hall, J. (1996). Validity of *DSM-IV* ADHD predominantly inattentive and combined types: Relationship to previous *DSM* diagnoses/subtype differences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 325-333.
- Pfiffner, L. J., McBurnett, K., Rathouz, P. J., & Judice, S. (2005). Family correlates of oppositional and conduct disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 551-563.
- Rudy, D. & Grusec, J. E. (2006). Social cognitive approaches to parenting representations. Dans O. Maysless (Ed.), *Parenting representations: Theory, research, and clinical implications* (pp.79-106). New York, NY: Cambridge University Press.
- Russo, M. F. & Beidel, D. C. (1994). Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: Prevalence, associated characteristics, and validation issues. *Clinical Psychology Review*, 14(3), 199-221.
- Sacco, W. P., & Murray, E. W. (2003). Maternal dyadic relationship satisfaction as a function of child hyperactivity and conduct problems: A social-cognitive analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 665-684.
- Sameroff, A. J. (2009). The transactional model of development: How children and contexts shape each other. Dans A.J. Sameroff (Eds.), *Designs for transactional research* (pp.23-32). Washington, DC: American Psychological Association.

- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.), *Review of child development research* (Vol. 4, pp. 187-244). Chicago: The University of Chicago Press.
- Sanders, M. R. & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 65-73.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Smith, A. M. & O'Leary, S. G. (1995). Attributions and arousal as predictors of maternal discipline. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 459-471.
- Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.
- Szatmari, P., Boyle, M., & Offord, D. R. (1989). ADHD and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 865-872.

- Tannock, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder with anxiety disorders. In T. E. Brown (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. (pp. 125-170). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968). *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Wolraich, M., Hannah, J., Pinnock, T., Baumgaertel, A., & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324.