

Université de Montréal

Stades et mécanismes de changement des pratiques éducatives
lors d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales

par
Marie-Josée Letarte

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de doctorat de recherche
en psychologie

janvier 2007

© Marie-Josée Letarte, 2007



BF

22

U54

2007

V.016



Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:
Stades et mécanismes de changement des pratiques éducatives
lors d'un programme d'entraînement aux habiletés parentales

présentée par :
Marie-Josée Letarte

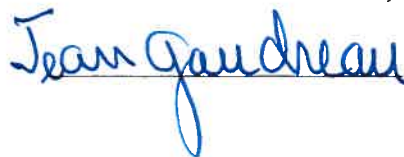
A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Michel Janosz, président-rapporteur

Sylvie Normandeau, directrice de recherche

Lyse Turgeon, membre du jury

Michel Born, examinateur externe

 Jean Gaudreau, représentant du doyen de la FES

Résumé

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) ont des effets positifs sur les participants, sur leurs enfants et sur leur relation parents-enfant. Ils aident les enfants qui éprouvent des difficultés comportementales, mais le tiers d'entre eux présente toujours des problèmes de comportement de niveau clinique à l'école ou avec les pairs par la suite. Des auteurs comme Kazdin et Weisz estiment que pour améliorer l'efficacité clinique des interventions, il faut identifier les mécanismes associés aux effets de ces interventions.

Cette thèse comportant trois articles a pour but d'étudier les stades et les mécanismes de changement des pratiques éducatives chez des parents qui participent à un PEHP. En guise d'introduction, le premier article situe l'étude des modèles de changement dans un contexte clinique général. Il présente trois modèles qui proposent des stades et des mécanismes du changement de comportement : le modèle d'assimilation, le modèle de médiation causale et le modèle transthéorique. Des recommandations cliniques sont faites sur la base de ces modèles.

Le second article, méthodologique, propose trois questionnaires pour évaluer six stades de changement (préliminaire, préquestionnement, questionnement, préparation, action et maintien) et huit mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales (perception des avantages et des inconvénients au changement, émotions négatives ressenties, ouverture à recevoir du soutien, renforcement par les adultes de son entourage, renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant). Les différentes échelles de ces questionnaires présentent des alphas de Cronbach variant entre ,50 et

,91. Le questionnaire sur les stades de changement permet de classer 75% des parents dans un stade de changement de leurs pratiques éducatives.

Le dernier article vérifie si les variables retenues comme mécanismes ont un rôle médiateur de l'effet d'un PEHP sur les pratiques éducatives des parents et explore les liens entre ces variables et les pratiques éducatives de façon plus large. Il montre que les variables tirées des études sur les PEHP et du modèle transthéorique ne constituent pas des mécanismes de changement par lesquels l'intervention agit sur les pratiques puisque l'intervention n'a pas d'effet sur ces variables. Toutefois, d'autres analyses montrent que ces variables prédisent les pratiques éducatives des parents.

L'ensemble des résultats démontre que les pratiques éducatives constituent un comportement trop complexe pour être réduit à six stades de changement. Par ailleurs, des prédicteurs individuels et relationnels expliquent les pratiques utilisées par les parents. Ces résultats mettent l'accent sur l'importance pour les PEHP de favoriser les prises de conscience des parents à l'égard de leur relation avec leur enfant. La discussion générale de la thèse rapporte la façon dont les questions initiales ont évolué en raison des défis méthodologiques rencontrés et des résultats obtenus et propose de nouvelles études sur la base des forces et des limites de la présente recherche.

Mots-clés : pratiques éducatives parentales, programme d'entraînement aux habiletés parentales, stades de changement, mécanismes de changement

Abstract

Parent training (PT) programs have positive effects on the parents, their children and the parent-child interactions. Though most children's behavior improves as a result of their parents' participation to PT, approximately one third of them still present behavior problems at school or with peers afterward. Authors, namely Kazdin and Weisz, suggest that identifying the mechanisms associated with the effects of interventions would contribute to improve the effectiveness of interventions.

The purpose of this thesis (including three articles) is to study the stages and mechanisms of change in parenting practices among participants in a PT program. The first article discusses the contribution of three models of change in a general clinical context: The model of assimilation, the model of causal mediation of change and the transtheoretical model. Clinical recommendations are proposed on the basis of these models.

The second article is methodological. It describes questionnaires which evaluate six stages of change (preliminary, pre-contemplation, contemplation, preparation, action and maintenance) and eight mechanisms of parenting practices change (perception of advantages and disadvantages to change, negative emotions, seeking support, reinforcement by adults of its surrounding, reinforcement by the behavioral reaction of the child and observation of the effect of their parenting practices on the child). The various scales of these questionnaires present alphas between .50 and .91. Seventy-five percent of the parents were classified with the measure of stages of change.

The last article assesses the mediating role of the variables selected as potential mechanisms in explaining the effect of a PT program on the parenting practices and explores the links between these variables and the parenting practices. It shows that these selected variables do not constitute mechanisms of change by which the intervention acts on the practices since the intervention does not have an effect on these variables. However, further analyses show that these selected variables predict the parenting practices. Therefore, these variables are not mechanisms, but they are nevertheless predictors of parenting practices.

Results suggest that parenting practices are too complex to be reduced to six stages of change. Individual and relational predictors explain the parenting practices. These results emphasize the importance of raising attention of parents to their relation with their child in PT programs. The general discussion of the thesis brings back the initial questions and how they have evolved as a result of methodological challenges and the results obtained. It proposes further studies on the basis of the strengths and limits of this research.

Key words: parenting practice, parent training, stages of change, mechanisms of change

Table des matières

Résumé	iii
Abstract	v
Table des matières	vii
Liste des tableaux	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Article 1: Contribution des modèles de changement à l'intervention psychosociale ...	4
Résumé	6
Présentation des Modèles de Changement du Comportement	8
Modèle Transthéorique	8
Modèle d'Assimilation	16
Modèle de Médiation Causale	19
Complémentarité des Modèles de Changement	22
Implication pour l'Intervention	24
Engagement et Persévérance des Participants à une Intervention	24
Intervenir en Fonction des Stades de Changement	27
Évaluation de l'Efficacité des Interventions	32
Conclusion	35
Références	36
Article 2: Mesure du changement des pratiques éducatives parentales	42
Résumé	44
Abstract	45

Introduction	46
Trajectoire et Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives	
Parentales	47
Méthodologie Utilisée dans les Études sur le Modèle Transthéorique	52
Méthode	57
Description des Participants à l'Étude	57
Instruments de Mesure des Variables	58
Résultats	60
Questionnaire sur les Stades de Changement des Pratiques Éducatives	
des Parents	62
Questionnaires sur les Mécanismes de Changement des Pratiques	
Éducatives des Parents	65
Relation des Stades de Changement des Pratiques Éducatives avec	
les Mécanismes et les Pratiques Éducatives Parentales	67
Discussion	68
Références	80
Article 3: Mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales	96
Résumé	98
Introduction	99
Méthode	107
Sujets	107
Instruments de Mesure	110
Procédure	113
Démarche Statistique des Deux Études	114

Résultats	115
Étude 1: Rôle médiateur des mécanismes de changement dans l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives parentales.....	116
Étude 2: Rôle des mécanismes de changement par rapport aux pratiques éducatives parentales	118
Discussion	126
Références	134
Discussion générale	153
Démarche Méthodologique et Statistique au Niveau des Stades de Changement	157
Démarche Méthodologique et Statistique au Niveau des Mécanismes de Changement.....	166
Proposition de Nouvelles Recherches sur la base des Forces et Limites de la Présente Étude.....	170
Annexe A. Questionnaire sur les stades de changement des pratiques éducatives parentales	xii
Annexe B. Questionnaire sur les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales	xvi
Annexe C. Questionnaire sur la perception des avantages et des inconvénients au changement des pratiques éducatives	xix
Annexe D. Grille de classement des parents dans un stade de changement des pratiques éducatives	xxi
Annexe E. Description du programme d'entraînement aux habiletés parentales...	xxiii
Annexe F. Informations supplémentaires sur les instruments de mesure	xxv
Annexe G. Tableaux complets en référence à l'article présenté dans l'article 3	xxx

Liste des tableaux

Tableaux tirés de l'article 2

Tableau I. Caractéristiques psychométriques du questionnaire sur les stades de changement des pratiques éducatives parentales	87
Tableau II. Caractéristiques psychométriques du questionnaire sur les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales	89
Tableau III. Caractéristiques psychométriques du questionnaire sur la perception des avantages et des inconvénients au changement des pratiques éducatives	92

Tableaux tirés de l'article 3

Tableau 1. Caractéristiques des trois groupes expérimentaux constituant l'échantillon au niveau des variables pouvant influencer les résultats de l'intervention	141
Tableau 2. Moyennes et écarts-types des groupes PEHP, ST et contrôle aux 7 échelles du questionnaire sur les pratiques parentales au pré-test et au post-test	142
Tableau 3. Résultats des analyses de variances à mesures répétées pour chaque pratique éducative	143
Tableau 4. Résultats des ANOVA à mesures répétées pour chaque mécanisme...	144
Tableau 5. Corrélation entre l'utilisation de chaque mécanisme (à chacun des 5 temps de mesure) et les pratiques éducatives parentales (au pré-test et au post-test)	145
Tableau 6. Analyses de régression vérifiant si les mécanismes prédisent les pratiques éducatives parentales au post test au-delà de ces dernières au pré-test	147
Tableau 7. Analyses de régression vérifiant le rôle modérateur du changement des pratiques éducatives dans la relation entre l'utilisation des mécanismes et les pratiques éducatives parentales au post-test	149

Remerciements

Le doctorat a été pour moi un long processus que je n'aurais pu traverser seule... Merci à tous ceux qui m'ont accompagnée au fil de ces années.

Merci à mon amour. Pour ta présence avant, pendant et après et pour tout ce que ça représente pour nous.

Merci à mes deux enfants chéris, Jean-Simon et Laura-Jeanne... D'être arrivés dans ma vie au cours de cette aventure. D'avoir subi le stress et la pression que vous ne méritiez pas avec tant d'aisance, de bonne humeur et de calme. Merci de me démontrer à chaque jour ce qui compte vraiment dans la vie. Vous êtes mon inspiration.

Merci aux deux adorables grands-mères de mes enfants, qui ont fait d'innombrables voyages à Montréal pour garder mes trésors en me faisant toujours croire que le plaisir était pour elles. Je ne saurai jamais vous remercier suffisamment. Je vous dois de gros morceaux de cette thèse que je n'aurais pas pu rédiger sans votre soutien.

Merci à mes parents. Pour avoir cru en moi, indéfectiblement. Merci de vos encouragements et de la fierté que vous démontrez à mon égard.

Merci à Sylvie. Pour tout. Tu es plus qu'une directrice de recherche. Je ne sais pas comment exprimer tout ce que ton soutien représente pour moi. Tu m'as offert ta confiance, ta compétence, ton dynamisme, ton temps, ton soutien, tes encouragements, tes projets. Tu as enrichi mon doctorat de maintes expériences que je n'aurais pu vivre n'eut été de ton soutien. J'aime apprendre à tes côtés, que ce soit sur le plan de l'écriture, de l'intervention, de la recherche ou de l'enseignement.

Merci à toute l'équipe du projet de recherche, spécialement à Julie et Marie-France. Pour le soutien moral et technique, mais surtout pour les discussions riches et divertissantes qui permettent d'évacuer le trop plein de stress et de fatigue que représente souvent le doctorat et tout ce qui l'entoure.

Merci à tous les parents qui ont participé au programme *Ces années incroyables*. Vous êtes l'essence de ce projet. Merci de votre enthousiasme, de votre expérience et de votre détermination à vouloir toujours mieux pour vos enfants.

Introduction

Cette thèse, portant sur les stades et les mécanismes de changement des pratiques éducatives des parents pendant un programme d'entraînement aux habiletés parentales, est organisée autour de trois articles. En guise d'introduction, un premier article présente trois modèles théoriques du changement et explore les implications d'une conception du changement par stades associés à des mécanismes de changement pour l'intervention. Suite à cette introduction, les deux articles empiriques sont exposés. Le deuxième est un article méthodologique qui propose des instruments de mesure des stades et des mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales. Il explore également la pertinence des stades dans l'étude du changement des pratiques. Le dernier article vérifie quant à lui si les variables retenues comme mécanismes potentiels ont un rôle médiateur de l'effet d'un PEHP sur les pratiques éducatives des parents et explore les liens entre ces variables et les pratiques éducatives de façon plus générale. La discussion générale de la thèse rapporte la façon dont les questions initiales ont évolué en raison des défis méthodologiques rencontrés et des résultats obtenus et propose de nouvelles études sur la base des forces et des limites de la présente recherche.

L'étudiante, première auteure de chacun des articles, a eu une contribution originale et indépendante à la préparation et à la rédaction de chaque article. Sa contribution se situe au niveau de la recension des écrits, du choix des variables à l'étude, de l'élaboration des instruments de mesure, de la conception de la procédure de la recherche, de l'implantation du PEHP, de la formation des assistantes de recherche ayant contribué à la collecte et la saisie des données de recherche, des analyses statistiques et de l'interprétation des résultats. Sa directrice de recherche a contribué à chacune des étapes du projet et à la préparation des trois articles à titre de

co-auteure. Elle a soutenu l'étudiante dans la conception et la mise en place du projet de recherche, dans l'interprétation des résultats et la révision des différentes versions de tous les articles. L'étude rapportée ici se situe dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste subventionné par le CRSH.

Article 1

Contribution des modèles de changement du
comportement à l'intervention psychosociale

Accord des coauteurs

Identification de l'étudiant et du programme

Marie-Josée Letarte

Doctorat de recherche en psychologie

Description de l'article

Contribution des Modèles de Changement à l'Intervention Psychosociale, soumis à la Revue de Psychoéducation, le 21 avril 2006, par Letarte, Marie-Josée et Normandeau, Sylvie.

Déclaration du la coauteur

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Marie-Josée Letarte inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre *Stades et Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives lors d'un Programme d'Entraînement aux Habiletés Parentales*.

Sylvie Normandeau

Coauteur

3 juillet 2006

Date

Entête: MODÈLES DE CHANGEMENT ET INTERVENTION

Contribution des modèles de changement du comportement à l'intervention
psychosociale

Marie-Josée Letarte et Sylvie Normandeau

Université de Montréal

Adresse de correspondance:

Marie-Josée Letarte


Université de Sherbrooke, Département de Psychoéducation

2500 boul. de l'Université

Sherbrooke (Québec)

J1K 2R1

Tél. (819)821-8000 poste 61338



Résumé

L'objectif de ce texte est de décrire la façon dont notre compréhension des modèles de changement du comportement peut contribuer à l'amélioration de l'implantation et de l'efficacité des interventions psychosociales auprès d'adultes. Plusieurs auteurs sont d'avis qu'il faut s'intéresser à la façon dont les individus modifient leur comportement afin d'améliorer l'efficacité des interventions psychosociales. Des modèles de changement du comportement existent déjà, le plus populaire étant le modèle transthéorique. Ce modèle propose des stades et des mécanismes de changement du comportement. Toutefois, il a principalement été appliqué à des comportements liés à la santé physique. Deux autres modèles, le modèle d'assimilation et celui de médiation causale proposent également une trajectoire de changement et ont été appliqués à des problèmes plus affectifs. Dans un premier temps, les trajectoires et les mécanismes de changement proposés par chacun des modèles sont présentés puis la complémentarité de ces modèles est mise en évidence. Finalement, l'apport de ces modèles est décrit en lien avec l'engagement et la persévérance des participants dans un programme d'intervention psychosociale, le type d'intervention à privilégier auprès de différents individus et l'évaluation de l'efficacité des programmes d'intervention.

Mots clé: processus de changement, stades, mécanismes, intervention psychosociale

Contribution des modèles de changement du comportement à l'intervention psychosociale

De nombreuses recherches vérifient l'efficacité des programmes d'interventions psychosociales auprès d'adultes et des méta-analyses démontrent que ces programmes sont plus efficaces qu'une absence d'intervention, et ce, pour une variété importante de problématiques comportementales (Kazdin, 1995). Toutefois, plusieurs auteurs, comme Kazdin (1995, 1997, 1999; Kazdin & Kendall, 1998; Kazdin & Weisz, 1998), Weisz (Weersing & Weisz, 2002; Weisz & Jensen, 2001), Greenberg (1991, 1994, 1995, 1999) et Doss (2004) estiment que pour améliorer l'efficacité des interventions, il faut aller au-delà de l'évaluation de l'efficacité des programmes et identifier les individus auprès de qui ils sont efficaces et les facteurs contribuant au changement individuel. De meilleures connaissances au sujet de la trajectoire que suivent les individus qui modifient leur comportement et des facteurs susceptibles de favoriser ce changement permettraient d'améliorer l'efficacité des interventions psychosociales, de favoriser les interventions ciblant les ingrédients actifs au niveau du changement comportemental, d'adapter l'intervention aux individus spécifiques à qui s'adresse le programme et de favoriser les interventions cohérentes avec les modèles théoriques de changement du comportement. L'objectif de ce texte est donc de décrire la façon dont des modèles de changement du comportement peuvent contribuer à l'amélioration de l'implantation et de l'efficacité des interventions psychosociales auprès d'adultes.

Le modèle de changement du comportement le plus populaire est le modèle transthéorique (MTT; Prochaska et DiClemente, 1983; 485 références dans psychinfo). Au terme de recensions critiques, plusieurs auteurs concluent que ce

modèle est le plus complet, le plus étudié, celui qui a été appliqué à la plus grande variété de comportements et celui qui est le plus utilisé pour l'intervention (Armitage & Conner, 2000; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000; Whitelaw, Baldwin, Bunton & Flynn, 2000). Ce modèle a été principalement appliqué à des comportements liés à la santé physique comme le tabagisme, l'alcoolisme, la nutrition et l'activité physique, ce qui constitue déjà une limite à son application. Nous avons donc cherché d'autres modèles décrivant la trajectoire et les mécanismes de changement du comportement individuel, appliqués à des problématiques sociales plus proches des intérêts des intervenants psychosociaux. Deux modèles ont été appliqués à l'étude du changement de comportements présentant une dimension affective chez des adultes et ont aussi fait l'objet de vérifications empiriques, soit le modèle d'assimilation (MA; Stiles et al., 1991) et le modèle de médiation causale aussi appelé modèle par phases (MMC; Howard, Lueger, Maling & Martinovich, 1993). Dans un premier temps, les trajectoires et les mécanismes du changement qui sont proposés par les trois modèles sont présentés puis la complémentarité de ces modèles est mise en évidence. Finalement, l'apport de ces modèles est décrit en lien avec l'engagement et la persévérance des participants dans un programme d'intervention psychosociale, le contenu des interventions à privilégier en fonction des individus à qui s'adresse le programme et l'évaluation de l'efficacité de ces programmes.

Présentation des Modèles de Changement du Comportement

Modèle Transthéorique

Le MTT (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) décrit des stades de changement des comportements liés à la santé physique et suggère des mécanismes sous-jacents à ce changement. Pour élaborer ce modèle, les auteurs ont fait une

analyse des principales approches thérapeutiques réputées efficaces pour en extraire les similarités (Prochaska, 1979 dans Prochaska, 1995). Par la suite, ils ont observé des individus qui parviennent à modifier leur comportement sans participer à une psychothérapie, afin de confirmer leur analyse théorique.

Selon le MTT, la modification d'un comportement s'effectue en cinq stades, chacun étant défini par les intentions de changer et les comportements de l'individu en regard du problème visé (Prochaska et al., 1992). Au départ, l'individu ne perçoit pas qu'il a un comportement inapproprié et n'exprime donc aucune intention de changer ce comportement (stade 1: préquestionnement). Peu à peu, cependant, il se questionne, reconnaît qu'il a un problème et envisage de modifier son comportement (stade 2: questionnement). À ce stade, il pèse les avantages et les inconvénients à changer mais perçoit plus d'avantages à maintenir son comportement problématique. Éventuellement, il prend la décision qu'il serait temps de changer et recherche des moyens ou des stratégies pour poser bientôt des actions concrètes vers le changement (stade 3: préparation). Par la suite, l'individu investit considérablement de temps et d'énergie dans la mise en application des stratégies qu'il a choisies dans le but de remédier à son problème (stade 4: action). Lorsque l'individu a modifié son comportement, le processus n'est pas terminé et il travaille toujours à consolider les gains qu'il a faits (stade 5: maintien). Finalement, pour certains comportements, l'individu atteindra un sixième stade, au terme d'un minimum de 5 ans de maintien du nouveau comportement. Il a alors une confiance absolue qu'il ne reprendra jamais plus son ancien comportement (stade 6: conclusion; Prochaska, 1995). Les trois premiers stades se caractérisent par une grande ambivalence à l'égard du changement. Ils sont plus cognitifs et axés sur l'intention de changer. Les stades suivants sont

davantage associés à l'engagement dans le changement et sont plus comportementaux.

Le MTT a d'abord été élaboré dans le cadre d'études sur le tabagisme (Prochaska et al., 1992), puis la séquence de changement a été étudiée en lien avec d'autres comportements reliés à la santé physique comme l'alcoolisme, la nutrition et l'activité physique (Prochaska et al., 1994), et plus récemment avec des comportements comme les conduites délinquantes à l'adolescence (Fiore-Lerner, 1990 dans Prochaska et al., 1994), les comportements suicidaires (Coombs et al., 2002), la violence conjugale (Levesque, 1999; Rondeau, Lindsay, Brochu & Brodeur, 2005) et la maltraitance parentale (Jones, 2000). Il est à noter que le modèle a été appliqué tant à l'adoption d'un nouveau comportement adéquat (faire de l'exercice physique, manger plus de fruits et légumes, utiliser une protection solaire, passer une mammographie annuelle, etc.) qu'à l'élimination de comportements indésirables (tabagisme, alcoolisme, conduites délinquantes, violence conjugale, etc.), à des comportements impliquant ou non une dépendance, à des comportements qui diffèrent dans leur fréquence d'apparition. À ce sujet, Prochaska et al. (1994) identifient des patrons semblables pour 12 comportements différents.

Dans le cadre de la validation du MTT, de nombreuses études transversales ont vérifié la relation entre le classement dans les stades du MTT et diverses variables. Quelques études utilisent des questionnaires comme le URICA (University of Rhode Island Change Assessment) pour étudier les stades. Toutefois, la plupart des auteurs classent les individus à partir de leur réponse à une question unique portant sur leur intention de modifier leur comportement et sur les actions qu'ils accomplissent en ce sens (échelle de type Likert: l'individu n'a pas du tout l'intention

de changer, pense changer dans moins de 6 mois, dans moins d'un mois, a changé depuis moins de 6 mois ou depuis plus de 6 mois). Ces études démontrent que la population se répartit dans les différents stades pour différents comportements (DiClemente et al., 1991; Kristal, Glanz, Curry & Patterson, 1999; Prochaska et al., 1994). Par ailleurs, elles démontrent que le classement dans les stades est associé à la perception des avantages et des inconvénients au changement (balance décisionnelle) et au sentiment d'auto-efficacité (DiClemente, Prochaska & Gibertini, 1985; Jones, 2000). Le classement est également associé à une variété d'autres indicateurs du comportement, notamment dans les études sur le tabagisme, l'exercice physique et la nutrition (Cardinal, 1997; DiClemente et al., 1985, 1991; Kristal et al., 1999). L'utilisation de devis transversaux ne permet toutefois pas de confirmer la séquence de changement, ne permet pas d'affirmer que des stades distincts existent réellement (par opposition à un continuum de changement) et ne démontrent rien du pouvoir prédictif du modèle (Brug et al., 2005; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000, 2001).

Une étude longitudinale (5 temps de mesure sur deux ans), rapportée par Prochaska et al. (1992), porte sur la trajectoire du changement des individus qui cessent de fumer sans l'aide d'une intervention. Elle a permis d'identifier quatre patrons de changement chez les individus: 1) stable, les individus demeurent au stade de préquestionnement tout au long de l'étude; 2) progressif, les individus progressent de façon linéaire et continue; 3) régressif, les individus régressent de façon linéaire et continue et 4) spirale, les individus font des aller-retours dans les stades. Dans cette étude, le patron en spirale est le plus souvent adopté. Cette trajectoire démontre que les individus font des aller-retours dans les stades avant d'atteindre un changement stable et que chaque tentative de changement les rapproche de plus en plus d'une

réussite à long terme. Ces patrons n'ont toutefois pas été reproduits et des auteurs identifient des limites importantes au niveau de la mesure et du devis de recherche utilisés (Littell & Girvin, 2002). Par exemple, seuls les individus qui présentaient l'une des quatre trajectoires identifiées sont retenus pour l'étude, ceux adoptant une trajectoire marginale ayant été éliminés.

L'intérêt du MTT vient de la clarté opérationnelle des définitions de chacun des stades et du fait qu'il prévoit une spirale de changement (par opposition à un progrès linéaire), ce qui permet de rendre compte des nombreuses rechutes observées dans la population. Certains auteurs questionnent la notion de stades et suggèrent plutôt que le changement s'opère selon un continuum d'engagement dans le changement allant des individus qui n'ont pas l'intention de changer à ceux qui travaillent à maintenir les changements effectués (Bandura, 1997; Davidson, 2001; Kraft, Sutton & Reynolds, 1999; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000). D'autres sont d'avis que des comportements comme la nutrition ou l'exercice physique et encore plus la violence conjugale ou les pratiques éducatives parentales sont trop complexes pour être expliqués par un tel modèle (Brug et al., 2005; Cordon & Somerton, 2004). Ils estiment aussi que la motivation au changement, centrale dans le MTT, ne peut pas jouer le même rôle pour des comportements de dépendance, pour lesquels le MTT a d'abord été élaboré, que pour les comportements ne faisant pas l'objet de dépendance. Kristal et al. (1999) ajoutent que le statut comportemental n'est pas aussi simple à définir pour des comportements psychosociaux (par exemple, être dépressif ou non) que pour le tabagisme (fumer ou non) ou l'alcoolisme (boire ou non), ce qui complique également sa généralisation à des comportements plus

complexes. Ainsi, la pertinence de ces stades pour rendre compte du changement de comportements variés reste à confirmer.

Prochaska et ses collègues (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988) ont aussi identifié 10 mécanismes utilisés par les individus qui modifient leur comportement, en plus du sentiment d'auto-efficacité (DiClemente et al., 1985) et de la perception des avantages et inconvénients au changement (Velicer, Prochaska, DiClemente & Brandenburg, 1985). Ces mécanismes ont pour fonction d'altérer les affects, les pensées, les comportements ou les relations interpersonnelles de l'individu en regard du problème à résoudre afin de favoriser son changement.

Théoriquement, l'individu qui passe du stade de préquestionnement (1) à celui du questionnement (2) utilise principalement trois mécanismes complémentaires: expression de ses émotions, prise de conscience et évaluation des effets. L'expression de ses émotions à l'égard du problème et des solutions envisagées soulage en partie l'anxiété ou les craintes de l'individu face au changement et lui permet de considérer le changement. La prise de conscience de son comportement et des conséquences de celui-ci sur sa personne de même que l'évaluation des effets de son comportement sur son environnement physique et social amènent aussi l'individu à se questionner sur son comportement.

L'auto-réévaluation est le seul mécanisme associé au passage du questionnement (2) à la préparation (3). Il consiste à remettre en question ses sentiments, pensées et valeurs à l'égard du problème pour conclure qu'il est nécessaire de changer son comportement. Le passage du stade de préparation (3) à celui de l'action (4) est pour sa part associé principalement à deux mécanismes: auto-libération et libération sociale. L'engagement formel de l'individu à changer son

comportement et la croyance en ses capacités d'y parvenir constituent le premier de ces deux mécanismes. Le second vise l'augmentation du nombre de comportements alternatifs acceptables socialement. L'engagement de l'individu dans la promotion sociale de tels comportements ou la simple observation de manifestations publiques en leur faveur facilitera son passage à l'action.

Finalement, quatre mécanismes sont privilégiés par l'individu qui parvient au maintien (5): contre-conditionnement, renforcement, relation d'aide et évitement des personnes et des situations associées au problème. Le premier consiste à adopter un comportement alternatif au comportement problématique. Le renforcement correspond aux félicitations et récompenses reçues par l'individu à la suite du changement effectué ou de son maintien. La relation d'aide, définie par Prochaska et al. (1992) comme l'ouverture de l'individu à discuter de ses difficultés comportementales avec une personne de confiance, favorise aussi le maintien de ce comportement. Finalement, un individu qui désire maintenir son nouveau comportement évitera les situations ou les personnes auprès de qui il serait tenté d'adopter le comportement problématique.

Des études ont démontré que le sentiment d'auto-efficacité des individus augmente tout au long de leur cheminement dans les stades. Au premier stade, l'individu ne croit pas qu'il pourrait résister à l'envie de poursuivre son comportement actuel alors que la situation est complètement inversée au dernier stade (DiClemente et al., 1985; Jones, 2000; Levesque, 1999). Par ailleurs, au niveau de la balance décisionnelle, l'individu perçoit plus d'inconvénients que d'avantages au changement au stade de préquestionnement alors que la situation est inversée au stade de

préparation (Jones, 2000; Levesque, 1999; Prochaska et al., 1994; Rondeau et al., 2005; Velicer et al., 1985).

Une étude transversale a vérifié le lien entre l'utilisation des mécanismes et le classement dans les stades de changement du MTT (Prochaska & DiClemente, 1983). Les mécanismes sont évalués à l'aide d'un questionnaire qui présente de bonnes qualités psychométriques (Prochaska et al., 1988). Cette étude, réalisée auprès de fumeurs, démontre que les individus qui sont au stade de préquestionnement (1) utilisent un moins grand nombre de mécanismes que les individus des autres stades. Elle démontre aussi que la prise de conscience caractérise surtout les individus au stade de questionnement (2), que l'auto-réévaluation est utilisée aux stades de questionnement (2) et d'action (4), que l'auto-libération, la relation d'aide et le renforcement sont principalement utilisés par les individus classés au stade d'action (4) alors que le contre-conditionnement et l'évitement des personnes et des situations associées au problème sont associés aux stades d'action (4) et maintien (5). Dans le même sens, une étude longitudinale rapportée par Prochaska et al. (1992) démontre que les individus qui demeurent au stade de préquestionnement (1) pendant une période de deux ans utilisent significativement moins de mécanismes que les autres individus. Cette même étude démontre aussi que l'utilisation de l'auto-réévaluation, de la prise de conscience et de l'expression des émotions diminue chez les individus qui progressent du stade de questionnement (2) au maintien (5) sur une période de deux ans alors que leur utilisation de l'auto-libération, de l'évitement des personnes et des situations problématiques, du renforcement et du contre-conditionnement augmente. Ces études démontrent que certains mécanismes, reliés au contexte dans lequel vivent les individus, sont utilisés principalement par ceux qui se situent dans

les trois premiers stades. Les autres sont plus comportementaux et sont davantage utilisés par les individus qui se situent au stade de préparation (3), d'action (4) ou de maintien (5).

Le MTT est le seul modèle qui décrit des mécanismes qui expliquent le changement des individus. Ces mécanismes sont inspirés d'approches thérapeutiques variées, ce qui suggère des avenues pertinentes au plan de l'intervention. Toutefois, des devis de recherche longitudinaux devraient être utilisés afin de clarifier leur rôle dans la progression au travers des stades et dans le changement comportemental.

Modèle d'Assimilation

Le MA (Stiles et al., 1990) se fonde sur une analyse qualitative des processus utilisés dans diverses approches thérapeutiques, principalement l'approche cognitive. Selon ce modèle, l'individu intègre les nouvelles expériences qu'il fait ou les nouvelles connaissances qu'il acquiert à ses propres patrons cognitifs ou comportementaux appelés schèmes. Une expérience qui ne peut être intégrée à ces schèmes est dite problématique parce qu'elle entraîne des pensées et des émotions négatives nuisant au fonctionnement de l'individu, ce qui peut l'amener à consulter un thérapeute. Une expérience problématique peut être un sentiment, une perception, une pensée, une attitude, un acte qui provoque un inconfort psychologique. Un problème de comportement comporte généralement plusieurs expériences problématiques qui doivent toutes être assimilées afin de permettre à l'individu de retrouver un certain équilibre. Par exemple, un individu qui présente des relations sociales problématiques avec ses collègues aura possiblement une perception des autres biaisée (expérience problématique 1 : sentiment de persécution), des réactions agressives aux demandes de ses collègues (expérience problématique 2 : agressivité

verbale), une démotivation au travail (expérience problématique 3 : démotivation), etc. L'intervention a donc pour objectif de modifier les pensées et émotions de l'individu pour favoriser l'assimilation de chacune des expériences problématiques aux schèmes préexistants.

Le MA décrit huit étapes par lesquelles l'individu assimile une expérience problématique. Chaque étape correspond à des réactions émotives et cognitives différentes de l'individu à l'égard de cette expérience problématique. Les huit étapes devront être franchies aussi souvent qu'il y a d'expériences problématiques associées au problème de comportement, chacune de ces expériences pouvant se situer à différentes étapes d'assimilation à un moment précis dans le temps. Au début du processus, l'individu est incapable de décrire l'expérience problématique et ressent peu d'émotions face à celle-ci (étape 1: inconscience). Les pensées liées à l'expérience problématique émergent graduellement et suscitent des émotions négatives fortes comme de l'anxiété, de la peur et de la tristesse (étape 2: pensées indésirables). La reconnaissance d'un problème qui n'est pas encore clairement défini, est associée à une souffrance psychologique importante ou à de la panique vis-à-vis de l'expérience problématique (étape 3: vague prise de conscience). Avec l'aide du thérapeute, l'individu arrive ensuite à clarifier le problème et à contrôler ses émotions bien qu'elles soient encore négatives (étape 4: clarification du problème). Dès lors, il décrit clairement l'expérience problématique et fait des liens avec d'autres caractéristiques de sa personne ou des expériences qu'il a vécues. Les émotions qu'il ressent sont de plus en plus positives, bien qu'il présente toujours un mélange d'inconfort, de surprise et de curiosité face à l'expérience problématique (étape 5: compréhension du problème). Cette compréhension lui permet éventuellement de

travailler à la résolution de l'expérience problématique et même s'il n'atteint pas un succès complet dès la première tentative, l'individu est positif, optimiste et fait preuve de motivation (étape 6: travail sur le problème). Il arrive à résoudre l'expérience problématique à sa satisfaction (étape 7: solution du problème). Enfin, l'individu est de moins en moins préoccupé par cette expérience problématique et lorsqu'il y pense, il démontre des affects neutres ou positifs (étape 8: maîtrise). L'expérience problématique est alors assimilée.

Le MA est principalement appuyé par des études de cas où les auteurs procèdent à des analyses de contenu afin de retracer les étapes du changement dans le verbatim des individus. Différentes mesures, la principale étant le Assimilation of Problematic Experiences Scale (Stiles et al., 1991), ont été utilisées pour classer les individus dans les étapes d'assimilation (p. ex. Field, Barkham, Shapiro & Stiles, 1994; Stiles, Shankland, Wright & Field, 1997).

Le MA présente un intérêt parce qu'il ajoute deux éléments pertinents au MTT. Premièrement, le MA décrit l'interaction entre les cognitions et les émotions de l'individu tout au long du processus de résolution du problème, chacune des étapes étant décrite en termes d'influence réciproque entre ces éléments. Deuxièmement, le MA considère la complexité des comportements psychosociaux, c'est-à-dire le fait que ces derniers comportent généralement plusieurs dimensions qu'il nomme « expériences problématiques ». En effet, il met en lumière l'importance de décortiquer le comportement en ses différentes dimensions et de définir précisément chacune de ces dimensions avant d'amorcer le changement.

Le MA présente toutefois plusieurs limites. La première est que la méthodologie utilisée pour valider le modèle permet difficilement de classer les

individus dans une étape de changement et ne permet pas d'affirmer que la séquence d'assimilation proposée est suivie par tous les individus. Une autre limite de ce modèle vient du fait qu'il décrit les étapes de la transformation des pensées et des émotions de l'individu à l'égard du problème sans considérer le changement comportemental et sans expliquer comment ces transformations conduisent à un changement comportemental. Ce modèle ne permet pas non plus de comprendre comment un individu passe d'une étape à l'autre ou dans quelles conditions il réussit ou non à assimiler une expérience problématique. Finalement, tout comme le modèle suivant, le MA a été analysé dans les cas de dépression ou d'anxiété principalement.

Modèle de Médiation Causale

Le MMC (Howard et al., 1993) aborde le changement de façon plus globale que le MA et propose trois phases au processus thérapeutique. Selon ce modèle, il importe que l'individu trouve l'espoir d'aller mieux avant d'investir dans la résolution des problèmes spécifiques pour lesquels il consulte puis de généraliser ses acquis à d'autres domaines.

Plus précisément, selon le MMC, l'individu qui consulte pour un problème vit un sentiment d'impuissance, d'échec ou de désespoir associé à des symptômes psychologiques douloureux. Toute possibilité de changement dépend de la confiance et de l'espoir que l'individu développe face à ses possibilités de régler son problème (phase 1: remoralisation). À l'issue de cette phase (deux à trois séances), l'individu est en mesure de définir plus clairement son problème, d'assumer sa responsabilité vis-à-vis de celui-ci et de jouer un rôle actif dans sa résolution. Il a aussi développé un lien de confiance avec son thérapeute et il a établi un contrat de travail implicite avec ce dernier. Ce rehaussement du sentiment de compétence personnelle est

préalable au travail fait au niveau des symptômes, qui correspond à l'intervention proprement dite (phase 2: remédiation). Au cours de la deuxième phase, le thérapeute utilise différentes stratégies dans le but de réduire l'importance des symptômes pour lesquels l'individu est venu le consulter et l'aider à développer de nouvelles habiletés. À la fin de cette phase (10 à 15 séances), l'individu présente moins de symptômes. Finalement, l'individu va plus en profondeur dans son changement en analysant et modifiant son mode de vie (phase 3: réhabilitation), qui pourrait être à l'origine de ses problèmes et en généralisant les acquis qu'il a faits à la phase de remédiation à d'autres sphères de sa vie (environ 1 an).

Une étude a tenté de vérifier si le progrès au niveau d'une phase est préalable au progrès de la phase suivante (Howard et al., 1993). Cette étude portait sur 471 adultes souffrant de divers désordres psychologiques qui participaient à une thérapie individuelle d'orientation psychodynamique, dont 74 ont participé aux 17 séances prévues, les autres ayant quitté la thérapie précocement. Les indicateurs de chacune des phases (1: sentiment subjectif de bien-être émotionnel et psychologique de l'individu; 2: symptômes présentés par les sujets de l'échantillon; 3: fonctionnement de l'individu dans ses relations interpersonnelles et capacité à gérer les situations du quotidien) ont été évalués à quatre moments différents de la thérapie, soit avant la première séance, à la deuxième, à la quatrième et à la dix-septième séance auprès des individus qui participaient toujours à la recherche à chacun des temps de mesure (T1: n=471; T2: n=184; T3: n=157; T4: n=74). Les chercheurs ont vérifié, à chaque temps de mesure, la proportion d'individus qui se sont améliorés au niveau des indicateurs de chaque phase par rapport au temps de mesure précédent. Les résultats indiquent qu'entre 79% et 90% des individus qui ont vu leurs symptômes diminuer

(amélioration à la phase de remédiation) rapportent également une amélioration de leur bien-être (amélioration à la phase de remoralisation) et qu'entre 68% et 80% de ceux qui notent un progrès au niveau de leur mode de vie (amélioration à la phase de réhabilitation) rapportent également une diminution de leurs symptômes (amélioration à la phase de remédiation). Ces résultats soutiennent l'ordre chronologique proposé dans le MMC.

L'intérêt de ce modèle réside dans l'importance accordée au développement de la confiance de l'individu en sa capacité de changer et au développement de l'espoir que la situation peut s'améliorer comme préalables au changement. Cependant, il ne tient pas compte de la complexité des interactions entre les cognitions, les émotions et les comportements comme facteurs qui contribuent ou empêchent le changement. Par ailleurs, des limites méthodologiques remettent en question la validité des résultats obtenus. D'abord, l'attrition des sujets est très importante et les auteurs utilisent non seulement les individus qui ont persisté dans la thérapie, mais également ceux qui l'ont quittée, sans égard aux caractéristiques de ces derniers. De plus, alors que le modèle stipule qu'une quinzaine de semaines soient nécessaires pour compléter les deux premières phases et qu'environ une année soit nécessaire pour compléter la troisième phase, la thérapie proposée est d'une durée de 17 séances et aucun suivi n'est effectué au-delà de cette période. De plus, les qualités psychométriques des instruments n'ont pas été vérifiées. Finalement, la méthodologie et la procédure statistique utilisées dans ces études ne permettent pas de confirmer la séquence des trois phases.

Complémentarité des Modèles de Changement

Les trois modèles de changement du comportement présentés ont été élaborés dans le but de décrire le changement, en regard de comportements différents. Le MTT est le modèle le plus populaire à la fois pour l'intervention et pour la recherche. Il présente toutefois certaines limites théoriques et méthodologiques. Ainsi, il a d'abord été développé pour rendre compte du changement de comportements reliés à la santé physique comme le tabagisme ou l'alcoolisme. Pour cette raison, il ne considère pas la complexité des comportements psychosociaux comme l'anxiété, l'agressivité ou les pratiques éducatives parentales, ce qui amène certains auteurs à remettre en question une application généralisée de cette théorie (Brug et al., 2005; Cordon & Somerton, 2004). Dans ce contexte, nous nous sommes également intéressés au MA et au MMC, qui ont été appliqués à des problématiques psychosociales. Le MA et le MMC appuient certains aspects du MTT et le complètent pour d'autres aspects. Les prochains paragraphes décrivent donc la complémentarité de ces trois modèles de changement du comportement.

Le MTT, le MA et le MMC présentent des séquences similaires de changement du comportement. Toutefois, les deux derniers modèles mettent en évidence la complexité des problèmes de comportement, c'est-à-dire le fait que ceux-ci présentent plusieurs dimensions qui changent séparément. Ces modèles font le postulat qu'un individu peut se situer à des points différents du processus pour diverses dimensions du comportement et que la séquence de changement doit être vécue autant de fois qu'il y a de dimensions au comportement. Par ailleurs, alors que le MTT met l'accent sur l'aspect cognitif du changement comportemental, le MA met l'accent sur l'interaction entre émotions et cognitions dans le changement des

comportements psychosociaux. Le MMC met quant à lui en lumière l'importance de l'espoir d'un mieux-être comme préalable au changement du comportement. Le paragraphe suivant décrit ce que pourrait être la séquence de changement proposée par le MTT si on l'enrichissait des considérations soulevées par le MA et le MMC.

Les trois modèles présentés mettent en évidence que le changement de comportement constitue un processus suivant une séquence prédéterminée. Tous les modèles stipulent qu'au début du processus, l'individu ne reconnaît pas la présence de son problème (MTT : préquestionnement; MA : inconscience), puis qu'il en vient peu à peu à le reconnaître (MTT: questionnement; MA: vague prise de conscience; MMC: remoralisation). Selon le MTT, il ressent une vague intention de changer, mais perçoit plus d'avantages à maintenir le comportement problématique. Son sentiment d'auto-efficacité est également assez faible, il ne croit pas qu'il puisse changer. Le MA ajoute que dans cette première partie du processus, au moment où l'individu prend connaissance de son problème et le définit de plus en plus clairement, des émotions négatives intenses surgissent et il vit une période de désespoir.

Les trois modèles spécifient ensuite que l'individu envisage le changement et s'y prépare progressivement (MTT: préparation; MA: clarification et compréhension du problème; MMC: remédiation). Il définit son problème de plus en plus clairement, perçoit de plus en plus d'avantages à changer et réfléchit aux actions à poser. Le MA et le MCC soulignent qu'il acquiert alors l'espoir qu'un changement est possible, qu'il ressent moins de détresse et plus d'optimisme et qu'il acquiert la confiance qu'il peut y arriver.

Les trois modèles proposent ensuite une période d'action où l'individu effectue les changements visant la résolution de son problème (MTT: action; MA: travail et

solution du problème; MMC: remédiation). Il atteint finalement un point où il travaille au maintien de son nouveau comportement (MTT: maintien; MA: maîtrise; MMC: réhabilitation). Le MA précise que les émotions ressenties sont alors plus positives et que l'individu a bon espoir de ne plus adopter le comportement problématique. Il est important de considérer que pour modifier un comportement complexe présentant plusieurs dimensions, cette séquence devrait être vécue autant de fois qu'il y a de dimensions au problème.

Implication pour l'Intervention

La compréhension des modèles de changement suscite des réflexions sur ce qui peut être fait dans les programmes d'intervention en vue de favoriser le changement. D'abord, comme toutes les personnes susceptibles de bénéficier d'une intervention ne sollicitent pas d'aide ou n'acceptent pas de participer à un programme d'intervention, des recommandations portent sur l'engagement et la persévérance des individus dans une intervention. Par ailleurs, à la lumière des modèles de changement présentés, il semble fondamental de réfléchir à l'intervention à privilégier avec les individus engagés dans une démarche de changement, selon le stade où ils se situent. Finalement, de tels modèles ont des incidences sur la façon d'évaluer l'efficacité des interventions. Les prochains paragraphes s'intéressent donc aux considérations liées à l'intervention par rapport aux modèles de changement.

Engagement et Persévérance des Participants à une Intervention

Environ le tiers des parents sollicités pour un programme de soutien parental acceptent de participer à une telle intervention (Normand, Vitaro & Charlebois, 2000), ce qui est aussi vrai dans d'autres types d'intervention, particulièrement dans un contexte de prévention. Les modèles de changement permettent de mieux

comprendre les difficultés reliées au recrutement des individus présentant un comportement problématique afin qu'ils participent aux programmes d'intervention. Ils mettent aussi en évidence la nécessité de stratégies de recrutement différentielles en fonction du point où se trouvent les participants potentiels dans leur processus de changement.

Certains individus, déjà avancés dans la séquence de changement, sont prêts à s'engager pour travailler sur leur problème (MTT : préparation; MA : clarification ou compréhension du problème; MMC : fin de remoralisation). Ils participeront volontiers à un programme qui les aidera à modifier leur comportement problématique. Il suffira de les rejoindre et de leur décrire un programme qui leur convienne pour qu'ils acceptent d'assister aux rencontres et de fournir les efforts associés au changement.

Une proportion importante des individus, particulièrement ceux qui sont ciblés par les programmes de prévention se situe au tout début du processus de changement (MTT : préquestionnement; MA : inconscience). Ces derniers ne s'inscriront pas d'eux-mêmes à un programme d'intervention, mais pourraient accepter d'y participer en raison de la pression exercée par leur entourage ou si l'intervenant réussit à les convaincre. L'argumentation devrait être d'ordre cognitif puisque ces individus ressentent peu d'affects par rapport au problème. Les mécanismes décrits dans le MTT suggèrent qu'il serait utile d'informer les individus au sujet de leur comportement et des effets de celui-ci sur leur entourage ou sur leur propre vie afin de les inciter à envisager le changement.

Quant aux personnes qui viennent de reconnaître leur problème (MTT: questionnement; MA: pensées indésirables, vague prise de conscience), elles vivent

des émotions négatives fortes et n'ont pas l'intention de changer. Elles sont ambivalentes quant à leur participation à une intervention. Bien qu'elles reconnaissent le problème et soient favorables à une intervention, différentes barrières comme le coût, le transport, le gardiennage, leur propre gêne, leur langue maternelle, les difficultés anticipées ou encore les émotions fortes que suscitent les pensées en regard de leur problème peuvent les retenir de s'inscrire dans une démarche de changement. Il s'agira de les convaincre qu'il y a plus d'avantages et moins d'inconvénients à participer au programme qu'à ne pas le faire. En outre, elles auront besoin que l'accessibilité et l'engagement au programme leur soient facilités. Ces personnes ressentent de l'anxiété, de la peur, de la colère quand elles pensent à leur problème et éprouvent un désespoir important face à leur comportement et au changement. Elles ne pensent pas être capables de changer. Pour les convaincre de participer à un programme d'intervention, l'intervenant devra donc leur communiquer l'espoir qu'un changement est possible et leur procurera du bien-être.

Une fois les individus inscrits à une intervention psychosociale, ils ne persévèrent pas tous jusqu'à la fin. Par exemple, seulement 40 à 75% des individus participent à toutes les rencontres des programmes d'entraînement aux habiletés parentales (Normand et al., 2000). D'une part, les participants abandonnent possiblement le traitement parce qu'ils régressent dans le processus. D'autre part, ils peuvent abandonner en raison d'une incapacité à progresser dans leur processus de changement. Par exemple, un participant s'était peut-être engagé dans un programme dans le but de diminuer la souffrance qu'il ressentait au moment de la reconnaissance de son problème sans avoir une réelle intention de s'engager dans un processus de changement certes difficile, mais nécessaire à un éventuel bien-être. Miller et

Rollnick (1991), qui favorisent l'intervention à partir du MTT, soutiennent qu'il est fondamental d'utiliser des techniques d'intervention adaptées spécifiquement à chacun des stades de changement sous peine de créer des résistances et de favoriser l'abandon des participants. Selon eux, le rôle principal de l'intervenant est de motiver les individus avec lesquels il travaille, c'est-à-dire augmenter la probabilité qu'un changement se produise, en mettant en place les conditions nécessaires au passage au stade suivant. Ainsi, pour faire une intervention efficace et favoriser la persévérance des participants, le contenu des interventions doit être cohérent avec les connaissances présentées précédemment sur les processus de changement.

Intervenir en Fonction des Stades de Changement

Alors que les trois modèles présentés proposent des séquences de changement similaires, le MTT est le seul à décrire des mécanismes qui expliquent comment l'individu parvient à changer puis à maintenir son nouveau comportement. Pour cette raison, il est le modèle qui stimule le plus les réflexions au sujet des interventions à privilégier pour favoriser le progrès des individus. Les prochains paragraphes s'intéressent au rôle de l'intervenant tout au long de leur processus de changement.

Le rôle de l'intervenant auprès d'individus au stade de préquestionnement consiste à amener ceux-ci à reconnaître leur problème. Les mécanismes de prise de conscience, d'observation des effets sur l'environnement et d'expression des émotions sont associés au cheminement vers le questionnement. Dans cette optique, une première stratégie à utiliser par l'intervenant est d'informer objectivement les individus au sujet du problème qui les concerne et de les amener à décrire précisément leur comportement afin qu'ils puissent s'approprier le problème. Il est aussi pertinent de les informer des conséquences du comportement en question sur

eux-mêmes et sur leur environnement familial et social afin de les amener à entrevoir la possibilité de changer leur comportement. Le MMC insiste quant à lui sur l'importance pour l'intervenant d'établir une relation de confiance avec l'individu au début du processus.

L'intervenant qui travaille avec un individu au stade de questionnement devrait rechercher la prise de décision du participant en faveur du changement. Pour ce faire, il doit faire basculer la balance décisionnelle en faveur du changement. Bien que la relation entre la balance décisionnelle et les stades de changement soit très similaire d'un comportement à l'autre (Prochaska et al., 1994), il est intéressant de considérer quel est le comportement à modifier. Certains individus doivent acquérir un comportement adéquat (prendre une bonne habitude) alors que d'autres doivent plutôt éliminer un comportement de leur répertoire (se débarrasser d'une mauvaise habitude). Les premiers devront fournir des efforts dans le but de tirer avantages d'un bon comportement alors que les seconds fourniront des efforts afin d'éliminer les effets négatifs de comportements inadéquats. Le rôle de l'intervenant est donc d'accompagner l'individu dans la résolution de problèmes afin d'identifier et d'atténuer les obstacles au changement, d'amplifier les avantages qu'il y a à adopter un nouveau comportement, d'éliminer les avantages liés à l'utilisation du comportement problématique et d'amplifier les inconvénients associés à son maintien. Une stratégie utile est d'amener l'individu à explorer l'incohérence entre ses valeurs, ses pensées, ses sentiments et son comportement, de même que les éléments qui le retiennent de s'engager dans un processus de changement. Prescrire un changement, proposer des stratégies de changement ou encore pousser l'individu qui n'a pas encore accepté le changement à passer rapidement à l'action, sont autant de stratégies

qui diminueraient sa motivation à changer et engendreraient des résistances au changement (Miller & Rollnick, 1991). Par ailleurs, le MMC met en évidence l'importance de transmettre l'espoir que le changement est possible, bien que difficile et de l'amener à adopter une perspective plus positive en l'aidant à mieux comprendre son problème. Par ailleurs, comme l'individu qui prend conscience d'un problème vit du désespoir et d'autres émotions négatives intenses, l'intervenant devrait éviter de soulever un nouveau problème avec lui s'il n'a pas les moyens de le soutenir émotionnellement par la suite.

Le rôle de l'intervenant face à un individu qui en est au stade de préparation n'est pas tant de le motiver à amorcer un changement que de l'aider à choisir la stratégie qui lui semble acceptable, accessible, appropriée et efficace (Miller & Rollnick, 1991). Pour ce faire, l'intervenant devra informer l'individu des diverses stratégies de changement existantes sans le pousser à agir de façon précipitée. Encore une fois, il est pertinent de considérer quel est le comportement à modifier. Par exemple, le sevrage relié à une dépendance devrait être abordé par l'intervenant. L'intervenant qui veut augmenter la probabilité d'un changement aidera l'individu à se sentir libre et responsable de ses choix. Cette attitude diminuera les résistances et les possibilités d'abandon et augmentera l'adhésion au traitement tout en favorisant l'atteinte de résultats positifs (Miller & Rollnick, 1991). Une fois la décision prise, il devient toutefois important de favoriser un engagement officiel de l'individu face au traitement qui lui convient.

Au stade de l'action, l'individu entreprend des actions concrètes pour effectuer un changement et a besoin de soutien pour y parvenir. Le rôle de l'intervenant consiste à aider l'individu à se fixer des objectifs de changement réalistes et

progressifs et de le soutenir dans l'atteinte de ceux-ci. Il doit aussi faire preuve d'empathie, écouter activement et comprendre les besoins de l'individu avec qui il travaille. Bien que cette stratégie soit utile à tous les stades de changement, elle est particulièrement importante au moment de l'action parce que l'individu investit beaucoup d'énergie à résoudre son problème, ce qui est très exigeant pour lui et le met à risque d'abandonner ses efforts à tout moment. Le contre-conditionnement, le renforcement, la relation d'aide et le contrôle du stimulus ont été identifiés par Prochaska et al. (1988) comme étant les mécanismes de prédilection pour faciliter le changement et le maintien des nouveaux comportements. Il s'agit donc d'enseigner à l'individu des comportements qui remplacent le comportement problématique. Lorsque l'individu fournit des efforts ou obtient un succès vers le changement, l'intervenant a avantage à le renforcer et à l'encourager à se gratifier et se récompenser lui-même pour ses efforts. Pour éviter les rechutes de l'individu, l'intervenant peut aussi l'encourager à réfléchir aux circonstances le mettant à risque d'abandonner ses efforts et aux moyens d'éviter ces situations ou de contrôler ces tentations. La fréquence des rechutes étant relativement élevée, il devient nécessaire de continuer à soutenir l'individu une fois son changement amorcé. En effet, les trois modèles de changement présentés mettent en évidence le fait qu'une fois le changement effectué, l'individu doit continuer à consacrer beaucoup d'énergie pour maintenir son nouveau comportement.

Dans l'éventualité d'une régression dans la séquence de changement, l'individu doit reprendre le processus à partir du point où il se retrouve. Il risque alors de ressentir du découragement et de la démoralisation, particulièrement s'il était aux stades d'action ou de maintien. Le rôle de l'intervenant est alors de l'aider à éviter ces

sentiments négatifs et de l'encourager à continuer à penser au changement, renouveler l'engagement, reprendre les efforts de l'action et surtout de le soutenir dans le maintien de ses acquis. Le MMC met quant à lui l'accent sur l'importance de favoriser le maintien de l'espoir d'un changement bénéfique par l'individu pour qu'il continue à envisager un succès.

Les modèles transthéorique et de médiation causale insistent sur l'importance de favoriser le sentiment d'auto-efficacité de l'individu afin de lui donner confiance en sa capacité de changer et ce, tout au long du processus de changement. Pour y arriver, il doit croire qu'il est capable d'effectuer le changement bien que ce soit difficile. Une bonne stratégie pour l'intervenant est d'engager graduellement l'individu dans sa propre démarche de changement en l'incitant à trouver ses propres solutions à ses problèmes et en le gratifiant pour ses capacités. Plutôt que de lui fournir toutes les réponses, l'intervenant aura avantage à poser des questions à l'individu afin de lui permettre d'être actif dans sa recherche de solutions en lui offrant le soutien minimal nécessaire pour qu'il connaisse le succès. Lorsque des stratégies efficaces sont soulevées ou utilisées par l'individu, l'intervenant devrait le renforcer et l'encourager et surtout lui laisser tout le crédit de son idée afin de lui démontrer sa compétence à changer. De cette façon, les individus se sentent respectés, ils ont le sentiment d'avoir la maîtrise de la situation et se reconnaissent une capacité accrue de changer leur comportement. L'approche collaborative (Normandeau & Venet, 2000; Webster-Stratton & Herbert, 1994) est toute indiquée pour ce genre de relation. Cette approche consiste à travailler en collaboration avec les individus. Elle ne situe pas les intervenants comme seuls experts responsables du changement et ne prescrit pas aux individus des modes de fonctionnement précis. Au

contraire, elle privilégie une relation entre l'intervenant et l'individu où le premier sert de guide qui met à profit l'expertise du second par rapport à son milieu de vie et son comportement.

Finalement, les modèles de changement explorés mettent en évidence l'importance pour l'intervenant de prendre le temps. Aucune stratégie ne permet un changement rapide. Le cheminement dans les stades est long, surtout si le maintien du nouveau comportement est visé. Il importe de ne pas précipiter le changement comportemental, mais d'y aller un stade à la fois afin d'avoir un éventuel succès. En outre, étant donné les régressions possibles et naturelles des individus, les programmes d'intervention auraient avantage à prévoir des sessions de rappel quelques mois après la fin d'un programme d'intervention dans le but de favoriser le maintien à long terme du nouveau comportement.

Évaluation de l'Efficacité des Interventions

Les modèles de changement ont aussi des implications au niveau de l'évaluation de l'efficacité des interventions. Ils mettent en évidence l'importance de mesurer non seulement le comportement des individus au début et à la fin du programme d'intervention, mais également leur situation dans un processus de changement. En effet, une progression dans ce processus n'est pas nécessairement synonyme de changement comportemental, mais démontre une évolution des participants. Par exemple, un individu inconscient de son problème en début d'intervention, qui n'a aucune intention de changer aura progressé s'il affirme, après un traitement, être prêt à investir dans le changement, bien que son comportement n'ait pas encore changé. Un tel constat a des implications théoriques et utiles à l'intervention. Une progression dans le processus de changement démontre d'abord

que l'intervention cible des mécanismes qui affectent le comportement cible. Ainsi, elle soutient la pertinence de l'intervention en cours, mais indique que son dosage ou sa forme devrait être revu et qu'il est peut-être nécessaire d'y ajouter d'autres composantes. Par ailleurs, un tel progrès indique que l'intervention était adaptée au stade où se trouvait l'individu en début de programme. Suivant la logique des stades de changement, une progression dans les stades indique qu'il est nécessaire d'adapter l'intervention afin de répondre aux besoins reliés au nouveau stade où se situe l'individu.

La séquence proposée dans les trois modèles suggère une trajectoire de changement. Ne sachant pas si cette trajectoire est linéaire ou en spirale, plusieurs points de mesure sont nécessaires afin de saisir le changement. Des mesures pré-test et post-test pourraient ne pas capter le changement pour tous les individus. De plus, le cheminement pouvant se poursuivre au-delà de la fin du programme d'intervention et les rechutes constituant la norme, il est essentiel de planifier des études de suivi, quelques temps après la fin de l'intervention. Plusieurs points de mesure, pendant et après l'intervention, constituent donc le seul moyen de rendre compte d'un changement réel.

En conclusion, les trois modèles de changement présentés suggèrent que le changement suit une séquence prédéterminée. Par ailleurs, le MTT décrit des mécanismes de changement qui permettent aux individus de suivre cette séquence pour changer leur comportement. La pertinence des interventions proposées reste toutefois à démontrer. En effet, bien que ces modèles soient inspirants pour l'intervention, il faut souligner le caractère novateur de leur application et le besoin d'améliorer leur soutien empirique. Quelques travaux, réalisés dans le cadre du

MTT, ont vérifié si les interventions taillées sur mesure pour les individus en fonction de leur stade de départ sont plus efficaces à produire des changements que celles qui ne le sont pas (Adams & White, 2003, 2005; Bridle et al., 2005). Par exemple, Adams et White (2003, 2005) ont recensé 26 études dont l'objectif était de vérifier l'efficacité d'une intervention visant à augmenter le niveau d'activité physique. Ces études comparaient une intervention adaptée aux stades de changement des individus tels que définis par le MTT, soit à une absence d'intervention, soit à l'intervention habituellement proposée pour encourager les personnes à faire de l'activité physique. Les auteurs trouvent que certaines interventions adaptées aux stades de changement du MTT produisent plus d'effets à court terme que l'intervention habituelle, mais que cet avantage ne se maintient pas à long terme. Les résultats mitigés obtenus jusqu'ici par de telles interventions peuvent être expliqués par les limites méthodologiques et reliées à l'intervention des études. En attendant des études plus concluantes, il est raisonnable de croire que dans l'avenir, les intervenants devraient identifier non seulement le stade de départ des individus, mais les évaluer régulièrement afin d'adapter progressivement l'intervention au cheminement des individus.

L'implantation d'interventions spécifiques à la séquence du changement implique de situer l'individu dans cette séquence. Le MTT et le MA proposent différents instruments comportant des limites méthodologiques qui remettent en question leur validité. Tant qu'une procédure d'évaluation efficace n'est pas développée, une entrevue avec l'individu permettant d'identifier ses cognitions et émotions à l'égard du comportement problématique pourrait permettre de le classer comme « ne reconnaissant pas la présence d'un problème »; « reconnaissant la présence du problème mais entrevoyant de nombreuses barrières au changement » ou

encore « prêt à amorcer une démarche de changement » face aux différents aspects de son comportement. Dans le futur, les chercheurs devraient développer des instruments permettant un classement adéquat des individus qui consultent et évaluer de façon rigoureuse l'efficacité des interventions qui s'appuient sur ce classement individuel.

Conclusion

La démarche effectuée dans le présent article a permis de présenter trois modèles de changement du comportement qui sont peu connus des intervenants psychosociaux. Deux de ces modèles, le MA et le MMC, ont été présentés dans le but d'enrichir la portée théorique et clinique du MTT qui constitue le modèle le plus cité et le plus étudié par la communauté scientifique. En outre, la démarche a la qualité d'avoir conduit à des recommandations concrètes qui pourraient permettre l'amélioration de l'efficacité des interventions psychosociales. Dans le futur, des recherches devraient vérifier si les recommandations faites dans cet article permettent réellement d'améliorer l'efficacité des interventions psychosociales auprès d'adultes. Il faudrait également vérifier si les interventions adaptées aux stades de changement, sont de même efficacité qu'il s'agisse d'acquérir ou éliminer un comportement, que le comportement constitue ou non une dépendance et que le comportement soit adopté fréquemment ou non. De telles études constitueraient une nouvelle forme de validation des modèles théoriques présentés.

Références

- Adams, J., & White, M. (2003). Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. *British Journal of Sports Medicine, 37*, 106-114.
- Adams, J., & White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion intervention work? *Health Education Research, 20*, 237-243.
- Armitage, C.J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology and Health, 15*, 173-189.
- Bandura, A. (1997). Editorial: The anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 8-10.
- Bridle, C., Riemsma, R.P., Pattenden, J., Sowden, A.J., Mather, L., Watt, I.S. et al. (2005). Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychology and Health, 20*, 283-301.
- Brug, J., Conner, M., HARRÉ, N., Kremers, S., McKellar, S., & Whitelaw, S. (2005). The transtheoretical model and stages of change: a critique. *Health Education Research, 20*, 244-258.
- Cardinal, B.J. (1997). Construct validity of stages of change for exercise behavior. *American Journal of Health Promotion, 12*, 68-74.
- Coombs, D.W., Fish, L., Grimley, D., Chess, E., Tyan, W., Leeper, J. et al. (2002). The transtheoretical model of change applied to developing suicidal behavior. *Omega – Journal of Death and Dying, 44*, 345-359.
- Cordon, J., & Somerton, J. (2004). The trans-theoretical model of change: A reliable blueprint for assessment in work with children and families? *British Journal of Social Work, 34*, 1025-1044.

- Davidson, R. (2001). The cycle of change. *Drug and Alcohol Findings*, 5, 19-24.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- DiClemente C.C., Prochaska, J.O., & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Field, S.D., Barkham, M., Shapiro, D.A., & Stiles, W.B. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397-406.
- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenberg, L.S. (1994). The investigation of change: Its measurement and explanation. In R.L. Russell et al. (Eds.), *Reassessing psychotherapy research* (pp.114-143). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. (1995). Experiential therapy in practice: The process-experiential approach. In B. Bongard & L.E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp.123-139). New York: Oxford University Press.
- Greenberg, L.S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change process. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1467-1480.

- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 4*, 678-685.
- Jones, L.M. (2000). Maltreating caregivers: An application of the transtheoretical model of change. (Thèse doctorale, University of Rhode Island, 2000). *Dissertation Abstracts International, 61*, 535.
- Kazdin, A.E. (1995). Bridging child, adolescent, and adult psychotherapy: Directions for research. *Psychotherapy Research, 5*, 258-277.
- Kazdin, A.E. (1997). A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*, 114-129.
- Kazdin, A.E. (1999). Current (Lack of) status of theory in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 533-543.
- Kraft, P., Sutton, S.R., & Reynolds, H.M. (1999). The transtheoretical model of behaviour change: Are the stages qualitatively different? *Psychology and Health, 1999*, 433-540.
- Kristal, A.R., Glanz, K., Curry, S.J., & Patterson, R.E. (1999). How can stages of change be best used in dietary interventions? *Journal of the American Dietetic Association, 99*, 679-684.
- Levesque, D.A. (1999). Violence desistance among battering men: Existing interventions and the application of the transtheoretical model of change (Thèse doctorale, University of Rhode Island, 1999). *Dissertation Abstracts International, 59*, 4449.

- Littell, J.H., & Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification, 26*, 223-273.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). What motivates people to change? Dans W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp.14-29). New York: Guilford Press.
- Normand, C.L., Vitaro, F., & Charlebois, P. (2000). Comment améliorer la participation et réduire l'attrition des participants aux programmes de prévention. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Tome I Les problèmes internalisés* (pp.101-140). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- 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 I Les problèmes internalisés* (pp.141-188). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Prochaska, J.O. (1995). An eclectic and integrative approach: Transtheoretical therapy. In A.S. Gurman & S.B. Messer (Eds.), *Essential Psychotherapies: Theory and Practice* (pp.403-440). New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*, 1102-1114.

- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 520-528.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W. et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13*, 39-46.
- Rondeau, G., Lindsay, J., Brochu, S., Brodeur, N. (2005). Application du modèle transthéorique du changement à une population de conjoints aux comportements violents. Montréal. *Études et Analyses*, no 35.
- Serketich, W.J., & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S.P., Firth-Cozens, J.A., Margison, F.R., Shapiro, D.A. et al. (1990). Assimilation of problematic experiences by client in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411-420.
- Stiles, W.B., Morrison, L.A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D.A., & Firth-Cozens, J.A. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy, 28*, 195-206.
- Stiles, W.B., Shankland, M.C., Wright, J., & Field, S.D. (1997). Dimension of client's initial presentation of problems in psychotherapy: The early assimilation research scale. *Psychotherapy Research, 7*, 155-171.
- Sutton, S. (2000). Interpreting cross-sectional data on stages of change. *Psychology and Health, 15*, 163-171.

- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction, 96*, 175-186.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1279-1289.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). Troubled families, problem children. Working with parents: A collaborative process. Chichester, Angleterre:Wiley.
- Weersing, V.R., & Weisz, J.R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 3-29.
- Weisz, J.R., & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*, 12-18.
- Whitelaw, S., Baldwin, S., Bunton, R., & Flynn, D. (2000). The status of evidence and outcomes in Stage of Change research. *Health Education Research, 15*, 707-718

Article 2

Mesure du changement des
pratiques éducatives parentales

Accord des coauteurs

Identification de l'étudiant et du programme

Marie-Josée Letarte

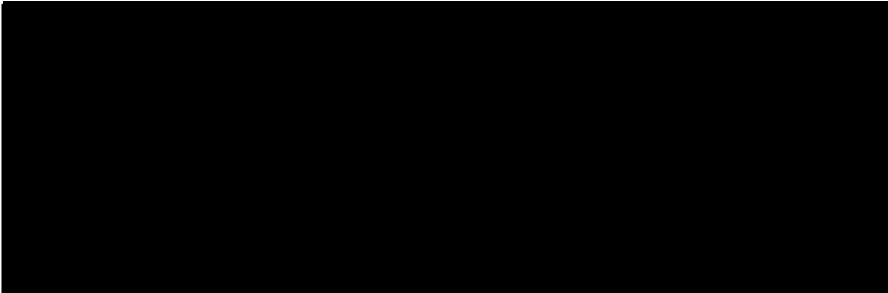
Doctorat de recherche en psychologie

Description de l'article

Mesure du Changement des Pratiques Éducatives Parentales, soumis à la Revue Européenne de Psychologie Appliquée, le 21 avril 2006, par Letarte, Marie-Josée et Normandeau, Sylvie.

Déclaration du la coauteur

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Marie-Josée Letarte inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre *Stades et Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives lors d'un Programme d'Entraînement aux Habiletés Parentales*.



B. J. Letarte
Date

Entête: CHANGEMENT DES PRATIQUES ÉDUCATIVES

Mesure du changement des pratiques éducatives parentales

Measuring Change in Parenting Practices

Marie-Josée Letarte et Sylvie Normandeau

Université de Montréal

Adresse de correspondance:

Marie-Josée Letarte

Université de Sherbrooke, Département de Psychoéducation

2500 boul. de l'Université

Sherbrooke (Québec)

J1K 2R1

Tél. (819)821-8000 poste 61338



Résumé

Cet article présente une mesure des stades et des mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales développée par les auteures et rapporte les analyses qui vérifient la possibilité de classer les parents à partir du questionnaire sur les stades. Il s'inspire des travaux sur la trajectoire et les mécanismes de changement des pratiques éducatives des parents et ceux sur le modèle transthéorique (Prochaska et al., 1992). Les analyses en composante principale et de cohérence interne soutiennent la fidélité des différentes échelles de chaque instrument et le questionnaire sur les stades de changement permet de classer 75% des parents de l'échantillon. Les scores aux différents stades sont associés à l'utilisation de certains mécanismes et à certaines pratiques éducatives des parents. La discussion porte sur la pertinence d'utiliser les stades de changement pour l'étude du changement des pratiques éducatives parentales.

Mots clé: pratiques éducatives parentales, stades de changement, mécanismes de changement, mesure

Abstract

This article aims to develop a measure of the stages and mechanisms of change of the parenting practices and to evaluate the possibility of using the questionnaire to classify parents into the stages. It is based on the studies on the trajectory and the mechanisms of change of the parenting practices and those on the transtheoretical model (Prochaska et al., 1992). Principal component analyses and measures of internal consistency confirmed the reliability of the scales of each instrument. Seventy-five percent of the parents were classified with the measure of stages of change. Scores for the stages are related to some mechanisms used by parents and some parenting practices. The discussion relates to the relevance to use stages of change for the study of change of the parenting practices.

Key words: parenting behaviors, stages of change, mechanisms of change, measurement

Mesure du changement des pratiques éducatives parentales

Le présent article a pour but de proposer une méthodologie pour l'étude du changement des pratiques éducatives parentales. Bien que de nombreux facteurs de risque soient associés au développement de problèmes de comportement chez l'enfant, les auteurs s'entendent sur le fait que les pratiques éducatives des parents jouent un rôle majeur dans leur émergence, leur aggravation ou leur maintien (Cunningham, 1996; Durlak, 1997; Vitaro & Caron, 2000; Weersing & Weisz, 2002). L'importance des pratiques éducatives des parents au niveau du développement des enfants est aussi mise en évidence dans les études qui démontrent que des changements positifs au niveau de ces pratiques suite à une participation à un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) sont favorables au comportement de l'enfant (Normandeau & Venet, 2000; Rothbaum & Weisz, 1994; Serketich & Dumas, 1996; Webster-Stratton & Hooven, 1998; Weisz, Weisz, Han, Granger & Morton, 1995).

Plusieurs chercheurs soulignent l'importance de s'intéresser aux mécanismes par lesquels les interventions réputées efficaces contribuent au changement des individus (Doss, 2004; Greenberg, 1994, 1999; Kazdin, 1999; Kazdin & Kendall, 1998; Kazdin & Weisz, 1998; Weersing & Weisz, 2002; Weisz & Jensen, 2001). Les mécanismes de changement sont définis par Doss (2004) comme des modifications intermédiaires au niveau des caractéristiques ou habiletés de l'individu résultant directement de l'intervention et qui permettront l'atteinte des objectifs de l'intervention. Toutefois, les études devraient non seulement s'attarder à identifier ces mécanismes de changement, mais aussi à décrire la trajectoire suivie par les individus qui modifient leur comportement. La présente étude vise le développement d'outils

permettant de telles études sur les mécanismes et la trajectoire du changement au niveau des pratiques éducatives parentales.

Trajectoire et Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives Parentales

L'étude de Webster-Stratton et Spitzer (1996) est la seule, à notre connaissance, qui décrive l'expérience vécue par les parents tout au long de leur participation à un PEHP. Les auteures ont filmé 70 parents d'enfants ayant un désordre de la conduite qui participaient à un PEHP et les ont interrogés au milieu, à la fin de l'intervention et trois ans plus tard. L'information recueillie met en évidence une trajectoire du vécu des participants. Les parents entreprennent généralement le programme d'intervention une fois qu'ils ont reconnu que leur enfant présente un problème de comportement. Pendant les premières rencontres, ils réalisent que le comportement de leur enfant est chronique et exige des stratégies de gestion particulières de leur part, ce qui les amène à modifier leurs attentes face à lui. Par la suite, ils apprennent graduellement de nouvelles pratiques, ce qui leur fait vivre différentes émotions allant de la culpabilité à la confiance. Ils comprennent de mieux en mieux l'impact des pratiques éducatives, mais ce n'est qu'à la fin du programme qu'ils les utilisent de manière efficace et avec plus de confiance. Finalement, même trois ans après la fin du PEHP, les parents travaillent toujours au maintien de leurs acquis et de leur relation positive avec leur enfant. Aucune étude expérimentale n'a confirmé ces observations, mais celles-ci laissent entrevoir une trajectoire associée au changement des participants. Cependant, elles ne décrivent pas les mécanismes de changement des pratiques éducatives des parents pendant leur participation à un tel programme. Le présent article porte à la fois sur l'étude de la trajectoire et des mécanismes de changement.

Les connaissances sur la trajectoire et les mécanismes de changement des parents dans un PEHP sont très limitées, seules quelques études permettant de suggérer des facteurs associés au changement des pratiques éducatives. Par exemple, la participation à un PEHP est associée à une augmentation du sentiment d'auto-efficacité des parents qui lui, prédit les pratiques éducatives parentales (Coleman et Karraker, 1997; Gross, Fogg & Tucker, 1995; Webster-Stratton, 1992). La participation des parents à un PEHP est aussi associée à une diminution du stress parental (Ducharme, Atkinson & Poulton, 2000; Gross et al., 1995; Webster-Stratton, 1992, 1994), lequel prédit le changement du comportement de l'enfant (Kazdin et Wassell, 1999). Les études disponibles ne suffisant pas pour identifier les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales, il faut s'inspirer des travaux effectués sur le changement comportemental en général. Le modèle transthéorique (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) décrit des stades et des mécanismes de changement du comportement. Il a fait l'objet de nombreuses études de validation ayant démontré sa pertinence dans l'étude du changement de comportements variés. Il a d'abord permis d'identifier les stades de changement et les mécanismes qui permettent aux individus d'arrêter de fumer mais a ensuite été utilisé dans le cadre d'études du changement d'autres comportements reliés à la santé physique puis de comportements psychosociaux comme la violence conjugale (Levesque, 1999) ou les pratiques parentales maltraitantes à l'égard des enfants (Jones, 2000).

Selon le modèle transthéorique (Prochaska et al., 1992), le changement s'effectue en cinq stades définis par l'intention de changer et par les actions de l'individu en ce sens. Pendant les deux premiers stades, l'individu est ambivalent

face au changement. Il n'a d'abord aucune intention de changer (stade 1: préquestionnement) et soupèse ensuite les avantages et les inconvénients au changement (stade 2: questionnement). Les trois derniers stades décrivent l'engagement de l'individu envers le changement. Il fait des plans pour changer (stade 3: préparation), puis il passe à l'action et utilise diverses stratégies pour changer (stade 4: action) pour enfin investir beaucoup d'énergie dans le maintien du nouveau comportement (stade 5: maintien). Prochaska et al. (1992) expliquent aussi que la plupart des individus ne cheminent pas de façon linéaire dans les stades, mais progressent puis régressent alternativement décrivant une trajectoire de changement en spirale.

Bien que le modèle transthéorique fasse l'objet de certaines critiques (p. ex. Bandura, 1997; Carey, Purnine, Maisto & Carey, 1999; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000, 2001), les observations de Webster-Stratton et Spitzer (1996) chez les participants à un PEHP appuient la pertinence des stades pour l'étude du changement des pratiques éducatives parentales. D'abord, selon elles, le changement des parents s'initie suite à la reconnaissance d'un problème comportemental chez leur enfant et de leur propre rôle dans la résolution de celui-ci, tout comme le modèle transthéorique décrit que les individus en viennent à accepter un problème personnel. De plus, Webster-Stratton et Spitzer ont observé, conformément au modèle transthéorique, que l'apprentissage de nouvelles habiletés est graduel, exige des efforts de maintien et que le changement comportemental est précédé d'un changement au niveau des cognitions. Par contre, alors que les problématiques étudiées à l'aide du modèle transthéorique sont individuelles, les pratiques éducatives parentales sont relationnelles puisqu'elles sont associées à un autre individu, l'enfant. Il y aurait donc

deux niveaux de reconnaissance du problème par les parents, soit la reconnaissance du problème de l'enfant d'une part et la reconnaissance de leur propre responsabilité face à ce problème d'autre part. Pour cette raison, on peut croire que le stade de préquestionnement, où les parents nient leur responsabilité dans la résolution du problème de l'enfant est précédé d'un stade préliminaire lors duquel les parents nient les problèmes de comportement de leur enfant.

Le modèle transthéorique propose également des mécanismes associés au changement du comportement. Prochaska et DiClemente (1983) ont recensé 18 approches thérapeutiques ayant démontré leur efficacité à induire un changement, desquelles ils ont dégagé 13 mécanismes de changement, dont 10 ont été confirmés par des analyses factorielles. D'abord, l'individu peut changer parce qu'il fait des prises de conscience (mécanisme 1) par rapport à lui-même et à son problème ou parce qu'il observe l'effet de son comportement sur son environnement (mécanisme 2). Le mécanisme d'expression de ses émotions (mécanisme 3) à l'égard de son problème et des solutions envisagées et le mécanisme d'auto-réévaluation (mécanisme 4), qui consiste à faire le parallèle entre ses émotions, ses pensées, ses valeurs et son comportement, peuvent également contribuer au changement de l'individu. De plus, l'auto-libération (mécanisme 5), définie comme l'engagement de l'individu à modifier son comportement et sa croyance en ses capacités de changer, peut aussi faciliter le changement. La reconnaissance par l'individu que d'autres comportements, alternatifs à son problème, sont davantage valorisés par la société, est aussi associée au changement (libération sociale; mécanisme 6), tout comme le fait d'adopter un nouveau comportement entrant en compétition avec le comportement problématique (contre-conditionnement; mécanisme 7). Une fois le changement

amorcé, le fait d'éviter les individus ou les situations associés au comportement problématique (mécanisme 8), les discussions avec une personne de confiance au sujet de son comportement (relation d'aide; mécanisme 9) et le renforcement positif (mécanisme 10) permettront le maintien du nouveau comportement.

Certaines études démontrent que des mécanismes sont plus souvent utilisés au début (prise de conscience, expression des émotions, observation de l'effet sur l'environnement et auto-réévaluation), à la fin (contre-conditionnement, renforcement, relation d'aide et évitement des personnes ou situations associés au problème) ou tout au long (auto-libération et libération sociale) du processus de changement (Malotte et al., 2000; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988). Elles démontrent aussi que les individus qui parviennent à modifier leur comportement utilisent un plus grand nombre de ces mécanismes que ceux qui n'y parviennent pas (Prochaska et al., 1992).

Le sentiment d'auto-efficacité et la balance décisionnelle accompagnent aussi le changement selon le modèle transthéorique. Le sentiment d'auto-efficacité correspond à la perception qu'ont les individus de leur capacité à changer et il augmente de façon linéaire du stade de préquestionnement à celui du maintien (DiClemente, Prochaska & Gilbertini, 1985). Au niveau de la balance décisionnelle, les individus perçoivent plus d'avantages et moins d'inconvénients au changement à mesure qu'ils progressent dans les stades de changement (Prochaska et al., 1994; Velicer, Prochaska, DiClemente & Brandenburg, 1985).

Parmi les mécanismes inspirés du modèle transthéorique (Prochaska et DiClemente, 1983), certains semblent plus appropriés à l'étude du changement des pratiques éducatives: le sentiment d'auto-efficacité, la perception d'avantages et

d'inconvénients au changement de ses pratiques éducatives, le fait de reconnaître des émotions négatives ressenties par rapport à sa relation avec son enfant (expression des émotions), l'observation de l'effet de ses pratiques éducatives parentales sur le comportement de l'enfant, l'ouverture à recevoir du soutien de personnes compétentes (relation d'aide), le fait d'éviter les personnes ou les situations où il est plus difficile de maintenir une relation harmonieuse avec son enfant et le renforcement. Par ailleurs, dans le contexte du changement des pratiques éducatives, le renforcement peut provenir de sources distinctes, soit du parent lui-même ou des adultes de son entourage ou encore de la réponse positive de son enfant au changement. Le sentiment d'auto-efficacité est la seule variable du modèle transthéorique qui a été étudiée en relation avec les pratiques éducatives. En effet, les études sur les PEHP suggèrent que le sentiment d'auto-efficacité joue un rôle dans le changement des pratiques éducatives (Coleman et Karraker, 1997; Gross et al., 1995; Webster-Stratton, 1992, 1994).

Méthodologie Utilisée dans les Études sur le Modèle Transthéorique

Les sections précédentes ont souligné la pertinence du modèle transthéorique pour l'étude des stades et des mécanismes de changement en regard des pratiques éducatives parentales. Toutefois, avant de réaliser des études à ce sujet, il est nécessaire de s'interroger sur la mesure de ces concepts. Les prochains paragraphes décrivent et critiquent les instruments de mesure utilisés jusqu'à maintenant dans les études sur le modèle transthéorique pour évaluer les stades et les mécanismes de changement.

Les stades de changement du modèle transthéorique sont mesurés selon différentes procédures. Dans la plupart des études, les individus indiquent dans

quelle mesure ils ont l'intention de modifier leur comportement (échelle de type Likert: l'individu n'a pas du tout l'intention de changer, pense changer dans moins de 6 mois, dans moins d'un mois, a changé depuis moins de 6 mois ou depuis plus de 6 mois) (p. ex. Cardinal, 1997; DiClemente et al., 1985; Prochaska et al., 1994). Cette méthode a l'avantage d'être simple, rapide et flexible pour différentes populations et problématiques (Carey et al., 1999). Par contre, les intervalles proposés dans l'échelle varient selon les études, ce qui questionne la validité du classement réalisé (Carey et al., 1999; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2001). De plus, vu sa question unique, on ne peut étudier ni la cohérence interne du questionnaire ni sa structure factorielle, les validités convergente et prédictive ont été peu étudiées et les résultats reliés à la stabilité test-retest se contredisent (Carey et al., 1999).

Certaines études utilisent plutôt le URICA (University of Rhode Island Change Assessment) pour mesurer les stades de changement d'une variété de comportements (p. ex. tabagisme, maltraitance parentale, violence conjugale, consommation de cocaïne, contrôle du poids, comportements délinquants à l'adolescence, utilisation du condom, utilisation de la crème solaire, exercice physique et pratiques médicales préventives; p. ex. Cardinal, 1997; Jones, 2000; Kristal, Glanz, Curry & Patterson, 1999; Levesque, 1999; McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989; McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983; Prochaska et al., 1994). Ce questionnaire comporte 32 énoncés auxquels l'individu répond sur une échelle de type Likert allant de fortement en désaccord (1) à fortement en accord (5), lesquels sont répartis en quatre échelles qui représentent quatre stades soit, le préquestionnement (1) (exemple d'énoncé: « D'après moi, je n'ai aucun problème qui nécessite un changement de ma part »), le questionnement (2)

(exemple d'énoncé: « Ça pourrait valoir la peine de travailler à régler mon problème »), l'action (4) (exemple d'énoncé: « Je fais quelque chose pour régler les problèmes qui m'embêtent») et le maintien (5) (exemple d'énoncé: « Je suis préoccupé par le fait que je pourrais retomber dans les problèmes que j'ai déjà réglés »). Les individus qui obtiennent des scores élevés aux stades de questionnement et d'action sont classés dans le stade de préparation (3). Dans les études réalisées par Prochaska et DiClemente, le questionnaire présente une bonne cohérence interne avec par exemple, des alphas de Cronbach de ,88 et ,89 pour les stades reliés au tabagisme (McConnaughy et al., 1983, 1989) et de ,75 à ,84 pour ceux reliés à la maltraitance parentale (Jones, 2000). Par contre, les résultats de cohérence interne varient dans les études effectuées par des chercheurs indépendants et les rares analyses de fidélité test-retest ne sont pas bien effectuées selon Carey et al. (1999) et Littell et Girvin (2002). Quant aux quatre facteurs identifiés par les analyses factorielles (préquestionnement, questionnement, action et maintien) de McConnaughy et al. (1983, 1989), ils sont parfois répliqués dans le cas du tabagisme, mais sont inconstants dans les autres domaines (Littell & Girvin, 2002). De plus, la corrélation souvent observée entre les stades serait incohérente avec le modèle théorique qui propose des stades distincts, c'est-à-dire des stades qualitativement différents et statistiquement indépendants (Carey et al., 1999; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000, 2001).

Le URICA permet d'attribuer aux individus un score continu pour chacun des stades mesurés dans le but de classer les individus dans un stade. La procédure de classement à partir de ces scores varie selon les études et permet de classer de 57% à 87% des individus (Carey et al., 1999; Littell & Girvin, 2002). Les chercheurs qui

l'utilisent travaillent donc souvent avec des profils d'individus en changement (p. ex. Jones, 2000; McConaughy et al., 1983, 1989). Ces profils n'ont cependant pas été répliqués et leur relation avec les stades théoriques n'est pas claire (Carey et al., 1999; Sutton, 2000). Finalement, le classement à partir du URICA concorde faiblement (31% d'accord) avec celui réalisé à partir de l'autre méthode qui consiste à poser une question unique aux participants (Carey et al., 1999; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000).

Les critiques méthodologiques adressées au modèle transthéorique mettent en évidence l'importance de poursuivre son étude à l'aide de recherches rigoureuses et d'instruments adéquats. Compte tenu des limites des deux méthodes de classement présentées, il faut développer des instruments qui seront non seulement valides et fidèles, mais qui permettront aussi de classer les individus dans un stade qui sera plus près de la définition théorique des stades.

Les mécanismes de changement mis en évidence dans le modèle transthéorique sont évalués à l'aide d'un questionnaire de 40 énoncés, soit 4 pour chaque mécanisme (Prochaska et al., 1988; des exemples d'énoncés du questionnaire développé dans la présente étude sont disponibles à l'annexe B de la thèse). Les auteurs ont confirmé une absence de corrélation des différentes échelles avec une mesure de désirabilité sociale et ont vérifié la stabilité de la structure du questionnaire à l'aide d'un échantillon distinct. L'instrument présente une fidélité acceptable, notamment dans le domaine du tabagisme (p. ex., alphas de Cronbach entre .69 et .92 dont la plupart au-dessus de .80; Prochaska et al., 1988). Ce questionnaire a été adapté à des comportements liés à la santé physique comme la consommation de cocaïne, le contrôle du poids, l'utilisation du condom et l'exercice physique (Cardinal,

1997; Grimley et al., 1996; Kristal et al., 1999; Prochaska et al., 1994). La perception des avantages et des inconvénients au changement est pour sa part mesurée avec un autre questionnaire de 20 énoncés portant sur les avantages et les inconvénients à modifier le comportement problématique (Velicer et al., 1985; des exemples d'énoncés du questionnaire développé dans la présente étude sont disponibles à l'annexe C de la thèse). La cohérence interne de chacune des deux échelles est très bonne (alphas de .87 et .90). L'instrument a été adapté, validé puis utilisé dans l'étude de l'alcoolisme, la toxicomanie, l'exercice physique, l'utilisation du condom, la maltraitance parentale et la violence conjugale (p. ex. Grimley et al., 1996; Jones, 2000; Levesque, 1999).

Le sentiment d'auto-efficacité parental a souvent été mesuré en lien avec les pratiques éducatives parentales. Ainsi, il existe des instruments valides, fidèles et adaptés pour le mesurer comme les questionnaires de Dumka, Stoerzinger, Jackson & Roosa (1996) et celui Gross et Rocissano (1988). Cependant, il n'existe pas d'instruments pour mesurer les autres mécanismes identifiés par le modèle transthéorique dans le contexte des pratiques éducatives des parents.

Le but du présent article est donc de proposer des instruments de mesure pour les stades et les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales. Comme des mesures du sentiment d'auto-efficacité existent déjà, il s'agit d'élaborer des instruments de mesure, pour les six stades (préliminaire, préquestionnement, questionnement, préparation, action et maintien) et les sept mécanismes de changement inspirés du modèle transthéorique (perception des avantages et inconvénients au changement, émotions négatives ressenties, observation de l'effet de ses pratiques sur l'enfant, ouverture à recevoir du soutien, évitement des personnes ou

situations difficiles, renforcement par les adultes de son entourage et renforcement par la réaction comportementale de l'enfant). Le deuxième objectif consiste à vérifier si le questionnaire sur les stades permet de classer les individus dans un stade de changement. Afin de documenter la validité concurrente du questionnaire sur les pratiques éducatives des parents, le dernier objectif consiste à vérifier la relation des scores aux six échelles de cet instrument avec les mécanismes de changement d'une part et les pratiques éducatives parentales d'autre part.

Méthode

Description des Participants à l'Étude

Les participants à cette étude sont 89 parents qui ont demandé de l'aide pour la gestion des comportements de leur enfant. Les enfants, âgés entre 6 et 9 ans, ont un comportement difficile du point de vue de leur parent (déficit de l'attention – hyperactivité, agressivité, turbulence, désobéissance, etc.).

Une proportion des participants (59/89) sont les sujets d'une étude plus vaste portant sur l'efficacité d'un PEHP auprès des enfants qui présentent un déficit de l'attention – hyperactivité. Leur recrutement, les critères d'inclusion et d'exclusion et leurs caractéristiques familiales et sociodémographiques sont présentés dans le troisième article. Seul ce sous-échantillon sera utilisé pour vérifier la relation entre les stades de changement et les pratiques éducatives parentales. Le reste de l'échantillon est constitué de parents participant à un PEHP dans un CLSC. Le seul critère d'inclusion utilisé est l'âge des enfants. Aucune autre caractéristique sur ces participants n'est disponible. Toutefois, les questionnaires développés ciblent des parents qui présentent des difficultés dans la gestion du comportement de leur enfant. Ainsi, le fait qu'ils soient parents et qu'ils éprouvent de la difficulté à gérer le

comportement de leur enfant suffit à leur permettre de répondre aux questionnaires, au même titre que les parents de l'autre partie de l'échantillon. Des analyses séparées des résultats ont par ailleurs soutenu la pertinence de considérer un seul échantillon pour ces analyses.

Instruments de Mesure des Variables

Le questionnaire sur les stades de changement des pratiques éducatives parentales (voir annexe A) évalue six stades de changement (préliminaire, préquestionnement, questionnement, préparation, action, maintien) s'inspirant du URICA et du questionnaire de Jones (2000) sur le changement des pratiques maltraitantes à l'égard des enfants. Dans le cadre de la présente étude, de nombreux énoncés ont été générés pour chacune des échelles, mais seuls les énoncés qui ont été associés au stade pour lequel ils avaient été définis, par six experts consultés, ont été conservés et soumis aux parents. Ces experts sont des chercheurs qui connaissent le modèle transthéorique (n=3) ou des étudiantes au doctorat en psychologie, spécialisées dans le travail auprès des parents et des enfants qui ont lu la description théorique des stades de changement (n=3). Pour chacun des 24 énoncés du questionnaire (4 par stade), le parent indique son niveau d'accord avec différentes propositions reliées à son intention de changer ses pratiques éducatives et les actions qu'il pose en ce sens, sur une échelle de type Likert à 5 points (1=fortement d'accord; 5=fortement en désaccord). Cet instrument permet d'attribuer 6 scores continus à chaque parent, chacun correspondant à la moyenne de ses réponses aux questions pour un stade donné. Un score faible à un stade indique que le parent adhère aux énoncés de cette échelle, ce qui indique qu'il nie les problèmes de son enfant (s'il a un score faible à l'échelle préliminaire), nie sa responsabilité dans le comportement

de son enfant (préquestionnement), hésite à changer (questionnement), se prépare à changer (préparation), fait des efforts pour changer (action) ou tente de maintenir des changements (maintien).

Six mécanismes de changement (émotions négatives ressenties, observation de l'effet de ses pratiques sur l'enfant, ouverture à recevoir du soutien, évitement des personnes ou situations difficiles, renforcement par les adultes de son entourage et renforcement par la réaction comportementale de l'enfant) sont évalués avec le questionnaire sur les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales (voir annexe B). Cette adaptation de l'instrument utilisé par Prochaska et al. (1988) comporte 21 énoncés pour lesquels le parent indique la fréquence à laquelle il a vécu la situation au cours de la dernière semaine, sur une échelle de type Likert allant de jamais (1) à constamment (6). Bien que de nombreux énoncés aient été générés par les auteurs, seuls ceux qui ont été associés par les six experts consultés au mécanisme pour lequel ils avaient été formulés ont été soumis aux participants, soit trois ou quatre par mécanisme. Ces experts sont des chercheurs qui connaissent le modèle transthéorique (n=3) ou des étudiantes au doctorat en psychologie, spécialisées dans le travail auprès des parents et des enfants qui ont lu la description théorique des mécanismes de changement (n=3). La moyenne des réponses aux questions d'une échelle permet d'identifier la fréquence d'utilisation du mécanisme par l'individu.

La perception des avantages et des inconvénients au changement est mesurée à l'aide d'un questionnaire de 8 énoncés (voir annexe C) adaptés de l'instrument de Jones (2000). La moyenne des réponses aux quatre premiers énoncés représente les avantages alors que celle des quatre suivants porte sur les inconvénients au

changement. Les parents indiquent leur niveau d'accord avec chaque énoncé sur une échelle de type Likert allant de fortement d'accord (1) à fortement en désaccord (5).

Les pratiques éducatives parentales ont été évaluées à l'aide d'une traduction du Parenting Practice Interview (PPI: Webster-Stratton, 1998a). Les parents indiquent l'utilisation qu'ils font de pratiques parentales positives ou négatives sur une échelle de type Likert. Ce questionnaire de 80 énoncés permet d'attribuer un score entre 1 et 7 aux parents pour chacune des sept pratiques éducatives suivantes: discipline punitive et inconstante, punitions physiques, discipline verbale positive, félicitations et récompenses, discipline appropriée, clarté des attentes et supervision. Les qualités psychométriques de ce questionnaire sont reconnues (alphas entre ,54 et ,82).

Résultats

La présente étude a pour but de développer des instruments de mesure fidèles et valides des stades et des mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales. La première section présente les caractéristiques psychométriques du questionnaire sur les stades et les résultats du classement des individus. La deuxième section présente les caractéristiques psychométriques du questionnaire sur les mécanismes de changement. La troisième section présente la relation des stades de changement avec les mécanismes et les pratiques éducatives.

En raison du petit nombre de sujets disponibles et du nombre d'échelles à valider, les analyses de la qualité psychométrique des instruments sont exploratoires. Tabachnick et Fidell (2001) estiment qu'un échantillon de 100 sujets est faible pour réaliser de telles analyses; l'échantillon de la présente étude est constitué de 90 parents. Ainsi, plusieurs analyses seront réalisées afin de vérifier la concordance et la

cohérence des résultats, ceci leur donnant plus de crédibilité. Des analyses en composante principale sont d'abord réalisées. En raison de la faible puissance statistique, et comme aucun score global ne sera construit à partir des échelles, ces analyses seront effectuées pour chaque échelle séparément, cette procédure permettant de résumer l'ensemble des énoncés d'une échelle en une seule variable (Johnson & Wichern, 1982; Tabachnick & Fidell, 2001). Selon Johnson et Wichern (1982) ainsi que Tabachnick et Fidell (2001), ces analyses ont l'avantage de vérifier le pourcentage de variance expliquée par la nouvelle variable (indiquant la quantité d'information perdue par le calcul d'une moyenne). Cette procédure permet aussi d'identifier la contribution indépendante de chacun des énoncés, pour éventuellement retirer celui ou ceux qui n'y contribuent pas. Finalement, ces analyses ont l'avantage de ne pas dépendre du nombre d'énoncés regroupés dans l'échelle. Les postulats de base de l'analyse en composante principale n'ont pas à être vérifiés. En effet, en raison de l'échelle de mesure (Likert) et des particularités statistiques des analyses (facteur unique), la normalité de la distribution des énoncés, la linéarité, la présence de scores extrêmes incohérents (outliers) et la multicollinéarité ne pouvaient pas influencer les résultats obtenus dans les analyses (Tabachnick & Fidell, 2001). Par la suite, les alphas de Cronbach seront calculés pour chaque échelle afin de vérifier leur cohérence interne. Finalement, des corrélations entre les différentes échelles permettront de vérifier leur indépendance. Cette procédure, adaptée à la réalité de notre échantillon, a pour but de dépister un éventuel problème pouvant influencer les résultats obtenus dans les études qui utiliseront ces questionnaires et ce, en multipliant les précautions.

Questionnaire sur les Stades de Changement des Pratiques Éducatives des Parents.

Le tableau 1 présente les points de saturation des différents énoncés retenus et les alphas de Cronbach pour chacune des échelles du questionnaire sur les stades de changement. Les analyses en composante principale effectuées à partir de la matrice de corrélation des énoncés du questionnaire indiquent que l'échelle correspondant au stade de questionnement (Q) forme un facteur auquel contribuent tous les énoncés (saturations entre ,59 et ,72). Elles soutiennent également la pertinence de trois énoncés sur quatre pour les échelles des stades préliminaire (Pl: saturations entre ,62 et ,88), préquestionnement (Pq: saturations entre ,59 et ,79), préparation (P: saturations entre ,74 et ,82), action (A: saturations entre ,59 et ,89) et maintien (M: saturations entre ,68 et ,81). Les énoncés qui offraient une faible contribution (saturation moins de ,35) à ces échelles ont été retirés de l'instrument et ces échelles comptent trois énoncés. Au total, l'instrument final comporte 19 énoncés regroupés en 6 échelles. Les alphas de Cronbach variant entre ,50 et ,68 selon le stade mesuré sont acceptables compte tenu du nombre de sujets dans l'échantillon et du petit nombre d'énoncés par échelle.

Une analyse factorielle, réalisée à partir des scores moyens aux six échelles a permis de distinguer trois facteurs: le premier regroupe les stades préliminaire et préquestionnement (Pl – Pq; saturations ,60 et ,91), le second regroupe les stades de questionnement et préparation (Q – P; saturations ,88 et ,78) alors que le dernier regroupe les stades d'action et maintien (A – M; saturations ,86 et ,83). Aucun score ne présente une saturation positive de plus de ,30 à un second facteur. Par contre, le stade préliminaire a une contribution négative (-,50) au facteur regroupant le

questionnement et la préparation. Ces résultats suggèrent trois stades distincts plutôt que les six définis par le modèle transthéorique.

Le tableau 1 présente également les corrélations entre les six échelles. L'absence de corrélation positive entre les stades non adjacents soutient leur indépendance. Toutefois, des corrélations positives sont observées entre plusieurs stades adjacents, ce qui montre un certain regroupement conceptuel entre ces derniers, conformément à l'analyse factorielle présentée. Ainsi, plus un individu est en accord avec les énoncés d'un stade donné, plus il adhère également aux énoncés des stades adjacents. Les corrélations négatives observées entre le stade préliminaire et les stades de questionnement et de préparation ont aussi un sens, les parents qui nient les problèmes de leur enfant n'ayant pas l'intention de modifier leurs pratiques éducatives. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus dans l'analyse factorielle effectuée et soutiennent l'ordre chronologique proposé, seuls les stades adjacents étant regroupés.

Insérer tableau I

Ce questionnaire sur les stades de changement doit permettre de classer les individus dans un stade de changement. L'instrument permet d'attribuer un score pour chaque échelle. L'ensemble des six scores de chaque individu sert au classement dans un stade. Se basant sur la définition théorique des stades du modèle transthéorique, des critères de classement ont été développés (voir annexe D de la thèse). Ainsi, un individu au stade préliminaire devrait être d'accord avec le fait que son enfant n'a pas de problème de comportement (score faible à l'échelle du stade préliminaire). Il devrait être en désaccord avec le fait de prévoir des modifications à ses pratiques (score élevé à la préparation), de faire des efforts en vue de changer

(score élevé à l'action) ou de maintenir les changements réalisés (score élevé au maintien). Un individu au stade de préquestionnement devrait pour sa part reconnaître les problèmes de son enfant (score élevé à l'échelle du stade préliminaire), il devrait être en accord avec les énoncés qui nient sa propre responsabilité dans ceux-ci (score faible au préquestionnement), en désaccord avec le fait de prévoir des modifications à son comportement, de faire des efforts en vue de changer ou de maintenir des changements réalisés (scores élevés pour préparation, action et maintien). Au stade de questionnement, l'individu devrait reconnaître les problèmes de son enfant et sa responsabilité à ce niveau (scores élevés pour préliminaire et préquestionnement), mais observer de nombreux obstacles au changement de son comportement (score faible au questionnement). Il ne devrait pas faire d'efforts pour changer ni pour maintenir des changements réalisés (score élevé pour action et maintien). Un individu au stade de préparation devrait quant à lui reconnaître qu'il devrait changer son comportement pour aider son enfant (score faible à la préparation), ne devrait pas nier les problèmes de son enfant ni son rôle à ce niveau (scores élevés pour préliminaire et préquestionnement), mais devrait être en désaccord avec les énoncés qui affirment qu'il fait des efforts pour changer ou maintenir les changements réalisés (score élevé pour action et maintien). Un individu au stade d'action devrait reconnaître les problèmes de son enfant, son rôle à ce niveau (scores élevés pour préliminaire et préquestionnement) et le fait qu'il doit changer son comportement pour aider son enfant (score faible à la préparation). Il devrait en outre faire des efforts pour changer (score faible à l'action) sans tenter de maintenir les changements réalisés pour l'instant (score élevé au maintien). Finalement, au stade du maintien, un individu devrait présenter le même profil qu'à l'action (scores élevés

pour préliminaire et préquestionnement; scores faibles pour préparation et action), mais affirmer faire des efforts pour maintenir les changements réalisés (score faible au maintien).

L'application de ces définitions a permis de classer 67 parents sur 89 (75%). Le nombre de parents aux stades préliminaire, préquestionnement, questionnement, préparation, action et maintien est respectivement de 2, 1, 0, 8, 48 et 8. Les scores obtenus par 22 parents ne permettent pas de les classer dans un stade. Un sous-groupe de ces parents présente des scores moyens à toutes les échelles alors que les autres présentent un ou deux scores incohérents avec les critères de classement.

Questionnaires sur les Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives des Parents.

Le tableau 2 présente les points de saturation des différents énoncés retenus et les alphas de Cronbach pour chacune des échelles du questionnaire sur les mécanismes de changement. Les analyses en composante principale effectuées à partir de la matrice de corrélation des énoncés du questionnaire indiquent que tous les énoncés de cinq des échelles contribuent à leur échelle respective (observation de l'effet de ses pratiques sur l'enfant (1), émotions négatives ressenties (2), renforcement par les adultes de l'entourage (3), renforcement par la réaction comportementale de l'enfant (4) et ouverture à recevoir du soutien (5); saturations entre ,44 et ,84). Un seul énoncé de l'échelle de l'évitement des personnes ou situations difficiles (6) a dû être retiré en raison de sa faible contribution à son échelle (saturation ,07). Les alphas de Cronbach variant entre ,57 et ,82 sont considérés acceptables compte tenu du nombre de sujets dans l'échantillon et du petit nombre d'énoncés par échelle. Le tableau 2 présente également les corrélations entre les six

échelles représentant les mécanismes de changement. Ces corrélations indiquent que plus un parent utilise fréquemment un mécanisme, plus il a tendance à en utiliser d'autres. Bien que certaines corrélations entre des mécanismes soient importantes, tous les mécanismes sont maintenus comme distincts en raison de leurs appuis théoriques. Par exemple, bien qu'une corrélation de ,69 soit observée entre le renforcement par les adultes de son entourage et le renforcement par la réaction comportementale de son enfant, il est intéressant sur le plan théorique de distinguer ces deux sources de renforcement.

Insérer tableau II

La perception des avantages et inconvénients au changement est mesurée à l'aide d'un questionnaire distinct. Le tableau 3 présente les points de saturation des différents énoncés retenus pour chacune des deux échelles de ce questionnaire et leur alpha de Cronbach. L'analyse factorielle effectuée à partir de la matrice de corrélation des huit énoncés du questionnaire a été faite sans restriction quant au nombre de facteurs et avec une rotation varimax. L'analyse confirme les deux échelles définies: avantages (saturations de ,86 à ,91) et inconvénients (saturations de ,65 à ,83) au changement des pratiques éducatives. Un énoncé de chaque échelle a été retiré du questionnaire en raison de sa faible contribution à son échelle (saturations de ,14 et de ,27) et chacune se retrouve avec trois énoncés. Une corrélation négative est observée entre ces deux échelles ($r(70) = -,37, p < ,01$), démontrant qu'elles sont interreliées. La perception des avantages au changement présente une relation avec l'observation des effets de ses pratiques sur l'enfant ($r(58) = -,35, p < ,01$) et avec le renforcement par l'enfant ($r(58) = -,32, p < ,01$) alors que la perception des inconvénients au changement est reliée à l'observation des effets de

ses pratiques sur l'enfant ($r(58) = ,26, p < ,05$) et au renforcement par l'enfant ($r(58) = ,31, p < ,05$) et par les adultes de son entourage ($r(58) = ,31, p < ,05$).

Insérer tableau III

Relation des Stades de changement des Pratiques Éducatives avec les Mécanismes et les Pratiques Éducatives des Parents.

Une comparaison des individus se trouvant dans différents stades sur le plan de leur utilisation des mécanismes et de leurs pratiques éducatives aurait contribué à valider les stades de changement des pratiques éducatives. En raison des difficultés à classer les parents dans un stade et de la très faible variance au niveau du classement, ces comparaisons n'ont pu être réalisées. Des corrélations entre les échelles de chacun des stades de changement des pratiques éducatives et les mécanismes de changement d'une part et les corrélations entre ces échelles et les pratiques éducatives d'autre part ont été exécutées afin de vérifier si ces scores présentent une certaine validité concurrente avec ces concepts.

Le tableau 4 présente ces corrélations. Cinq stades présentent une relation avec au moins un mécanisme ou une pratique éducative. Le stade préliminaire présente quatre corrélations significatives. Ainsi, plus un parent adhère aux énoncés de ce stade de changement (ne perçoit pas de problème de comportement chez son enfant), plus il perçoit que son comportement influence négativement le comportement de son enfant ($r = ,30; p < ,05$), plus il ressent des émotions négatives par rapport à sa relation avec son enfant ($r = ,44; p < ,01$), plus il évite les personnes et les situations où sa relation avec son enfant est plus difficile ($r = ,48; p < ,01$) et moins il perçoit d'inconvénients à changer ses pratiques éducatives ($r = -,26; p < ,05$). Le stade de préquestionnement est pour sa part associé aux pratiques éducatives punitives et

inconstantes ($r=.32$; $p<.05$). Ainsi, plus un parent adhère aux énoncés de ce stade (ne perçoit pas de problème avec ses pratiques éducatives) et plus il adopte ce style éducatif. Le stade de questionnement présente des relations avec les mécanismes et avec les pratiques éducatives. Pour ce qui est des mécanismes, plus un parent présente un score élevé à ce stade (hésite à changer), moins il perçoit que son comportement influence négativement celui de son enfant ($r=-.32$; $p<.05$), moins il ressent d'émotions négatives face à sa relation avec son enfant ($r=-.35$; $p<.01$), moins il évite les personnes et les situations où sa relation avec son enfant est difficile ($r=-.41$; $p<.01$) et plus il perçoit d'avantages au changement ($r=.34$; $p<.01$). Pour ce qui est des pratiques éducatives, plus un parent hésite à effectuer des changements et moins il adopte des stratégies disciplinaires punitives et inconstantes ($r=-.36$; $p<.01$) et plus il utilise une discipline verbale positive ($r=.34$; $p<.01$). Le stade d'action est associé à un mécanisme et à deux pratiques éducatives. Plus un parent fait des efforts pour changer et moins il perçoit de renforcement de la part des adultes de son entourage ($r=-.33$; $p<.05$), moins il utilise les félicitations et les récompenses ($r=-.36$; $p<.01$) et plus il supervise les activités de son enfant ($r=.32$; $p<.05$). Finalement, plus le parent cherche à maintenir les acquis faits dans le passé et moins il évite les personnes et les situations où sa relation avec son enfant est difficile ($r=-.34$; $p<.05$).

Insérer tableau IV

Discussion

L'objectif de la présente étude était de développer des instruments de mesure des stades et des mécanismes de changement des pratiques éducatives des parents. Cet objectif se situe dans un contexte plus vaste qui consiste à valider un modèle du changement des pratiques éducatives, lequel contribuera à augmenter l'efficacité des

interventions auprès des parents. Pour valider un tel modèle, il faudrait démontrer que les parents qui modifient leurs pratiques progressent selon la séquence prévue et que le changement est associé à l'utilisation des mécanismes. La vérification complète d'un tel modèle est complexe et présente six défis d'envergure: 1) trouver ou élaborer des instruments de mesure valides et fidèles des stades et des mécanismes de changement; 2) classer les individus dans les stades de changement; 3) démontrer que les individus classés dans différents stades adoptent des comportements distincts; 4) décrire la trajectoire de changement (linéaire ou en spirale) suivie par ces individus au travers des stades pendant une participation à un programme d'intervention; 5) vérifier que le changement de stade est associé à un changement comportemental et 6) démontrer que les mécanismes de changement sont à l'origine du changement du comportement. Les instruments développés et les analyses effectuées dans le cadre de la présente étude permettent d'apporter une réponse partielle aux trois premiers défis.

En lien avec le premier défi, un instrument mesurant les stades de changement des pratiques éducatives des parents a été élaboré. Un aspect de la fidélité de l'instrument est soutenu par des analyses en composante principale et de cohérence interne. Les résultats indiquent que les six stades sont cohérents, et se regroupent en 3 facteurs. Les stades préliminaire et préquestionnement forment un stade lors duquel les parents ne reconnaissent pas la présence d'un problème, qu'il soit chez l'enfant ou chez eux. Les stades de questionnement et de préparation sont regroupés pour représenter la période où les parents reconnaissent la présence d'un problème et la nécessité d'un changement, mais doutent de leur capacité à changer. Finalement, le dernier facteur est composé des stades d'action et de maintien et correspond à la

période où les parents investissent de l'énergie pour effectuer ou maintenir des changements au niveau de leurs pratiques éducatives. Ces résultats sont partiellement cohérents avec le modèle transthéorique puisqu'ils soutiennent l'existence et l'ordre chronologique des stades, mais suggèrent trois stades plutôt que six. Jones (2000) obtient des résultats similaires alors qu'elle mesure les stades de préquestionnement, questionnement et action dans le contexte du changement des pratiques parentales maltraitantes à l'égard des enfants. Elle trouve une bonne fidélité de son instrument, mais observe que les stades ne sont pas distincts puisque le préquestionnement a des liens avec le questionnement et l'action et que le questionnement est aussi en relation avec l'action. Pour ce qui est de la fidélité, seule la cohérence interne a été vérifiée alors que pour la validité, les auteures ont porté attention à la validité apparente et de contenu. De prochaines études devraient également vérifier la fidélité test-retest, la fidélité bissection et la validité prédictive de ce questionnaire.

Le deuxième défi relié à la validation d'un modèle du changement des pratiques éducatives consiste à classer les individus dans un stade de changement. Les profils théoriques des individus de chaque stade ont été définis, puis des critères ont été établis, permettant de classer 75% des parents de l'échantillon. Cette proportion de parents classés se rapproche de ce qui a été obtenu dans les études rapportées par des critiques du modèle transthéorique comme Carey et al. (1999) ou Littell et Girvin (2002) (57% à 87%) et elle est cohérente avec les résultats obtenus par Jones (2000) ou McConaughy et al. (1983, 1989) qui ne parviennent pas à classer tous les individus dans les stades théoriques. Comme aucune procédure n'a été développée par Prochaska et DiClemente pour classer les individus dans les stades qu'ils ont définis à l'aide du URICA, les auteures ont eu un souci de déterminer des

critères de classement valides sur le plan théorique. Par contre, il est possible que la méthodologie utilisée pour construire ce questionnaire soit associée à un manque de sensibilité nuisant au classement.

L'impossibilité de classer 25% des parents dans un stade est un résultat incohérent avec le modèle transthéorique qui propose que les individus modifient leur comportement selon un cheminement précis dans des stades distincts. Cette difficulté de classer les individus dans les stades remet en question la pertinence d'utiliser les stades pour l'étude du changement des pratiques éducatives parentales. Les stades de changement du modèle transthéorique ne sont peut-être pas adaptés à des comportements aussi complexes que les pratiques éducatives parentales. En effet, ce modèle a été principalement appliqué à l'étude du tabagisme, de l'alcoolisme ou d'autres comportements liés à la santé physique. Or, les pratiques éducatives représentent un ensemble d'habiletés spécifiques comme l'utilisation de l'attention différentielle, des félicitations et récompenses, de l'ignorance ou des demandes claires et spécifiques. Certaines de ces habiletés doivent être acquises alors que d'autres doivent être éliminées. Il est possible qu'un parent se situe à un stade différent pour l'utilisation de chacune de ces habiletés spécifiques. Par exemple, un parent pourrait faire des efforts pour féliciter davantage son enfant, sans avoir l'intention d'utiliser l'ignorance, ce qui expliquerait l'impossibilité de le classer dans un stade général unique. Des critiques du modèle transthéorique comme Cordon et Somerton (2004) ou Brug, Conner, Harré, Kremers, McKellar et Whitelaw (2005) affirment en ce sens que le modèle transthéorique ne devrait pas être généralisé à des comportements complexes, c'est-à-dire à des comportements qui présentent plusieurs composantes.

La pertinence du MTT dans la présente étude peut également être questionnée en raison de la nature du comportement à l'étude, soit les pratiques éducatives de parents qui éprouvent des difficultés dans la gestion des comportements de leur enfant. En effet, le MTT a été développé pour expliquer l'élimination de comportements problématiques ou l'apparition de comportements nécessaires à la santé physique. L'objectif du PEHP consistant à modifier les pratiques éducatives, il a été déduit que les parents qui y participent et en tirent des bénéfices avaient des pratiques inadéquates, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Le comportement difficile de l'enfant, raison de la participation des parents au PEHP, peut être associé à des pratiques éducatives inadéquates, mais pas nécessairement. Ainsi, les stades de changement du comportement qui supposent que le parent doit d'abord reconnaître que son propre comportement est problématique ne sont peut-être pas appropriés. Par exemple, un parent qui dit ne pas avoir de problème se situe-t-il au préquestionnement (ce qui serait le cas si ses pratiques sont inadéquates) ou au maintien (ce qui serait le cas si ses pratiques sont adéquates)?

Une première solution au problème du classement de tous les parents dans un stade consiste donc à utiliser une définition plus fine de chacune des pratiques éducatives, ce qui donnerait lieu à de nombreuses échelles et classerait le parent dans plusieurs stades différents en fonction des différentes habiletés spécifiques. Une autre solution serait d'utiliser les informations tirées du questionnaire sur les stades de changement des pratiques éducatives parentales pour situer les parents sur un continuum d'engagement dans le changement allant des individus qui n'ont pas l'intention de changer à ceux qui travaillent à maintenir les changements réalisés depuis plus ou moins longtemps. Un tel continuum est recommandé par des auteurs

qui s'opposent à la notion de stades de changement comme Bandura (1997), Carey et al. (1999), Littell et Girvin (2002) ou Sutton (2001). Pour rendre compte de ce continuum, ces auteurs suggèrent d'utiliser la formule suivante: (Questionnement + Préparation + Action + Maintien) – Préquestionnement, qui permet d'obtenir des scores variant de $-1 (1 + 1 + 1 + 1 - 5)$ à $19 (5 + 5 + 5 + 5 - 1)$. Un score faible correspond à un niveau d'engagement dans le changement plus grand alors qu'un score élevé correspond à un faible niveau d'engagement dans le changement. Un tel score aurait l'avantage de situer tous les individus sur un continuum de l'engagement au changement.

Dans la présente étude, 72% des parents classés sont dans le stade d'action. Ce résultat indique-t-il un manque de sensibilité du questionnaire ou un biais échantillonnal? L'explication la plus probable consiste en un biais échantillonnal puisque tous les parents de l'échantillon ont demandé de l'aide pour la gestion du comportement de leur enfant qu'ils trouvent difficile. Cette caractéristique peut expliquer qu'ils ne nient pas le comportement difficile de leur enfant, ne refusent pas leur responsabilité dans la gestion du comportement de leur enfant et ont entrepris, pour la plupart, des démarches pour modifier leurs pratiques éducatives. Ainsi, avant de conclure que les stades préliminaire, préquestionnement et questionnement n'existent pas ou ne peuvent être décelés à l'aide du questionnaire développé, il faudrait l'administrer à un échantillon plus vaste de parents. Toutefois, à la lumière des résultats présentés plus tôt, le continuum d'engagement au changement semble mieux représenter la réalité et les recherches à ce sujet devraient être privilégiées.

Comme il a été impossible de classer tous les parents et que ceux classés étaient en grande partie dans le stade d'action, il a été impossible de comparer les

parents des différents stades sur le plan de leur utilisation des mécanismes et des pratiques éducatives qu'ils adoptent, ce qui aurait permis de relever le troisième défi. Il a toutefois été possible de vérifier la relation des scores à chacun des stades avec l'utilisation des mécanismes et les pratiques éducatives des parents. La vérification de ces relations pourrait fournir des appuis à l'idée du continuum de changement proposé plus tôt.

Certaines des relations observées vont dans le sens attendu en fonction du modèle transthéorique, alors que d'autres semblent fort incohérentes. Par exemple, il semble tout à fait cohérent de constater que plus un parent refuse le changement (stade de préquestionnement), plus il utilise des pratiques éducatives punitives et inconstantes. Dans le même sens, moins un parent perçoit l'effet de ses pratiques sur le comportement de son enfant et plus il hésitera à amorcer des changements difficiles. Par contre, il est difficile de s'expliquer que plus un parent adhère aux énoncés du stade de questionnement (il commence à envisager un changement mais hésite et perçoit qu'un changement aurait des répercussions négatives et est trop difficile), plus il perçoit d'avantages au changement (il se sentirait mieux avec lui-même, serait plus en mesure d'aider son enfant et se sentirait plus en contrôle de sa vie). Par ailleurs, il est surprenant de constater que plus un parent investit de temps et d'énergie dans le changement de ses pratiques éducatives, moins il félicite et récompense son enfant. Une autre confusion vient du fait que plus un parent nie les problèmes de son enfant et plus il évite les situations difficiles pour sa relation avec son enfant alors que plus un parent travaille au maintien de ses acquis et moins il utilise ce mécanisme. La relation inverse eut été plus cohérente avec le modèle transthéorique. Le petit nombre de corrélations observées (15) par rapport au nombre

de relations testées (90) et la présence de relations incohérentes soulèvent à nouveau des doutes sur la pertinence des stades, tels que définis dans la présente étude, dans l'étude des pratiques éducatives parentales.

La mesure des mécanismes de changement utilisés par les parents pour modifier leurs pratiques éducatives a aussi contribué à l'atteinte du premier défi. Les questionnaires sur les mécanismes de changement mesurent les émotions négatives ressenties, l'observation de l'effet de ses pratiques sur l'enfant, l'ouverture à recevoir du soutien, l'évitement des personnes ou situations difficiles, le renforcement par les adultes de son entourage, le renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et la perception des avantages et inconvénients au changement. Les résultats des analyses factorielles et les alphas de Cronbach soutiennent l'utilisation de ces mesures dans des études subséquentes.

Des relations relativement importantes ont été observées entre certains mécanismes. Il est possible que les individus qui utilisent un mécanisme de changement en utilisent plus d'un à la fois. Par exemple, une forte corrélation est observée entre le renforcement par des adultes de son entourage et l'ouverture à recevoir du soutien. Ce dernier mécanisme se définissant par des discussions avec des personnes de confiance au sujet de sa façon de gérer le comportement de son enfant, il est normal de constater que plus un parent reçoit du soutien, plus il percevra des encouragements à cet égard. Par ailleurs, les deux sources de renforcement (adultes et enfant) sont fortement associées. Il est possible qu'un parent qui fait des efforts pour changer reçoive à la fois du renforcement par les adultes de son entourage et par son enfant qui se comporte plus positivement. L'ouverture à recevoir du soutien est aussi en lien avec le renforcement par la réaction comportementale de

l'enfant indiquant que plus un parent discute de sa relation avec son enfant avec des personnes de confiance, plus il sera sensible à la réaction positive de son enfant face à ses efforts de changement. Ces trois liens (ouverture au soutien – renforcement adultes; ouverture au soutien – renforcement enfant; renforcement adultes – renforcement enfant) suggèrent une interaction importante entre trois mécanismes associés à la relation avec les autres. Un lien important est également observé entre le fait de ressentir des émotions négatives face à sa relation avec son enfant et l'observation des effets de son comportement parental sur le comportement de son enfant d'une part et le fait d'éviter les personnes ou les situations où il est plus difficile de maintenir une relation harmonieuse avec son enfant d'autre part. Ces liens indiquent que plus le parent est conscient de l'effet qu'il produit sur son enfant, plus il se sent découragé ou en colère et que plus il ressent de telles émotions, plus il évitera les personnes ou les situations où sa relation avec son enfant est particulièrement difficile. Les liens observés entre les mécanismes sont cohérents avec les études réalisées par l'équipe de Prochaska et DiClemente (1983; Prochaska et al., 1988) qui démontrent que les individus qui modifient leur comportement utilisent un plus grand nombre de mécanismes que ceux qui ne changent pas. Les questionnaires sur les mécanismes de changement sont donc de bons instruments pour mesurer ces concepts dans les études à venir sur le changement des pratiques éducatives parentales.

En conclusion, les résultats de cette étude ont des répercussions pour la suite de la recherche sur le changement des pratiques éducatives parentales. D'abord, les difficultés liées au classement des parents dans les stades mettent en évidence la nécessité de favoriser les études portant sur un continuum d'engagement dans le changement plutôt que des stades de changement. Les défis soulevés plus tôt par

rapport à la validation d'un modèle de changement des pratiques éducatives parentales doivent donc être adaptés afin de vérifier le rôle de ce score d'engagement dans le changement.

Pour ce qui est des mécanismes de changement, les auteurs comme Kazdin (1999; Kazdin & Kendall, 1998), Weisz (Weersing & Weisz, 2002; Weisz & Jensen, 2001), Doss (2004) et Greenberg (1994, 1999) affirment qu'il ne faut pas seulement vérifier les effets des programmes d'intervention psychosociale, mais surtout identifier des mécanismes de changement en œuvre dans ces programmes. Doss (2004) propose une méthodologie pour l'étude du changement des comportements. Il propose d'abord de décrire en détails les changements produits par une intervention, que ce soit leur nombre, leur nature, le moment où ils se produisent ou les caractéristiques des individus chez qui ils sont observés. La deuxième étape consiste à identifier des mécanismes associés à ce changement, à les mesurer adéquatement et à tester s'ils ont un rôle de médiateurs de l'effet de l'intervention. La troisième étape consiste à vérifier si l'utilisation des mécanismes de changement potentiels augmente avant le changement du comportement à l'étude. Dans le cadre de l'étude des PEHP, la première étape est relativement bien réalisée, c'est-à-dire que les études évaluant leur efficacité sont nombreuses et nous informent bien quant aux changements qu'ils peuvent produire et quant aux caractéristiques des parents et des enfants qu'ils peuvent aider (Kazdin, 1997; Kazdin & Kendall, 1998; Kazdin & Weisz, 1998). Les résultats de la présente étude contribuent de façon significative à la deuxième étape puisque des mécanismes potentiels ont été identifiés et que des instruments de mesure ont été élaborés et que les analyses de fidélité et de validité ont été amorcées. Après avoir vérifié les caractéristiques psychométriques des instruments auprès d'un plus

grand échantillon et avec deux temps de mesure, les études subséquentes devraient être longitudinales et vérifier si ces mécanismes ont un rôle de médiateur des effets des PEHP.

La présente étude est exploratoire, ses limites réduisant l'ampleur des conclusions pouvant en être tirées. D'abord, il est important de souligner le petit nombre de sujets dans l'échantillon, ce qui n'a pas permis la réalisation d'analyses factorielles et qui a offert une faible puissance statistique aux analyses réalisées. Il aurait également été intéressant de comparer le classement des individus à un autre critère afin de déterminer la valeur du classement réalisé. Il aurait par exemple pu être intéressant de le comparer à un classement subjectif fait par un intervenant ou un interviewer indépendant ou encore à des données observationnelles qui auraient pu soutenir le classement réalisé à partir du questionnaire sur les stades. Si les données disponibles l'avaient permis, il aurait été intéressant d'exécuter des analyses psychométriques plus variées comme des analyses de fidélité temporelle et bissection ou des analyses de validité concomitante et prédictive et même des analyses de sensibilité. Par ailleurs, il semble que la sensibilité de la mesure aurait été améliorée par une définition plus spécifique des stades en fonction d'une pratique spécifique à la fois et non pas des pratiques éducatives de façon générale. Toujours sur le plan méthodologique, le fait de ne pas savoir si les enfants présentent vraiment des problèmes de comportement (certains enfants avaient un diagnostic d'inattention seulement, d'autres parents ont participé à un PEHP sans que leur enfant ne présente un diagnostic), ni si les parents adoptent des pratiques éducatives qui nécessitent un changement a nui à l'interprétation des résultats du classement.

La présente étude s'inscrit dans un processus de recherche au sujet du

changement des pratiques éducatives parentales. De telles études nécessitent de relever plusieurs défis, mais l'identification de mécanismes potentiellement en jeu dans le changement et le développement d'instruments de mesure fidèles et valides en constituent une étape cruciale. Les recherches contribuant à expliquer les changements produits lors des interventions sont nécessaires afin d'améliorer l'efficacité des interventions et de développer des théories du changement comportemental.

Références

- Bandura, A., 1997; Editorial: The anatomy of stages of change. *American journal of health promotion*, 12, 8-10.
- Brug, J., Conner, M., Harré, N., Kremers, S., McKellar, S., Whitelaw, S., 2005; The transtheoretical model and stages of change: a critique. *Health education research*, 20, 244-258.
- Cardinal, B.J., 1997; Construct validity of stages of change for exercise behavior. *American journal of health promotion*, 12, 68-74.
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., Carey, M.P., 1999; Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical psychology: Science and practice*, 6, 245-266.
- Coleman, P.K., Karraker, K.H., 1997; Self-efficacy and parenting quality: Findings and future application. *Developmental review*, 18, 47-85.
- Cordon, J., Somerton, J., 2004; The trans-theoretical model of change: A reliable blueprint for assessment in work with children and families? *British journal of social work*, 34, 1025-1044.
- Cunningham, C.E., 1996; Improving availability, utilization, and cost efficacy of parent training programs for children with disruptive behavior disorders. In R.D. Peters and R.J. McMahon (Eds.) *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency*. Sage, Thousand Oaks, CA, pp.144-160.
- DiClemente C.C., Prochaska, J.O., Gibertini, M., 1985; Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive therapy and research*, 9, 181-200.
- Doss, B.D., 2004; Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11, 368-386.

- Ducharme, J.M., Atkinson, L., Poulton, L., 2000; Success-based, noncoercive treatment of oppositional behavior in children from violent homes. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 39, 995-1004.
- 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.
- Durlak, J.A., 1997; *Successful prevention programs for children and adolescents*. Plenum Press, New York.
- Greenberg, L.S., 1994; The investigation of change: Its measurement and explanation. In R.L. Russell et al. (Eds.), *Reassessing psychotherapy research*. Guilford Press, New York, pp.114-143.
- Greenberg, L.S., 1999; Ideal psychotherapy research: A study of significant change process. *Journal of clinical psychology*, 55, 1467-1480.
- Grimley, D.M., Prochaska, G.E., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Galavotti, C., Cabral, R.J. et al., 1996; Cross-validation of measures assessing decisional balance and self-efficacy for condom use. *American journal of health behavior*, 20, 406-416.
- Gross, D., Fogg, L., Tucker, S., 1995; The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Research in nursing and health*, 18, 489-499.
- Gross, D., Rocissano, L., 1988; Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. *Nurse practitioner*, 13, 19-29.
- Johnson, R.A., & Wichern, D.W., 1982; *Applied Multivariate Statistical Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Jones, L.M., 2000; Maltreating caregivers: An application of the transtheoretical model of change. Thèse de doctorat, University of Rhode Island.
- Kazdin, A.E., 1997; A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research and practice. *Journal of clinical child psychology*, 26, 114-129.
- Kazdin, A.E., 1999; Current (Lack of) status of theory in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of clinical child psychology*, 28, 533-543.
- Kazdin, A.E., Kendall, P.C., 1998; Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of clinical child psychology*, 27, 217-236.
- Kazdin, A.E., Wassell, G., 1999; Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of clinical child psychology*, 28, 160-172.
- Kazdin, A.E., Weisz, J.R., 1998; Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 19-36.
- Kristal, A.R., Glanz, K., Curry, S.J., Patterson, R.E., 1999; How can stages of change be best used in dietary interventions? *Journal of the American dietetic association*, 99, 679-684.
- Levesque, D.A., 1999; Violence desistance among battering men: Existing interventions and the application of the transtheoretical model of change. Thèse de doctorat, University of Rhode Island.
- Littell, J.H., Girvin, H., 2002; Stages of change: A critique. *Behavior modification*, 26, 223-273.

- Malotte, C.K., Jarvis, B., Fishbein, M., Kamb, M., Iatesta, M., Hoxworth, T. et al., 2000; Stage of change versus an integrated psychosocial theory as a basis for developing effective behaviour change interventions. *Aids care*, 12, 357-364.
- McConnaughey, E.A., DiClemente, C.C. Prochaska, J.O., Velicer, W.F., 1989; Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.
- McConnaughey, E.A., Prochaska, J.O., Velicer, W.F., 1983; Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy*, 20, 368-375.
- 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 I Les problèmes internalisés*. Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, pp.141-188.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., 1983; Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 5, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C., 1992; In search of how people change: Application to addictive behaviors. *American psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Fava, J., 1988; Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 520-528.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., et al., 1994; Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health psychology*, 13, 39-46.

- Rothbaum, F., Weisz, J.R., 1994; Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 116, 55-74.
- Serketich, W.J., & Dumas, J.E., 1996; The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 27, 171-186.
- Sutton, S., 2000; Interpreting cross-sectional data on stages of change. *Psychology and health*, 15, 163-171.
- Sutton, S., 2001; Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96, 175-186.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S., 2001; Using multivariate statistics (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Velicer, W.F., Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Brandenburg, N., 1985; Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of personality and social psychology*, 48, 1279-1289.
- Vitaro, F., Caron, J., 2000; La prévention face à la comorbidité des problèmes d'adaptation et à la présence de déterminants multiples. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents: Tome II Les problèmes externalisés*. Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy, pp.557-586.
- Webster-Stratton, C., 1992; Individually administered videotape parent training: "Who benefits?". *Cognitive therapy and research*, 16, 31-52.
- Webster-Stratton, C., 1994; Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62, 583-593.

- Webster-Stratton, C., Hooven, C., 1998; Parent training for child conduct problems. In T. Ollendick (Ed.) *Comprehensive clinical psychology vol. 5: Children and adolescents clinical formulation and treatment*. American Book Co, Oxford, pp. 185-219.
- Webster-Stratton, C., & Spitzer, A., 1996; Parenting a young child with conduct problems: New insights using qualitative methods. In T. Ollendick and R.J. Prinz (Eds.). *Advances in clinical child psychology vol.18*. Plenum Press, New York, pp. 1-62.
- Weersing, V.R., Weisz, J.R., 2002; Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of child psychology and psychiatry*, 43, 3-29.
- Weisz, J.R., Jensen, A.L., 2001; Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European child & adolescent psychiatry*, 10, 12-18.
- Weisz, J.R., Weisz, B., Han, S.S., Granger, D.A., Morton, T., 1995; Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological bulletin*, 117, 450-468.



Tableau I

Caractéristiques Psychométriques (analyses en composante principale, cohérence interne et corrélations) du Questionnaire sur les Stades de Changement des Pratiques Éducatives Parentales

Énoncés _a	Contribution
Analyses en composante principale pour le stade préliminaire	
1: Mon enfant agit comme les autres	,84
6: Tous les enfants ont ces problèmes	,88
20: Notre relation est comme toutes les autres	,62
Analyses en composante principale pour le stade de préquestionnement	
4: Les autres parents ont plus de problèmes	,77
11: Mes réactions répondent à ses besoins	,79
23: Je perds mon temps dans le groupe	,59
Analyses en composante principale pour le stade de questionnement	
3: Je commence à penser à changer	,59
9: Un changement aurait des répercussions négatives	,70
15: Le changement est trop difficile	,71
19: J'hésite à faire des changements	,72
Analyses en composante principale pour le stade de préparation	
5: Je cherche à aider mon enfant et changerai	,74
10: Pour aider mon enfant, je dois changer	,76
16: Je cherche à résoudre nos problèmes	,82

 Analyses en composante principale pour le stade d'action

2: J'utilise des stratégies différentes	,87
8: Je fais des efforts pour changer	,89
22: J'essaie d'améliorer notre relation	,59

 Analyses en composante principale pour le stade de maintien

7: J'essaie de maintenir mes changements	,81
12: Je suis préoccupé(e) par la possibilité de retomber dans nos anciens problèmes	,68
24: J'ai changé depuis au moins 6 mois	,72

 Cohérence interne des échelles

	Pl	Pq	Q	P	A	M
Pourcentage de variance expliquée par la composante déterminé dans l'analyse ci-haut	67,3	52,1	46,2	59,9	47,5	54,6
Alphas de Cronbach	,68	,50	,60	,64	,59	,57
N	89	88	89	88	89	59
Moyenne	3,1	3,4	3,6	2,4	2,0	3,1
Écart-type	1,0	0,75	0,73	0,85	0,54	0,84

 Corrélations entre les stades

Pl: préliminaire	–					
Pq: préquestionnement	,43**	–				
Q: questionnement	-,24*	-,01	–			
P: préparation	-,37**	-,19	,53**	–		
A: Action	,05	-,06	-,03	,26*	–	
M: Maintien	-,03	-,10	-,07	,23	,43**	–

 Notes: a : Numéro et résumé de l'énoncé; * = p<.05; ** = p<.01.

Tableau II

Caractéristiques Psychométriques (analyses en composante principale, cohérence interne et corrélations) du Questionnaire sur les Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives Parentales

Énoncés _a	Contribution
Analyses en composante principale pour le mécanisme 1 (effet des pratiques sur l'enfant)	
1: Mon comportement l'influence négativement	,79
7: Mes réactions ont des conséquences négatives sur ma relation avec lui	,82
12: Mes réactions sont inadaptées à mon enfant	,79
18: Mes réactions l'empêchent de s'améliorer	,82
Analyses en composante principale pour le mécanisme 2 (émotions négatives ressenties)	
2: Je suis découragée face à ma relation avec lui	,77
10: Je suis en colère à cause de ma relation avec lui	,86
17: Je suis optimiste face à ma relation avec lui	,44
19: Je me sens coupable face à ma relation avec lui	,72
Analyses en composante principale pour le mécanisme 3 (renforcement par les adultes)	
3: Je me sens bien quand je fais des efforts pour lui	,73
9: Je me félicite moi-même quand j'utilise des stratégies positives	,71
15: Mon entourage m'encourage à continuer	,77
Analyses en composante principale pour le mécanisme 4 (renforcement par l'enfant)	
4: Il se comporte mieux selon mes réactions	,81
11: Notre relation est plus agréable quand je fais des efforts	,75
16: J'observe que mon enfant apprécie mes efforts	,73

 Analyses en composante principale pour le mécanisme 5 (ouverture à recevoir du soutien)

5: Je parle de lui à une personne importante	,68
8: Je reçois des conseils de personnes compétentes	,83
13: Je vais chercher de l'aide au besoin	,71
20: Quelqu'un sur qui je peux compter m'aide	,73

 Analyses en composante principale pour le mécanisme 6 (évitement des situations difficiles)

14: J'évite les situations plus difficiles pour notre relation	,84
21: J'évite les personnes avec qui c'est plus difficile	,84

 Cohérence interne des mécanismes

	1	2	3	4	5	6
Pourcentage de variance expliquée par la composante déterminé dans l'analyse ci-haut	65,4	50,9	54,3	58,2	54,7	70,3
Alphas de Cronbach	,82	,66	,58	,64	,72	,57
N	84	75	87	86	84	85
Moyenne	2,5	2,3	2,9	3,0	2,7	1,9
Écart-type	1,0	0,8	1,1	1,1	1,1	1,1

 Corrélations entre les mécanismes

1: Effet des pratiques sur l'enfant	–					
2: Émotions négatives ressenties	,56**	–				
3: Renforcement par les adultes de l'entourage	,23*	-,11	–			
4: Renforcement par la réaction de l'enfant	,33**	-,13	,69**	–		
5: Ouverture à recevoir du soutien	,33**	,30**	,54**	,42**	–	
6: Évitement des personnes ou situations difficiles	,35**	,40**	-,02	-,12	-,02	–

Notes: _a: 1: Effet des pratiques sur l'enfant; 2: Émotions négatives ressenties; 3: Renforcement par les adultes de l'entourage; 4: Renforcement par la réaction de l'enfant; 5: Ouverture à recevoir du soutien; 6: Évitement des personnes ou situations difficiles; _b: Numéro et résumé de l'énoncé; *= $p<.05$; **= $p<.01$.

Tableau III

Caractéristiques Psychométriques (analyse factorielle et cohérence interne) du Questionnaire sur la Perception des Avantages et des Inconvénients au changement des Pratiques Éducatives

	Avantages	Inconvénients
Analyses factorielles pour chaque échelle		
Énoncés _a		
1: je me sentirai mieux avec moi-même	,91	
2: je serai plus en mesure d'aider mon enfant	,93	
3: je me sentirai plus en contrôle de ma vie	,86	
5: mon enfant sera hors de contrôle		,81
6: il y aura des conflits avec mon conjoint		,65
8: les changements demandent trop d'efforts		,83
Cohérence interne		
Pourcentage de variance expliquée par la composante déterminé dans l'analyse ci-haut*	51,1	24,4
Alphas de Cronbach	,91	,78
N	85	70
Moyenne	3,0	3,7
Écart-type	1,2	1,1

Notes: _a: Numéro et résumé de l'énoncé; * le pourcentage cumulatif de variance expliquée par les deux échelles est de 75,5%

Tableau IV

Corrélations des Stades de Changement avec les Mécanismes de Changement et les Pratiques Éducatives des Parents

	Stades de changement ¹					
	PI	Pq	Q	P	A	M
<i>Mécanismes²</i>						
(n=58)						
Effet	,30*	,21	-,32*	-,23	-,01	-,02
Émotions	,44**	,24	-,35**	-,24	-,20	-,17
Renf. adultes	-,14	,02	,001	-,08	-,33*	-,23
Renf. enfant	-,20	,01	,002	,09	-,10	-,13
Soutien	,09	,18	-,02	-,03	-,12	-,04
Évitement	,48**	,18	-,41**	-,23	-,20	-,34*
Avantages	,06	-,19	,34**	,05	,10	,22
Inconvénients	-,26*	-,06	,17	,07	-,05	,17
<i>Pratiques³</i>						
(n=55)						
DPI	,17	,32*	-,36**	-,08	,14	,03
PP	,20	,12	-,25	-,23	,03	-,07
DVP	-,12	,01	,34**	,07	-,19	-,05
FR	,12	,10	,14	-,16	-,36**	-,16
DA	-,09	,11	,01	-,07	-,17	-,13
CA	-,17	-,07	-,001	,01	-,15	-,12
SUP	-,05	-,02	,05	,12	,32*	,22

Notes: ¹Stades : Pl : préliminaire; Pq : préquestionnement; Q : questionnement; P : préparation; A : action; M : maintien; ²: Mécanismes : Effet : Effet des pratiques sur l'enfant; Émotions : Émotions négatives ressenties; Renf. adultes : Renforcement par les adultes de l'entourage; Renf. enfant : Renforcement par la réaction de l'enfant; Soutien: Ouverture à recevoir du soutien; Évitement: Évitement des personnes ou situations difficiles Balance décisionnelle : Avantages : Avantages au changement; Inconvénients: Inconvénients au changement; ²Pratiques éducatives : DPI=Discipline punitive et inconstante; PP=Punition physique; DVP=Discipline verbale positive; FR=Félicitations et récompenses; DA=Discipline appropriée; CA=clarté des attentes; SUP=supervision; * : $p < ,05$; ** : $p < ,01$.



Article 3

Mécanismes de changement des
pratiques éducatives parentales

Accord des coauteurs

Identification de l'étudiant et du programme

Marie-Josée Letarte

Doctorat de recherche en psychologie

Description de l'article

Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives Parentales, sera soumis à la Revue Internationale d'Éducation Familiale, par Letarte, Marie-Josée et Normandeau, Sylvie.

Déclaration du la coauteur

À titre de coauteur de l'article identifié ci-dessus, je suis d'accord pour que Marie-Josée Letarte inclut cet article dans sa thèse de doctorat qui a pour titre *Stades et Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives lors d'un Programme d'Entraînement aux Habiletés Parentales*.

Sylvie Normandeau

Coauteur



Sylvie Normandeau

Entête: MÉCANISMES DE CHANGEMENT

Mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales

Marie-Josée Letarte et Sylvie Normandeau

Université de Montréal

Adresse de correspondance:

Sylvie Normandeau


Université de Montréal, École de Psychoéducation

C.P. 6128 succursale Centre-ville

Montréal, Québec, Canada, H3C 3J7

Tél. 514-343-7391

Fax. 514-343-2185



Résumé

L'étude a pour but d'étudier les mécanismes de changement chez des parents qui participent à un programme d'intervention visant à modifier leurs pratiques éducatives. Les résultats démontrent que les variables identifiées ne sont pas des mécanismes puisqu'elles n'ont pas un rôle médiateur de l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives des parents. Néanmoins, sept des variables étudiées ont un rôle dans la prédiction des pratiques éducatives parentales. Parmi ces prédicteurs, certains ont un caractère individuel (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, émotions ressenties et perception des avantages au changement), les autres ont plutôt un caractère relationnel (ouverture à recevoir du soutien, renforcement reçu de l'entourage ou de l'enfant). La discussion porte sur les considérations reliées à l'intervention tirées de ces résultats et mettent l'emphase sur l'importance pour les programmes d'entraînement aux habiletés parentales de favoriser les prises de conscience des parents à l'égard de leur relation avec leur enfant.

Mots clés: pratiques éducatives parentales, mécanismes de changement, prédicteurs

Mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales

Le programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) constitue une intervention de choix pour aider les enfants qui éprouvent des difficultés comportementales, notamment des problèmes de désobéissance et d'agressivité (Hartman, Stage & Webster-Stratton, 2003; Kazdin & Weisz, 1998; Weersing & Weisz, 2002). Ces programmes s'appuient sur l'idée que les parents sont des agents de socialisation de première importance dans le développement des enfants et qu'ils sont les mieux placés pour les soutenir dans leur développement. Ils ont pour but d'aider les parents à mieux gérer les comportements dérangeants de leur enfant afin d'améliorer la qualité de la relation parent-enfant et éventuellement de diminuer la fréquence et l'intensité des comportements perturbateurs des enfants.

Plusieurs PEHP sont "efficaces" selon les critères établis par Chambless et Hollon (1998), c'est-à-dire qu'ils sont appuyés par des études évaluatives démontrant leur efficacité tant dans un milieu contrôlé que dans la communauté et auprès de populations variées, ces études ayant été reproduites par des chercheurs indépendants. Une méta-analyse de Serketich et Dumas (1996) démontre qu'ils ont un effet positif sur les parents, sur les enfants et au niveau des interactions parents-enfant et que leurs effets positifs se généralisent à la fratrie et à l'école et se maintiennent jusqu'à 3 ans après la fin du programme (recensions : Kazdin, 1997; Normandeau & Venet, 2000; Webster-Stratton & Hooven, 1998; Weisz, Weisz, Hann, Granger & Morton, 1995; Weersing & Weisz, 2002). Par exemple, pour ce qui est de l'effet sur les parents, Peed, Roberts et Forehand (1977), Webster-Stratton (1982, 1984, 1992, 1994, 1998a), Eyberg et Matarazzo (1980) et Sanders, Markie-Dadds, Tully et Bor (2000) observent que les parents font moins de commandes indirectes ou de critiques et utilisent plus

les commandes claires ou les félicitations suite à leur participation à un PEHP. Par ailleurs, les parents ou les enseignants observent que les enfants sont moins négatifs et plus indépendants dans leurs interactions et que la fréquence et l'intensité de leurs comportements déviants diminuent alors que leurs comportements d'obéissance augmentent (Kazdin, 1997; Kazdin & Weisz, 1998; Serketich & Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1984). En outre, plusieurs enfants ne présentent plus de problèmes de comportement de niveau clinique suite à la participation de leur parent à un PEHP (Kazdin, 1997; Kazdin & Weisz, 1998; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004). De l'avis de plusieurs chercheurs, les PEHP constituent le traitement le plus prometteur pour les enfants qui vivent des difficultés comportementales puisqu'ils produisent autant d'effets positifs sur le comportement des enfants que les programmes d'intervention destinés directement aux enfants et que les programmes de soutien aux enseignants et qu'ils produisent plus d'effets que ces deux types de programmes sur les pratiques éducatives des parents et sur la relation parent-enfant (Kazdin & Weisz, 1998; Webster-Stratton et al., 2004; Weisz & Jensen, 2001).

Bien qu'il soit démontré que les PEHP sont associés à des effets positifs, toutes les familles ne répondent pas aussi positivement à l'intervention (Weersing & Weisz, 2002). Webster-Stratton et al. (2004) rapportent qu'environ le tiers des enfants dont un parent a participé à un PEHP présentent toujours des problèmes de comportement de niveau clinique à l'école ou avec les pairs immédiatement après le programme ou quelques mois plus tard. Des études ont démontré que différents facteurs influencent l'efficacité des PEHP. Les parents qui présentent le plus de difficultés relationnelles avec leur enfant au début de l'intervention sont plus susceptibles d'abandonner ou de moins bénéficier de l'intervention (McMahon,

Forehand, Griest & Wells, 1981; Patterson & Forgatch, 1995). Les conditions de vie familiale difficiles, notamment les conflits conjugaux, la monoparentalité, les stress environnementaux, l'isolement social sont aussi des facteurs associés négativement à la persévérance des parents dans un PEHP ou aux effets de ces programmes, de même que certaines caractéristiques personnelles des parents comme des problèmes de santé mentale (par exemple, la dépression), une faible estime de soi, un faible sentiment d'efficacité parentale et le fait qu'ils attribuent la désobéissance de leur enfant à son manque d'effort et à son humeur (Hoza et al., 2000; Kazdin, 1997; Kazdin, Holland & Crowley, 1997; Serketich & Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1985; Webster-Stratton & Hammond, 1990). Chez les enfants, des comportements antisociaux graves et la présence de plusieurs problèmes concomitants sont associés à une moindre efficacité de ces programmes (Kazdin, 1997).

Des auteurs comme Kazdin (1999; Kazdin & Kendall, 1998; Kazdin et Weisz, 1998), Weisz (Weersing & Weisz, 2002; Weisz & Jensen, 2001), Doss (2004) et Greenberg (1994, 1999) estiment que pour améliorer l'efficacité des interventions réputées efficaces, il faut des recherches qui contribueront à identifier les mécanismes associés aux effets de ces interventions. En effet, il importe non seulement d'identifier les programmes qui sont plus efficaces que d'autres, mais aussi de comprendre comment une intervention agit et de connaître les individus auprès de qui elle est efficace pour être en mesure de cibler plus directement les mécanismes qui jouent un rôle médiateur au niveau du changement comportemental (Doss, 2004; Kazdin, 1998, 1999). Plus précisément, ces auteurs invoquent quatre raisons de promouvoir (et réaliser) de telles études. Premièrement, l'identification des ingrédients actifs qui contribuent au changement permettrait de planifier des

interventions réunissant et exacerbant ces ingrédients afin d'amplifier les effets positifs des programmes d'intervention efficaces (Doss, 2004; Greenberg, 1994; Kazdin, 2001). Deuxièmement, la connaissance des mécanismes de changement devrait permettre une meilleure dissémination des interventions reconnues comme efficaces. En effet, des manuels et des formations dans lesquels les mécanismes associés au changement seraient identifiés de façon explicite permettraient aux intervenants d'appliquer plus fidèlement les programmes évalués et d'obtenir une meilleure efficacité de l'intervention (Doss, 2004; Kazdin, 2001). Troisièmement, ces études permettraient de développer des théories du changement permettant de mieux comprendre pourquoi et comment changent les individus (Greenberg, 1986, 1994; Kazdin, 1998, 1999). Finalement, elles permettraient de vérifier les modèles théoriques qui sous-tendent les interventions, c'est-à-dire vérifier si les processus proximaux ciblés par le traitement sont effectivement reliés aux résultats recherchés et quels aspects de l'intervention sont responsables des changements observés (Greenberg, 1991; Kazdin, 1998, 1999).

Doss (2004) décrit une méthodologie pour l'étude du changement des comportements. Il propose de partir des connaissances déduites des études évaluatives sur les interventions pour identifier les mécanismes de changement du comportement puis finalement chercher les processus de l'intervention qui y sont associés. Dans un premier temps, il suggère de décrire en détails les changements produits à la fin d'une intervention au niveau des comportements ciblés par le programme (résultats thérapeutiques), que ce soit leur nombre, leur nature, le moment où ils se produisent ou les caractéristiques des individus chez qui ils sont observés. En second lieu, il propose d'identifier des mécanismes associés à ce changement. Les

mécanismes sont des changements intermédiaires au niveau des caractéristiques ou des habiletés du participant, observés dans leur milieu de vie naturel, qui résultent directement de l'intervention et qui donnent lieu aux changements des comportements ciblés par le programme. Doss propose de les mesurer, de tester s'ils ont un rôle de médiateur de l'effet de l'intervention et de vérifier si le changement à leur niveau précède le résultat thérapeutique. Une fois les mécanismes de changement connus, la dernière étape consiste à identifier les processus d'une intervention. Il s'agit des caractéristiques de l'intervention ainsi que des changements immédiats d'attitudes ou de comportements observés chez le participant pendant l'intervention. Ces processus sont réputés responsables du changement observé au niveau des mécanismes.

Doss (2004) avance plusieurs raisons qui justifient d'étudier les mécanismes de changement avant les processus de l'intervention. D'abord, des études sur les mécanismes permettent une approche exploratoire qui permet de se dégager du modèle thérapeutique. En effet, le changement au niveau des mécanismes peut être causé par différents processus de l'intervention ou même par des événements externes à l'intervention. De plus, il est plus pertinent théoriquement et plus facile méthodologiquement de relier les processus de l'intervention aux mécanismes qu'aux résultats thérapeutiques. Par ailleurs, les mécanismes sont des variables se situant dans l'individu plutôt que dans l'intervention, ce qui en facilite l'exploration. Finalement, s'il est démontré que le changement au niveau de l'utilisation d'un mécanisme n'est pas relié aux résultats thérapeutiques, on évitera de chercher inutilement les processus de l'intervention qui y seraient associés.

Dans le cadre de l'étude des PEHP, la première étape de la méthodologie proposée par Doss (2004) est relativement bien réalisée. En effet, les études évaluant

l'efficacité des PEHP sont nombreuses et nous informent bien quant aux changements qu'ils peuvent produire et quant aux caractéristiques des parents et des enfants qui en bénéficient (Kazdin, 1997; Kazdin & Kendall, 1998; Kazdin & Weisz, 1998). Toutefois, en dépit du nombre impressionnant d'études portant sur les PEHP, on en sait bien peu sur les mécanismes qui expliquent ces résultats, ce qui constitue la deuxième étape de la méthodologie proposée. Pour réaliser cette deuxième étape, il faut identifier des variables qui pourraient jouer le rôle de mécanisme servant de médiateur de l'effet des PEHP sur les pratiques éducatives parentales.

Les études qui identifient des mécanismes de changement des pratiques éducatives des parents pendant un PEHP sont peu nombreuses. Seules quelques études permettent de suggérer des facteurs associés au changement des pratiques éducatives, sans confirmer leur rôle médiateur de l'effet des PEHP. Par exemple, la participation à un PEHP est associée à une augmentation du sentiment d'auto-efficacité des parents qui lui, prédit les pratiques éducatives parentales (Coleman & Karraker, 1997; Gross, Fogg & Tucker, 1995; Webster-Stratton, 1992). La participation des parents à un PEHP est aussi associée à une diminution du stress parental (Ducharme, Atkinson & Poulton, 2000; Gross et al., 1995; Webster-Stratton, 1992, 1994), lequel prédit le changement du comportement de l'enfant (Kazdin & Wassell, 1999). Ces études suggèrent que le sentiment d'auto-efficacité et le stress parental pourraient être des mécanismes jouant un rôle médiateur en transmettant l'effet des PEHP sur les pratiques éducatives des parents.

Les études portant sur les PEHP ne suffisant pas pour identifier les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales, Doss (2004) et Kazdin (1998) invitent les chercheurs à explorer plusieurs mécanismes potentiels tirés

de différents modèles théoriques. Le modèle transthéorique, développé par Prochaska et DiClemente (1983), est tout à fait pertinent dans ce contexte. Après avoir recensé 18 approches thérapeutiques ayant démontré leur efficacité à induire un changement, ils proposent des mécanismes utilisés par les individus pour modifier leur comportement. Ces mécanismes ont fait l'objet d'études de validation démontrant leur pertinence dans l'étude du changement de comportements liés à la santé physique (par exemple, la consommation de tabac ou d'alcool, le contrôle du poids, l'exercice physique). Parmi les mécanismes qu'ils proposent, certains peuvent inspirer l'étude du changement des pratiques éducatives: le sentiment d'auto-efficacité, la perception d'avantages et d'inconvénients au changement (balance décisionnelle), le fait de ressentir des émotions par rapport à son problème, l'observation de l'effet de son comportement sur son entourage, l'ouverture à recevoir du soutien de personnes compétentes et le renforcement.

Par exemple, il est probable que la perception de moins d'inconvénients et de plus d'avantages au changement de ses pratiques incite un parent à amorcer des changements. De plus, un parent qui ressent du découragement ou de la colère par rapport à sa relation avec son enfant cherchera éventuellement à modifier la situation. L'ouverture du parent à discuter de sa relation avec son enfant avec une personne de confiance peut non seulement faciliter l'amorce du changement chez le parent, mais peut aussi favoriser le maintien de nouvelles pratiques éducatives. Par ailleurs, le renforcement des nouvelles pratiques éducatives des parents, qui correspond à la gratification et aux récompenses reçues suite au changement effectué ou à son maintien, pourrait provenir des réactions positives des adultes de l'entourage du parent ou encore du fait que son enfant améliore son comportement suite à ses efforts.

Finalement, l'observation par le parent des effets négatifs des pratiques qu'il utilise sur le comportement de son enfant peut aussi l'amener à se questionner sur son comportement pour éventuellement le modifier.

La présente étude a pour but d'explorer la pertinence de neuf variables présumées être des mécanismes associés au changement des pratiques éducatives parentales pendant un PEHP, soit le sentiment d'auto-efficacité, le stress parental, les émotions négatives ressenties, la perception d'avantages et d'inconvénients au changement, l'ouverture à recevoir du soutien, le renforcement par les adultes de son entourage, le renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et l'observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant. Weersing et Weisz (2002) et Doss (2004) notent l'importance de l'aspect longitudinal dans de telles études. En effet, elles devraient comporter des mesures fréquentes des mécanismes et du comportement à l'étude, certains mécanismes pouvant jouer un rôle différent à différentes périodes du programme d'intervention. De plus, il faut saisir le changement de ces variables au moment où il apparaît. Cette considération longitudinale constitue l'originalité de la présente étude puisque les mécanismes sont mesurés à plusieurs reprises, avant et pendant l'intervention. Par ailleurs, pour démontrer une relation causale entre les processus de l'intervention, les mécanismes de changement et les résultats thérapeutiques, il faut trouver une influence directe d'une variable sur une autre.

Étant donné la nature exploratoire de la présente recherche, elle se divise en deux études. L'objectif spécifique de la première étude est de vérifier si chacune des variables identifiées (mécanismes), mesurées à plusieurs reprises (cinq temps de mesure), joue un rôle de médiateur de l'effet de l'intervention sur les pratiques

éducatives des parents. Cet objectif découle des recommandations de Kazdin (1999) et de Doss (2004). La procédure proposée par Baron et Kenny (1986) pour déterminer le rôle médiateur des variables s'avère toute indiquée pour y arriver (Kazdin, 1999; Weersing & Weisz, 2002) et sera suivie dans le cadre de cette étude. Par la suite, la seconde étude approfondira l'exploration parce que plusieurs des variables à l'étude n'ont jamais été associées aux pratiques éducatives auparavant. Elle vérifiera si, indépendamment de l'intervention, les mécanismes ont un lien avec les pratiques éducatives des parents, que ce soit au niveau de la prédiction des pratiques éducatives ou du changement des pratiques éducatives parentales.

Méthode

Sujets

Les participants à cette étude sont 58 parents principaux (50 mères et 8 pères) et leur enfant (49 filles et 9 garçons; âge moyen des enfants: 8 ans 6 mois). Un parent est considéré comme principal s'il est disponible pour participer à la recherche ou s'il est celui qui passe le plus de temps avec l'enfant. Ils ont été référés au projet *Ces années incroyables* par un professionnel du milieu de la santé, de l'éducation ou des services sociaux parce que leur enfant présente un trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité (TDAH). Le TDAH est le problème d'adaptation le plus commun chez les enfants d'âge scolaire (Szatmari, 1992) et celui pour lequel les parents consultent le plus. Il se caractérise par un ensemble de comportements perturbateurs parmi lesquels les problèmes d'attention, d'hyperactivité et d'impulsivité prédominent. Les chercheurs rapportent un pourcentage variable de comorbidité du TDAH avec notamment les troubles de l'opposition (30% à 60% des cas), les troubles des

conduites (30% à 50% des cas), ou les troubles anxieux (30% à 50% des cas) (Conners et Erhard, 1998; Hinshaw, 1992).

Les critères d'entrée dans l'étude étaient (a) l'enfant est âgé entre 6 ans et 9 ans; (b) l'enfant rencontre les critères diagnostiques du TDAH selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. [DSM-IV] American Psychiatric Association, 1994); (c) bien que l'enfant puisse présenter d'autres problèmes de santé mentale, le TDAH est le problème principal de l'enfant selon le DISC-IV (1997); (d) l'enfant ne présente pas de retard mental, de trouble de langage ou d'apprentissage sévère, de maladies neurologiques avérées, de syndrome Gilles de la Tourette ou des tics graves, ni de trouble obsessionnel compulsif et n'est pas né prématurément (<35 semaines); (e) l'enfant prend la dose idéale de méthylphénidate qui lui a été prescrite.

Les parents sont assignés à l'une des trois conditions expérimentales suivantes: médication (contrôle: n=13); médication et soutien psychosocial téléphonique (ST: n=18); médication et programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP: n=27). Cette répartition des parents a pour but de vérifier l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives parentales, ce qui est préalable à la vérification du rôle médiateur des mécanismes dans cet effet (objectif de la première étude). Pour vérifier le rôle des mécanismes dans la prédiction des pratiques éducatives ou dans le changement des pratiques éducatives (objectif de l'étude 2), l'ensemble des parents sera regroupé, sans égard à leur condition expérimentale d'origine.

Médication. Les parents de ce groupe ne reçoivent aucun soutien psychosocial dans le cadre du projet de recherche. Une fois le dosage du méthylphénidate établi, ils ne sont contactés que pour les évaluations requises pour l'étude.

Soutien psychosocial téléphonique. Les parents de ce groupe reçoivent 8 appels téléphoniques d'environ 30 minutes s'échelonnant sur une période de 16 semaines à raison d'un appel aux deux semaines. Chaque appel permet à l'intervenant d'aborder un sujet différent en lien avec la relation parent-enfant (par exemple, les félicitations ou l'établissement de limites claires). Le rôle de l'intervenant consiste à écouter le parent et à discuter les expériences concrètes qu'il vit avec son enfant en regard de chaque thème.

Programme d'entraînement aux habiletés parentales. Les parents de ce groupe participent au PEHP *Ces années incroyables* (Webster-Stratton, 1998b). Ce programme a été sélectionné parce qu'il y a des manuels qui décrivent le contenu du programme, les objectifs spécifiques, les activités pour chaque rencontre et les vignettes à utiliser. Par ailleurs, ce programme a été recommandé par la Society for Prevention Research en raison de sa qualité, de la qualité et l'ampleur des recherches effectuées et des effets positifs rapportés. Le programme s'adresse à des groupes de parents (7 à 16 parents par groupe) et s'échelonne sur une période de 16 semaines à raison d'une rencontre de 2 heures par semaine. Le programme vise à: 1) développer une relation parent-enfant harmonieuse; 2) soutenir les parents dans l'apprentissage de pratiques éducatives efficaces et utilisées de façon cohérente; 3) améliorer les processus de résolution de problèmes et la communication au sein de la famille et avec les enseignants. Des vignettes (300 vignettes disponibles) 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. Deux intervenantes dûment formées à l'approche collaborative (Normandeau et Venet, 2000) ont animé les groupes de parents. Le PEHP *Ces années incroyables* a fait

l'objet d'études démontrant qu'il permet une amélioration des pratiques éducatives des parents et du comportement de l'enfant (pour une présentation détaillée, voir Normandeau & Venet, 2000). Le contenu et les activités proposés sont décrits à l'annexe E de la thèse.

Instruments de Mesure

L'annexe F de la thèse présente les instruments de mesure de façon plus détaillée.

Évaluation du TDAH. Le diagnostic de TDAH de l'enfant a d'abord été établi par le médecin traitant de l'enfant, puis il est confirmé par les assistants de l'équipe de recherche. Pour ce faire, le parent participe à une entrevue diagnostique couvrant les critères diagnostiques du DSM IV (DISC IV, 1997; bonne fiabilité test-retest, Schaffer et al., 2000). Cette entrevue est effectuée par une assistante de recherche. Par la suite, il complète le Conner's (1997), un questionnaire de 80 énoncés regroupés en échelles évaluant les comportements spécifiques du TDAH et les comportements associés (alpha de ,73 à ,94; test-retest de ,70) et le questionnaire de renseignements généraux qui informe sur l'histoire familiale et médicale de l'enfant. L'enseignant de l'enfant complète aussi le Conners' (2001), un questionnaire de 59 questions. Le pédopsychiatre de l'équipe de recherche rencontre finalement la famille pour compléter l'évaluation et confirmer le diagnostic.

Critères de sélections des enfants. Des tests administrés aux enfants et l'entrevue complétée par les parents (DISC-IV) permettent de s'assurer que les enfants rencontrent les critères de sélection. Le DISC-IV confirme l'absence du syndrome Gilles de la Tourette, des tics graves et du trouble obsessionnel compulsif. Le Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC, 3rd ed.; Wechsler, 1991) permet de

confirmer que l'enfant ne présente pas de retard mental, de trouble de langage ou d'apprentissage sévère. Pour participer à l'étude, l'enfant doit avoir un quotient intellectuel supérieur à 79. Le WISC (3rd ed.) présente de bonnes caractéristiques psychométriques et est utilisé dans de nombreuses études. Finalement, le Woodcock-Johnson Questionnaire (Woodcock, & Johnson, 1990) vérifie l'âge développemental de l'enfant.

Variables de contrôle. Afin d'établir l'équivalence des groupes au niveau de caractéristiques pouvant influencer l'effet des interventions, le parent complète différents questionnaires au moment de l'évaluation diagnostique: 1) l'Échelle d'Ajustement Marital de Locke et Wallace (1959, traduit et adapté par Wright & Sabourin, 1985) (alpha de ,90); 2) l'Inventaire de dépression de Beck (1967) (alpha de ,86; Beck, Steer & Garbin, 1988).

Pratiques éducatives parentales au pré-test et au post-test. Les pratiques éducatives parentales ont été évaluées à l'aide d'une traduction du Parenting Practice Interview (PPI: Webster-Stratton, 1998a). Les parents indiquent l'utilisation qu'ils font de pratiques parentales positives ou négatives sur une échelle de type Likert. Ce questionnaire de 80 questions permet d'attribuer un score entre 1 et 7 aux parents pour chacune des sept pratiques éducatives: discipline punitive et inconstante, punitions physiques, discipline verbale positive, félicitations et récompenses, discipline appropriée, clarté des attentes et supervision. Il est sensible aux variations des pratiques éducatives suite à une intervention et ses qualités psychométriques sont reconnues (alphas entre ,54 et ,82).

Mécanismes de changement. Les 9 mécanismes de changement retenus du modèle transthéorique ou des travaux sur les PEHP ont été mesurés à l'aide de quatre

instruments différents. Le sentiment d'auto-efficacité parental à l'égard de sa capacité à gérer le comportement de l'enfant est mesuré avec le questionnaire de Dumka, Stoerzinger Jackson et Roosa (1996). L'instrument comporte cinq énoncés pour lesquels le parent indique son niveau d'accord sur une échelle de type Likert allant de fortement d'accord (1) à fortement en désaccord (5). Le score d'auto-efficacité correspond à la moyenne des réponses à tous les énoncés du questionnaire (Cronbach = 0,70). Le stress parental a été mesuré avec l'échelle de détresse parentale de l'indice de stress parental (ISP; Bigras, LaFrenière, & Abidin, 1996). Ce questionnaire comporte douze énoncés pour lesquels le parent indique son niveau d'accord sur une échelle allant de profondément d'accord (1) à profondément en désaccord (5) (Cronbach = ,84). Plus le score obtenu est faible, plus le parent ressent du stress par rapport à sa relation avec son enfant. La perception des avantages et des inconvénients au changement est mesurée à l'aide d'un questionnaire inspiré des travaux de Jones (2000) comportant six énoncés (Letarte & Normandeau, soumis). Les parents indiquent leur niveau d'accord avec chaque énoncé sur une échelle de type Likert allant de fortement d'accord (1) à fortement en désaccord (5). La moyenne des réponses aux trois premiers énoncés représente les avantages au changement (Cronbach = ,91) alors que celle des trois suivants porte sur les inconvénients au changement (Cronbach = ,78). Le dernier questionnaire évalue cinq mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales (Letarte & Normandeau, soumis): 1) le fait de ressentir des émotions négatives par rapport à la relation du parent avec son enfant (Cronbach = ,66); 2) l'ouverture du parent à recevoir du soutien (Cronbach = ,72); 3) la perception de renforcement par les adultes de son entourage (Cronbach = ,58); 4) la perception de renforcement par la réaction

comportementale de son enfant (Cronbach = ,64) et 5) l'observation des effets de ses pratiques éducatives sur le comportement de l'enfant (Cronbach = ,82). Ce questionnaire inspiré des travaux de Prochaska, Velicer, DiClemente et Fava (1988) comporte 21 items pour lesquels le parent indique la fréquence à laquelle il a utilisé le mécanisme en question au cours de la dernière semaine, sur une échelle de type Likert allant de jamais (1) à constamment (6).

Procédure

Les familles ont été recrutées en 4 cohortes entre janvier 2003 et octobre 2004. Les enfants de l'échantillon présentent un diagnostic de TDAH posé par leur médecin traitant, lequel a été confirmé à l'aide de questionnaires, d'entrevues et de rencontres avec le pédopsychiatre de l'équipe de recherche (voir section sur les instruments de mesure). La dose idéale de médication a ensuite été établie par le pédopsychiatre de l'équipe de recherche à l'issue d'une procédure de dosage à double insu. Une semaine avant le début du suivi psychosocial, les parents ont complété les questionnaires du pré-test (T1) et les questionnaires sur les mécanismes de changement. Afin de mesurer les mécanismes de changement tout au long de l'intervention, les parents ont été contactés par téléphone à quatre reprises (semaine 2 = T2, semaine 6 = T3, semaine 10 = T4, semaine 14 = T5), avec un intervalle de quatre semaines entre chaque mesure. Tel que recommandé par Doss (2004), l'utilisation des mécanismes par les parents est évaluée à l'extérieur des rencontres, dans leur quotidien, pour bien les distinguer des processus de l'intervention. Le post-test (T6) a été complété une semaine après la fin du suivi psychosocial, celui-ci étant constitué des mêmes questionnaires que le pré-test.

Démarche Statistique des Deux Études

L'objectif de la première étude étant de vérifier si les mécanismes identifiés sont des médiateurs de l'effet du PEHP sur les pratiques éducatives parentales, la procédure de Baron et Kenny (1986) sera suivie. Cette procédure implique quatre étapes : 1) vérifier si la variable indépendante (ici l'intervention) a un effet sur la variable dépendante (ici les pratiques éducatives des parents); 2) vérifier si la variable indépendante a un impact sur la variable médiatrice (ici les mécanismes); 3) vérifier le lien entre la variable médiatrice et la variable dépendante; 4) si ces trois liens sont démontrés, vérifier si la variable médiatrice est vraiment médiatrice de l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante à l'aide du test de Sobel (Preacher & Leonardelli, 2005). Si le test de Sobel indique que la présence du mécanisme dans l'analyse contribue à diminuer l'ampleur de la relation entre variable indépendante et dépendante, c'est que le mécanisme joue un rôle médiateur dans cette relation. Pour ces analyses, les participants sont séparés en trois conditions expérimentales dans le but de vérifier l'effet du PEHP.

Comme il sera constaté dans la première étude que les mécanismes ne jouent pas un tel rôle médiateur, la réflexion sera approfondie afin de vérifier si les mécanismes identifiés peuvent néanmoins être pertinents dans l'étude des pratiques éducatives parentales. L'objectif de la deuxième étude est donc de vérifier plus en détails, quels sont les liens entre les mécanismes et les pratiques éducatives des parents, indépendamment de l'intervention. Pour ces analyses, tous les participants sont regroupés et l'échantillon ne constitue qu'un seul groupe de 58 parents.

La première vérification porte sur le rôle additif des mécanismes dans la prédiction des pratiques éducatives des parents. Des analyses vérifieront d'abord s'il

y a une corrélation entre ces variables. Si ce lien existe, d'autres analyses vérifieront si la contribution des mécanismes à la prédiction des pratiques éducatives des parents est valable même quand un contrôle est exercé pour les pratiques éducatives au pré-test. Les résultats indiqueront l'apport des mécanismes au niveau de l'explication de la variance des pratiques éducatives parentales. Par ailleurs, les mécanismes devant théoriquement être associés au changement des parents, il est possible qu'ils soient reliés aux pratiques éducatives seulement chez les parents qui modifient ces pratiques. Des analyses vérifieront donc le rôle modérateur du changement des pratiques éducatives dans la relation entre les mécanismes et les pratiques éducatives. Si la démonstration était faite que les mécanismes expliquent une proportion significative des pratiques éducatives au-delà des pratiques éducatives au pré-test, on conclurait qu'une intervention les ciblant spécifiquement et ayant un impact à leur niveau aurait indirectement un effet sur les pratiques éducatives parentales.

La seconde vérification porte sur le rôle médiateur des mécanismes dans le changement des pratiques éducatives des parents entre deux temps de mesure. La confirmation de ce rôle médiateur suggérerait que le changement des pratiques éducatives parentales entre deux temps de mesure est expliqué en partie par l'utilisation des mécanismes. De tels résultats justifieraient une fois de plus l'importance de cibler plus spécifiquement ces variables dans les interventions visant un changement au niveau des pratiques éducatives. La procédure proposée par Baron et Kenny (1986) pour vérifier le rôle médiateur décrite plus tôt sera suivie.

Résultats

Les résultats des deux études sont présentés séparément. Dans un premier temps, les résultats portant sur le rôle médiateur des mécanismes de changement dans

l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives des parents seront présentés.

Dans un second temps, les résultats portant sur le rôle prédictif des mécanismes au niveau des pratiques éducatives et du changement des pratiques éducatives parentales seront rapportés. Notez que les tableaux complets de ces études sont rapportés à l'annexe G de la thèse.

Étude 1: Rôle médiateur des mécanismes de changement dans l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives parentales

Certaines caractéristiques des participants à un PEHP pouvant influencer les résultats obtenus par l'intervention (par exemple Kazdin, 1997; Kazdin et al., 1997; Webster-Stratton & Hammond, 1990), des analyses préliminaires ont vérifié l'équivalence des groupes au niveau de ces variables (voir tableau 1). Des analyses de variance univariées et des Chi carrés ont confirmé l'équivalence des trois groupes expérimentaux au niveau du type du TDAH diagnostiqué (déficit de l'attention, hyperactivité ou mixte), du nombre de comorbidités présentées par les enfants, du sexe et de l'âge des enfants, du statut socioéconomique, de la structure familiale, de la dépression parentale et de l'ajustement marital. Les groupes expérimentaux se distinguent uniquement au niveau du sexe du parent participant, le groupe PEHP incluant significativement plus de pères que le groupe contrôle. Les groupes expérimentaux étant dans l'ensemble équivalents, il est possible de procéder à la vérification du rôle médiateur des mécanismes dans l'effet du PEHP sur les pratiques éducatives des parents.

Insérer le tableau 1

Première Étape: Effet de l'Intervention sur les Pratiques Éducatives des Parents

L'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives des parents a été vérifié à l'aide d'analyses de variance à mesures répétées [groupe (3) × temps (T1, T6)] pour chaque pratique éducative. Le tableau 2 présente les moyennes et écart-types de chaque groupe pour chacune des sept pratiques éducatives parentales au pré-test (T1) et au post-test (T6). Les résultats des analyses de variance à mesures répétées (voir tableau 3) indiquent un effet d'interaction temps × groupe au niveau de l'utilisation de pratiques punitives et inconstantes ($F(1,52) = 6,28; p < ,01$). Les analyses de variance univariées réalisées ensuite démontrent une diminution de l'utilisation de cette pratique entre le pré-test et le post-test chez les parents des groupes PEHP et ST. Les résultats pour les autres pratiques indiquent une absence d'interaction temps × groupe. Le lien entre l'intervention et les pratiques éducatives est donc confirmé seulement pour l'utilisation d'une discipline punitive et inconstante.

Insérer le tableau 2

Insérer le tableau 3

Deuxième Étape: Effet de l'Intervention sur l'Utilisation des Mécanismes

La deuxième étape permettant de répondre à la question du rôle médiateur des mécanismes consiste à vérifier le lien entre la participation à l'intervention et l'utilisation des mécanismes. L'effet de l'intervention sur les mécanismes de changement a été vérifié à l'aide d'analyses de variance à mesures répétées [groupe (3) × temps (T1, T2, T3, T4, T5)] pour chaque mécanisme. Les résultats indiquent

une absence d'effet d'interaction temps \times groupe (voir tableau 4). L'intervention n'a donc pas d'effet sur les mécanismes de changement.

Insérer le tableau 4

En conclusion, la participation à une intervention parentale est associée à une diminution de l'utilisation d'une discipline punitive et inconstante par les parents. Toutefois, la participation à une intervention n'est pas associée à l'utilisation des mécanismes de changement. On peut donc conclure que l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives des parents ne passe pas par l'un ou l'autre des mécanismes de changement. Il est donc inutile de poursuivre l'évaluation du lien entre mécanismes et pratiques éducatives au post-test.

*Étude 2: Rôle des mécanismes de changement par rapport aux
pratiques éducatives parentales*

La première étude a démontré que les mécanismes ne sont pas responsables de l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives parentales puisque l'intervention n'a pas d'effets sur ces mécanismes. Indépendamment de l'intervention, quels sont les liens entre les mécanismes et les pratiques éducatives des parents? Le sentiment d'auto-efficacité et le stress parental ont été associés aux pratiques éducatives parentales dans plusieurs études (Coleman & Karraker, 1997; Ducharme et al., 2000; Gross et al., 1995; Webster-Stratton, 1992) alors que les autres mécanismes de changement ont été étudiés dans le contexte de comportements reliés à la santé physique seulement (Prochaska et al., 1988). L'objectif de la prochaine étude consiste donc à explorer le lien entre les mécanismes de changement et les pratiques éducatives des parents. Une meilleure compréhension de ces liens aurait des incidences sur le plan des interventions. En effet, bien que l'intervention à l'étude ici

n'agisse pas sur les mécanismes identifiés, ceux-ci peuvent tout de même jouer un rôle dans le changement des pratiques éducatives, indépendamment de l'intervention. S'il était démontré qu'ils ont un rôle dans la prédiction ou le changement des pratiques, ces connaissances inspireraient de nouvelles études sur leur rôle dans les interventions auprès des parents et permettraient ultimement d'améliorer la qualité des PEHP qui pourraient cibler plus spécifiquement ces mécanismes de changement. Par ailleurs, une absence de lien entre les mécanismes et les pratiques éducatives confirmerait que ces variables sont indépendantes.

Rôle Additif des Mécanismes dans la Prédiction des Pratiques Éducatives des Parents

Dans le but d'explorer le rôle des mécanismes de changement par rapport aux pratiques éducatives des parents, la première série d'analyses vérifiera si les mécanismes prédisent les pratiques éducatives au-delà de la mesure de ces mêmes pratiques éducatives au pré-test. Par la suite, des analyses vérifieront si les mécanismes prédisent les pratiques éducatives de la même façon, que le parent modifie ou non ses pratiques. Des analyses préliminaires vérifieront d'abord si les mécanismes de changement (mesurés à un moment ou un autre) ont une relation avec les pratiques éducatives des parents au post-test. Pour ce faire, les corrélations entre les mécanismes à chacun des points de mesure et chacune des pratiques éducatives seront d'abord calculées.

Les corrélations réalisées en analyses préliminaires sont présentées au tableau 5. Elles mettent en évidence que huit des neuf mécanismes mesurés à différents temps de mesure sont associés aux pratiques éducatives parentales au post-test. Certains sont associés à plusieurs pratiques éducatives parentales alors que d'autres

sont associés à une seule, certains sont associés à une pratique éducative à plusieurs temps de mesure alors que d'autres y sont associés seulement à un moment donné, sans patron stable ou cohérent. Par exemple, le mécanisme d'expression des émotions est associé à cinq pratiques éducatives alors que le mécanisme d'observation de l'effet de ses pratiques sur l'enfant n'est associé à aucune. Par ailleurs, le mécanisme de renforcement par les adultes de son entourage est associé à l'utilisation d'une discipline positive tout au long du suivi mais à l'utilisation des félicitations et récompenses seulement au premier temps de mesure. Les mécanismes qui présentent les relations les plus stables dans le temps avec les pratiques éducatives des parents (ouverture à recevoir du soutien et renforcement par des adultes) sont deux mécanismes où la relation avec un autre adulte est en jeu. Au total des cinq points de mesure des neuf mécanismes, 31 corrélations significatives ont été identifiées.

Insérer le tableau 5

Prédiction des pratiques éducatives au post-test par les mécanismes au-delà des pratiques au pré-test.

Les analyses de corrélation confirment que certains mécanismes sont associés aux pratiques éducatives. Pour poursuivre l'exploration du rôle des mécanismes de changement dans la prédiction des pratiques éducatives, des analyses vérifieront la relation entre les mécanismes de changement et les pratiques éducatives au post-test quand on contrôle la pratique éducative au pré-test. Des analyses de régressions linéaires multiples dans lesquelles chacune des pratiques éducatives (au post-test) sera la variable critère à son tour et où la mesure de cette même pratique éducative au pré-test est entrée comme prédicteur dans un premier bloc et le mécanisme de

changement est entré comme prédicteur dans un deuxième bloc seront calculées. Au total, 31 analyses de régression linéaire seront donc effectuées.

Les résultats des analyses de régressions linéaires multiples (tableau 6) confirment que chacune des pratiques éducatives parentales au post-test est prédite par cette même pratique au pré-test. Par ailleurs, sept mécanismes ont un rôle additif, c'est-à-dire qu'ils permettent (à au moins un temps de mesure) d'ajouter à la prédiction des pratiques éducatives parentales au post-test au-delà de cette même pratique au pré-test. Plus précisément, les émotions négatives ressenties par le parent, mesurées au T4 et au T5, expliquent respectivement 7,5% et 10,9 % de la variance (ΔR^2) des pratiques punitives et inconstantes au post-test. Ceci signifie, par exemple, que si les parents ressentent des émotions plus négatives au T4, ils utiliseront davantage les pratiques punitives et inconstantes au post-test. Le sentiment d'auto-efficacité explique la supervision parentale (15% au T4; 17,5% au T5), le stress parental explique la discipline appropriée (5 % au T2; 6,3% au T3; 11,3% au T4) et la supervision (5,8% au T5) alors que la perception des avantages au changement explique l'utilisation des félicitations et récompenses (25,9% au T4) et la discipline appropriée (11,5% au T3; 19,4% au T5). La discipline verbale positive est finalement prédite par l'ouverture à recevoir du soutien (11,5% de sa variance expliquée au T1), le renforcement par les adultes (12,3% au T3; 8,9% au T4) et le renforcement par son enfant (7% au T4; 9,1% au T5). Il y a très peu de stabilité temporelle dans la relation entre les mécanismes et les pratiques éducatives. La perception des avantages au changement est le mécanisme qui explique la plus grande proportion de variance d'une pratique éducative, soit l'utilisation des félicitations et

récompenses. La perception des inconvénients au changement et l'observation de l'effet de ses pratiques sur l'enfant ne prédisent pas les pratiques éducatives des parents au post-test au-delà de la mesure des pratiques au pré-test.

Insérer le tableau 6

En somme, les mécanismes permettent de prédire les pratiques éducatives parentales au-delà de ceux-ci mesurés au pré-test. Sept mécanismes jouent un rôle additif dans la prédiction des pratiques éducatives au post-test. Toutefois, bien que les mécanismes aient été mesurés à cinq reprises, aucun patron temporel précis ne ressort clairement.

Rôle modérateur du changement dans la relation entre les mécanismes et les pratiques éducatives parentales.

Il est possible que les mécanismes de changement ne prédisent pas les pratiques éducatives des parents au post-test de la même manière selon que les parents changent ou non ces pratiques. La prochaine série d'analyses vérifie si le changement des pratiques éducatives des parents joue un rôle modérateur dans la relation entre les mécanismes et les pratiques éducatives.

Une première étape consiste à distinguer les parents qui changent leurs pratiques éducatives de ceux qui ne les changent pas. Les parents sont considérés comme ayant changé leurs pratiques éducatives s'ils ont amélioré leur score à l'une des sept échelles du PPI (Webster-Stratton, 1998a) d'au moins 30%. Cette procédure a été utilisée antérieurement par les chercheurs comme Webster-Stratton (1987) et Patterson (1984) pour définir un changement clinique. Trente parents présentent des changements pour l'une ou l'autre échelle alors que 28 ne changent pas. Huit parents diminuent leur utilisation de la "discipline punitive et inconstante", huit utilisent

moins les "punitives physiques", sept améliorent leur score à l'échelle de "discipline verbale positive", sept utilisent plus les "félicitations et récompenses", quatre utilisent une "discipline plus appropriée", dix "expriment leurs attentes plus clairement" et cinq améliorent leur "supervision". Cinq parents changent au niveau de deux échelles, cinq changent au niveau de trois échelles et un parent change au niveau de 5 échelles. Au total, parmi les parents qui changent, 14 proviennent du groupe PEHP (52% de ce groupe), 11 du groupe ST (61% de ce groupe) et 5 du groupe contrôle (38% de ce groupe) alors que parmi ceux qui ne changent pas, 13 proviennent du groupe PEHP (48% de ce groupe), 7 du groupe ST (39% de ce groupe) et 8 du groupe contrôle (62% de ce groupe). Un test de Chi carré démontre que les parents qui changent et ceux qui ne changent pas sont répartis également dans les différents groupes expérimentaux [$\chi^2(2, N = 58) = 1,551; p = ,46$]. Une variable dichotomique a été créée afin d'entrer cette variable catégorielle de changement dans les analyses suivantes.

Le rôle modérateur du changement des pratiques éducatives dans la relation entre les mécanismes et les pratiques des parents a été vérifié selon la procédure proposée par Baron et Kenny (1986). Ainsi, des analyses de régression linéaire multiple ont été réalisées dans lesquelles la variable critère est une pratique éducative parentale au post-test et où la pratique éducative au pré-test, le mécanisme et la variable dichotomique de changement des pratiques éducatives parentales sont entrés dans un premier bloc de prédicteurs et l'interaction entre le changement des pratiques et le mécanisme est entrée dans un second bloc. Cette variable d'interaction indiquera si les parents qui changent leurs pratiques éducatives utilisent les mécanismes de la

même façon que les parents qui ne changent pas. Ces analyses ont été faites pour chacune des 31 situations où le mécanisme (à l'un ou l'autre temps de mesure) est associé à la pratique éducative au post-test.

Le tableau 7 présente les résultats de ces analyses de régression. La variable d'interaction entre le changement et le mécanisme ne contribue pas de façon significative à la prédiction des pratiques éducatives des parents. Il n'y a donc pas d'effet modérateur du changement des pratiques éducatives dans la relation entre les mécanismes et les pratiques des parents. On peut donc conclure que les mécanismes contribuent à prédire les pratiques éducatives de la même façon que le parent change ou non ses pratiques.

Insérer le tableau 7

Rôle Médiateur des Mécanismes dans la Relation entre les Pratiques des Parents au Pré-test et au Post-test

Comme, une variable médiatrice est par définition influencée par la variable indépendante, elle doit être mesurée après celle-ci et comme elle influence la variable dépendante, elle doit être mesurée avant celle-ci. Pour cette raison, seules les mesures des mécanismes aux temps 2 à 5 sont utilisées pour ces analyses (voir procédure).

La première étape de la procédure de Baron et Kenny (1986) consiste à vérifier la relation entre les pratiques éducatives des parents au pré-test et au post-test. Ces analyses ont été décrites précédemment (voir tableau 6). Il a été démontré que chacune des sept pratiques éducatives des parents au pré-test constitue un excellent prédicteur de cette même variable au post-test.

La deuxième étape de l'étude d'un tel rôle médiateur consiste à vérifier la relation entre les pratiques éducatives au pré-test et les mécanismes. Les résultats présentés montrent 24 corrélations significatives entre les pratiques éducatives des parents au pré-test et les mécanismes de changement à différents temps de mesure (voir tableau 5).

La troisième étape de cette analyse consiste à vérifier la relation entre les mécanismes et les pratiques éducatives parentales au post-test. Les résultats démontrent 26 corrélations significatives entre ces variables (voir tableau 5). Toutefois, seuls sept points de mesure des mécanismes (entre les temps de mesure 2 et 5) présentent des corrélations à la fois avec les pratiques éducatives au pré-test et au post-test.

Pour la quatrième étape, seuls les mécanismes qui présentent des corrélations significatives avec les pratiques éducatives parentales au pré-test et au post-test peuvent faire l'objet des analyses de régressions linéaires multiples qui vérifieront leur rôle médiateur. Quatre mécanismes de changement répondent à ce critère: stress parental (T2 et T5); émotions ressenties (T3); perception d'inconvénients au changement (T2 et T5); renforcement par des adultes de l'entourage (T2 et T3). Pour jouer un rôle médiateur, la présence du mécanisme dans l'analyse doit réduire significativement la relation entre les pratiques éducatives au pré-test et les pratiques éducatives au post-test. Le test de Sobel permet de faire cette vérification (Preacher & Leonardelli, 2005). Les résultats indiquent que la présence du mécanisme réduit significativement la relation entre les pratiques éducatives parentales au pré-test et au post-test dans deux situations : le renforcement par les adultes de son entourage (T3) joue un rôle médiateur dans la relation entre la discipline verbale positive au pré-test

et au post-test ($Sobel = 2,33; p = ,02$) et la perception d'inconvénients au changement (T5) joue un rôle médiateur dans la relation entre la supervision parentale au pré-test et au post-test ($Sobel = 2,03; p = ,04$). Dans ces deux cas, l'effet médiateur signifie que plus le parent adopte une pratique éducative positive au pré-test, plus il utilise le mécanisme à un moment donné et que plus il utilise ce mécanisme, plus il utilisera la pratique éducative au post-test. Dans les cinq autres situations, le mécanisme et les pratiques éducatives parentales au pré-test jouent des rôles complémentaires (additifs), tous deux permettant indépendamment d'ajouter à la prédiction des pratiques éducatives parentales au post-test, comme il l'a été démontré dans la section sur le rôle additif [stress (T2) vs DA: $Sobel = 1,87; p > ,05$; stress (T5) vs DA: $Sobel = 1,81; p > ,05$; émotions (T3) vs DVP: $Sobel = 1,78; p > ,05$; inconvénients (T2) vs SUP: $Sobel = 1,89; p > ,05$; renforcement adultes (T2) vs DVP: $Sobel = 1,85; p > ,05$].

Discussion

La présente recherche avait comme premier objectif d'étudier les mécanismes de changement chez des parents qui participent à un programme d'intervention visant à modifier les pratiques éducatives et indirectement influencer le comportement des enfants. Le sentiment d'auto-efficacité et le stress parental pourraient être des mécanismes de changement suggérés par les études sur les PEHP. Les émotions négatives ressenties, la perception d'avantages et d'inconvénients au changement, l'ouverture à recevoir du soutien, le renforcement par les adultes de son entourage, le renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et l'observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant sont d'autres mécanismes qui pourraient expliquer le changement comportemental. Ils sont inspirés du modèle transthéorique

qui décrit les processus de changement de comportements liés à la santé. La présente étude avait donc pour objectif plus précis de vérifier si ces neuf variables sont des mécanismes par lesquels un PEHP agit sur les pratiques éducatives des parents.

Les analyses effectuées dans la première étude ont démontré que les variables identifiées ne sont pas des mécanismes puisqu'elles n'ont pas un rôle de médiateur de l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives des parents. En effet, l'intervention offerte dans ce projet de recherche n'agit pas sur ces variables. Son effet sur les pratiques éducatives n'est donc transmis par aucune des neuf variables identifiées. Ce résultat est surprenant dans le cas du sentiment d'auto-efficacité et du stress parental. En effet, Webster-Stratton (1992) et Coleman et Karraker (1997) ont trouvé que le PEHP *Ces années incroyables* influence le sentiment d'auto-efficacité des parents alors que Ducharme et al. (2000) et Webster-Stratton (1992, 1994) ont observé une diminution du stress parental suite à la participation à un PEHP. Les sept autres mécanismes, tirés du modèle transthéorique, n'avaient jamais été étudiés dans le contexte des pratiques éducatives parentales, ni d'autres comportements psychosociaux. Les résultats à leur sujet sont donc exploratoires et ne sauraient être comparés à d'autres résultats d'études. Les prochains paragraphes explorent les aspects méthodologiques qui peuvent expliquer que l'intervention, telle qu'elle est dans ce projet de recherche, n'a pas d'effet sur ces variables.

Des considérations méthodologiques peuvent expliquer l'absence d'effet de l'intervention sur les mécanismes. D'abord, le nombre de participants à l'étude est restreint. En effet, les 13 parents du groupe contrôle offrent peu de puissance pour détecter un effet de petite taille. Par ailleurs, les résultats montrent que tous les

parents utilisent plus fréquemment plusieurs des mécanismes au fil du temps, peu importe leur groupe expérimental. En effet, les parents rapportent moins de stress parental, expriment moins d'émotions négatives, perçoivent plus d'avantages à modifier leurs pratiques éducatives, discutent plus régulièrement de la relation qu'ils ont avec leur enfant avec une personne de confiance, observent plus souvent que leur enfant réagit positivement à leurs efforts en vue d'améliorer leurs pratiques éducatives et que les pratiques qu'ils utilisent ont un impact sur le comportement de leur enfant. Il est probable que la procédure de la recherche ait influencé les parents. En effet, tous les participants ont été contactés régulièrement pour compléter des questionnaires sur les mécanismes. La répétition de ces questions sur les mécanismes a pu attirer l'attention des parents sur les émotions et les cognitions qu'ils entretiennent par rapport à leur relation avec leur enfant. Par exemple, pour évaluer le mécanisme d'observation de l'effet de son comportement sur l'enfant, le parent devait dire s'il avait observé que certaines de ses réactions influencent négativement le comportement de son enfant. Cette question incite le parent à prendre conscience du lien de contingence entre ses réactions et le comportement de son enfant. Ainsi, une intervention minimale consistant en une mesure répétée pourrait avoir provoqué des prises de conscience qui se reflètent au niveau de la mesure des mécanismes. Les mesures répétées dans la présente étude en constituent l'originalité, mais cette procédure a possiblement eu aussi des effets inattendus sur le plan de la recherche puisqu'elles ont pu amener des changements auprès des parents des groupes de comparaison et pas seulement des parents ayant participé au PEHP.

La nature de l'échantillon est un autre élément méthodologique qui pourrait expliquer le résultat obtenu. En effet, les parents ont été sélectionnés sur la base du

TDAH de leur enfant. Bien que les PEHP soient des interventions recommandées auprès de cette clientèle (Chronis et al., 2004), il ne s'agit pas d'un trouble comportemental spécifiquement associé à des pratiques éducatives déficientes. Il est possible que des résultats différents auraient été obtenus si l'échantillon avait été constitué de parents d'enfants oppositionnels ou agressifs ou de parents négligents ou abuseurs auprès de leur enfant puisque les pratiques éducatives sont plus clairement mises en compte dans l'étiologie de ces problèmes. L'ampleur des effets sur les pratiques éducatives aurait possiblement été plus importante et les mécanismes en jeu auraient peut-être différé. En effet, les résultats des études qui suggèrent que les PEHP sont associés à une amélioration du sentiment d'auto-efficacité et à une diminution du stress parental ont été obtenus auprès de parents d'enfants oppositionnels.

Finalement, la mesure des mécanismes pourrait être questionnée en lien avec les résultats obtenus. En effet, les analyses présentées par Letarte et Normandeau (soumis) pour les valider ont été réalisées auprès d'un petit échantillon. Par ailleurs, la stabilité temporelle et les validités prédictive et concurrente n'ont pas été vérifiées. Il est possible que les trois énoncés retenus pour chacune des échelles n'offrent pas une validité suffisante à la mesure. Par ailleurs, la sensibilité des instruments n'a pas été vérifiée alors que cette caractéristique est particulièrement importante lorsqu'il s'agit de détecter de petits changements dans un intervalle de 4 semaines.

Les analyses effectuées dans la seconde étude nous apprennent cependant que sept des variables étudiées ont un rôle dans la prédiction des pratiques éducatives parentales. En effet, plus un parent se sent compétent dans son rôle (sentiment d'auto-efficacité), mieux il supervise les activités de son enfant. Plus son rôle

parental lui procure du stress, moins il utilise une discipline appropriée mais plus il supervise son enfant. Plus il ressent des émotions négatives face à sa relation avec son enfant, plus sa discipline est punitive et inconstante. S'il perçoit plus d'avantages au changement, le parent aura tendance à utiliser plus les félicitations et les récompenses et à adopter une discipline plus appropriée. L'ouverture à recevoir du soutien de personnes compétentes prédit quant à elle une plus grande utilisation d'une discipline verbale positive et des félicitations et des récompenses alors que le renforcement par les adultes de son entourage et le renforcement par la réaction de l'enfant sont associés à l'utilisation d'une discipline verbale positive. Ces prédicteurs expliquent une portion significative des pratiques éducatives au post-test, même lorsqu'un contrôle statistique est exercé pour les pratiques parentales au pré-test. Par ailleurs, les résultats démontrent que deux variables ont un rôle médiateur, à un moment précis, dans le changement des pratiques éducatives des parents. Ainsi, le renforcement par les adultes de son entourage (au T3) explique en partie la relation entre l'utilisation d'une discipline verbale positive au pré-test et au post-test alors que la perception des inconvénients au changement (au T5) explique une partie du lien entre la supervision au pré-test et au post-test. Toutefois, le manque de stabilité dans le temps de ce rôle médiateur des mécanismes au niveau du changement des pratiques éducatives et le fait de trouver seulement deux liens médiateurs parmi un grand nombre d'analyses effectuées suggèrent qu'il pourrait s'agir d'effets aléatoires. Conséquemment, avant d'en tirer quelque conclusion que ce soit, il faudrait reproduire l'étude avec un plus grand échantillon.

La présente étude permet donc d'identifier de nouveaux prédicteurs des pratiques éducatives des parents. Le sentiment d'auto-efficacité et le stress parental

étaient connus, mais les variables tirées du modèle transthéorique ne l'étaient pas. Parmi ces prédicteurs, certains ont un caractère individuel, soit le sentiment d'auto-efficacité, le stress parental, les émotions ressenties et la perception des avantages au changement. Ils concernent le parent lui-même face à sa relation avec son enfant. Les autres prédicteurs ont plutôt un caractère relationnel, c'est-à-dire qu'ils exercent leur action via une relation avec d'autres individus. Il s'agit de l'ouverture à recevoir du soutien d'une personne de confiance et du renforcement reçu par son entourage ou par son enfant. Les mécanismes individuels ont été plus souvent étudiés dans le cadre des PEHP, mais cette étude démontre que des variables relationnelles ont aussi un rôle au niveau de la prédiction des pratiques éducatives des parents. L'identification de prédicteurs relationnels des pratiques éducatives, tirés du modèle transthéorique, donne un caractère novateur à l'étude.

Les prédicteurs individuels sont associés à des pratiques variées, que ce soit la discipline punitive et inconstante, la supervision, la discipline appropriée ou les félicitations et récompenses alors que les mécanismes relationnels sont principalement associés à la discipline verbale positive. Le seul mécanisme associé à la discipline punitive et inconstante (seule pratique négative) est le fait de ressentir des émotions négatives. Ces observations ont des incidences pour l'intervention. En effet, pour réduire l'utilisation d'une pratique négative, il faut amener les parents à se sentir optimistes et positifs face à leur relation avec leur enfant. Pour augmenter l'utilisation de la discipline verbale positive, il faut cibler les prédicteurs relationnels. Toutefois, pour toucher une variété de pratiques, il vaut mieux cibler principalement les prédicteurs individuels.

Des prédictors individuels et relationnels des pratiques éducatives des parents ont été identifiés. Ces prédictors pourraient constituer des mécanismes, médiateurs de l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives si une intervention avait un impact direct à leur niveau et indirectement un impact plus grand sur les pratiques éducatives. Ainsi, une intervention au niveau de ces variables pourrait contribuer à améliorer l'efficacité des PEHP au niveau des pratiques éducatives parentales. Les prochains paragraphes s'intéressent à ce qui pourrait être fait, à l'intérieur d'un PEHP, pour cibler plus spécifiquement ces variables.

Les résultats de la présente étude suggèrent que la procédure de recherche a eu un impact sur les prédictors des pratiques éducatives parentales. Plus précisément, il se pourrait que les questions répétées au sujet de ces variables aient provoqué des prises de conscience chez les parents. Ces observations suggèrent que pour influencer ces variables, les intervenants devraient favoriser les prises de conscience chez les parents au niveau des liens de contingence entre leur propre comportement et le comportement de leur enfant et au niveau des émotions et des cognitions qu'ils nourrissent à l'égard de la relation qu'ils ont avec leur enfant. Pour ce faire, ils peuvent poser des questions précises aux parents à ce sujet et chercher à augmenter l'observation que les parents font d'eux-mêmes, des autres et de leur relation avec leur enfant. Par exemple, ils pourraient inviter les parents à observer la façon dont leur enfant réagit, à court et moyen terme, lorsqu'ils utilisent différentes pratiques, positives ou négatives pour leur faire prendre conscience des répercussions de leurs pratiques éducatives sur le comportement de leur enfant. Ils pourraient également questionner un parent sur les émotions qu'ils a ressenties dans une situation particulièrement difficile pour lui faire prendre conscience qu'il se sentirait mieux s'il

modifiait sa relation avec son enfant et le rendre plus optimiste et positif. Par ailleurs, les intervenants pourraient favoriser les échanges entre parents au sujet des avantages à apporter des changements au niveau de leur gestion du comportement de leur enfant en soulevant par exemple qu'ils pourraient se sentir mieux avec eux-mêmes ou se sentir plus en mesure d'offrir le meilleur à leur enfant.

En conclusion, des auteurs comme Kazdin, Weisz, Doss et Greenberg sont d'avis qu'il faut améliorer les connaissances au sujet des mécanismes de changement du comportement. La présente étude contribue à l'avancement de ces connaissances en identifiant de nouveaux prédicteurs des pratiques éducatives parentales qui seraient potentiellement des mécanismes d'une intervention les ciblant spécifiquement. Dans le but de mieux comprendre le rôle de ces variables dans le changement des pratiques éducatives, les prochaines études pourraient vérifier ce qui différencie les parents qui utilisent les mécanismes de ceux qui ne les utilisent pas. Par exemple, la participation à une intervention, des caractéristiques individuelles des parents ou familiales sont-elles associées à une utilisation accrue de ces mécanismes? Il serait aussi intéressant de vérifier si le fait d'utiliser un plus grand nombre de mécanismes a un effet différent sur le changement des pratiques éducatives. Finalement, une prochaine étude bénéficierait d'avoir non seulement des mesures répétées des mécanismes de changement, mais aussi des pratiques éducatives parentales dans le but de tracer une trajectoire de la relation entre ces variables dans le temps.

Références

- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77-100.
- Bigras, M., LaFrenière, P.J., & Abidin, R.R. (1996). *Indice de stress parental: Manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto: MHS.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 7-18.
- Coleman, P.K., & Karraker, K.H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future application. *Developmental Review*, *18*, 47-85.
- Doss, B.D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 368-386.
- Ducharme, J.M., Atkinson, L., & Poulton, L. (2000). Success-based, noncoercive treatment of oppositional behavior in children from violent homes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*, 995-1004.
- 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.
- Eyberg, S.M., & Matarazzo, R.G. (1980). Training parents as therapists: A comparison between individual parent-child interaction training and parent group didactic training. *Journal of Clinical Psychology*, *36*, 492-499.

- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenberg, L.S. (1994). The investigation of change: Its measurement and explanation. Dans R.L. Russell et al. (Eds.), *Reassessing Psychotherapy Research* (pp. 114-143). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L.S. (1999). Ideal psychotherapy research: A study of significant change process. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1467-1480.
- Gross, D., Fogg, L., & Tucker, S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Research in Nursing and Health*, 18, 489-499.
- 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.
- Hoza, B., Owens, J.S., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Conners, C.K., Hinshaw, S.P., et al. (2000). Parent cognitions as predictors of child treatment response in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 569-583.
- Jones, L.M. (2000). Maltreating caregivers: An application of the transtheoretical model of change. (Thèse doctorale, University of Rhode Island, 2000). *Dissertation Abstracts International*, 61, 535.
- Kazdin, A.E. (1997). A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 114-129.

- Kazdin, A.E. (1999). Current (Lack of) status of theory in child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 533-543.
- Kazdin, A.E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 59-66.
- Kazdin, A.E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 453-463.
- Kazdin, A.E., & Kendall, P.C. (1998). Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *Journal of Clinical Child Psychology, 27*, 217-236.
- Kazdin, A.E., & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*, 160-172.
- Kazdin, A.E., & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 19-36.
- Letarte, M.J., & Normandeau, S. (soumis). Mesure du changement des pratiques éducatives parentales.
- Locke, H.J., & Wallace, K.M. (1959). Short marital – adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 251-255*.
- McMahon, R.J., Forehand, R., & Griest, D.L. (1981). Effects of knowledge of social learning principles on enhancing treatment outcome and generalization in a parent training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 526-532.

- Normandeau, S., & Venet, M. (2000). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prévention des Problèmes d'Adaptation chez les Enfants et les Adolescents: Tome I Les Problèmes Internalisés* (pp.141-188). Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Patterson, G.R., & Forgatch, M.S. (1995). Predicting future clinical adjustment from treatment outcome and process variables. *Psychological Assessment*, 7, 275-285.
- Peed, S., Roberts, M., & Forehand, R. (1977). Evaluation of the effectiveness of a standardized parent-training program in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behavior Modification*, 1, 323-350.
- Preacher, K.J., & Leonardelli, G.J. (2004). Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation tests. Retrieved November 23, 2005, from <http://www.unc.edu/~preacher/sobel/sobel.htm>
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624-640.

- Serketich, W.J., & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.
- 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 diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 28-38.
- Webster-Stratton, C. (1982). The long-term effects of a videotape modeling parent-training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy, 13*, 702-714.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 666-678.
- Webster-Stratton, C. (1985). The effects of father involvement in parent training for conduct problem children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26*, 801-810.
- Webster-Stratton, C. (1992). Individually administered videotape parent training: "Who benefits?". *Cognitive Therapy and Research, 16*, 31-52.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 583-593.
- Webster-Stratton, C. (1998a). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 715-730.

- Webster-Stratton, C. (1998b). 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: John Wiley.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1990). Predictors of treatment outcome in parent training for families with conduct problem children. *Behavior Therapy*, *21*, 319-337.
- Webster-Stratton, C., & Hooven, C. (1998). Parent training for child conduct problems. Dans T. Ollendick (Ed.) *Comprehensive Clinical Psychology vol. 5: Children and Adolescents Clinical Formulation and Treatment* (pp. 185-219). Oxford: American Book Co.
- Webster-Stratton, C., Reid, M.J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 105-124.
- Wechsler, D. (1991). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children* (3rd ed.). New York: Psychological Corporation.
- Weersing, V.R., & Weisz, J.R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 3-29.
- Weisz, J.R., & Jensen, A.L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *10*, 12-18.

Weisz, J.R., Weisz, B., Han, S.S., Granger, D.A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, *117*, 450-468.

Woodcock, R. W., & Johnson, M. B. (1990). Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery-Revised . Allen, TX: DLM Teaching Resources.

Tableau 1.

Caractéristiques des trois groupes expérimentaux constituant l'échantillon au niveau des variables pouvant influencer les résultats de l'intervention.

Caractéristiques	PEHP (n=27)	ST (n=18)	contrôle (n=13)
Garçons (%)	85	88	77
Âge enfants	M=8,56 ans (é.t.=1,12)	M=8,54 ans (é.t.=0,97)	M=8,36 ans (é.t.=0,84)
Diagnostique % ¹	26 / 7 / 67	21 / 12 / 67	23 / 23 / 54
N comorbidités	M = 1,27 (é.t. = 1,28)	M = 1,39 (é.t. = 0,92)	M = 1,46 (é.t. = 1,05)
Mères (%)	70	88	100
Revenu familial ²	M = 18 898,55\$ (é.t. = 5519,19)	M = 12 472,22\$ (é.t. = 6486,91)	M = 15 566,67\$ (é.t. = 10 551,23)
Structure familiale % ³	81 / 11 / 8	76 / 12 / 12	69 / 8 / 23
Dépression parentale	M = 10,70 (é.t. = 7,42)	M = 10,00 (é.t. = 7,72)	M = 9,85 (é.t. = 6,94)
Ajustement marital	M= 95,44 (é.t. = 28,37)	M= 90,57 (é.t. = 31,33)	M= 102,00 (é.t.=19,90)

Note: ¹: Diagnostique réalisé à partir du DISC-IV, dans l'ordre: TDA / H / mixte; ²: Revenu familial calculé par le nombre d'individus dans la famille; ³: Structure familiale, dans l'ordre: biparentale, monoparentale, reconstituée.

Tableau 2.

Moyennes et écarts-types des groupes PEHP, ST et contrôle aux 7 échelles du questionnaire sur les pratiques parentales au pré-test et au post-test.

Pratiques éducatives		PEHP			ST			contrôle		
		n	M	é.t.	n	M	é.t.	n	M	é.t.
DPI	T1	26	3,39	,59	15	3,33	,72	11	3,17	,52
	T6		2,70	,75		3,08	,60		3,19	,65
PP	T1	26	1,28	,38	16	1,31	,34	11	1,43	,45
	T6		1,24	,44		1,37	,45		1,45	,60
DVP	T1	26	5,15	,82	16	5,18	,99	11	5,23	,60
	T6		5,52	,64		5,67	,64		5,15	,92
FR	T1	26	4,35	,86	16	4,30	,56	11	4,60	,42
	T6		4,69	,60		4,86	,69		4,45	,56
DA	T1	26	4,28	,61	16	4,51	,82	11	5,00	,90
	T6		4,54	,74		4,68	,67		5,02	,87
CA	T1	26	3,33	,70	16	3,04	1,04	11	3,20	,74
	T6		3,80	,52		3,80	1,03		3,35	,46
SUP	T1	26	5,74	,82	16	5,63	,95	10	6,02	,78
	T6		5,76	,80		5,58	,96		5,78	,94

Note : DPI=Discipline punitive et inconstante; PP=Punition physique; DVP=Discipline verbale positive; FR=Félicitations et récompenses; DA=Discipline appropriée; CA=clarté des attentes; SUP=supervision

Tableau 3.

Résultats des analyses de variances à mesures répétées groupes (3) × temps (T1, T6) pour chaque pratique éducative.

Pratiques éducatives	Temps (T)			Groupes (G)			T × G		
	DI	F	Sig.	1	F	Sig.	DI	F	Sig.
				1					
DPI	1	10,19	,002	2	1,12	,334	2	6,28	,004
PP	1	0,23	,634	2	0,89	,419	2	0,11	,900
DVP	1	1,76	,191	2	0,52	,598	2	1,03	,363
FR	1	7,44	,009	2	0,37	,694	2	2,60	,085
DA	1	0,79	,377	2	1,91	,159	2	1,30	,283
CA	1	11,51	,001	2	0,68	,509	2	1,52	,229
SUP	1	0,20	,657	2	1,35	,269	2	0,43	,656

Note : DPI=Discipline punitive et inconstante; PP=Punition physique; DVP=Discipline verbale positive; FR=Félicitations et récompenses; DA=Discipline appropriée; CA=clarté des attentes; SUP=supervision

Tableau 4.

Résultats des analyses de variances à mesures répétées groupes (3) × temps (T1, T2, T3, T4, T5) pour chaque mécanisme.

Mécanismes	Temps (T)			Groupes (G)		T × G			
	Dl	F	Sig.	F	Sig.	Dl	F	Sig.	
	1								
Sentiment auto-efficacité	1	1,84	,18	2	1,63	,21	2	0,45	,64
Stress parental	4	371,30	,000	2	2,14	,13	8	0,63	,75
Ressentir des émotions	4	8,56	,000	2	1,90	,16	8	1,19	,31
Avantages au changement	1	3,76	,05	2	2,01	,14	2	1,06	,36
Inconvénients au changement	1	0,16	,69	2	1,45	,25	2	2,89	,06
Ouverture au soutien	4	3,79	,005	2	0,35	,71	8	1,09	,38
Renforcement adultes	4	0,59	,67	2	0,01	,99	8	1,20	,31
Renforcement enfants	4	2,84	,03	2	0,32	,73	8	0,55	,80
Effet sur l'enfant	4	2,62	,04	2	2,91	,06	8	1,09	,37

Mécanisme : perception des inconvénients au changement								
SUP	-,52*	-,41*	-,49*	-,55**		-,44*		-,47*
Mécanisme : ouverture à recevoir du soutien								
DVP					,31*		,28*	,29*
FR								,29*
DA	,29*				,28*			
Mécanisme : renforcement par des adultes								
DVP	,28*	,39**			,30*	,28*	,44**	,35*
FR		,29*			,27*			
CA	,27*							
Mécanisme : renforcement par la réaction de l'enfant								
DVP		,28*					,33*	,29*
Mécanisme : observation de l'effet de son comportement sur l'enfant								
PP				,32*				
DA	,27*							

Notes: ¹: PEP = pratiques éducatives parentales mesurées au pré-test et au post-test:

DPI=Discipline punitive et inconstante; PP=Punition physique; DVP=Discipline verbale positive;

FR=Félicitations et récompenses; DA=Discipline appropriée; CA=clarté des attentes;

SUP=supervision; seules les corrélations statistiquement significatives (différentes de zéro à

$p < ,05$) sont présentées dans le tableau; *: $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Tableau 6.

Résultat des analyses de régression linéaire multiple vérifiant si les mécanismes prédisent les pratiques éducatives parentales au post test au-delà de ces dernières au pré-test

PEP _a (post-test)	PEP pré – test (bloc 1)		Mécanismes (bloc 2)			Contribution du 2 ^{ème} bloc		
	Bs	sig	T _b	Bs	sig	ΔR^2_c	ΔF	sig ΔF
Mécanisme : sentiment d'auto-efficacité								
SUP	,63	,001	3	,40	,01	,15	7,63	,011
SUP	,63	,000	4	,42	,007	,18	9,01	,007
Mécanisme : stress parental								
DA	,57	,000	2	,24	,05	,05	4,04	,050
DA	,57	,000	3	,26	,03	,06	5,18	,027
DA	,57	,000	4	,35	,003	,11	9,66	,003
SUP	,63	,000	5	-,24	,05	,06	4,18	,046
Mécanisme : ressentir des émotions								
DPI	,54	,000	4	,27	,02	,08	5,64	,022
DPI	,54	,000	5	,33	,005	,11	8,67	,005
Mécanisme : perception des avantages au changement								
FR	,40	,07	4	-,51	,008	,26	8,53	,008
DA	,57	,01	3	-,35	,04	,12	4,56	,044
DA	,57	,003	5	-,44	,01	,19	7,95	,010
Mécanisme : ouverture à recevoir du soutien								
DVP	,30	,01	1	,34	,01	,12	7,25	,010
FR	,40	,01	5	,28	,04	,07	4,63	,036

Mécanisme : renforcement par des adultes								
DVP	,30	,25	3	,38	,007	,12	7,83	,007
DVP	,30	,06	4	,30	,03	,09	5,31	,026
Mécanisme : renforcement par la réaction de l'enfant								
DVP	,30	,09	4	,27	,05	,07	4,06	,049
DVP	,30	,03	5	,30	,02	,09	5,41	,024

Notes: _a : PEP= Pratique éducative parentale; DPI=Discipline punitive et inconstante;

PP=Punition physique; DVP=Discipline verbale positive; FR=Félicitations et récompenses;

DA=Discipline appropriée; CA=clarté des attentes; SUP=supervision; _b : T=Temps de mesure du

mécanisme; _c : Variance supplémentaire expliquée par le mécanismes; seules les corrélations

statistiquement significatives (différentes de zéro à $p < ,05$) sont présentées dans le tableau.

Tableau 7.

Résultats des analyses de régression vérifiant le rôle modérateur du changement des pratiques éducatives dans la relation entre l'utilisation des mécanismes et les pratiques éducatives parentales au post-test

PEP _a (post-test)	T _b	Beta standardisé				R ²
		PEP (pré-test)	Changement	Mécanismes	Interaction _c	
Mécanisme: sentiment d'auto-efficacité						
DPI	1	,47**	,55	,41*	-,92	,43
SUP	3	,54**	,17	,46	-,22	,55
SUP	4	,61**	-,73	,29	,73	,59
Mécanisme: stress parental						
DPI	5	,54**	-,33	-,20	,04	,41
DA	2	,50**	-,14	,18	,30	,41
DA	3	,52**	-,40	,11	,54	,41
DA	4	,50**	-,08	,30*	,21	,45
DA	5	,49**	-,34	,13	,48	,38
SUP	5	,49**	-,67	-,36*	,68	,36
Mécanisme: ressentir des émotions						
DPI	4	,57**	,40	,22	,13	,45
DPI	5	,54**	-,26	,32	-,01	,47
DVP	3	,25	,03	-,24	,13	,14
Mécanisme: perception des avantages au changement						
DA	3	,47*	-,24	-,41	,30	,43

DA	4	,47*	-,05	-,42	,28	,44
DA	5	,53**	,52	-,38	-,29	,53
FR	4	,33	,70	-,29	-,55	,40
Mécanisme: perception des inconvénients au changement						
SUP	2	,58**	,23	-,10	-,15	,42
SUP	5	,56*	-1,17	-,37	1,24	,45
Mécanisme: ouverture à recevoir du soutien						
DVP	1	,41**	-,25	,22	,52	,29
DVP	4	,29*	,31	,29	-,14	,18
DVP	5	,28*	,55	,38*	-,41	,20
DA	1	,55**	,30	,27	-,14	,39
FR	5	,34**	,43	,35*	-,14	,31
Mécanisme: renforcement par des adultes						
DVP	1	,29*	,53	,34	-,42	,16
DVP	2	,27	,24	,26	-,05	,16
DVP	3	,19	,41	,48**	-,19	,26
DVP	4	,28*	,43	,39*	-,22	,23
DVP	5	,30*	,55	,37*	-,40	,19
FR	1	,35**	,06	,11	,22	,26
Mécanisme: renforcement par la réaction de l'enfant						
DVP	4	,26	,25	,31	-,05	,20
DVP	5	,31*	,54	,43*	-,45	,22

Notes: _a : PEP= Pratique éducative parentale; DPI=Discipline punitive et inconstante;
PP=Punition physique; DVP=Discipline verbale positive; FR=Félicitations et récompenses;
DA=Discipline appropriée; CA=clarté des attentes; SUP=supervision; _b : T=Temps de mesure du
mécanisme; _c : Interaction=Changement de pratique × mécanisme; *: p<,05; **: p<,01.

Discussion générale

Cette thèse visait le développement de connaissances contribuant à l'amélioration de l'efficacité des PEHP. Plus précisément, elle avait pour but d'étudier deux thématiques reliées au changement des pratiques éducatives chez des participants au PEHP *Ces années incroyables* (Webster-Stratton, 1998), soit les stades et les mécanismes de changement. Les stades de changement des pratiques éducatives retenus dans le cadre de cette étude sont inspirés d'une part du modèle transthéorique qui définit cinq stades de changement (préquestionnement, questionnement, préparation, action et maintien) et d'autre part de l'étude de Webster-Stratton et Spitzer (1996) qui démontre que les parents participant à un PEHP traversent différents stades au niveau de leurs cognitions et de leurs émotions et suggère que les parents doivent accepter les problèmes de comportement de leur enfant avant d'amorcer une démarche de changement (stade préliminaire). Les mécanismes de changement des pratiques éducatives retenus sont pour leur part le sentiment d'auto-efficacité et le stress parental qui sont suggérés par les études sur les PEHP et les émotions négatives ressenties, la perception d'avantages et d'inconvénients au changement, l'ouverture à recevoir du soutien, le renforcement par les adultes de son entourage, le renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et l'observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant qui sont inspirés du modèle transthéorique (Prochaska et al., 1992).

Les articles constituant le cœur de la thèse ayant été soumis à des revues pour publication, ils devaient respecter les politiques éditoriales des revues et ne pouvaient ainsi pas représenter pleinement la démarche doctorale de l'étudiante. Par ailleurs, les résultats obtenus dans les différentes analyses réalisées pour la thèse ne sont pas tous pertinents à publier et ne pouvaient donc pas tous se trouver dans les articles. Pour

ces raisons, la présente discussion débordera de la synthèse des articles et présentera l'ensemble de la démarche ayant conduit à ces articles. Ainsi, en plus des résultats rapportés dans les articles, certains résultats supplémentaires qui ont suscité des réflexions permettant de construire la thèse seront aussi présentés et analysés.

Les questions de recherche initiales, proposées dans le projet de thèse en juillet 2002, portaient sur les stades de changement et sur les mécanismes de changement des pratiques éducatives pendant un PEHP. Trois questions de recherche ont été proposées dans le projet de thèse pour étudier les stades de changement:

1. Le changement des pratiques éducatives parentales se fait-il en suivant les stades inspirés du modèle transthéorique (préliminaire, préquestionnement, questionnement, préparation, action, maintien)?
2. La progression dans les stades de changement des pratiques éducatives (inspirés du modèle transthéorique) se fait-elle de façon linéaire?
3. Y a-t-il une relation entre la progression dans les stades de changement et le changement des pratiques éducatives des parents?

Sur la base des connaissances théoriques détenues avant de réaliser la recherche, des hypothèses avaient été formulées. Nous posions initialement l'hypothèse que les parents changent leurs pratiques éducatives en suivant les stades proposés de façon linéaire et que la progression dans les stades est associée à un changement comportemental au niveau des pratiques éducatives. En effet, bien que Prochaska et al. (1992) expliquent que le cheminement linéaire est rare chez les individus qui ne reçoivent aucune intervention visant le changement, Webster-Stratton et Spitzer (1996) observent pour leur part que les parents qui participent à un PEHP suivent une trajectoire de changement plus linéaire. Comme les sujets de la

présente étude participant à un PEHP favorisant le changement des pratiques éducatives, l'hypothèse posée était que les parents modifient leurs pratiques éducatives en suivant les stades de changement de façon linéaire. Par ailleurs, sur la base du modèle de Prochaska, on supposait que les pratiques éducatives des parents demeurent stables lors des quatre premiers stades (préliminaire, préquestionnement, questionnement et préparation), qu'elles changent entre la préparation et l'action et se maintiennent au dernier stade. En effet, les quatre premiers stades étant caractérisés par une ambivalence face au changement et par une progression de l'intention de changer, le changement comportemental devrait être observé seulement à compter du stade de l'action.

Deux autres questions de recherche ont été proposées dans le projet de thèse pour étudier les mécanismes de changement:

1. Les mécanismes identifiés (sentiment d'auto-efficacité, stress parental, perception des avantages et des inconvénients au changement, émotions négatives ressenties, ouverture à recevoir du soutien, renforcement par les adultes de son entourage, renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant) sont-ils médiateur de la progression dans les stades de changement des pratiques éducatives des parents?
2. Les mécanismes identifiés sont-ils médiateurs du changement des pratiques éducatives entre le début et la fin de l'intervention?

Sur la base des études portant sur le modèle transthéorique (Prochaska et al., 1992), des hypothèses avaient initialement été formulées. Ces études suggèrent que les différents mécanismes sont des médiateurs du cheminement dans les stades de changement. L'hypothèse posée était que le fait de ressentir des émotions négatives,

l'observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant et la perception des avantages et des inconvénients au changement joueraient un rôle plus important chez les individus des premiers stades (préquestionnement, questionnement et préparation), que le renforcement et l'ouverture à recevoir du soutien exerceraient leur action davantage chez les individus des derniers stades (action et maintien) alors que le sentiment d'auto-efficacité et le stress parental seraient importants tout au long du changement. Par ailleurs, les études portant sur le modèle transthéorique permettaient de croire que ces mécanismes seraient des médiateurs de l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives des parents.

Les prochains paragraphes rapportent la façon dont ces questions portant sur les stades et les mécanismes de changement ont évolué tout au long de la démarche doctorale de l'étudiante, en raison des défis méthodologiques rencontrés et des résultats obtenus. En effet, le projet de thèse, constitué des questions précédentes, n'a pas pu être réalisé tel que prévu en raison du contexte de la collecte des données et des résultats obtenus.

Démarche Méthodologique et Statistique au niveau des Stades de Changement

En regard des trois questions sur les stades de changement des pratiques éducatives, le travail effectué a porté sur la définition des stades en rapport avec les pratiques éducatives parentales, l'élaboration d'un instrument de mesure de ces stades, le classement des parents dans les stades, l'identification d'une trajectoire de cheminement dans les stades et sur l'étude d'un continuum d'engagement dans le changement.

*Définition des Stades du Modèle Transthéorique en fonction des Pratiques
Éducatives Parentales*

Bien que plusieurs modèles décrivent le changement du comportement, des auteurs concluent, au terme de recensions critiques, que le modèle transthéorique est le plus complet, le plus étudié, celui qui a été appliqué à la plus grande variété de comportements et celui qui est le plus utilisé pour l'intervention (Armitage & Conner, 2000; Littell & Girvin, 2002; Sutton, 2000; Whitelaw, Baldwin, Bunton & Flynn, 2000). Toutefois, dans le cadre de la présente recherche, le comportement à l'étude (les pratiques éducatives parentales) ne constitue pas un problème de comportement à un niveau clinique (comme la maltraitance parentale par exemple). Cependant, comme les pratiques généralement utilisées par les parents sont souvent inefficaces auprès des enfants qui présentent de graves problèmes de comportement, de nouvelles stratégies doivent être développées. L'intérêt du modèle transthéorique vient aussi du fait qu'il a été appliqué à l'élimination de comportements inadéquats (par exemple, le tabagisme) et à l'adoption de comportements adéquats (par exemple, l'utilisation d'une protection solaire). Pendant leur participation à un PEHP, les parents cessent d'utiliser certaines pratiques qui peuvent nuire au développement de leur enfant (par exemple, la critique ou la punition sévère) et utilisent de nouvelles pratiques qui lui seront favorable (par exemple, les félicitations ou l'ignorance). Le modèle transthéorique a finalement été sélectionné en raison des liens observés avec la trajectoire décrite dans l'étude de Webster-Stratton et Spitzer (1996). Cette étude était la seule qui décrivait la trajectoire des participants à un PEHP. Le parallèle entre ces deux trajectoires a suscité une curiosité qui a conduit à adapter le modèle transthéorique au changement des pratiques éducatives pendant un PEHP.

Le modèle transthéorique définit cinq stades de changement du comportement, soit le préquestionnement, le questionnement, la préparation, l'action et le maintien. Sur la base de l'étude de Webster-Stratton et Spitzer (1996) suggérant que le changement des pratiques éducatives des parents est conditionnel à la reconnaissance d'un problème chez l'enfant, un stade préliminaire a été ajouté aux stades proposés par le modèle transthéorique. Ce stade est défini par une négation des problèmes de comportement de l'enfant. Six stades sont donc étudiés ici: préliminaire, préquestionnement, questionnement, préparation, action et maintien.

Élaboration d'un Instrument de Mesure des Stades de Changement des Pratiques Éducatives Parentales Permettant de Classer les Parents dans les Stades

Différents questionnaires comportant des forces et des limites ont été utilisés jusqu'à maintenant pour classer les individus dans les stades de changement du modèle transthéorique (voir article 2). Le URICA semblait le plus approprié en raison de ses bonnes caractéristiques psychométriques et du fait qu'il présente des scores continus. Par ailleurs, Jones (2000) a développé un questionnaire similaire pour évaluer les stades de changement chez les parents qui maltraitent leur enfant, une problématique comportementale se rapprochant du comportement à l'étude ici. Nous avons donc développé un questionnaire de 6 échelles en s'inspirant de ces deux questionnaires (voir annexe A). Ce questionnaire de 19 énoncés permet d'attribuer un score à chaque parent pour chacune des six échelles représentant les stades (voir article 2). Pour assurer la validité du questionnaire, de nombreux énoncés ont été formulés puis soumis à six experts à qui on a demandé de relier chacun des énoncés formulés à un stade. Seuls les énoncés qui ont été correctement associés au stade pour lequel ils avaient été définis par les six experts ont été soumis aux analyses

psychométriques suivantes. Ces analyses, rapportées dans le deuxième article, démontrent que les échelles sont cohérentes. En effet, les résultats des analyses de cohérence interne ont démontré que le questionnaire a des alphas de Cronbach acceptables variant entre ,50 et ,68.

Les analyses de corrélation et les analyses factorielles réalisées démontrent que les échelles se regroupent deux à deux pour définir trois stades, les stades adjacents étant inter reliés. Ainsi, plus un parent nie les problèmes de comportement de son enfant, plus il niera sa responsabilité dans la résolution de ces problèmes. Plus il anticipe des difficultés par rapport au changement nécessaire de ses pratiques pour aider son enfant, moins il se préparera à réaliser ces changements. Plus il fait des efforts pour modifier ses pratiques, plus il travaille également à maintenir les acquis qu'il a déjà réalisés. Bref, les analyses factorielles réalisées dans la présente étude identifient trois grands stades, chacun regroupant deux stades définis par le modèle transthéorique. Les résultats ayant été obtenus auprès d'un nombre restreint de participants, ils ne permettent pas d'infirmer la théorie à l'effet qu'il existe six stades.

Classement des Parents dans un Stade de Changement des Pratiques Éducatives Parentales

Le questionnaire élaboré donne six scores pour chaque parent, soit un pour chaque stade de changement. Une grille de classement (voir annexe D) a été développée sur la base de la définition des stades pour classer les parents à partir des six scores qu'ils obtiennent. Par exemple, un individu au stade de questionnement devrait reconnaître les problèmes de son enfant et sa responsabilité à ce niveau (scores élevés pour préliminaire et préquestionnement), mais observer de nombreux obstacles au changement de son comportement (score faible au questionnement). Il

ne devrait pas faire d'efforts pour changer ni pour maintenir des changements réalisés (score élevé pour action et maintien). Une telle analyse conceptuelle a été réalisée pour chacun des stades. Concrètement, pour classer les parents, il fallait également déterminer en quoi consiste un score élevé ou faible pour chacun des stades. Une première grille comportant des critères très stricts a été développée, mais elle ne classait que quelques individus. Comme la notion de "élevé" ou "faible" semblait différer d'un individu à l'autre, nous avons établi qu'il fallait des écarts minimums entre les scores. Par exemple, pour classer un individu dans le stade de questionnement, il faut que ses scores aux échelles préliminaire, préquestionnement et action soient élevés, ce qui signifie soit être plus grand que trois ou présenter un écart de un avec le score de questionnement et il faut que son score de questionnement soit faible, c'est-à-dire plus petit que deux et être le plus faible de tous les scores.

Cette grille constitue un compromis qui permet de classer un maximum de parents tout en maintenant une validité théorique à chaque classe. Elle permet de classer 75% des parents de l'échantillon dans un stade de changement des pratiques éducatives parentales, les autres présentent soit un ou des scores incohérents ou des scores semblables à toutes les échelles. Comme la grille a été développée à partir de cet échantillon, il serait approprié de la valider auprès d'un échantillon indépendant. Pour classer tous les parents, nous aurions aussi pu faire comme les auteurs du URICA et comme Jones (2000) et définir des profils à partir d'analyses de clusters, mais les profils ainsi établis ne correspondent en rien aux stades de changement et n'auraient donc pas permis de répondre aux questions qui requièrent un classement dans les stades définis.

Étude des Trajectoires de Cheminement dans les Stades de Changement des Pratiques Éducatives Parentales

Afin de répondre à la question de recherche concernant la trajectoire, les stades de changement des pratiques éducatives ont été mesurés à six reprises, soit avant, pendant et après l'intervention (pré-test=T1, semaine 4 = T2, semaine 8 = T3, semaine 12 = T4, semaine 16 = T5, post-test=T6). Au pré-test (T1) et au post-test (T6), les parents ont répondu à des questionnaires papiers alors que pour les quatre mesures intermédiaires (T2, T3, T4, T5), les parents ont été contactés par téléphone. Nous avons analysé de façon qualitative le classement de chaque parent pour les six points de mesure, ce qui a donné lieu à différents constats. Premièrement, peu de parents peuvent être classés aux six temps de mesure, la plupart l'étant à trois ou quatre temps. Deuxièmement, les parents classés sont souvent au stade d'action pour plusieurs points de mesure sauf un ou deux (lequel est variable). Troisièmement, la variation dans les stades semble aléatoire, c'est-à-dire qu'aucune trajectoire cohérente ou logique ne peut être tracée. En conclusion, le cheminement dans les stades de changement des pratiques éducatives au cours des six points de mesure ne se fait pas de façon linéaire et aucune trajectoire n'a été définie.

Étude d'un Continuum d'Engagement dans le Changement

Compte tenu des difficultés rencontrées pour classer les parents dans un stade de changement et pour définir des trajectoires de cheminement dans les stades, nous avons opté pour un continuum d'engagement dans le changement allant des parents qui n'ont pas du tout l'intention d'apporter des changements à leur façon de gérer les comportements de leur enfant, à ceux qui en ont l'intention sans le faire actuellement à ceux qui font des efforts pour apporter ces changements et les maintenir. Ce score

est calculé à partir des scores obtenus à chacune des échelles du questionnaire sur les stades de changement et donne un score à chaque parent pour tous les points de mesure. Un tel continuum est recommandé par des auteurs qui s'opposent à la notion de stades de changement comme Bandura (1997), Carey et al. (1999), Littell et Girvin (2002) ou Sutton (2001). Les données dont nous disposons le permettant, nous avons étudié ce score et rien ne démontre qu'il apporte quoi que ce soit à l'étude des pratiques éducatives (ces analyses ne sont pas rapportées dans les articles). Des analyses de corrélation démontrent que ce score n'entre en relation avec aucune échelle des pratiques éducatives, avec aucun mécanisme, et avec aucune des variables de contrôle. Des analyses de variance à mesures répétées démontrent que ce score ne varie pas dans le temps, que le PEHP n'a pas d'effet à son niveau et qu'il n'est associé ni au changement des pratiques éducatives (variable dichotomique de changement), ni au changement au niveau de l'utilisation des mécanismes. Ces résultats ne permettent pas de conclure que ce concept d'engagement dans le changement est valide.

Bref, l'instrument développé pour évaluer les stades de changement des pratiques éducatives parentales permet de classer 75% des participants, desquels 72% se trouvent au stade de l'action. Aucune trajectoire de cheminement dans les stades n'a pu être identifiée et les résultats concernant un continuum d'engagement dans le changement ne sont pas concluants. Que doit-on penser de ces résultats? On peut d'abord se questionner sur l'échantillon à l'étude. Il est possible que celui-ci ne permette pas d'observer de variation dans les stades en raison du fait que tous les parents sont déjà engagés dans une démarche d'intervention, donc possiblement dans

une démarche de changement. Néanmoins, il n'y a pas de trajectoire linéaire de changement et les données ne soutiennent pas non plus une trajectoire en spirale comme le suggèrent Prochaska et al. (1992). Il est possible que les stades de changement ne s'appliquent pas aux pratiques éducatives parentales. Toutefois, une autre explication pourrait être reliée à un manque de finesse au niveau de la définition des stades. En effet, les comportements reliés à la santé auxquels le modèle transthéorique a été appliqué jusqu'à maintenant sont plus spécifiques (par exemple, fumer la cigarette ou non). Les stades de changement auraient donc pu être définis à partir de pratiques éducatives plus spécifiques comme jouer avec son enfant 10 minutes par jour, 5 jours par semaine ou ne pas donner la fessée à son enfant.

Des observations appuient une telle définition plus spécifique du comportement à l'étude. En effet, des anecdotes rapportées par des intervenantes laissent croire que certains parents progressent selon les stades de changement afin d'adopter une nouvelle pratique. Par exemple, au moment d'aborder l'ignorance, une stratégie éducative qui consiste à ne donner volontairement aucune attention à un comportement dérangeant de l'enfant, un parent se montrait complètement désintéressé (préquestionnement). À la fin de la rencontre sur cette pratique, il est allé voir une intervenante en lui disant qu'il croyait que cette pratique pouvait être utile pour certains parents, mais qu'il n'était pas dans ses valeurs d'ignorer un comportement inadéquat et que cette pratique n'aurait pas sa place dans sa famille (questionnement). L'intervenante a discuté avec lui des avantages de la pratique, l'a aidé à identifier un comportement qu'il pourrait ignorer sans contrevenir à ses valeurs et l'a invité à ignorer ce comportement pendant la semaine (préparation). La semaine suivante, le parent a raconté avoir ignoré sa fille avec succès à chaque fois qu'elle avait posé le

comportement qu'il avait identifié (action). L'intervenante a pu l'en féliciter et l'amener plus loin dans sa maîtrise de la pratique parce qu'il était alors engagé dans l'utilisation de l'ignorance.

Cet exemple soutient la pertinence d'une microanalyse du changement d'une pratique éducative. Une telle définition de la séquence de changement a des répercussions méthodologiques et pour l'intervention. Sur le plan méthodologique, cette séquence, se déroulant sur une période d'une semaine, ne pouvait être perçue à l'aide de la procédure d'évaluation de la présente étude qui proposait une mesure des stades de changement aux quatre semaines. Par ailleurs, l'utilisation de questionnaires uniformes pour tous les parents n'est pas appropriée pour étudier cette séquence parce que cette dernière se déroule à un moment différent pour chaque parent, concerne une pratique différente pour différents parents et parce que la rapidité du changement de stade ne permet pas l'administration de questionnaires à un moment fixe. Il pourrait être intéressant d'effectuer une recherche qualitative à ce sujet. On pourrait par exemple observer les participants à l'intervention tout au long des rencontres pour retracer leur cheminement dans l'acquisition d'une pratique éducative donnée. Par exemple, pour le parent évoqué précédemment, on pourrait retracer toutes les occasions où l'ignorance a été abordée pour noter l'évolution de son attitude ou de ses propos à ce sujet. Sur le plan de l'intervention, ces observations indiquent que l'intervenant ne devrait pas se fier à des questionnaires, mais plutôt à sa connaissance théorique des stades et à son observation participante pour déceler le stade où se situe un individu à un moment précis puis adapter son intervention conformément à ce qui a été proposé dans l'article d'introduction (article 1).

En conclusion, les stades tels que définis dans la présente étude ne s'appliquent pas aux pratiques éducatives des parents. En effet, les pratiques éducatives parentales constituent un comportement complexe qui nécessite d'être spécifié. Des observations sont à l'effet qu'il est possible de retracer une séquence de changement au travers des stades identifiés, mais qu'elle ne se fait pas au même moment, ni au niveau des mêmes pratiques éducatives chez tous les parents. Les stades avaient été mesurés à six reprises, en alternance avec les mécanismes, mais, en raison de la difficulté à classer les parents dans les stades, nous n'avons pas pu exploiter ces mesures répétées pour faire les analyses de trajectoires anticipées qui auraient vérifié l'interaction entre les stades et les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales.

Démarche Méthodologique et Statistique au niveau des Mécanismes de Changement

Deux questions portaient à l'origine sur les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales. L'étude de la relation entre les stades et les mécanismes de changement n'est plus appropriée compte tenu des résultats décrits précédemment sur les stades. Pour cette raison et sur la base des recommandations d'auteurs comme Kazdin (1999; Kazdin & Kendall, 1998; Kazdin & Weisz, 1998), Weisz (Weersing & Weisz, 2002; Weisz & Jensen, 2001), Doss (2004) et Greenberg (1994, 1999), nous avons accordé une plus grande importance aux mécanismes de changement. Les questions qui restent concernant ces mécanismes visent d'une part à vérifier leur rôle médiateur dans l'effet du PEHP sur les pratiques éducatives des parents et d'autre part à explorer plus en profondeur leur relation avec les pratiques

éducatives, peu importe le groupe expérimental d'appartenance du parent. Ces questions ont fait l'objet du troisième article. Les prochains paragraphes décrivent le travail effectué pour déterminer les mécanismes à l'étude, élaborer des instruments de mesure de ces mécanismes et étudier le rôle des mécanismes en relation avec les pratiques éducatives parentales.

Choix des Mécanismes à l'Étude

Le stress parental et le sentiment d'auto-efficacité parental sont des variables identifiées à partir des études sur les PEHP. Aucune étude n'a vérifié correctement si ce sont des médiateurs de l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives, mais les résultats démontrent que l'intervention a un effet sur ces variables et qu'elles sont à leur tour reliées à certaines pratiques éducatives, ce qui suggère un lien médiateur.

Les autres mécanismes sont inspirés du modèle transthéorique. Ce modèle propose 13 variables associées au changement comportemental en plus des stades de changement. Toutes ces variables ne sont pas appropriées à l'étude des pratiques éducatives parentales. Les mécanismes retenus sont ceux que nous présumons être présents dans le type d'entraînement aux habiletés parentales que nous nous apprêtons à mettre en place. Par exemple, l'approche collaborative mise de l'avant dans le PEHP *Ces années incroyables* favorise le sentiment d'auto-efficacité et permet l'échange de soutien et de renforcement entre les participants. Le contexte de groupe a aussi l'avantage de favoriser une diminution du stress parental, l'expression des émotions ressenties face à sa relation avec son enfant, le soutien et le renforcement entre adultes. Finalement, le type de discussions et d'exercices proposés dans le programme permet aux parents de percevoir de plus en plus les avantages à utiliser des pratiques éducatives positives et d'établir des liens de

contingence entre les pratiques éducatives qu'ils utilisent et le comportement de leur enfant. Ainsi, la perception des avantages et des inconvénients à modifier ses pratiques éducatives parentales, les émotions négatives ressenties, l'ouverture à recevoir du soutien, le renforcement par les adultes de son entourage, le renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et l'observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant ont été retenus en plus du sentiment d'auto-efficacité et du stress parental.

Élaboration des Mesures des Mécanismes de Changement des Pratiques Éducatives Parentales

Des questionnaires fidèles et valides, reconnus pour mesurer le stress parental et le sentiment d'auto-efficacité parental étaient disponibles et ont été utilisés (Questionnaire d'évaluation du sentiment d'auto-efficacité parental de Dumka, Stoerzinger Jackson & Roosa, 1996 et Indice de stress parental de Bigras, LaFrenière, & Abidin, 1996). Nous avons élaboré deux questionnaires pour mesurer les autres mécanismes à l'étude (voir article 2). Un premier questionnaire de six énoncés répartis en 2 échelles a été développé pour évaluer la perception des avantages et inconvénients au changement des pratiques éducatives parentales. Ce questionnaire est inspiré de celui développé par Jones (2000) pour évaluer ce concept auprès de parents utilisant des pratiques maltraitantes à l'égard de leur enfant. Le deuxième questionnaire élaboré comporte 20 énoncés évaluant les émotions négatives ressenties, l'ouverture à recevoir du soutien, le renforcement par les adultes de son entourage, le renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et l'observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant. Comme ces mécanismes du modèle transthéorique n'avaient jamais été étudiés dans le contexte de

comportements psychosociaux, à notre connaissance, nous nous sommes inspirés du questionnaire utilisé par McConaughy et al. (1988) pour évaluer l'utilisation des mécanismes par les individus qui cessent de fumer.

Les deux instruments que nous avons développés font l'objet du deuxième article (voir annexes B et C). Pour assurer la validité de ces questionnaires, de nombreux énoncés ont été formulés puis soumis à six experts à qui on a demandé de relier chacun des énoncés à un mécanisme. Seuls les énoncés qui ont été correctement associés au mécanisme pour lequel ils avaient été définis par tous les experts ont été soumis aux analyses psychométriques suivantes. Les résultats des analyses de cohérence interne ont démontré que ces échelles ont des alphas de Cronbach acceptables variant entre ,57 et ,91.

Étude du Rôle Médiateur de l'Utilisation des Mécanismes en Relation avec les Pratiques Éducatives Parentales

Les résultats concernant le rôle des mécanismes en relation avec les pratiques éducatives parentales sont rapportés dans l'article 3. Ces résultats démontrent que les mécanismes ne sont pas responsables de l'effet de l'intervention sur les pratiques éducatives parentales puisque l'intervention n'a pas d'effets sur ces mécanismes. Néanmoins, sept des variables étudiées ont un rôle dans la prédiction des pratiques éducatives parentales. En effet, plus un parent se sent compétent dans son rôle (sentiment d'auto-efficacité), mieux il supervise les activités de son enfant. Plus son rôle parental lui procure du stress, moins il utilise une discipline appropriée mais plus il supervise son enfant. Plus il ressent des émotions négatives face à sa relation avec son enfant, plus sa discipline est punitive et inconstante. S'il perçoit plus d'avantages au changement, le parent aura tendance à utiliser plus les félicitations et les

récompenses et à adopter une discipline plus appropriée. L'ouverture à recevoir du soutien de personnes compétentes prédit quant à elle une plus grande utilisation d'une discipline verbale positive et des félicitations et des récompenses alors que le renforcement par les adultes de son entourage et le renforcement par la réaction de l'enfant sont associés à l'utilisation d'une discipline verbale positive. Des tableaux abrégés de ces résultats sont présentés dans l'article 3, mais les tableaux complets sont présentés en annexe G.

En conclusion, en plus du stress parental et du sentiment d'auto-efficacité, on a étudié la perception des avantages et des inconvénients au changement, les émotions négatives ressenties, l'ouverture à recevoir du soutien, le renforcement par les adultes de son entourage, le renforcement par la réaction comportementale de l'enfant et l'observation de l'effet de ses pratiques éducatives sur l'enfant comme des mécanismes potentiels associés au changement des pratiques éducatives au cours d'un PEHP. Les résultats obtenus confirment que sept des variables identifiées ont un rôle dans la prédiction des pratiques éducatives des parents. Ce ne sont pas des mécanismes de changement, mais néanmoins des prédicteurs des pratiques éducatives parentales.

Proposition de Nouvelles Recherches sur la base des

Forces et Limites de la Présente Étude

La recherche rapportée dans cette thèse comporte des forces et des limites qui permettent, conjointement aux résultats obtenus, de proposer de nouvelles études sur les stades et les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales. La première force de la recherche vient de son caractère longitudinal et du nombre de mécanismes intégrés à l'étude. En effet, les stades et plusieurs mécanismes de

changement ont été mesurés à six reprises selon une procédure originale. Une prochaine étude devrait recueillir des mesures fréquentes non seulement des mécanismes, mais aussi des pratiques éducatives. Les résultats ont indiqué que certaines des variables identifiées comme mécanismes potentiels prédisent, à un moment donné, les pratiques éducatives au post-test. Une mesure plus fréquente des pratiques éducatives permettrait en outre d'étudier l'évolution de la relation entre ces variables dans le temps.

Une autre force de l'étude vient de la définition des stades de changement et du développement d'une grille originale pour classer les parents dans un stade en conservant la validité théorique de ces stades. Toutefois, la mesure porte sur une définition macro analytique du changement des pratiques éducatives parentales. En effet, les questions adressées aux parents portent sur leur relation avec leur enfant et sur leur gestion des comportements de leur enfant de façon générale. Les résultats démontrent qu'il serait plus intéressant, dans l'avenir, d'effectuer une micro analyse de la séquence de changement des pratiques éducatives parentales en définissant des pratiques éducatives parentales plus spécifiques. Il serait aussi intéressant, d'utiliser un devis de recherche qualitatif plutôt que quantitatif afin d'analyser, par exemple, l'attitude et les propos des parents à l'égard de différentes pratiques, tout au long des sessions du PEHP qui auraient été filmées préalablement. Une recherche qualitative permettrait davantage d'explorer les mécanismes réellement utilisés par les participants à un PEHP puisque les observations ne seraient pas uniquement tirées de questionnaires portant sur des mécanismes prédéterminés.

Une limite de la présente recherche vient du fait qu'on étudie le changement des pratiques éducatives parentales, mais dans les faits, peu de changement a été

identifié. On cherche également à vérifier le rôle de médiateur des mécanismes dans l'effet du PEHP sur les pratiques éducatives, mais dans les faits, l'intervention a produit peu d'effet sur les pratiques éducatives. Ces résultats remettent en question la sensibilité du questionnaire utilisé pour évaluer les pratiques éducatives parentales. En effet, des analyses supplémentaires démontrant que le programme a un effet important sur le comportement des enfants suggèrent que le programme devrait agir sur les parents puisque nous avons été en contact avec ces derniers uniquement. Par ailleurs, des discussions avec d'autres chercheurs utilisant ce questionnaire révèlent que les changements observés chez les parents par les intervenants sont difficilement perceptibles avec ce questionnaire. Si le changement des pratiques éducatives devait être étudié à nouveau, il serait pertinent de s'assurer, dans un premier temps, que les questionnaires utilisés permettent de percevoir ce changement avec plus de finesse. Par ailleurs, il est possible que la nature de l'échantillon explique ces faibles effets. En effet, les parents ont été sélectionnés sur la base du TDAH de leur enfant. Il est possible que des résultats différents auraient été obtenus si l'échantillon avait été constitué de parents d'enfants oppositionnels ou agressifs ou de parents négligeants ou abuseurs auprès de leur enfant puisque les pratiques éducatives sont plus clairement mises en compte dans l'étiologie de ces problèmes.

La principale limite de la présente étude vient probablement de l'échantillon utilisé. Celui-ci est petit, il est constitué de parents qui sont volontaires à participer à la recherche et à recevoir une intervention dans le but d'améliorer leurs pratiques éducatives et ils ont été sélectionnés sur la base du TDAH de leur enfant. Toutes des caractéristiques qui ont influencé les résultats obtenus. Le nombre de participants a limité le type d'analyses statistiques pouvant être utilisées et a limité la puissance

statistique des analyses réalisées. Le fait que les parents soient volontaires a probablement influencé le classement des parents dans les stades. Finalement, la sélection des parents sur la base du TDAH de l'enfant n'était pas idéale pour observer un changement optimal des pratiques éducatives parentales. En effet, ce problème de comportement n'indique pas nécessairement la présence de pratiques inadéquates chez le parent. Une prochaine étude pourrait observer des résultats différents si un plus gros échantillon était utilisé, celui-ci étant sélectionné sur la base de problèmes de comportement comme l'opposition ou le trouble des conduites des enfants, problèmes où les pratiques éducatives parentales sont clairement mises en compte. Les résultats de telles études pourraient faire ressortir davantage la contribution de certains mécanismes au changement des pratiques éducatives parentales.

Sur le plan conceptuel, la présente étude se base sur les études réalisées dans le cadre de PEHP et sur le modèle transthéorique. Une prochaine étude sur le changement bénéficierait d'une recension plus exhaustive des différents modèles de changement. En effet, d'autres modèles théoriques ont été appliqués aux comportements liés à la santé physique (voir Armitage & Conner, 2000), des modèles psychologiques comme la théorie de l'adhérence au traitement et la théorie de la motivation s'intéressent également au changement du comportement et les modèles théoriques et thérapeutiques utilisés en psychologie (par exemple les thérapies cognitive, comportementale, systémique ou psychodynamique) proposent des mécanismes de changement.

Finalement, la présente recherche a étudié avec précision les stades et les mécanismes de changement des pratiques éducatives des parents. Les PEHP ont toutefois pour objectif ultime d'améliorer le comportement des enfants. Des résultats

complémentaires à la présente étude ont démontré que le PEHP a un effet positif au niveau du comportement de l'enfant. De nouvelles études devraient donc s'intéresser non seulement aux stades et aux mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales, mais aussi au changement du comportement de l'enfant. À ce sujet, plusieurs chercheurs supposent, sans l'avoir vérifié correctement, que le changement des pratiques éducatives parentales est un médiateur de l'effet des PEHP sur le comportement des enfants. On pourrait aussi vérifier si des prédicteurs des pratiques éducatives parentales, identifiés dans la présente recherche, jouent un rôle au niveau du changement du comportement des enfants.

En terminant, cette thèse est le fruit d'une démarche de recherche qui a mené à l'élaboration d'une théorie du changement, au développement d'instruments de mesure et à des résultats pertinents sur les plans théorique et de l'intervention. Des liens théoriques entre les PEHP et le modèle transthéorique, qui sont à la base de la recherche, ont d'abord été établis pour proposer des questions et des hypothèses. Des instruments de mesure ont ensuite été développés et la collecte des données a été dirigée. Finalement, les analyses statistiques et l'interprétation des résultats obtenus ont été effectuées dans le but de rédiger cette thèse.

Annexe A

Questionnaire sur les stades de changement des pratiques éducatives parentales

Questionnaire sur la motivation au changement des pratiques disciplinaires des parents

Dans toutes les relations parent-enfant, il y a des périodes plus faciles et d'autres plus difficiles. Ce questionnaire a pour but de décrire les sentiments vécus par les participants à un groupe de parents dans leur relation avec leur enfant. Certains énoncés sont plus proches de ce que vous vivez alors que d'autres vous sembleront moins bien décrire ce que vous ressentez.

Répondez aux questions suivantes en pensant à votre relation avec l'enfant pour lequel vous participez au groupe de parents.

Indiquez votre niveau d'accord avec chaque énoncé en encerclant le chiffre qui représente le mieux ce que vous pensez au moment présent.

- 1) Fortement d'accord
- 2) D'accord
- 3) Indécis / neutre
- 4) En désaccord
- 5) Fortement en désaccord
- 6) Ne s'applique pas à ma situation

1. Mon enfant agit comme tous les enfants de son âge.	1	2	3	4	5	6
2. J'utilise maintenant des stratégies différentes quand je réagis aux comportements de mon enfant.	1	2	3	4	5	6
3. Je commence à penser que je devrais changer ma façon d'agir avec mon enfant.	1	2	3	4	5	6
4. Les autres parents ont beaucoup plus de difficultés que moi avec leur enfant.	1	2	3	4	5	6
5. J'en suis à me demander quelle serait la meilleure chose à faire pour aider mon enfant et je poserai bientôt les gestes en conséquence.	1	2	3	4	5	6
6. Tous les enfants de l'âge de mon enfant traversent les mêmes difficultés que mon enfant.	1	2	3	4	5	6
7. J'ai fait des changements dans ma façon d'agir avec mon enfant et je fais toujours beaucoup d'efforts pour maintenir ces changements.	1	2	3	4	5	6
8. Je fais des efforts pour modifier ma façon d'agir avec mon enfant.	1	2	3	4	5	6
9. Un changement dans ma façon d'agir avec mon enfant pourrait avoir des répercussions négatives sur mes autres relations (conjoint, parenté, autres enfants, amis, etc.).	1	2	3	4	5	6

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. Il ne fait plus aucun doute que pour aider mon enfant, je dois modifier ma façon d'agir avec lui. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Mes réactions au comportement de mon enfant correspondent à ce dont mon enfant a besoin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Je suis préoccupé(e) par le fait que je pourrais retomber dans les problèmes que je vivais avec mon enfant et que j'ai changés au prix de tant d'efforts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Je mets en pratique certains conseils que je reçois pour réagir au comportement de mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Je trouve qu'il est tellement difficile de faire les changements nécessaires pour aider mon enfant que j'hésite à le faire. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. J'aimerais avoir plus d'idées sur la façon de résoudre mes problèmes avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. J'hésite à faire des changements si importants dans ma façon d'agir avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Ma relation avec mon enfant est comme toutes les relations parents-enfants. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Même quand c'est difficile, je fais tout en mon possible pour améliorer la relation que j'ai avec mon enfant (assister au rencontre de groupe, prendre du temps avec mon enfant, faire des lectures, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Je perds mon temps ici car je ne suis pas à la base du problème. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. J'ai réussi à modifier positivement ma relation avec mon enfant depuis au moins 6 mois. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
-

Annexe B

Questionnaire sur les mécanismes de changement des pratiques éducatives parentales

Questionnaire sur les stratégies de changement des pratiques disciplinaires des parents

Les parents utilisent différentes stratégies pour modifier leur relation avec leur enfant. Ce questionnaire a été développé pour couvrir chacune de ces stratégies. Certains énoncés représenteront bien ce que vous vivez alors que d'autres vous sembleront moins bien décrire ce que vous faites.

Pensez à toutes les expériences similaires que vous avez vécues dans la dernière semaine en pensant à votre relation avec l'enfant pour lequel vous participez au groupe de parents. Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre qui représente le mieux la fréquence à laquelle vous les avez vécues.

- 1) Jamais
- 2) Parfois
- 3) Occasionnellement
- 4) Souvent
- 5) Souvent et depuis plus d'une semaine
- 6) Constamment
- 7) Ne s'applique pas à ma situation

-
- | | |
|--|---------------|
| 1. Dans la dernière semaine, j'ai observé que certaines de mes réactions influencent négativement le comportement de mon enfant. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Dans la dernière semaine, je me suis senti(e) découragé(e) face à ma relation avec mon enfant. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Dans la dernière semaine, je me sentais bien dans mon rôle de parent lorsque je faisais des efforts pour améliorer ma relation avec mon enfant. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Dans la dernière semaine, j'ai observé que mon enfant se comporte mieux lorsque je réagis d'une certaine façon à son comportement. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Dans la dernière semaine, j'ai parlé à au moins une personne importante (membre du groupe, amis, collègues, parenté, conjoint, etc.) au sujet de ma relation avec mon enfant. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Dans la dernière semaine, j'ai observé que ma réaction aux comportements de mon enfant a des conséquences négatives sur ma relation avec lui. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Dans la dernière semaine, j'ai reçu des conseils intéressants de personnes compétentes. | 1 2 3 4 5 6 7 |

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. Dans la dernière semaine, je me suis récompensé(e) ou félicité(e) moi-même quand j'ai utilisé des stratégies positives pour faire face au comportement de mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Dans la dernière semaine, je me suis senti(e) en colère à cause de ma relation avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Dans la dernière semaine, j'ai observé que ma relation avec mon enfant est plus agréable quand je réagis positivement à son comportement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Dans la dernière semaine, j'ai observé que certaines de mes réactions n'étaient pas adaptées aux besoins de mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Dans la dernière semaine, je suis allé(e) chercher de l'aide quand j'en avais besoin. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Dans la dernière semaine, j'ai volontairement évité les situations où je sais que j'aurais eu de la difficulté à contrôler le comportement de mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Dans la dernière semaine, les réactions de mon entourage (famille, enseignantes, amis, collègues, etc.) m'ont encouragé(e) à continuer mes efforts pour améliorer ma relation avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Dans la dernière semaine, j'ai observé que mon enfant apprécie que je change ma réaction à son comportement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Dans la dernière semaine, je me suis senti(e) optimiste face à ma relation avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Dans la dernière semaine, j'ai pensé au fait que certaines de mes réactions peuvent empêcher mon enfant d'améliorer son comportement. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Dans la dernière semaine, je me suis senti(e) coupable parce que ça ne va pas bien dans ma relation avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Dans la dernière semaine, quelqu'un sur qui je peux compter m'a aidé à faire face à mes problèmes avec mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Dans la dernière semaine, j'ai volontairement évité les personnes auprès desquelles j'aurais eu de la difficulté à contrôler le comportement de mon enfant. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
-

Annexe C

Questionnaire sur la perception des avantages et des
inconconvénients au changement des pratiques éducatives

Questionnaire d'évaluation des avantages et des inconvénients au changement

Certains parents souhaitent ou hésitent à faire des changements dans leur façon d'agir avec leur enfant pour diverses raisons. Les énoncés suivants représentent ces raisons.

Répondez aux questions suivantes en pensant à votre rôle de parent. Indiquez votre niveau d'accord avec chaque énoncé en encerclant le chiffre qui représente le mieux ce que vous pensez au moment présent.

- 1) Fortement d'accord
- 2) D'accord
- 3) Indécis / neutre
- 4) En désaccord
- 5) Fortement en désaccord
- 6) Ne s'applique pas

-
- | | |
|--|-------------|
| 1. Si je change ma façon d'agir avec mon enfant, je me sentirai mieux avec moi-même. | 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Si je change ma façon d'agir avec mon enfant, Je serai plus en mesure de donner à mon enfant ce dont il a besoin. | 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Si je change ma façon d'agir avec mon enfant, Je me sentirai plus en contrôle de ma vie. | 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Si je suis les conseils qui me sont faits, mon enfant sera hors de contrôle. | 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Si je change ma façon de faire avec mon enfant, ça pourrait être source de conflit entre mon partenaire et moi. | 1 2 3 4 5 6 |
| 6. Tous ces changements sont trop nombreux, je n'y arriverai pas. | 1 2 3 4 5 6 |
-

Annexe D

Grille de classement des parents dans un stade de
changement des pratiques éducatives

Grille de classement des parents dans un stade de changement des pratiques éducatives.

Stade du parent	Préliminaire	Préquestionnement	Questionnement	Préparation	Action	Maintien
Préliminaire	Soit ≤ 2 et être le plus faible			Soit ≥ 3 ou $s4 - s1 \geq 1$	Soit ≥ 3 ou $s5 - s1 \geq 1$	
Préquestionnement	Si diagn. Soit ≥ 3 ou $s1 - s2 \geq 1$	Soit ≤ 2 et être le plus faible		Soit ≥ 3 ou $s4 - s2 \geq 1$	$> s2$	$> s2$
Questionnement	Si diagn. Soit ≥ 3 ou $s1 - s3 \geq 1$	Soit ≥ 3 ou $s2 - s3 \geq 1$	Soit ≤ 2 et être le plus faible		Soit ≥ 3 ou $s5 - s3 \geq 1$	
Préparation	Si diagn. Soit ≥ 3 ou $s1 - s4 \geq 1$	Soit ≥ 3 ou $s2 - s4 \geq 1$		Soit ≤ 2 ou $s2 - s4 \geq 1$ et $s5 - s4 \geq 1$	Soit ≥ 3 ou $s5 - s4 \geq 1$	
Action	Si diagn. Soit ≥ 3 ou $s1 - s5 \geq 1$	Soit ≥ 3 ou $s2 - s5 \geq 1$	Soit ≥ 3 ou $s3 - s5 \geq 1$		Soit ≤ 2 ou $s3 - s5 \geq 1$ et $s2 - s5 \geq 1$	$s6 - s5 \geq 1$
Maintien	Si diagn. Soit ≥ 3 ou $s1 - s6 \geq 1$	Soit ≥ 3 ou $s2 - s6 \geq 1$				Soit ≤ 2 et être le plus faible

Note: s1: score obtenu à l'échelle du stade préliminaire; s2: score obtenu à l'échelle du stade de préquestionnement; s3: score obtenu à l'échelle du stade de questionnement; s4: score obtenu à l'échelle du stade de préparation; s5: score obtenu à l'échelle du stade d'action; s6: score obtenu à l'échelle du stade de maintien.

Annexe E

Informations sur le programme d'entraînement aux
habiletés parentales *Ces années incroyables*

Contenu des 16 rencontres du PEHP.

1. Introduction et jouer
2. Jouer
3. Félicitations
4. Félicitations et récompenses
5. Récompenses
6. Établir des limites / commandes
7. Établir des limites / aller jusqu'au bout
8. Établir des limites / ignorer
9. Retrait
10. Autres conséquences / conséquences logiques et perte privilège
11. Résolution de problèmes individuels
12. Résolution de problèmes
13. Promotion de la confiance en soi et gérer le découragement
14. Instauration de bonnes habitudes de travail et participation des parents dans les devoirs
15. Rencontres parent – enseignant et discuter un problème scolaire avec l'enfant
16. Rattrapage (si retard) et célébration

Activités proposées dans les rencontres

- Utilisation de l'approche collaborative par les intervenants
- Établissement de règles de groupe (rencontre 1)
- Les participants se fixent des buts individuels
- Brainstorm sur les bénéfices et barrières reliés aux différentes thématiques
- Présentation de vignettes
- Discussions de groupe
- Jeux de rôle
- Distribution de documents écrits : aide-mémoires, description des devoirs, exercices, etc.
- Devoirs à faire à la maison : pratiquer les différentes habiletés, lectures, exercices écrits.
- Évaluation de chacune des rencontres par les participants

Annexe F

Détails sur les instruments de mesure

Informations supplémentaires sur les instruments de mesure.

Évaluation du TDAH.

DISC IV (1997). Cette entrevue hautement structurée est effectuée par une assistante de recherche dûment formée auprès des parents. L'entrevue questionne la présence de plus de 30 diagnostics psychiatriques qui concernent les enfants ou les adolescents (6-17 ans) sur la base des critères du DSM-IV et de l'ICD-10. Le DISC complet comporte environ 3000 questions dont 358 sont posées à tous les répondants. Les questions subséquentes sont sélectionnées selon les réponses à ces questions. Les parents répondent généralement par « oui » ou « non » ou par « parfois » dans quelques situations. La fidélité de l'entrevue est très bonne (test-retest pour TDAH évalué par parent : $\kappa = ,79$; fiabilité du diagnostic de TDAH évalué par parent : $\kappa = ,60$; nombre de symptômes du TDAH évalué par parent ICC = ,84). Des analyses de la validité de l'entrevue ont aussi été réalisées (Shaffer et al., 2000).

Conner's pour les parents (1997). Questionnaire où le parent indique l'occurrence de 80 comportements au cours du dernier mois sur une échelle de type Likert allant de « pas du tout » (0) à « énormément » (3). Ce questionnaire comporte sept échelles évaluant les comportements spécifiques du TDAH et les comportements associés : opposition, problèmes cognitif / inattention, hyperactivité, gêne / anxiété, perfectionnisme, problèmes sociaux, psychosomatique. Conners, Sitarenios, Parker et Epstein (1998) ont confirmé la fidélité et la validité du questionnaire (par exemple : alpha de ,73 à ,94; test-retest de ,70).

Conners' pour les enseignants (2001). Questionnaire similaire à la version à l'intention du parent, mais il comporte 59 questions au lieu de 80. Il présente une bonne fidélité avec par exemple une bonne cohérence interne (alpha de ,73 à 95) et

une bonne stabilité temporelle (entre ,47 et 86). La validité de critère a été obtenue en vérifiant la concordance des résultats avec le résultat au questionnaire à l'intention des parents (Conners, Sitarenios, Parker, & Epstein, 1998).

Évaluation des critères de sélection.

DISC-IV. L'entrevue diagnostique décrite plus haut a aussi permis de confirmer l'absence du syndrome Gilles de la Tourette, de tics multiples et de trouble obsessionnel-compulsif.

WISC III. Ce questionnaire de 181 énoncés est administré par la neuropsychologue associée à l'équipe de recherche afin de vérifier l'absence de retard mental. Le nombre total de questions posées à l'enfant varie en fonction de son âge. Les échelles suivantes sont disponibles et utilisées selon l'âge de l'enfant : 1. Connaissances générales (30 énoncés); 2. Similarités (17 énoncés); 3. Arithmétique (18 énoncés); 5. Vocabulaire (32 énoncés); 6. Compréhension (17 énoncés); 7. Digit Span (14 énoncés); 8. Compléter les images (26 énoncés); 9. Correction d'images (12 énoncés); 10. Dessins de blocs (11 énoncés); 11. Assemblage d'objets (4 énoncés); 12. Coding and mazes

Woodcock-Johnson Questionnaire. Ce questionnaire est administré par la neuropsychologue associée à l'équipe de recherche pour assurer l'absence de retard de développement chez l'enfant. Ce questionnaire présente un nombre de questions variables selon l'âge de l'enfant. Les échelles sélectionnées pour vérifier l'âge développemental des enfants sont la compréhension verbale et l'arithmétique, la complétion de phrases et la résolution de problèmes mathématiques.

Variables de contrôle.

Échelle d'Ajustement Marital de Locke et Wallace (1959, traduit et adapté par Wright & Sabourin, 1985) (alpha de ,90). Ce questionnaire vérifie la perception de chacun des parents de leur vie de couple. Les parents indiquent leur niveau d'accord avec leur partenaire sur une échelle de type Likert en six points allant de « toujours en accord » à « toujours en désaccord » ou de « toujours » à « jamais », sur huit aspects de la vie de couple. Par exemple, il est demandé aux parents : « Vous confiez-vous à votre partenaire? » ou « Avez-vous déjà regretté de vous être mariés (ou de vivre ensemble)? ». Les parents répondent à ce questionnaire individuellement et le remettent en main propre à l'assistante de recherche aussitôt après.

Inventaire de dépression de Beck (1967) (alpha de ,86; Beck, Steer & Garbin, 1988). Ce questionnaire de 21 énoncés vérifie les sentiments ressentis par les parents au cours des deux dernières semaines. Les parents indiquent, sur une échelle allant de 0 à 3, l'intensité de divers sentiments tels la tristesse, le pessimisme, la perte de plaisir, la culpabilité, etc.

Pratiques éducatives parentales.

Parenting Practice Interview (PPI: Webster-Stratton, 1998a). Les parents indiquent l'utilisation qu'ils font de pratiques parentales positives ou négatives sur une échelle de type Likert. Ce questionnaire de 80 questions permet d'attribuer un score entre 1 et 7 aux parents pour chacune des sept pratiques actives: discipline punitive et inconstante, punitions physiques, discipline verbale positive, félicité éducations et récompenses, discipline appropriée, clarté des attentes et supervision. Il est sensible aux variations des pratiques éducatives suite à une intervention et ses qualités psychométriques sont reconnues (alphas entre ,54 et ,82).

Mécanismes de changement.

Dumka, Stoerzinger Jackson et Roosa (1996). Le sentiment d'auto-efficacité parental à l'égard de sa capacité à gérer le comportement de l'enfant est mesuré avec un questionnaire de cinq énoncés pour lesquels le parent indique son niveau d'accord sur une échelle de type Likert allant de fortement d'accord (1) à fortement en désaccord (5). Le score d'auto-efficacité correspond à la moyenne des réponses à tous les énoncés du questionnaire (Cronbach = 0,70).

Indice de stress parental, version courte, échelle de détresse parentale (ISP; Bigras, LaFrenière, & Abidin, 1996). Ce questionnaire comporte douze énoncés pour lesquels le parent indique son niveau d'accord sur une échelle allant de profondément d'accord (1) à profondément en désaccord (5). Plus le score obtenu est faible, plus le parent ressent du stress par rapport à sa relation avec son enfant. Les études psychométriques portant sur l'ISP sont nombreuses et démontrent de bonnes caractéristiques comme un alpha de Cronbach de ,84 et un coefficient de test-retest de ,85. Cette échelle de la version courte du questionnaire présente une corrélation de ,92 avec celle de la version longue, ce qui en soutient la validité.

Annexe G

Tableaux complets en référence à l'article présenté dans
l'article 3

Tableau 5.

Corrélation entre l'utilisation de chaque mécanisme (à chacun des 5 temps de mesure) et les pratiques éducatives parentales (au pré-test et au post-test)

PEP ¹	Mécanismes et PEP au pré-test				Mécanismes et PEP au post-test				
	T2	T3	T4	T5	T1	T2	T3	T4	T5
Mécanisme : sentiment d'auto-efficacité									
DPI	,17	,35	,47*	,43*	,33*	,02	,18	,12	,16
PP	,004	-,18	-,004	-,01	,08	-,16	-,02	,08	,14
DVP	,08	-,03	-,12	-,14	-,17	,22	-,02	,05	,09
FR	-,14	-,06	-,15	-,06	-,13	,37	-,14	-,06	-,13
DA	,14	-,14	-,12	-,17	-,002	,32	-,14	-,01	-,01
CA	-,46*	-,35	-,47*	-,46*	-,23	-,35	-,17	,03	,02
SUP	-,26	,21	,02	,12	,21	-,08	,49*	,42*	,32
Mécanisme : stress parental									
DPI	-,26	-,14	-,23	-,21	,20	-,11	-,21	-,26	-,27*
PP	,14	,01	-,08	-,07	,04	,09	-,03	-,04	-,06
DVP	,16	,24	,15	,12	-,16	-,10	,08	,13	,08
FR	,21	,23	,14	,18	-,03	,08	,16	,20	,20
DA	,33*	,25	,23	,31*	,17	,36**	,37**	,45**	,36**
CA	,15	-,05	,03	,04	,004	,03	,14	,13	,20
SUP	-,08	-,17	-,09	-,12	-,02	-,21	-,19	-,20	-,29*
Mécanisme : ressentir des émotions									
DPI	,14	,21	,06	,10	,18	,17	,20	,27*	,39*

PP	-,06	,21	,11	,25	-,02	-,08	,15	,23	,25
DVP	-,33*	-,40*	-,12	-,18	-,05	-,11	-,29*	-,23	-,20
FR	-,15	-,27*	-,04	,000	,07	-,05	-,22	,03	-,12
DA	,13	,03	-,07	,03	,11	,03	-,16	-,18	-,20
CA	,13	,27*	,14	,14	-,02	,04	,06	,05	-,12
SUP	,12	,04	-,09	-,18	,06	,14	,15	,10	,01

Mécanisme : perception des avantages au changement

DPI	-,17	-,39*	-,32	-,28	-,04	-,08	-,02	-,13	-,14
PP	-,14	,01	-,22	-,07	,06	-,06	,19	-,16	-,12
DVP	,21	,29	,21	,34	-,04	-,04	-,01	-,16	-,07
FR	,19	,25	,13	,22	,11	-,12	-,32	-,48*	-,24
DA	-,02	-,28	-,11	-,01	-,04	-,27	-,43*	-,39*	-,45*
CA	-,07	,14	,09	,13	,09	-,09	,08	,33	,10
SUP	,02	,09	,24	-,01	-,17	,03	-,04	,04	-,17

Mécanisme : perception des inconvénients au changement

DPI	-,04	-,06	-,34	-,25	-,12	,19	,07	-,08	,02
PP	,16	,29	,18	,26	,17	,15	,31	,15	,02
DVP	,21	,04	,26	,36	-,07	-,02	-,10	,04	,15
FR	,15	,13	,04	,15	-,09	-,05	-,14	,09	,07
DA	,10	-,17	-,07	,002	,13	,22	-,03	,16	,08
CA	-,05	-,04	-,08	-,10	,08	-,21	-,01	-,24	-,19
SUP	-,52*	-,41*	-,49*	-,55**	-,14	-,44*	-,23	-,27	-,47*

Mécanisme : ouverture à recevoir du soutien									
DPI	,11	,14	-,01	-,07	,14	,07	-,02	-,08	-,19
PP	-,01	-,03	,08	,01	,23	,06	,01	-,03	,01
DVP	,13	,10	,12	,19	,31*	,23	,13	,28*	,29*
FR	,23	,11	,04	,14	,15	,12	,09	,24	,29*
DA	,29*	,02	,04	-,05	,28*	,17	-,05	,23	,05
CA	,09	,05	,07	,02	,05	,09	,07	,01	,07
SUP	-,15	-,11	-,17	-,04	,11	-,04	-,04	,07	,07
Mécanisme : renforcement par des adultes									
DPI	-,13	-,18	,01	-,14	-,07	-,02	-,02	-,08	-,12
PP	,08	-,11	-,14	,02	,04	,24	,07	-,09	-,03
DVP	,28*	,39**	,16	,07	,30*	,28*	,44**	,35*	,30*
FR	,21	,29*	-,04	-,04	,27*	,002	,25	,10	,11
DA	,19	,10	,10	-,04	,06	,11	,05	,10	,10
CA	,27*	,05	,07	-,06	-,06	,05	-,001	-,06	-,17
SUP	,01	-,14	,16	,05	-,02	,13	,04	,15	,10
Mécanisme : renforcement par la réaction de l'enfant									
DPI	-,08	-,03	,02	-,05	-,08	-,03	,06	-,01	-,20
PP	,16	,05	,07	-,07	,15	,15	,003	-,12	-,16
DVP	,22	,28*	,26	,01	,05	,14	,23	,33*	,29*
FR	,09	,08	,15	-,12	,04	-,11	-,05	,000	-,04
DA	,02	,07	-,01	-,05	,14	-,16	-,10	-,15	-,02
CA	,20	,19	,21	,01	-,01	,09	-,05	-,13	-,02

SUP	,13	,09	,15	,26	-,06	,02	,05	,000	,19
Mécanisme : observation de l'effet de son comportement sur l'enfant									
DPI	,01	,17	-,04	,07	,08	,18	,21	,10	,22
PP	,18	,23	,13	,32*	,08	-,02	,17	-,04	,05
DVP	-,13	-,18	-,05	-,19	,08	,002	,14	,12	,03
FR	-,07	-,03	-,003	-,04	-,07	-,12	-,06	,06	-,11
DA	,27*	,03	-,04	,07	,01	,02	-,01	-,12	-,16
CA	,12	,18	,19	,04	-,10	-,01	-,04	-,07	-,17
SUP	,16	,17	,04	,09	,16	,09	,22	,14	,04

Notes: ¹: PEP = pratiques éducatives parentales mesurées au pré-test et au post-test:

DPI=Discipline punitive et inconstante; PP=Punition physique; DVP=Discipline verbale positive;

FR=Félicitations et récompenses; DA=Discipline appropriée; CA=clarté des attentes;

SUP=supervision; seules les corrélations statistiquement significatives (différentes de zéro à $p < ,05$) sont présentées dans le tableau; *: $p < ,05$; ** $p < ,01$.

Tableau 6.

Résultat des analyses de régression linéaire multiple vérifiant si les mécanismes prédisent les pratiques éducatives parentales au post test au-delà de ces dernières au pré-test

PEP _a (post-test)	PEP pré – test (bloc 1)		Mécanismes (bloc 2)			Contribution du 2 ^{ème} bloc		
	Bs	sig	T _b	Bs	sig	ΔR^2_c	ΔF	sig ΔF
Mécanisme : sentiment d'auto-efficacité								
DPI	,48	,000	1	,16	,21	,023	1,625	,208
SUP	,63	,001	3	,40	,01	,15	7,63	,011
SUP	,63	,000	4	,42	,007	,18	9,01	,007
Mécanisme : stress parental								
DPI	,50	,000	5	-,18	,15	,030	2,101	,154
DA	,57	,000	2	,24	,05	,05	4,04	,050
DA	,57	,000	3	,26	,03	,06	5,18	,027
DA	,57	,000	4	,35	,003	,11	9,66	,003
DA	,50	,000	5	,22	,08	,042	3,194	,080
SUP	,63	,000	5	-,24	,05	,06	4,18	,046
Mécanisme : ressentir des émotions								
DPI	,54	,000	4	,27	,02	,08	5,64	,022
DPI	,54	,000	5	,33	,005	,11	8,67	,005
DVP	,22	,13	3	-,19	,19	,031	1,779	,188
Mécanisme : perception des avantages au changement								
FR	,40	,07	4	-,51	,008	,26	8,53	,008
DA	,57	,01	3	-,35	,04	,12	4,56	,044

DA	,48	,009	4	-,34	,06	,112	3,970	,059
DA	,57	,003	5	-,44	,01	,19	7,95	,010
Mécanisme : perception des inconvénients au changement								
SUP	,55	,007	2	-,15	,43	,017	0,655	,427
SUP	,53	,01	5	-,18	,37	,022	0,861	,366
Mécanisme : ouverture à recevoir du soutien								
DVP	,30	,01	1	,34	,01	,12	7,25	,010
DVP	,26	,05	4	,23	,09	,052	2,954	,092
DVP	,25	,06	5	,24	,08	,055	3,173	,081
FR	,40	,01	5	,28	,04	,07	4,63	,036
DA	,54	,000	1	,20	,09	,038	2,980	,090
Mécanisme : renforcement par des adultes								
DVP	,24	,09	1	,19	,17	,034	1,933	,171
DVP	,25	,08	2	,21	,14	,039	2,245	,140
DVP	,30	,25	3	,38	,007	,12	7,83	,007
DVP	,30	,06	4	,30	,03	,09	5,31	,026
DVP	,28	,04	5	,25	,07	,060	3,447	,069
FR	,35	,01	1	,18	,19	,029	1,768	,190
Mécanisme : renforcement par la réaction de l'enfant								
DVP	,30	,09	4	,27	,05	,07	4,06	,049
DVP	,30	,03	5	,30	,02	,09	5,41	,024

Notes: _a : PEP= Pratique éducative parentale; DPI=Discipline punitive et inconstante;

PP=Punition physique; DVP=Discipline verbale positive; FR=Félicitations et récompenses;

DA=Discipline appropriée; CA=clarté des attentes; SUP=supervision; _b : T=Temps de mesure du

mécanisme; c : Variance supplémentaire expliquée par le mécanismes; seules les corrélations statistiquement significatives (différentes de zéro à $p < ,05$) sont présentées dans le tableau.