

Université de Montréal

Lien bidirectionnel entre des caractéristiques personnelles des parents et leurs pratiques parentales dans un contexte d'intervention

par

Myriam Simard

École de psychoéducation

Facultés des arts et des sciences

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

29 Avril 2012

© Myriam Simard, 2012

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Lien bidirectionnel entre des caractéristiques personnelles des parents et leurs pratiques parentales dans un contexte d'intervention

Présenté par :

Myriam Simard

Évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie Normandeau, directrice de recherche

Daniel Paquette, membre du jury

Nadia Desbiens, membre du jury

Résumé

Les parents d'enfants aux prises avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) sont à risque de dépression. Ces parents rapportent aussi des relations familiales plus problématiques, des expériences plus stressantes, un sentiment d'auto-efficacité plus faible à l'égard de leur rôle parental et des pratiques parentales plus coercitives ou inadéquates en comparaison aux parents d'enfants sans ce diagnostic. Plusieurs recherches ont relevé que les parents d'enfants ayant un TDA/H qui ont participé à un programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) rapportent une amélioration générale des difficultés énumérées précédemment. Le changement d'attitude et de pratiques parentales est souvent relié à une diminution des symptômes du TDA/H chez les enfants. L'intervention peut donc contribuer à améliorer la condition du parent et par le fait même celle de son enfant. Toutefois, le TDA/H est un trouble chronique qui peut affecter certaines caractéristiques personnelles du parent pouvant interférer avec la capacité de ce dernier à bénéficier d'une intervention. Peu d'études s'attardent aux caractéristiques du parent pouvant affecter l'efficacité de l'intervention. Le but de la présente étude est d'étudier le lien bidirectionnel entre certaines caractéristiques personnelles (dépression, stress, sentiment d'auto-efficacité) et les pratiques parentales dans un contexte d'intervention qui s'adresse aux parents d'enfants ayant un TDA/H. Les résultats démontrent que le sentiment d'auto-efficacité initial du parent est prédicteur d'une discipline inconstante, et ce, indépendamment de la condition expérimentale. De plus, les pratiques positives initiales sont prédicteurs d'un sentiment d'auto-efficacité élevé au post-test et ce, indépendamment de la condition expérimentale.

Mots-clés : trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), pratiques parentales, dépression, stress, sentiment d'auto-efficacité personnel, programme d'entraînement aux habiletés parentales .

Abstract

When compared to parents of non-diagnosed children, parents of children with ADHD face a higher risk of experiencing parenting stress, depression, and family functioning problems. They also report lower levels of parental self-efficacy, and use more coercive or inadequate parental practices. Some evidence suggests that parental abilities training programs can help offset some of the risks associated with raising a child with ADHD. Changes in attitudes and parental practices are also associated with reductions in child ADHD symptoms. Parent training interventions therefore represent promising strategies for improving both parent and child outcomes. Nevertheless, the personal characteristics of parents can intervene with their ability to benefit from parental training. Few studies have examined how parental characteristics can influence program efficacy. The objective of the present study is to examine the bidirectional link between parental characteristics (depression, stress, self-efficacy) and parental practices within the context of a parent training program. Baseline parent self-efficacy predicted use of inconsistent discipline regardless of whether parents had followed the training program. Furthermore, baseline positive parental practices predicted parent self-efficacy, regardless of experimental condition.

Keywords : Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD); Parental practices; Depression; Parenting stress, Self-efficacy; parental ability training program

Table des matières

La page de titre	i
L'identification du jury	ii
Résumé.....	i
Abstract	ii
La liste des tableaux	iv
La liste des abréviations.....	vi
Remerciements	vii
Introduction	1
Problématique.....	13
Recension des écrits.....	2
Objet de la recherche	14
Méthode	16
Contexte de la recherche.....	16
Participants.....	16
Procédure.....	16
Résultats	20
Caractéristiques de l'échantillon.....	20
Analyses préliminaires.....	21
Vérification des postulats de l'analyse de régression multiple.....	23
Discussion	29
Limites de l'étude.....	31
Forces de l'étude.....	32
Conclusion	33
Références.....	35

La liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Distribution des variables descriptives</i>	i
Tableau 2 : <i>Moyennes et écarts type des caractéristiques personnelles du parent</i>	ii
Tableau 3 : <i>Moyennes et écarts type des échelles de pratiques parentales</i>	ii
Tableau 4 : <i>Corrélations entre les caractéristiques personnelles du parent au pré-test et les échelles de pratiques parentales au post-test</i>	iii
Tableau 5 : <i>Corrélation entre les échelles de pratiques parentales au pré-test et les caractéristiques personnelles du parent au post-test</i>	iii
Tableau 6 : <i>Corrélations entre les caractéristiques du parent au pré-test</i>	iii
Tableau 7 : <i>Corrélations entre les mesures de pratiques parentales au pré-test</i>	iv
Tableau 8 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant la punition corporelle au post-test à partir du sentiment d'auto-efficacité personnel au pré-test en contrôlant la punition corporelle au pré-test</i>	v
Tableau 9 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant la discipline inconstante au post test à partir du sentiment d'auto-efficacité personnel au pré-test en contrôlant la discipline inconsistante au pré-test</i>	vi
Tableau 10 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant le sentiment d'auto-efficacité personnel au post-test à partir de l'engagement au pré-test en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test</i>	vii
Tableau 11 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant le niveau de stress au post-test à partir de l'engagement initial en contrôlant le niveau de stress au pré-test</i>	viii

Tableau 12 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant le symptôme de dépression au post-test à partir de l'engagement parental initial en contrôlant le nombre de symptômes de dépression au pré-test</i>	ix
Tableau 13 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant le sentiment d'auto-efficacité au post-test à partir des pratiques adéquates en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test</i>	x
Tableau 14 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant le sentiment d'auto-efficacité au post-test à partir de la discipline inconstante en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test</i>	xi
Tableau 15 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant le niveau de stress au post-test à partir de la discipline inconstante au pré-test en contrôlant le niveau de stress au pré-test</i>	xii
Tableau 16 : <i>Bêtas standardisés de la régression prédisant le sentiment d'auto-efficacité au post-test à partir de la punition corporelle au pré-test en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test</i>	xiii

La liste des abréviations

APA	<i>American Psychology Association</i>
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
DISC	<i>Diagnostic Interview Schedule for Children</i>
DSM	<i>Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>
MTA	<i>Multimodal Treatment Study of children with ADH/D</i>
PEHP	<i>Programme d'entraînement aux habiletés parentales</i>
SAE	<i>Sentiment d'auto-efficacité personnel</i>
TDA/H	<i>Trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité</i>
TOC	<i>Trouble des conduites</i>
TOP	<i>Trouble oppositionnel avec provocation</i>
QI	<i>Quotient intellectuel</i>

Remerciements

La psychoéducation a été pour moi une grande découverte qui m'a permis d'approfondir tant mes connaissances théoriques que pratiques. J'ai développé à travers ce parcours académique en recherche plusieurs compétences dont une rigueur professionnelle qui me sera utile tout au long de ma carrière. J'ai eu la chance de travailler avec une directrice disponible qui a su prendre le temps de m'accompagner dans mon projet de recherche. Sylvie m'a éclairé tout au long de cette aventure en me laissant la place et le temps nécessaire pour réfléchir et approfondir mes propres idées.

J'aimerais également remercier ma famille et belle-famille qui m'ont toujours encouragée et grandement motivée dans tout mon cheminement académique. Un merci plus particulièrement à ma mère, qui a toujours été une source de motivation et de persévérance pour moi. J'aimerais remercier mon amour, Nicolas, de m'avoir accompagné dans la grande métropole et de m'avoir toujours soutenu par sa constante présence auprès de moi.

Enfin, un merci à tous ceux qui font partie de ma vie, qui m'ont encouragée et qui ont cru en moi. Je me sens, grâce à vous tous, prête à entreprendre une carrière stimulante et remplie de fierté et de défis suite à l'accomplissement de ce projet.

Introduction

Problématique

Certaines caractéristiques personnelles que présentent les parents d'enfant ayant un TDA/H, notamment le niveau de stress, le sentiment d'auto-efficacité ainsi que le nombre de symptômes de dépression sont reliées aux pratiques parentales qu'ils utilisent. Ces caractéristiques peuvent agir comme des filtres pouvant réduire les apprentissages souhaités au cours de l'intervention. L'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre quelles caractéristiques personnelles et pratiques parentales peuvent influencer les apprentissages que feront les parents en contexte d'intervention. L'intérêt clinique de cette recherche serait d'actualiser les résultats en termes de leviers d'intervention afin de permettre aux parents d'enfants ayant un TDA/H de bénéficier au maximum d'une intervention.

Recension des écrits

Le trouble d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)

Le trouble d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est considéré comme chronique et affecte de manière multidimensionnelle le fonctionnement de l'individu. Avec une prévalence de 3 à 7% parmi la population générale (APA, 2004), le TDA/H est le motif premier d'une demande de service psychiatrique parmi les enfants d'âge scolaire (Chronis, Jones & Raggi, 2006). Les manifestations du trouble comme l'hyperactivité et l'impulsivité tendent à diminuer au cours du développement, toutefois, dans environ 65% des cas, une altération du fonctionnement tel que décrit dans le DSM est toujours observable à l'âge adulte (Faraone, Biederman & Mick, 2006). Le TDA/H se décrit généralement par des symptômes anormaux d'inattention, d'hyperactivité et/ou d'impulsivité, qui persistent pendant au moins six mois et qui sont observables à la maison, à la garderie et à l'école (APA, 2004). Pour recevoir un diagnostic, les symptômes du TDA/H ne peuvent être expliqués par d'autres désordres comme le trouble envahissant du développement ou

encore le trouble de l'humeur (Goldman, Genel, Bezman et al. 1998). Le TDA/H se subdivise en trois types : le type mixte (déficit de l'attention/hyperactivité), le type inattention prédominante et le type hyperactivité-impulsivité prédominante (APA, 2004). Des troubles concomitants sont également associés au TDA/H, tels que le trouble oppositionnel avec provocation (TOP), le trouble des conduites (TC) ainsi que certains troubles internalisés comme les troubles anxieux et la dépression (Daley, 2006).

Les enfants avec un TDA/H sont plus désavantagés par rapport aux autres élèves notamment sur le plan académique et social (Daley, 2006). Plusieurs auteurs, dont DuPaul, Mc Goey, Eckert et al. (2001), ont observé des déficits en mathématiques et en lecture plus marqués chez ces enfants en comparaison à ceux qui sont sans le diagnostic. Certaines habiletés sociales sollicitées à l'école, notamment la coopération, sont moins intégrées chez les enfants ayant un TDA/H. Les interactions négatives avec les pairs sont plus susceptibles de mener au rejet social (DuPaul et al. 2001). Les enfants ayant un TDA/H sont plus à risque de manifester une trajectoire développementale menant à une pauvre estime de soi, à une consommation d'alcool ou de drogues et à l'apparition de comportements délinquants à l'adolescence (Kohut & Andrews, 2004). La prévalence élevée, la chronicité ainsi que les conséquences associées au TDA/H font de ce trouble un problème de santé mentale prioritaire (Pelham, Gnagy, Greiner et al. 2000).

Les récentes études adoptent une perspective développementale du TDA/H afin de conceptualiser les facteurs de risques et de protection qui influencent la trajectoire de ce trouble à travers le temps (Deault, 2010). Ces trajectoires développementales s'inscrivent dans un cadre théorique incluant des transactions entre l'individu et son environnement (Sameroff, 2000). Bell (1968) a été un des premiers chercheurs qui a démontré que plusieurs comportements émis par les parents étaient en réaction à certains comportements présents chez l'enfant. Dans le cas du TDA/H, plusieurs facteurs environnementaux peuvent avoir une influence sur la manière dont le parent interviendra auprès de son enfant et sur le comportement de l'enfant. Un environnement familial chaotique et inadéquat peut exacerber d'une façon cliniquement significative l'inattention, l'hyperactivité ou l'impulsivité chez un enfant (Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989; Taylor, 1999). D'un

autre côté, les comportements de l'enfant comme l'impulsivité et l'hyperactivité engendrent également des réactions chez le parent qui sont associées à un état négatif et des interventions coercitives. Les transactions entre l'enfant et son environnement tracent en quelque sorte le portrait que prendra le trouble à travers le temps (Johnson & Mash, 2001).

Liens entre certaines caractéristiques des parents et le TDA/H des enfants

Dans la présente étude, le niveau de stress, le sentiment d'auto-efficacité parental ainsi que les symptômes de dépression seront les trois caractéristiques personnelles des parents qui seront traités.

Le stress parental est défini selon Abidin (1982) comme un sentiment négatif que peut vivre le parent dès lors qu'il est confronté à son rôle parental. Le niveau de stress peut être associé à une diminution des activités personnelles de la personne. En répondant aux différents besoins et demandes de l'enfant le parent doit adapter son quotidien, ce qui peut engendrer un niveau de stress. De plus, être parent exige une dépense d'énergie physique et psychologique considérable et le fait d'assumer ce rôle est associé à un degré de stress encore plus important quand l'enfant est d'âge primaire (Lacharité, Éthier & Piché, 1992). Les prédispositions du parent en termes de traits, tendance et d'expérience en lien avec son rôle de parent peuvent augmenter ou diminuer son niveau de stress (Whalen, Odgers, Reed & Henker, 2011). Selon Deater-Deckard (1998), le comportement de l'enfant joue un rôle prédictif du niveau de stress parental, notamment chez les mères d'enfant ayant un TDA/H. Ces dernières rapportent un niveau de stress parental plus élevé que les mères d'enfant sans le TDA/H et ce, toute composante du trouble confondu (Chronis, Gamble et al. 2006). Plusieurs caractéristiques du TDA/H chez l'enfant sont corrélées positivement avec le stress parental, notamment l'impulsivité, l'agressivité, les difficultés académiques, l'échec et l'abandon scolaire (Abidin, 1995 in Rogers, Wiener, Marton & Tannock, 2009; Currie & Stabile, 2006). Une méta-analyse de Theule, Wiener, Tannock et Jenkins (2011) a démontré à partir de 22 études, les interactions possibles entre le TDA/H et le niveau de stress du parent. La présence du TDA/H, le nombre de symptômes, l'hyperactivité et l'impulsivité et

la présence de symptômes de dépression chez le parent, prédisent un niveau de stress significatif chez le parent. Cette méta-analyse souligne l'importance de considérer le niveau de stress dans les familles où il y a présence du TDA/H chez l'enfant.

Les parents sont confrontés à travers le TDA/H de leur enfant à des expériences qui remettent en question leur compétence parentale. Le sentiment d'auto-efficacité est une composante cognitive des compétences parentales qui se définit par la capacité du parent à se référer à soi-même en regard de son rôle de parent, ou encore, par la perception d'avoir une influence positive sur le comportement et le développement de son enfant (Coleman & Karraker, 1997). De façon générale, un fort sentiment d'auto-efficacité serait corrélé à une meilleure capacité du parent à construire un environnement adapté, stimulant et éducatif autour de l'enfant (Coleman & Karraker, 1997). On retrouve chez les parents d'enfant ayant un TDA/H un sentiment d'auto-efficacité plus faible en comparaison aux parents d'enfant sans le trouble (Chronis, Gamble et al. 2006). Sachant que le sentiment d'auto-efficacité du parent peut être affecté par le TDA/H, cette caractéristique est à considérer lors de l'intervention auprès des familles.

Les parents d'enfants aux prises avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) sont également à risque de dépression (Johnston & Mash, 2001). Environ 40% des mères d'enfants TDA/H ont vécu au cours de leur histoire de vie un épisode de dépression majeure (Chronis, Lahey, Pelham, Kipp, Baumann & Lee, 2003). La présence de symptômes dépressifs fait en sorte que le parent entretient des attributions négatives plus marquées des comportements de son enfant, en comparaison au parent d'enfant sans le diagnostic (Johnston & Freeman, 1997). De plus, ce dernier est porté à croire que les comportements liés au trouble sont contrôlés et manifestés intentionnellement par l'enfant (Gerdes & Hoza, 2006). Les symptômes de dépression sont souvent présents chez les parents d'enfant TDA/H et influencent la perception qu'a le parent de son propre enfant. Cette caractéristique est également à considérer dans l'intervention compte tenu de son interaction avec le TDA/H.

Liens entre les pratiques parentales, les caractéristiques personnelles des parents et le TDA/H des enfants

Les conséquences associées au TDA/H peuvent s'observer dans le milieu familial notamment au niveau de la relation parent-enfant (Chronis et al., 2004). Une relation parent-enfant problématique peut renforcer certains comportements inadéquats chez l'enfant (Chronis et al. 2004). Par exemple, les parents d'enfant ayant un TDA/H ont tendance à entretenir des interactions plus négatives envers leur enfant (Dupaul et al., 2001). De plus, ils expriment davantage de désapprobation, utilisent la punition physique et ont des pratiques parentales plus coercitives en comparaison aux parents d'enfant sans le diagnostic (Zachor et al. 2009). L'étude de DuPaul et al. (2001) a relevé qu'en comparaison aux enfants sans le diagnostic, les enfants ayant un TDA/H sont deux fois plus désobéissants et manifestent cinq fois plus de comportements inadéquats en réponse aux demandes des parents.

Les caractéristiques personnelles représentées ici par le niveau de stress, le sentiment d'auto-efficacité ainsi que les symptômes de dépression d'un parent ayant un enfant TDA/H, seraient reliées aux pratiques parentales (Chronis, Gamble et al. 2006). Les parents qui manifestent des symptômes de dépression, en plus d'un sentiment d'auto-efficacité faible, et qui rapportent un haut niveau de stress sont plus susceptibles d'utiliser des pratiques parentales coercitives et moins centrées sur les besoins de leur enfant (Chronis, Gamble et al. 2006). Certaines études ont évalué conjointement les caractéristiques personnelles du parent d'enfant ayant un TDA/H et leurs pratiques parentales. L'étude de Gerdes, Hoza, Arnold, Pelham, Swanson, Wigal et Jensen (2007) a évalué le rôle médiateur du lieu de contrôle (interne ou externe), de l'estime de soi, du niveau de stress et du sentiment de compétence des mères d'enfant ayant un TDA/H, dans la relation entre la dépression maternelle et les pratiques parentales. Dans cette étude, deux types de pratiques parentales ont été mesurés (Arnold, O'Leary, Wolff et al. 2003). Le premier type est la discipline permissive où la mère donne des conséquences positives suite aux mauvais comportements de l'enfant et met en place peu de règles. Le deuxième, est la discipline de

type exagérée où la mère réagit fortement aux comportements de son enfant soit par la colère, l'irritabilité ou par la méchanceté. Les résultats de cette étude démontrent d'une part, le rôle prédictif de la dépression maternelle sur les deux types de pratiques parentales. D'autre part, deux modèles de médiation ont été rapportés comme significatifs. Le premier démontre le rôle médiateur du lieu de contrôle et du stress parental dans la relation entre les symptômes de dépression maternelle et la discipline permissive. Plus la mère présente des symptômes de dépression, plus elle utilisera une discipline permissive. De plus, cette relation est expliquée par un lieu de contrôle externe de la mère et un niveau de stress élevé. Le second modèle démontre le rôle médiateur de l'estime de soi et du niveau de stress dans la relation entre les symptômes de dépression maternelle et les pratiques parentales de type «exagéré». Plus la mère démontre un nombre élevé de symptômes de dépression plus elle a tendance à utiliser des pratiques parentales de type «exagéré». De plus, cette relation est expliquée par un faible niveau d'estime de soi personnelle chez la mère et un niveau de stress élevé.

L'étude de Callender, Olson, Choe et Sameroff (2011) a évalué le rôle médiateur des attributions négatives des parents vis-à-vis leur enfant, dans la relation entre la dépression et la punition corporelle. Les résultats montrent que plus le parent présente des symptômes de dépression, plus il entretient des attributions négatives vis-à-vis les comportements de son enfant et plus il utilise la punition corporelle comme moyen de discipline. De plus, cette étude a évalué le rôle prédictif de la fréquence de la punition corporelle sur les problèmes de comportements externalisés chez l'enfant deux ans et demi plus tard. Les résultats démontrent que plus le parent utilise la punition corporelle comme stratégie éducative, plus l'enfant aura tendance à présenter des problèmes de comportements externalisés à l'âge de cinq ans et demi. L'étude de Rogers et al. (2010) a évalué le rôle prédictif du TDA/H de l'enfant, du stress parental et du style de pratiques parentales (contrôlant et supportant) sur la réussite académique de l'enfant à 8 ans, et à plus long terme, soit à l'âge de 12 ans. À l'aide d'équations structurales, les auteurs suggèrent deux modèles. Le premier modèle démontre que plus le parent est stressé plus il utilise un style de pratiques contrôlant lorsque son enfant est en situation d'apprentissage. La présence de

symptômes d'inattention ressort comme effet indirect de cette relation. De plus, une faible réussite académique quatre ans plus tard est également observée. Le deuxième modèle démontre qu'un faible niveau de stress est relié à un style de pratiques supportant lorsque l'enfant est en situation d'apprentissage. Un faible taux de symptômes d'inattention chez les enfants ressort comme effet indirect de cette relation. De plus, un haut taux de réussite académique quatre ans plus tard est observé.

Il est connu qu'un sentiment d'auto-efficacité (SAE) élevé serait associé à de bonnes habiletés parentales et à plus de succès dans les pratiques parentales qu'un faible niveau de SAE (Jones & Prinz, 2005). Ardel et Eccles (2001) ont décrit un modèle intéressant du sentiment d'auto-efficacité parental. Selon ce modèle, un parent qui se sent efficace a plus de chance d'être engagé dans des pratiques parentales favorables, ce qui, dans une perspective développementale, augmenterait la réussite académique, et l'adaptation psychosociale de l'enfant. Un niveau de sentiment d'auto-efficacité élevé est relié à des pratiques parentales adéquates et à un bon niveau d'engagement de la part du parent (Coleman & Karrake, 1997; Shumou & Lomax, 2002). Dumka, Gonzales, Wheeler et Millsap (2010) ont rapporté que plus le parent présente un niveau de sentiment d'auto-efficacité élevé plus il offrira une bonne supervision à son enfant et plus il sera cohérent dans sa discipline. Toutefois, certains contextes peuvent influencer à la baisse le niveau du sentiment d'auto-efficacité du parent dont le TDA/H de l'enfant (Jones & Prinz, 2005).

Les études présentées ci-dessus appuient l'importance de cibler certaines caractéristiques du parent comme le niveau de stress, les symptômes de dépression et le sentiment d'auto-efficacité et certaines pratiques parentales qui ont un impact sur le développement de l'enfant. Cependant, peu d'études tentent de clarifier tant le rôle prédicteur des caractéristiques personnelles du parent sur ses pratiques parentales que le rôle prédicteur des pratiques parentales sur les caractéristiques personnelles de ce dernier.

Liens entre les caractéristiques personnelles, les pratiques parentales, le TDA/H et l'intervention auprès de parents d'enfant ayant un TDA/H

Traitement pharmacologique. La pratique pharmacologique a démontré un effet bénéfique des stimulants pour diminuer les symptômes du TDA/H (Brown, Amler, Freeman, Perrin, Stein, Feldman et al. 2005). Cependant, la médication ne garantit pas un effet à long terme sur le comportement de l'enfant et n'améliore pas les problèmes associés au TDA/H comme les relations avec les pairs, le manque d'habileté dans le processus de résolution de problèmes et la réussite académique. De plus, l'administration unique de la médication chez l'enfant ne modifie ni l'humeur ni le comportement du parent (Chronis, Pelham, Gnagy, Roberts & Aronoff, 2003). La combinaison d'un traitement médical et d'une intervention psychosociale auprès des parents d'enfants ayant un TDA/H est la solution à privilégier aux yeux de la communauté scientifique (Ambroggio & Jensen, 2002; Chronis, Jones et al. 2006; Hoza, Kaiser, & Hurt, 2008; Kohut & Andrews, 2004). Les parents sont considérés comme des acteurs pouvant transmettre directement et de manière rigoureuse une partie du traitement à leurs enfants à travers leur manière d'interagir avec eux (Brestan & Eyberg, 1998; Chronis & Jones, 2006). Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) figurent parmi les interventions ayant un effet positif important au niveau du changement des stratégies éducatives du parent, du comportement de l'enfant ainsi qu'au niveau des caractéristiques personnelles du parent (Majewicz-Hefley & Carlson, 2007; Sonuga-Barke et al., 2001).

La réponse à une intervention parentale est souvent influencée par des variables qui ne sont pas directement reliées à l'enfant. Dans la méta-analyse de Reyno et McGrat (2006) les prédictors de la réponse du parent à un traitement ont été distingués en quatre catégories. La première catégorie inclut les variables démographiques. Un faible statut socioéconomique est relié à des résultats plus faibles chez les parents qui ont reçu une intervention. La deuxième catégorie inclut les caractéristiques de l'enfant. Plus les symptômes du trouble se manifestent, moins le parent répondra à l'intervention. La troisième catégorie inclut la participation des parents. Plus le parent participe à

l'intervention, meilleur est son niveau de réussite. La quatrième catégorie regroupe les caractéristiques psychologiques et comportementales du parent. Par exemple, le traitement est moins efficace chez les parents qui présentent des symptômes de dépression, un niveau de stress élevé et qui utilisent des pratiques parentales inadéquates avant l'intervention. Les études citées ci-dessous ont évalué l'effet des PEHP sur les pratiques parentales, sur le comportement de l'enfant et sur les caractéristiques personnelles du parent.

L'effet des PEHP sur les pratiques parentales. Une recension des écrits faite par Chronis et al. (2004) à partir de 28 études traitant au total 1161 enfants, souligne les paramètres des PEHP, les caractéristiques du parent et de l'enfant qui contribuent au bénéfice que tirera le parent suite au traitement. Toutes les études de cette recension démontrent que les PEHP produisent des effets positifs sur le comportement de l'enfant, sur les caractéristiques personnelles du parent et sur les stratégies éducatives du parent. Suite au PEHP, le parent a une meilleure compréhension du TDA/H. Il peut ainsi prévenir l'apparition des comportements nuisibles à l'aide de nouvelles stratégies éducatives. Par exemple, au niveau des pratiques parentales, le PEHP permettrait aux parents de manipuler le contexte et les déclencheurs du comportement de l'enfant. Ainsi le parent tend à augmenter les comportements prosociaux de l'enfant en utilisant des renforcements positifs (félicitations), en donnant de l'attention positive et des récompenses variées et en faisant des rétroactions immédiates. De plus, le parent tend également à diminuer les comportements indésirables de son enfant en utilisant des stratégies éducatives telles que l'ignorance intentionnelle, le temps d'arrêt et d'autres techniques de discipline non physique. Dans une étude récente, Normandeau, Letarte, Robaey et Allard (2009) ont assigné 110 parents d'enfants de 6 à 10 ayant un TDA/H à l'une des 3 conditions expérimentales suivantes : PEHP « Ces années incroyables » (Webster-Stratton et Hancock, 1998; pour une présentation plus détaillée du programme voir Normandeau et Venet, 2000); soutien téléphonique (ST) et groupe contrôle recevant les services habituels de la communauté (C). Tous les enfants prenaient une médication dont le dosage optimal avait été évalué avant le début de l'intervention. Les résultats montrent qu'au-delà des effets de la médication, les parents ayant participé au PEHP (16 rencontres de groupe de 2 heures

chacune) ou au ST (téléphone individuel de 20 à 30 minutes aux deux semaines) rapportent avoir des attentes plus claires quant au comportement de leur enfant, utiliser davantage les félicitations et récompenses, et recourir moins fréquemment à une forme de discipline sévère ou inconstante. Cependant, les observations des interactions parent-enfant par des observateurs indépendants montrent que seuls les parents ayant participé au PEHP utilisent davantage des stratégies éducatives positives et moins de stratégies coercitives suite à l'intervention (Lessard et Normandeau, 2010).

L'effet des PEHP sur le comportement d'enfant ayant un TDA/H. La recension de la littérature faite par Chronis et al. (2004) démontre à partir de 28 études l'effet positif du PEHP sur le comportement de l'enfant. Dans tous les cas, les parents rapportent une diminution significative des symptômes du TDA/H chez leur enfant. L'étude de Jones, Daley, Hutchings, Bywater et Eames (2007) a évalué l'efficacité du PEHP « Ces années incroyables » auprès de parents d'enfants ayant un TDA/H. Les résultats indiquent que l'intervention auprès des parents a eu des effets positifs au niveau des comportements de l'enfant. Les parents rapportent eux aussi moins de symptômes d'inattention et d'hyperactivité chez l'enfant au post-test qu'au pré-test en comparaison au groupe contrôle. L'étude de Webster-Stratton, Reid et Hammond (2004) vient elle aussi démontrer que la participation à un PEHP apporte une diminution des problèmes de comportements. Deux années après la participation des parents au programme « Ces années incroyables » ces derniers démontrent une diminution de leurs pratiques parentales inadéquates et une augmentation des pratiques parentales adéquates. De plus, les enfants des parents de ce même groupe présentent une diminution significative des comportements inadéquats en comparaison aux participants du groupe contrôle. La présente étude permet de confirmer encore une fois l'effet positif des PEHP sur le comportement de l'enfant. Normandeau et al. (2009) ont également démontré des résultats de l'effet du PEHP sur les comportements. Dans cette étude, les parents d'enfant TDA/H ayant participé au PEHP rapportent une diminution du nombre de comportements problématiques, une diminution des comportements d'inattention et une diminution des manifestations primaires du TDAH. Les

parents ayant reçu du soutien téléphonique, de même que ceux du groupe de comparaison, n'observent aucune amélioration du comportement de leur enfant.

L'effet d'un PEHP sur les caractéristiques personnelles du parent. Chronis et al. (2004) ont fait une recension de différents travaux qui fait également ressortir l'impact des PEHP sur les caractéristiques personnelles des parents notamment les symptômes de dépression. Suite à leur participation au PEHP, les parents présentent moins de symptômes de dépression et un niveau de stress plus bas. Une étude de Chronis, Gamble et al. (2006) a évalué les bénéfices des mères ayant des symptômes de dépression et un enfant avec un TDA/H, suite à leur participation à un PEHP. Les mères ont reçu dans un premier temps un PEHP ciblant la gestion des comportements de leur enfant. Par la suite, les mères ont reçu un traitement ciblant les symptômes de dépression : *The Coping with Depression Course* (Lewinsohn, Antonuccio et Steinmetz, 1984 In : Chronis et al. 2006). Suite au traitement et cinq mois plus tard, les mères démontrent une diminution significative des symptômes de dépression, du niveau de stress et une diminution significative de leur anxiété. De plus, les mères présentent une meilleure estime personnelle. Dans l'étude de Anastopoulos, Shelton, DuPaul et al. (1993), les parents d'enfant ayant un TDA/H ont participé à un PEHP. Le but de cette étude était d'évaluer le niveau de stress et le sentiment de compétence des parents suite à l'intervention. Après l'intervention et même deux mois après, les parents rapportent une diminution significative du niveau de stress et une augmentation significative de leur sentiment de compétence en comparaison aux parents du groupe contrôle. Les parents rapportent également une diminution des symptômes du TDA/H de leur enfant.

L'étude de Sonuga-Barke et al. (2001) évalue l'effet de deux conditions expérimentales (programme de soutien et conseils, PEHP) sur certaines caractéristiques personnelles du parent d'enfant ayant un TDA/H. Le programme de soutien et conseils propose un niveau d'intervention moins intensif et structuré que le PEHP. Les auteurs rapportent une réduction significative des symptômes liés au TDA/H de l'enfant chez 53% des parents ayant participé au PEHP. Dans cette étude, les caractéristiques personnelles ont été mesurées par la présence ou non d'un trouble de l'humeur et par le sentiment d'auto-efficacité du parent. Les résultats démontrent d'une part qu'initialement, les mères d'enfant

ayant un TDA/H démontrent un sentiment d'auto-efficacité plus bas et d'autre part, une présence plus marquée du trouble de l'humeur en comparaison aux mère d'enfant sans le TDA/H. Suite à l'intervention, les mères du groupe PEHP démontrent une amélioration significative de leur sentiment d'auto-efficacité et une diminution des symptômes du trouble de l'humeur.

Caractéristiques du parent qui influencent l'efficacité du PEHP. La recension de différents travaux faite par Chronis et al. (2004) fait ressortir les barrières de l'efficacité des PEHP. L'un des facteurs pouvant limiter le changement du parent suite à un PEHP est la présence de psychopathologie chez le parent. La dépression ressort notamment parmi les études recensées comme la limite la plus significative. La présence de dépression chez le parent est associée à l'attrition des participants. Les parents présentant des symptômes de dépression manquent de motivation et d'organisation pour compléter les stratégies apprises et les généraliser à la maison. Finalement, cette revue de la littérature recense que lorsque les PEHP ciblent certaines problématiques vécues par le parent comme la dépression et les difficultés conjugales, la détresse de ce dernier est réduite et les bénéfices sont plus importants.

L'étude de Kazdin et Wassell (2000) a évalué le rôle prédictif de la psychopathologie du parent et de sa qualité de vie sur la participation du parent et le changement thérapeutique. Les résultats démontrent qu'un haut niveau de psychopathologie, notamment mesuré par le nombre de symptômes de dépression et une mauvaise qualité de vie sont des prédictifs significatifs d'une faible participation au PEHP et d'un faible changement thérapeutique. La dépression est un facteur dont il faut tenir compte dans le traitement car elle modifierait significativement les bénéfices que les parents peuvent tirer d'une intervention.

L'étude de Hoofdakker, Nauta, Veen-Mulders et al. (2010) a évalué plusieurs prédictifs et modérateurs de l'efficacité d'un PEHP en termes de diminution des problèmes de comportements de l'enfant et de symptômes du TDA/H, soient, l'âge de l'enfant, la présence de problèmes concomitants, les symptômes de dépression du parent, le sentiment de compétence du parent, les symptômes de TDA/H du parent et le QI de

l'enfant. Les résultats démontrent que seul le sentiment d'auto-efficacité du parent modère la réponse du parent au traitement. La relation entre les problèmes de comportements et le nombre de symptômes TDA/H initiaux, et les problèmes de comportement et le nombre de symptômes TDA/H au post-test serait modérée par le sentiment de compétence du parent. Ces résultats indiquent que plus le parent se sent compétent, plus il semble y avoir une diminution des problèmes de comportements et une diminution des symptômes TDA/H et ce, suite à la participation du parent au PEHP. Cependant, contrairement à la recension de Chronis et al. (2004), la dépression n'influence pas, dans cette étude, la réponse du parent au traitement.

On sait que la participation des parents à des programmes d'entraînement aux habiletés parentales a une influence positive sur les pratiques parentales, sur les comportements de l'enfant et sur les caractéristiques du parent mesurées par le niveau stress, le nombre de symptômes de dépression et par le sentiment d'auto-efficacité. Peu d'études ont cherché d'une part à évaluer précisément le rôle modérateur d'un traitement dans la relation entre les caractéristiques personnelles des parents avant une intervention et les pratiques parentales qu'ils adoptent suite à leur participation à une intervention. D'autre part, peu d'études ont évalué le rôle modérateur du traitement dans la relation entre les pratiques parentales avant une intervention et les caractéristiques personnelles du parent après sa participation à une intervention.

Variables à contrôler

Certaines variables qui peuvent influencer la relation étudiée dans la présente étude seront à contrôler. Le statut socio-économique du parent est une caractéristique du système familial qui, selon la méta-analyse de Reyno et McGrat (2006), affecte la réponse du parent au traitement. Plus le statut socio-économique du parent est bas, moins sa réponse à l'intervention est élevée. La perception de la relation conjugale est une variable qui influence le fonctionnement familial et donc a un effet sur le TDA/H (Jonhson et Mash, 2001). Une relation conjugale conflictuelle est associée à l'utilisation de pratiques parentales inconstantes ayant un impact sur l'enfant (Fincham, Grych, et Osborne, 1994).

La présence de problèmes concomitants chez les enfants ayant un TDA/H comme le TOP, TC ou les troubles internalisés comme les troubles anxieux et la dépression, affectent la réponse des parents au traitement (Hoofdakker et al. 2010). De plus, certaines études démontrent que les problèmes concomitants sont prédits par des pratiques parentales inadéquates comme la discipline inconstante. (Majewicz-Hefley et al. 2007; Reyno et McGrat, 2006). Les parents d'enfant des problèmes concomitants au TDA/H répondent généralement moins bien à l'intervention en comparaison aux parents d'enfant TDA/H sans problème concomitant (Johnson et Mash, 2001). Cependant, d'autres études démontrent que la présence ou non de problèmes concomitants tels que le TOP ou le TC, n'influence pas les résultats suite à un PEHP (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Hartman, Stage, et Webster-Stratton, 2002; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2001). Enfin, le profil diagnostique ainsi que le nombre de symptômes TDA/H seront considérés étant donné qu'ils affectent l'intensité du comportement émis par l'enfant et donc ajoutent une difficulté supplémentaire au parent (Chronis et al. 2006 ; Jonhson et Mash, 2001 ; Reyno et McGrat, 2006). L'effet de ces variables sur les variables critères sera donc contrôlé à l'intérieur des analyses.

Objet de la recherche

Le TDA/H est un trouble chronique qui altère significativement le développement de l'enfant en plus d'avoir un impact sur son environnement social. Les parents sont des leviers d'importance qui influencent le développement du trouble et qui peuvent, de par leurs pratiques et leurs attitudes, éviter que se développent des difficultés supplémentaires. Pour mieux comprendre le rôle des caractéristiques parentales pouvant influencer les bénéfices que les parents peuvent tirer d'une intervention, une évaluation de ses caractéristiques s'impose. Suite à cette évaluation, des leviers d'intervention pourront être ciblés afin que les parents puissent tirer le plus de bénéfices possible d'une intervention. Les caractéristiques personnelles du parent mesuré ici par le niveau de stress, le sentiment d'auto-efficacité et le nombre de symptômes de dépression et les pratiques parentales en termes d'engagement du parent, de pratiques parentales adéquates, de supervision et

monitorage, de discipline inconstante et de punition corporelle, feront l'objet de la présente étude. Parmi les études antérieures, les chercheurs ont observé que suite à une intervention, les parents ont tendance à être moins stressés, à avoir un meilleur sentiment d'auto-efficacité et à présenter moins de symptômes de dépression. De plus, d'autres études ont démontré que suite à l'intervention les parents présentent plus de pratiques parentales adéquates et moins de pratiques coercitives telles que la punition corporelle et la discipline inconstante. Les études citées précédemment ont évalué que suite à leur participation à un PEHP, les pratiques parentales, le comportement de l'enfant et les caractéristiques personnelles du parent peuvent changer positivement en comparaison aux parents des groupes de contrôle. D'un autre côté, certaines caractéristiques initiales du parent comme la présence de psychopathologie ou le sentiment d'auto-efficacité, nuisent au bénéfice que tirera ce dernier suite à un PEHP. La présente étude intègre deux objets de recherche afin d'évaluer d'une part, lesquelles des caractéristiques initiales du parent sont prédicteurs des pratiques parentales utilisées suite à la participation à une intervention en tenant compte de la condition expérimentale. Un second objet de l'étude consiste à vérifier les pratiques parentales initiales qui prédisent certaines caractéristiques du parent suite à leur participation à une intervention en tenant compte de la condition expérimentale.

Méthode

Contexte de la recherche

C'est à partir des données recueillies dans le cadre d'une recherche visant à évaluer le programme Ces années Incroyables, dirigée par madame Sylvie Normandeau, que ces analyses secondaires ont été réalisées.

Participants

L'échantillon regroupe 110 parents d'enfant ayant un diagnostic de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). Les familles de cet échantillon sont, pour la majorité, biparentales (69,1%). Le revenu annuel des familles se situe pour 30,9 % d'entre elles dans le tiers supérieur de la population, soit à plus de 85 000\$. La perception de la relation maritale moyenne du parent participant est 3,65/6. Le tableau 1 présente les données descriptives de l'échantillon.

Les enfants de cet échantillon sont en majorité des garçons (85,5%). Les enfants ont soit un trouble de l'attention (28,2%) ou un trouble de l'attention avec hyperactivité (71,8%). Des problématiques concomitantes sont présentes chez 54,6% des enfants : 37,3% ont un problème concomitant d'agressivité et 17,3% d'anxiété. Les enfants de cette étude ont en moyenne 12,64 symptômes du trouble sur un total de 18. Pour participer à l'étude, les enfants devaient avoir un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, basé sur les critères du DSM-IV. L'enfant devait être sous médication et répondre au méthylphénidate. L'enfant devait être âgé entre 6 et 9 ans et 11 mois inclusivement. Les enfants présentant les caractéristiques suivantes ont été exclus : retard intellectuel ($QI \leq 79$), trouble langagier ou d'apprentissage sévère ou spécifique, trouble neurologique, prématurité (< 35 semaines), tics multiples, syndrome de Gilles de la Tourette ou trouble obsessionnel compulsif.

Procédure

Sélection des participants. Le recrutement s'est effectué auprès de familles ayant un enfant TDA/H, soit par le biais de publicités via des groupes de soutien aux parents ou

par des références au projet de recherche venant d'un professionnel du milieu de la santé, de l'éducation ou encore des services sociaux. Suite au recrutement, une évaluation des enfants a été faite pour confirmer le diagnostic. Par la suite, les familles ont été réparties aléatoirement dans trois groupes, soit le groupe médication + programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) (n=41), le groupe médication + soutien téléphonique (n=31) ainsi que le groupe médication seulement (n=38). Une semaine avant le début de l'intervention, les parents ont complété les questionnaires du pré-test mesurant entre autres, leur niveau de stress, leur sentiment d'auto-efficacité, leurs symptômes dépressifs ainsi que leurs pratiques parentales. Le questionnaire post-test a été rempli la semaine suivant la fin de l'intervention, ce dernier comprenant les mêmes questionnaires qu'au pré-test.

Déroulement des interventions. Les familles de l'étude ont été assignées aléatoirement à l'un des trois groupes suivant : programme d'entraînement aux habiletés parentales, soutien téléphonique et services de la communauté.

Programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP). Le PEHP «Ces années incroyables» (Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff, 1989) a été utilisé et validé de nombreuses fois notamment aux États-Unis et recommandé par la Society for Prevention Research pour ses effets au niveau des comportements problématiques de l'enfant et l'amélioration des habiletés parentales. Le programme conçu pour les parents (7 à 16 parents par groupe), s'étend sur 16 semaines à raison de deux heures par semaine. Ce programme vise 1) l'accompagnement des parents dans l'apprentissage de nouvelles pratiques parentales efficaces et adéquates 2) l'amélioration des habiletés au niveau de la communication et de la résolution de problèmes; 3) le développement d'une relation parent-enfant harmonieuse.

Soutien téléphonique. Les parents de ce groupe reçoivent un soutien psychosocial téléphonique d'une durée de 20 à 30 minutes aux deux semaines. Ce soutien est construit à partir des mêmes thèmes que le programme en groupe. Les intervenants discutent avec le parent de différentes situations que ce dernier vit avec son enfant à partir des thèmes proposés sans que des pistes de solutions ne soient recherchées.

Groupe de contrôle. Les parents du groupe contrôle continuent de recevoir les services déjà mis en place dans la communauté sans intervention supplémentaire de la part de l'équipe de recherche.

Collecte de données. Les différents instruments des mesures diagnostiques du TDA/H ont été administrés au moment de la sélection des participants. Les parents sont venus au laboratoire de recherche et ont complété l'entrevue diagnostique, le DISC-IV ainsi que le Conner's, alors que les enfants ont répondu au WISC-III. Par la suite, les familles ont rencontré le pédopsychiatre affilié à l'équipe de recherche. Enfin, lors de cette même visite, un cahier contenant l'ensemble des autres questionnaires de l'étude a été remis à tous les participants. Lors d'une visite à domicile, un assistant de recherche a récupéré les questionnaires dûment complétés par les participants au pré-test, soit avant le début de l'intervention. Pour les mesures au post-test, soit 16 semaines après l'intervention, la même procédure a été appliquée.

Instruments de mesures.

Mesures diagnostiques du TDA/H. L'évaluation du TDA/H a été faite par le médecin traitant de l'enfant. Par la suite, l'équipe de recherche a fait passer le DISC IV (1997) aux parents afin de confirmer le diagnostic. Cette entrevue évalue plus de 30 diagnostics psychiatriques basés sur les critères du DSM-IV et de l'ICD-10 chez les enfants âgés entre 6 à 17 ans. La fidélité de l'entrevue a été évaluée par test et re-test (0,79). Le niveau de fiabilité du diagnostic de TDA/H évalué par le parent est de 0,60. De plus, des analyses de validité de l'entrevue ont aussi été faites (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan & Schwab-Stone, 2000). Cette entrevue a permis de vérifier l'absence du syndrome Gilles de la Tourette, de tics multiples et du trouble obsessionnel-compulsif.

Le Conner's pour les parents (1998), est un questionnaire autorévélé contenant 80 énoncés évaluant sept comportements spécifiques et associés au TDA/H. Le parent identifie, sur une échelle de type Likert allant de «pas du tout» (0) à «énormément» (3), les comportements d'opposition, problème cognitif/inattention, hyperactivité, gêne/anxiété, perfectionnisme, problèmes sociaux, problèmes psychosomatiques. La fidélité et la validité du questionnaire ont été reconnues avec un alpha variant de 0,73 à 0,94 selon les échelles

en plus du test re-test à 0,70. Le Conner's pour les enseignants a également été rempli en utilisant les mêmes échelles que celui du parent. Il comprend 59 items et un alpha variant de 0,73 à 0,95 selon les échelles.

Mesures des caractéristiques du parent.

Indice de stress parental. (Parent Stress Index/Short) (Abidin, 1982). L'indice de stress parental (Bigras, Lafrenière, & Abidin, 1996) comprend 36 items évalués sur une échelle de type Likert allant de 1 (profondément en accord) à 5 (profondément en désaccord). Quatre échelles sont dérivées du questionnaire soit le stress total, la détresse parentale, l'interaction dysfonctionnelle entre parent-enfant et le niveau de difficulté de l'enfant. La consistance interne pour l'échantillon de cette étude est bonne avec des alphas se situant entre 0,69 et 0,87 selon l'échelle. Plus le résultat est élevé plus le niveau de stress parental est élevé. Pour la présente étude, le niveau de stress global sera utilisé dans les analyses.

Questionnaire de dépression. La mesure de Beck, Steer et Brown (1996) a été utilisée afin d'évaluer la sévérité des symptômes de dépression. Cet instrument de mesure comprend 21 items évalués sur une échelle allant de 0 à 3 avec un alpha de 0,91. Le score global maximum est de 63. Un score élevé fait référence à un niveau sévère de symptômes dépressifs. Le point de coupure clinique pour déterminer la présence de symptômes de dépression allant de modérés à sévères, est de 20. Pour les symptômes de dépression minimales à petits, le point de coupure clinique est de 19.

Sentiment d'auto-efficacité. L'instrument a été créé à partir du *Parenting Self-Agency Measure* (Dumka, Stoerzinger, Jackson, & Roosa, 1996), et du *Maternal Confidence in Toddlerhood* (Gross & Rocissano, 1988; Jones, 2000). Ce questionnaire auto-rapporté permet d'évaluer la confiance générale du parent en sa capacité à mettre ses limites face aux comportements problématiques de son enfant, à résoudre des problèmes, et sa confiance à travers les diverses situations qu'il rencontre. L'instrument comprend 19 items évalués sur une échelle de type Likert allant de 1 (fortement en accord) à 5 (fortement en désaccord). Les résultats sont continus et un score faible indique un sentiment d'auto-efficacité élevé. La moyenne des scores à l'ensemble des items constitue le score

global. La consistance interne de cet instrument pour l'échantillon de la présente étude varie entre 0,70 à 0,95 selon l'échelle.

Mesures des pratiques parentales. Le questionnaire des pratiques parentales « Alabama » de Shelton, Frick et Wootton (1996) comprend 42 questions évaluées sur une échelle de type Likert variant de 1 (jamais) à 5 (toujours). Ce dernier contient cinq échelles : engagement du parent envers son enfant (alpha 0,80), pratiques parentales adéquates (alpha 0,80), pauvre supervision et monitoring (alpha 0,67), inconstance parentale (alpha 0,67) et punition corporelle (alpha 0,46). Les résultats sont continus et un score élevé pour les échelles positives (engagement et pratiques adéquates) indique des pratiques parentales adéquates alors qu'un score élevé pour les échelles négatives (pauvre supervision et monitoring, inconstance parentale et punition corporelle) indique des pratiques parentales inadéquates.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Mesures des caractéristiques personnelles. Pour cette étude, le stress, le sentiment d'auto-efficacité personnelle et le nombre de symptômes de dépression ont été ciblés afin de représenter les caractéristiques personnelles du parent. Le tableau 2 illustre les moyennes et écarts type de chacune des caractéristiques au pré-test et au post-test. Les parents de cet échantillon démontrent un niveau de stress moyen au pré-test de 94,95 sur un maximum de 180. Cet échantillon présente un sentiment d'auto-efficacité personnelle de 2,17 sur 5 i.e. un sentiment d'auto-efficacité moyen. Le score moyen des parents à l'échelle de dépression est de 8,11/60. Les parents ne présentent pas un niveau clinique de symptômes dépressifs.

Pratiques parentales. Le tableau 3 présente les moyennes et écarts type des échelles de pratiques parentales au pré-test et au post-test. Les mesures du pré-test montrent que les parents de l'échantillon sont plutôt engagés face à leur enfant (3,93/5). Ils utilisent des pratiques parentales adéquates (4,21/5) et offrent une bonne supervision à leur enfant

(1,36/5). Ces parents ne sont pas portés de façon générale à utiliser la punition corporelle (1,39/5). Au niveau de la constance avec laquelle ils appliquent la discipline, le score est moyen (2,51/5).

Analyses préliminaires

Le premier objectif de cette étude consiste à vérifier la relation entre Les caractéristiques personnelles du parent au pré-test et les pratiques parentales au post-test en contrôlant les pratiques parentales initiales et en tenant compte de la condition expérimentale. Le tableau 4 présente les corrélations de Pearson entre les variables des caractéristiques du parent au pré-test (dépression, stress et sentiment d'auto-efficacité personnelle) et les pratiques parentales au post-test (engagement du parent, pratiques adéquates, supervision et monitoring, discipline inconstante et punition corporelle). Ces corrélations ont permis de sélectionner les variables prédictives à insérer dans les analyses de régression subséquentes. Parmi toutes ces corrélations deux ressortent significatives avec le sentiment d'auto-efficacité au pré-test soient la punition corporelle ($r = 0,30$; $p \leq 0,01$) et la discipline inconstante ($r = 0,52$; $p \leq 0,01$). Ces résultats indiquent que plus le parent a un sentiment d'auto-efficacité élevé au pré-test, moins il aura tendance à utiliser une discipline inconstante et la punition corporelle au post-test.

Le deuxième objectif de cette étude consiste à vérifier la relation entre les pratiques parentales au pré-test et les caractéristiques personnelles du parent au post-test et ce, en contrôlant les caractéristiques du parent au pré-test et en tenant compte de la condition expérimentale des participants. Les corrélations de Pearson présentées dans le tableau 5 ont été calculées entre les variables de pratiques parentales au pré-test et les caractéristiques personnelles du parent au post-test afin d'identifier les prédicteurs à insérer dans les modèles de régression. Pour l'engagement du parent, une relation significative ressort avec le sentiment d'auto-efficacité, le niveau de stress et le nombre de symptômes de dépression au post-test. Ainsi, plus le parent est engagé au pré-test, plus il a un sentiment d'auto-efficacité élevé, moins il est stressé et moins il présente de symptômes de dépression au post-test. Les pratiques adéquates au pré-test ressortent significatives avec le sentiment

d'auto-efficacité au post-test. Cela indique que plus le parent utilise des pratiques adéquates au pré-test, plus son sentiment d'auto-efficacité est élevé au post-test. Du côté de la discipline inconstante au pré-test, un lien ressort avec le sentiment d'auto-efficacité et le niveau de stress au post-test. Ainsi, plus le parent utilise une discipline inconstante au pré-test, moins son sentiment d'auto-efficacité sera élevé et plus le parent présentera un niveau de stress élevé au post-test. Enfin, la punition corporelle au pré-test est liée au sentiment d'auto-efficacité au post-test. Plus le parent utilise cette stratégie plus son sentiment d'auto-efficacité personnelle sera faible au post-test.

Certaines variables pouvant affecter la relation entre les caractéristiques personnelles du parent et les pratiques parentales ont été considérées comme variables contrôles. La recension des travaux présentée précédemment a permis de retenir les variables contrôles suivantes : le statut socio-économique, la perception de la relation conjugale, la composition de la famille, le profil diagnostique du TDAH, le nombre de symptômes du TDAH ainsi que la présence de problèmes concomitants. Des corrélations partielles entre les variables de contrôle et les variables dépendantes ont été calculées afin de décider de leur inclusion ou non dans les modèles d'analyse. Voici les résultats pour le premier objectif: les problèmes concomitants ressortent significatifs avec la discipline inconstante ($F(3, 110)=2,38$ $p<0,05$), la punition corporelle ($F(3, 110)=3,89$, $p<0,01$) ainsi qu'avec les pratiques positives $F(3, 110)=1,88$, $p<0,05$) au post-test en contrôlant pour chacune de ces variables au pré-test. Ces résultats signifient que plus il y a présence de problèmes concomitants, plus le parent utilise une discipline inconstante, la punition corporelle et moins ses pratiques sont positives au post-test. Dans le deuxième objectif, les problèmes concomitants ($F(4, 110)=2,15$, $p<0,05$) et la composition de la famille ($F(4, 110)=1,56$, $p<0,05$) sont significatives avec le sentiment d'auto-efficacité au post-test en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité initial. Ces résultats signifient que plus il y a présence de problèmes concomitants chez l'enfant moins le sentiment d'auto-efficacité est élevé. De plus, le profil diagnostique est également ressorti comme significatif avec le niveau de stress du parent au post-test en contrôlant le niveau initial de stress ($F(1, 110)=1,90$, $p<0,01$). Les variables de contrôle ci-dessus ont été insérées dans les modèles

de régression à l'aide de la procédure de sélection «pas à pas» (stepwise) qui permet un réexamen des variables introduites dans le modèle et élimine celles qui ont un seuil de signification en dessous de 0,10.

Vérification des postulats de l'analyse de régression multiple

Multicolinéarité. Le postulat de la multicolinéarité consiste à vérifier si les variables indépendantes sont corrélées entre elles. Dans un contexte de prédiction, la multicolinéarité entre les variables indépendantes peut entraîner des limites au niveau de la parcimonie, c'est-à-dire, de la redondance entre les variables. Cette interrelation entre les prédicteurs s'avère problématique lorsque le coefficient de corrélation est supérieur à 0,7 ($r=0,7; p < 0,01$). Le coefficient de corrélation de Pearson a été observé dans la matrice de corrélations pour chacun des prédicteurs afin de vérifier l'adéquation du postulat. Dans cette étude, toutes les corrélations entre les variables indépendantes représentées dans les tableaux 6 et 7 sont inférieures à $r= 0,70$ ce qui indique que le postulat de la multicolinéarité est respecté. Étant donné que les problèmes de multicolinéarité peuvent engendrer des problèmes au niveau de la fidélité des coefficients, du seuil de signification et des intervalles de confiance de la régression, l'examen des indices de tolérance a également été fait. Ceux-ci suggèrent un niveau de multicolinéarité allant de 0,50 à 1 pour l'ensemble des modèles de régression, ce qui est acceptable pour la majorité des variables.

Valeurs extrêmes (outliers) univariées et multivariées. Les valeurs extrêmes occupent une place importante dans l'analyse de régression multiple, car elles peuvent diminuer ou augmenter les estimations sur la variation du plan de régression. Afin d'évaluer leur présence, les nuages de points des variables indépendantes principales de cette étude ont été observés. Au niveau du sentiment d'auto-efficacité, des valeurs extrêmes ressortent pour 2 sujets. Pour le niveau de stress, 2 sujets semblent être à l'écart des autres sur le nuage de points. Au niveau du nombre de symptômes de dépression, 3 sujets ressortent visuellement sur le nuage de points comme valeurs extrêmes. De plus, 4 sujets se démarquent des autres participants sur la variable punition corporelle par leur position à l'extérieur du nuage de point qui signifie un écart important quant à l'utilisation de la

punition corporelle par rapport à la moyenne. Pour la discipline inconstante, 3 sujets sont également à l'écart du nuage de points. Le calcul des intervalles de confiance pour le test de résidus, la distance de Mahalanobis, la distance de Cook ainsi que le bras de levier, permet de détecter la présence d'erreur due à la présence de ces valeurs extrêmes. Afin de mesurer cette possibilité d'erreur observée visuellement à partir des nuages de points, le calcul des intervalles de confiance de chacun des tests énumérés ci-dessus a été fait avec tous les modèles à l'aide de la formule suivante : $\bar{x} \pm (1.96 \times ET)$; où le x représente la moyenne des résidus et ET l'écart type résiduel. Dans tous les modèles de régressions multiples, le zéro fait partie de l'intervalle de confiance, donc, il y a possibilité d'absence de valeur extrême problématique.

Postulat de la normalité des résidus. Le respect du postulat de la normalité des résidus est important dans l'analyse de régression car il permet de réduire l'erreur de type I. Le non-respect de la normalité des résidus peut rendre l'équation de la régression instable et limiter la généralisation des résultats. L'homocédasticité, c'est-à-dire la variance des scores pour une variable doit être la même pour toutes les valeurs d'une autre variable, est un critère de normalité des résidus. Afin d'évaluer ce postulat, l'histogramme des variables dépendantes a été observé. Tous les histogrammes proposent une moyenne de zéro et un écart type se rapprochant de 1, ce qui suggère une distribution normale. Ensuite, le diagramme gaussien de ces mêmes variables prend la forme d'une droite linéaire, ce qui indique un bon rapprochement entre les valeurs observées et les valeurs prédites. La linéarité démontre également la normalité de la relation. Finalement, l'examen visuel des graphiques suggère dans les deux modèles que cette relation est uniforme à travers les variables indépendantes.

Nombre de sujets par prédicteurs. Afin de s'assurer d'avoir suffisamment de sujets par prédicteurs, une formule est utilisée soit n/k , où n est le nombre de sujets total traités dans le modèle, et k est le nombre de prédicteurs. Le ratio de variables varie de 10 à 20 selon la norme statistique. Les conséquences d'un faible ratio sont une augmentation de l'erreur du modèle, une limitation quant à la généralisation des résultats et de la fidélité des coefficients ainsi qu'une réduction de la puissance statistique. Dans cette étude, chacun des

modèles traités séparément utilise un nombre de sujets par prédicteur supérieur à 18 ce qui signifie que le postulat est respecté.

Les relations entre les variables devraient être linéaires. Afin d'évaluer si le modèle néglige certaines relations ou spécifie des relations inexistantes, le diagramme gaussien et le nuage de points ont été examinés pour chacune des variables dépendantes. La distribution de ces deux indices suggère qu'il existe une relation linéaire entre les variables dans les modèles et que celle-ci ne présente pas de problème au niveau de la spécification. Pour tous les diagrammes gaussiens, on peut observer une relation constante à travers le temps et distribuée de manière uniforme. Pour les nuages de points, les sujets sont distribués de part et d'autre de la droite zéro avec les quelques sujets exclus mentionnés précédemment. En conséquence, aucune transformation n'est effectuée auprès des variables de l'étude. Le postulat des relations linéaires entre les variables est donc respecté.

Erreurs de spécification du modèle. Le principe de parcimonie veut que la structure explique la plus grande part de variance du modèle avec le moins de variables possible. Donc, seulement les prédicteurs pertinents doivent être inclus dans le modèle afin d'éliminer la redondance. Pour vérifier la pertinence des variables, l'examen des corrélations entre les variables principales est de mise. Des corrélations principales ont été calculées d'une part, entre les mesures des caractéristiques personnelles du parent au pré-test et d'autre part, entre les mesures de pratiques parentales au pré-test (voir les tableaux 6 et 7).

Résultats des analyses de régression multiple

Afin de vérifier le rôle modérateur de la condition expérimentale dans la relation entre les caractéristiques personnelles du parent au pré-test et les pratiques parentales au post-test (objectif 1) ou entre les pratiques parentales au pré-test et les caractéristiques du parent au post-test (objectif 2), un modèle de régression multiple hiérarchique a été calculé pour chacune des corrélations significatives observées entre les mesures des caractéristiques personnelles du pré-test et les mesures de pratiques parentales du post-test (voir tableaux 5 et 6). La variable prédictive du modèle a été centrée selon les étapes d'Aiken et West (1991), afin de créer un effet d'interaction avec chacun des groupes de

participants. La variable condition expérimentale a été recodée en 0/1 afin de comparer le groupe contrôle et le groupe soutien téléphonique au groupe critère (PEHP). Chacune des analyses de régression comporte cinq blocs. Le premier bloc comprend la variable critère au pré-test, le deuxième bloc ajoute les variables contrôles retenues, le troisième bloc ajoute la variable prédictive, le quatrième bloc ajoute la comparaison du groupe soutien téléphonique et du groupe de contrôle avec le groupe PEHP sur la variable critère et le cinquième bloc ajoute l'effet d'interaction des groupes. Un premier effet d'interaction comprend une multiplication de la variable indépendante centrée avec le groupe de contrôle et un deuxième comprend une multiplication de la variable indépendante centrée avec le groupe soutien téléphonique. Ces deux interactions sont alors comparées au groupe PEHP en regard de la relation entre la variable prédictive au pré-test et la variable critère au post-test en contrôlant celle au pré-test.

Les caractéristiques personnelles au pré-test comme prédicteur des pratiques parentales au post-test. Le premier objectif était de vérifier la relation entre les caractéristiques initiales et les pratiques parentales au post-test et ce, en contrôlant les pratiques initiales et en tenant compte de la condition expérimentale du parent. La première analyse de régression décrite au tableau 8, comprend comme variable prédictive le sentiment d'auto-efficacité au pré-test. La variable critère est la punition corporelle au post-test. Dans cette analyse de régression, seul le premier modèle est significatif ($F = 56,59$, $p < 0,05$). La punition corporelle au pré-test est en lien avec la punition corporelle utilisée par le parent au post-test. Donc, plus le parent utilise la punition corporelle au pré-test plus il utilise cette pratique parentale au post-test. Aucun effet ne ressort entre le sentiment d'auto-efficacité initial et la punition corporelle au post-test et ce, même suite à l'intervention.

La seconde analyse de régression vérifie le rôle prédicteur du sentiment d'auto-efficacité parentale au pré-test sur l'utilisation d'une discipline inconstante par les parents au post-test, en contrôlant l'utilisation de la discipline inconstante au pré-test et les problèmes concomitants (voir tableau 9). Le quatrième modèle ajoute une contribution significative par rapport au modèle initial ($F = 4,32$, $p < 0,05$). Ce modèle indique que la discipline inconstante au pré-test et la présence de problèmes concomitants au TDAH de

l'enfant sont reliées à la discipline inconstante au post-test. Donc, plus la discipline inconstante est utilisée au pré-test plus cette dernière sera utilisée au post-test. De plus, lorsque l'enfant présente des problèmes concomitants, plus le parent est sujet à utiliser une discipline inconstante au post-test. Enfin, le sentiment d'auto-efficacité initial est lié à une discipline inconstante au post-test. Plus le parent a un sentiment d'auto-efficacité initial élevé moins il utilise une discipline inconstante après l'intervention. Les résultats indiquent également que les parents du groupe soutien téléphonique et du groupe de contrôle utilisent un niveau de discipline inconstante au post-test différent en comparaison à celui utilisé par les parents du groupe PEHP, à savoir une utilisation plus marquée de la discipline inconstante. Aucun effet de modération lié à l'intervention ne ressort significatif dans cette analyse.

Les pratiques parentales au pré-test comme prédicteur des caractéristiques personnelles au post-test. Le deuxième objectif de cette étude était de vérifier l'effet prédicteur des pratiques parentales au pré-test sur les caractéristiques personnelles du parent au post-test et ce, en contrôlant les caractéristiques au pré-test. Des analyses de régression multiples ont été réalisées. Les résultats des analyses sont présentés dans les tableaux 10 à 16.

Les résultats de l'analyse de régression pour la variable prédictive engagement du parent sont présentés aux tableaux 10, 11 et 12. Dans une première analyse, le sentiment d'auto-efficacité au post-test a été inséré dans le modèle comme variable critère (voir tableau 10). Le sentiment d'auto-efficacité au pré-test a été mis comme variable contrôle. Dans cette analyse, le premier modèle ressort significatif ($F= 42,89, p < 0,001$). Plus le sentiment d'auto-efficacité initial est élevé, plus ce dernier sera élevé au post-test. Dans une deuxième analyse, le niveau de stress a été inséré comme variable critère (voir tableau 11). Le niveau de stress initial a été mis comme variable contrôle. Le premier modèle est significatif ($F= 98,28, p < 0,001$). Plus le parent présente un niveau de stress élevé au pré-test, plus son niveau de stress au post-test sera élevé. Une dernière analyse a été faite avec l'engagement du parent comme prédicteur de la dépression, en contrôlant le nombre de symptômes de dépression initial (voir tableau 12). Le premier modèle ressort significatif

($F= 81,52$, $p < 0,001$). Ainsi, plus le parent présente un nombre de symptômes de dépression élevé au pré-test, plus il présentera un nombre élevé de symptômes au post-test. Pour chacune des analyses précédentes, aucun effet de l'engagement du parent au pré-test sur le sentiment d'auto-efficacité au post-test, le niveau de stress ou le nombre de symptômes de dépression au post-test ne ressort significatif. De plus, l'effet modérateur de l'intervention ne ressort pas significatif.

Par la suite, la variable pratiques positives a été mise dans l'analyse comme variable prédictrice, avec comme variable critère le sentiment d'auto-efficacité au post-test et ce, en contrôlant les problèmes concomitants et le sentiment d'auto-efficacité initial du parent (voir tableau 13). Le deuxième modèle ajoute une contribution significative par rapport au modèle initial ($F= 4,80$, $p < 0,05$). Le sentiment d'auto-efficacité initial est relié au sentiment d'auto-efficacité au post-test. Plus le sentiment d'auto-efficacité est élevé au pré-test plus il sera élevé au post-test. Les pratiques positives au pré-test sont liées au sentiment d'auto-efficacité au post-test. Plus le parent utilise des pratiques positives au pré-test, plus son sentiment d'auto-efficacité sera élevé au post-test. L'effet modérateur de l'intervention ne ressort pas significatif.

Les résultats des analyses de régression pour la variable prédictrice discipline inconstante sont présentés aux tableaux 14 et 15. Dans une première analyse, le sentiment d'auto-efficacité au post-test a été inséré dans le modèle comme variable critère (voir tableau 14). Le premier modèle ressort significatif avec ($F= 41,09^{***}$, $p < 0,001$). Plus le sentiment d'auto-efficacité initial des parents est élevé, plus ce dernier sera élevé au post-test. La discipline inconstante a été utilisée comme variable prédictrice du niveau de stress au post-test en contrôlant le niveau de stress initial (voir tableau 15). De plus, les problèmes concomitants ont été insérés au modèle comme variable de contrôle. Le deuxième modèle ajoute une contribution significative par rapport au modèle initial ($F= 5,14$, $p < 0,05$). Ce modèle démontre une relation significative entre le niveau de stress initial, les problèmes concomitants et le niveau de stress au post-test. Ceci indique que plus le niveau de stress initial des parents est élevé plus le niveau de stress au post-test sera élevé. De même, la

présence de problèmes concomitants chez l'enfant est associée à un niveau de stress plus élevé chez le parent au post-test.

Une dernière analyse de régression vérifie le rôle prédicteur de la punition corporelle au pré-test sur le sentiment d'auto-efficacité parental au post-test en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test (tableau 16). Le premier modèle ressort significatif ($F= 42,89, p < 0,001$). Plus le sentiment d'auto-efficacité au pré-test est élevé, plus ce dernier sera élevé au post-test. Aucun effet ne ressort entre la punition corporelle au pré-test et le sentiment d'auto-efficacité au post-test en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité initial. De même, l'effet modérateur de l'intervention n'est pas significatif.

Discussion

Le but de la présente étude était d'étudier le lien entre les caractéristiques personnelles du parent et les pratiques parentales dans un contexte d'intervention auprès de parents d'enfants ayant un TDA/H. Plusieurs parents d'enfant au prise avec ce trouble rapportent des relations familiales problématiques qui peuvent entraver le développement de l'enfant (Chronis et al. 2006). Le premier objectif était de vérifier si la relation entre les caractéristiques personnelles initiales et les pratiques parentales au post-test est modérée par la condition expérimentale. Compte tenu de l'ensemble des analyses réalisées, on ne peut conclure que cette hypothèse est confirmée. Cependant, bien qu'à ce jour, peu d'études ont évalué le rôle prédicteur des caractéristiques personnelles du parent en lien avec les pratiques parentales dans un contexte d'intervention, certains résultats soutiennent tout de même les recherches existantes. Parmi les trois variables des caractéristiques personnelles traitées, le sentiment d'auto-efficacité initial du parent prédit la discipline inconstante au post-test et ce, indépendamment de la condition expérimentale. L'effet modérateur de l'intervention dans la relation entre les deux variables ressort non significatif. Les études citées précédemment présentaient tout de même des liens significatifs entre les caractéristiques personnelles du parent dont le niveau de stress, les symptômes de dépression et différentes pratiques parentales telles que la punition corporelle et la supervision parentale (Chronis, Gamble et al. 2006; Gerdes & Hoza, 2006; Sonuga-Barke

et al. 2001). Les résultats démontrent que les participants du groupe contrôle et du groupe soutien téléphonique présentent plus de discipline inconstante dans leurs pratiques en comparaison au groupe PEHP. L'effet de l'intervention influence favorablement le type de pratiques sans toutefois que ce dernier soit influencé par le sentiment d'auto-efficacité initial. Ainsi, moins le parent se sent compétent, plus il a tendance à utiliser une discipline inconstante dans le cas de la présente étude. Ce résultat est cohérent avec l'étude de Dumka et al. (2010), où un sentiment d'auto-efficacité élevé est relié à une discipline cohérente. On peut donc suggérer que si on réussit à améliorer le sentiment d'auto-efficacité des parents, ceux-ci devraient diminuer l'utilisation d'une discipline inconstante. Donc, le sentiment d'auto-efficacité est un levier d'intervention intéressant que l'intervenant peut travailler afin d'améliorer en bout de ligne la constance dans la discipline du parent. La participation au PEHP permet de faire un travail cognitif auprès des participants afin d'améliorer leur propre sentiment de compétence parentale. Par exemple, les vignettes vidéos sont également une stratégie de modelage à privilégier afin de changer les croyances reliées aux comportements à avoir (Shumow et Lomax, 2002). De plus, le soutien et les encouragements du groupe peuvent permettre aux participants de se sentir plus confiants dans leur rôle de parent car ils peuvent partager leurs difficultés avec d'autres parents en créant des alliances (Dumka et al. 2010). Le rôle d'aidant et d'aidé sont joués par les participants et peuvent renforcer leur sentiment d'auto-efficacité. Les PEHP offrent aux participants un espace à travers lequel ils mettent en pratique et apprennent des stratégies d'intervention qui leur permettront par la suite d'être en contrôle et plus confiants dans leurs propres pratiques. Sur le plan conceptuel, sachant l'influence du sentiment d'auto-efficacité sur la discipline inconstante, les PEHP pourraient mettre l'accent sur des réussites vécues par le participant dans son rôle de parent ou dans d'autres dimensions de sa vie, afin de lui permettre de se valoriser et d'avoir une image positive de lui-même.

Le deuxième objectif de cette étude était de vérifier la relation entre les pratiques parentales initiales et les caractéristiques personnelles du parent au post-test, en tenant compte de la condition expérimentale et en contrôlant les pratiques parentales initiales. Compte tenu de l'ensemble des analyses réalisées, les résultats ne permettent pas de

confirmer cette hypothèse. Parmi les quatre échelles de pratiques parentales, les pratiques positives au pré-test prédisent le sentiment d'auto-efficacité au post-test, et l'effet modérateur de l'intervention n'est pas significatif. Donc, plus le parent utilise initialement des pratiques positives, meilleur sera son sentiment d'auto-efficacité au post-test. Ce résultat suggère que si on renforce les pratiques positives initiales chez le parent, ce dernier aura un sentiment d'auto-efficacité plus élevé par la suite. Ce résultat fait sens au résultat du premier objectif qui suggère que le sentiment d'auto-efficacité initial prédit une discipline constante. À l'inverse, les pratiques positives prédisent un meilleur sentiment d'auto-efficacité de la part du parent. Ainsi, en valorisant les pratiques positives que le parent utilise, il y a de fortes chances que ce dernier ait une vision positive de son rôle de parent. La majorité des programmes d'intervention renforcent les compétences parentales positives afin de diminuer les pratiques coercitives (Chronis et al. 2004; Webster-Stratton et al. 2004). Le renforcement de pratiques positives encourage les parents à les appliquer plus rigoureusement au quotidien.

La présence de problèmes concomitants est reliée dans le premier objectif de cette étude à une discipline inconstante plus marquée et dans le deuxième objectif de cette étude à un niveau de stress plus élevé au post-test. Les enfants de cet échantillon peuvent avoir des problèmes d'anxiété ou d'agressivité associés à leur TDAH. Ce problème concomitant semble, dans cette étude, présenter à certains égards un défi supplémentaire pour le parent dans la qualité de son intervention auprès de son enfant. Dans la méta-analyse de Reyno et McGrath (2006), la sévérité des comportements externalisés de l'enfant comme l'agressivité, est associée à 71% d'abandon du traitement de la part de parent. Donc, cette variable est d'intérêt dans de futurs travaux vus ses impacts sur la participation du parent. De plus, plus le parent se sent compétent plus il est en mesure de gérer les difficultés comportementales reliées aux problèmes concomitants (Hoofdakker et al. 2010).

Limites de l'étude

La limite principale de l'étude est reliée à la nature de l'échantillon. La faible corrélation entre les caractéristiques personnelles du parent et ses pratiques parentales dès

le départ, a fait en sorte de respecter partiellement le postulat de l'erreur de spécification du modèle. Le petit nombre de sujets compris dans l'échantillon a pu avoir comme impact de diminuer la puissance statistique de cette étude. L'échantillon n'est pas nécessairement représentatif de la population des parents ayant un enfant avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les parents ont accepté volontairement de participer à cette étude et de recevoir une intervention, donc les résultats ne peuvent être généralisés à la population de parents d'enfant ayant un TDA/H. Cette ouverture à travailler sur ses pratiques parentales peut avoir influencé les résultats. Une seule source a été considérée pour les mesures, soit celle de la mère, ce qui pourrait avoir comme effet de biaiser les réponses aux questionnaires. L'échelle mesurant la punition corporelle a un alpha faible. Donc, nous devons être plus réservés quant aux résultats reliés à cette échelle. Dans une prochaine étude, nous pourrions trouver d'autres échelles afin de pouvoir valider les résultats. Aucune distinction n'a été faite entre la composante dominante TDA et/ou TDAH en raison des études relatées qui ont pris en considération non pas la différence entre les deux composantes mais bien la diminution des symptômes en termes d'intensité des comportements. Enfin, la question de recherche a été mesurée par des modèles de régression séparés en raison du petit nombre de sujets dans l'échantillon. Ainsi, les analyses sont plus susceptibles d'obtenir des résultats significatifs en raison du nombre d'analyses effectuées.

Forces de l'étude

La répartition aléatoire des participants dans chacun des groupes a permis une égalité naturelle des trois groupes donc un contrôle méthodologique. Les efforts consentis dans la confirmation du diagnostic du TDA/H est également une force. Cette étude a tenu compte des problèmes concomitants dans l'analyse des modèles de régression multiple. Étant donné le caractère exploratoire de la présente étude, les résultats d'analyses nous permettent de suggérer des pistes d'intervention qui resteront à être confirmés dans d'autres études.

Conclusion

La présente étude a démontré le rôle prédictif du sentiment d'auto-efficacité sur l'utilisation d'une discipline inconstante. Le fait de miser davantage sur cette caractéristique semble avoir des bénéfices après coup sur les pratiques parentales. De plus, cette étude démontre également que les pratiques positives utilisées initialement prédisent un sentiment d'auto-efficacité élevé chez le parent. Donc, miser également sur le renforcement des pratiques positives viserait à améliorer certaines caractéristiques personnelles du parent dont son sentiment d'auto-efficacité. La présente étude suggère que le sentiment d'auto-efficacité joue un rôle positif dans l'adhésion du parent à user de pratiques parentales constantes. Ainsi, si le parent se sent efficace dans son rôle de parent, il aura peut-être tendance à analyser la situation problématique d'une façon plus efficace et ainsi répondre aux besoins ciblés de son enfant. Si le parent se sent compétent et confortable dans son rôle de parent, il sera donc plus en mesure de décoder le sens des comportements de son enfant et ainsi y apporter une réponse adéquate.

Malgré l'efficacité à court terme du traitement pharmacologique dans la diminution des symptômes du TDA/H, l'approfondissement des impacts des PEHP sur le système de la famille est essentiel afin de favoriser à long terme le meilleur développement possible pour l'enfant. Pour soutenir ces parents, la présente étude s'est interrogée sur certaines de leurs caractéristiques personnelles et pratiques parentales qu'ils utilisent et qui peuvent réduire leur disponibilité à l'intervention. La contribution, bien que modeste de cette étude, permet d'ouvrir sur la pertinence d'aménager un contenu clinique ciblant le sentiment d'auto-efficacité et le renforcement des pratiques positives des parents d'enfant ayant un TDA/H. Des études ultérieures pourraient se pencher sur ce qui influence précisément, en contexte d'intervention, le sentiment d'auto-efficacité et sur des stratégies comment de renforcement des pratiques positives. De plus, l'implication de certaines caractéristiques de l'intervenant comme son niveau d'empathie et l'alliance thérapeutique qu'il construit avec les parents seraient pertinents afin de comprendre l'influence de l'animateur sur les participants. La présence d'un évaluateur externe pour évaluer les interactions parent-enfant, en contexte d'intervention, permettrait une évaluation rigoureuse

du changement des caractéristiques du parent et des pratiques parentales. Ainsi, l'efficacité d'un PEHP pourrait être évaluée à partir de plus d'une source.

Références

- Abidin, R.R. (1982). Parenting stress and the utilization of pediatric services. *Children's health care*, 70-73.
- Abidin, R.R. (1995) in Rogers, M.A., Wiener, J., Marton, I., & Tannock, R. (2009). Supportive and controlling parental involvement as predictors of children's academic achievement: Relations to children's ADHD symptoms and parenting stress. *School mental health*, 1, 89–102.
- Aiken, L.S., & West, S.G. (1991). Multiple regression: *Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Arnold, E.H., O'Leary, S.G., & Edwards, G.H. (1997). Father involvement and self-reported parenting of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 337–342.
- Ambroggio, J.D., & Jensen, P.S. (2002). Behavioral and medication treatment for ADHD: Comparisons and combinations. In Cooper, J.L. (Eds.), *ADH, State of the Science-Best Practices* (pp. 1-14). Civic Research Institute.
- American Psychiatric Association. (2004). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (text rev.). Author, Washington, DC.
- Anastopoulos, A.D., Shelton, T.L., DuPaul, J.G., & Guevremont, D.C. (1993). Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 944-972.
- Ardelt, M., & Eccles, J.S. (2001). Effects of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of Family Issues*, 22, 944–972.
- 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., & Brown, G.K. (1996). *Manual for beck depression inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Bell, R.Q. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization. *Psychological Review*, 75, 81–95.
- Bigras, M., LaFrenière, P.J., & Abidin, R.R. (1996). *Manuel d'utilisation de l'indice de stress parental (ISP)*. North Towandawa, USA: Multi-Health System.
- Brestan, E.V., & Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disorder children and adolescents: 29 Years, 82 studies, and 5 272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.
- Brown, R.T., Amler, R.W., Freeman, WS., Perrin, J.M., et al. (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Overview of the evidence. *Pediatrics*, 115, 749-757.
- Callender, K.A., Olson, S.L., Choe, D.E., Sameroff, A.J. (2001). The Effects of Parental Depressive Symptoms, Appraisals, and Physical Punishment on Later Child Externalizing Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*.

- Chronis, A.M., Chacko, A., Fabiano, G.A., Wymbs, B.T., & Pelham, W.E. (2004). Enhancements to the standard behavioural parent training paradigm for families of children with ADHD: Review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Chronis, A.M., Gamble, S.A., Roberts, J., E., & Pelham, W., E. (2006). Cognitive-behavioral depression treatment for mothers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavior Therapy*, 37, 143–158.
- Chronis, A.M., Jones, H.A., & Raggi, V.L. (2006). Evidence-base psychosocial treatment for children and adolescent with ADHD. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Kipp, H.L., Baumann, B.L., & Lee, S.S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention- deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1424–1432.
- Chronis, A.M., Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Roberts, J.,E., & Aronoff, H.R. (2003). The Impact of late-afternoon stimulant dosing for children with ADHD on parent and parent-child domains. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 118-126.
- Coleman, P.K., & Karraker, K.H.(1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47–85.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1999). Initial impact of the Fast Track prevention trial for conduct problems: Classroom effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 648–657.
- Conners, C.K., Sitarenios, G., Parker, J.D., A., & Epstein, J.N. (1998). The Revised conners' parent rating scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2, 257-268.
- Currie, J., & Stabile, M. (2006). Child mental health and human capital accumulation: The case of ADHD. *Journal of Health Economics*, 25, 1094–1118.
- Daley, D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorders: a review of the essential facts. *Child: Care, Health & Development*, 32, 193-204.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 5, 314-332.
- Deault, L.C. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry Human Development*, 41, 168–192.
- Dumka, L.E., Gonzales, N.A., Wheeler, L.A., & Millsap, R.E. (2010). Parenting self-efficacy and parenting practices over time in mexican american families. *Journal of Family Psychology*, 24, 522-531.
- 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.
- DuPaul, G.J., McGoey, K.E., Eckert, T.A., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/ hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and

- school functioning. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy, E.M., Chronis-Tuscano, A., & O'Connor, B.C. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Faraone, S.V., Biederman J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159-165.
- Fincham, F.D., Grych, J.H., & Osborne, L.N. (1994). Does marital conflict cause child maladjustment? Directions and challenges for longitudinal research. *Journal of Family Psychology*, 8, 128-140.
- Gerdes, A.C., & Hoza, B. (2006). Maternal attributions, affect, and parenting in attention deficit hyperactivity disorder and comparison families. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 346-355.
- Gerdes, A.C., Hoza, B., Arnold, L.E., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Wigal, T., & Jensen, P.S. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 705-714.
- Goldman, L.S., Genel, M., Bezman, R.J., et al. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1100-1107.
- Gross, D., & Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. *Nurse Practitioner*, 13, 19-29.
- Hartman, R. R., Stage, S., & Webster-Stratton, C. (2002). A growth curve analysis of parent training outcomes: Examining the influence of child factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1-11.
- Hoofdakker, B.J., Nauta, M.M.H., Veen-Mulders, L., Sytma, S., Emmelkamp, P.M.G., Minderaa, R.B., & Hoekstra, P.J. (2009). Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit-hyperactivity disorder: moderators of treatment response. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 318-326.
- Hoza, B., Kaiser, N., & Hurt, E. (2008). Evidence-based treatments for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). In Steele, R.G., Elkin, T.D. & Roberts, M.C. (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents: Bridging Science and Practice*. (pp. 197-219). New York: Springer.
- Johnson, C., & Feeman, W. (1997). Attributions for child behavior in parents of children without behavior disorders and children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 636-645.
- Johnson, C., & Mash, C. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 183-207.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, Y., & Eames, C. (2007). Efficacy of the incredible years basic parent training programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child: care, health and development*, 33, 749-756.

- Jones, T.L., & Prinz, R.J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review, 25*, 341–363.
- Kazdin, A.E., & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research, 2*, 27-40.
- Kohut, C.S., & Andrews, J. (2004). The efficacy of parent training programs for ADHD children: A fifteen-year review. *Developmental Disabilities Bulletin, 32*, 155-172.
- Lacharité, C., Éthier, L., & Piché, C. (1992). Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire : validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental. *Santé mentale au Québec, 17*, 183-203.
- Lessard, J., & Normandeau, S. (2010). Observation on parenting practices in families of ADH/D children: Treatment efficacy and moderators.
- Majewicz-Hefley, A., & Carlson, J.S. (2007). A meta-analysis of combined treatments for children diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10*, 239-250.
- Normandeau, S., Letarte, M.-J., Robaey, P., & Allard, J. (2009). Efficacy of two interventions for parents of ADHD children. *Communication présentée à la rencontre bisannuelle de l'International Society for Research on Child and Adolescent Psychopathology*, Seattle, É-U.
- Normandeau, S., & Venet, M. (2000). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents, dans Vittaro, F., & Gagnon, C. (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 1: Les problèmes internalisés*, Québec: Presse de l'Université du Québec, 141-188.
- Owens, E.P., Hinshaw, S.P., Arnold, L.E., & Cantwell, D.P. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 540-552.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., & Ramsey, E.A. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*, 329-335.
- Pelham, W.E., & Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 184–214.
- Pelham, W.E., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Hoza, B., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Simpson, S., Shapiro, C., Bukstein, O., Baron-Myak, C., & McBurnett, K. (2000). Behavioral versus behavioral and pharmacological treatment in ADHD children attending a summer treatment program, *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 507–525.
- Reyno, S.M., & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 99-111.
- Sameroff, A.J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology, 12*, 297-312.
- 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.
- Shelton, K.K., Frick, P.J., & Wootton, J.M. (1996). The assessment of parenting practices in families of elementary school-aged children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3, 317-329.
- Shumow, L., & Lomax, R. (2009). Parenting efficacy: predictor of parenting behavior and adolescent outcomes. *Parenting and practice*, 2, 127-150.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention- deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408.
- Taylor, E. (1999). Developmental neuropsychopathology of attention deficit and impulsiveness. *Developmental Psychopathology*, 11, 607-628.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62, 583-593.
- Webster-Stratton, C., & Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. In Briesmeister, J.M. & Schaefer, C.E. (Eds.), *Handbook of Parent Training* (pp. 98-152). New-York: John Wiley & Sons, Inc.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T., & Kolpacoff, M. (1989). The long-term effectiveness and clinical significance of tree cost-effective training programs for families with conduct-problem Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 550-553.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M.J. (2008). Strengthening social and emotional competence in young children who are socioeconomically disadvantaged. In Brown, W.H., Odom, S.L., & McConnell, S.R. (Eds.), *Social competence of young children: Risk, disability, and intervention* (pp. 185-203). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Zachor, D., Hodgens, B., & Patterson, C. (2009). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Springer science and Business Media, LLC.

Tableau 1

Distribution des variables descriptives

Variables	Moyenne (nombre)
Sexe de l'enfant	Garçon : 85,5% (n : 94)
	Fille : 14,5% (n :16)
Parent répondant	Mère : 91,8% (n : 101)
	Père : 8,2% (n :9)
Problèmes concomitants	Aucune : 45,4% (n :50)
	Agressivité : 37,3% (n :41)
	Anxiété : 17,3% (n :19)
Profil diagnostic	TDA : 28,2% (n : 31)
	TDAH : 71,8% (n :79)
Structure de la famille	Bi-parentale : 69,1% (n :76)
	Monoparentale :11,8% (n :13)
	Reconstituée : 15,5% (n :17)
	Vit en institution : ,9% (n :1)
	Valeur manquante : 2,7% (n :3)
Revenu de la famille	Moins de 14 999\$: 5,5% (n :6)
	15 000 à 24 999\$: 5,4% (n :6)
	25 000 à 34 999\$: 5,6% (n :6)
	35 000 à 44 999\$:12,7% (n :14)
	45 000 à 54 999\$: 5,5% (n :6)
	55 000 à 64 999\$: 15,5% (n :17)
	65 000 à 74 999\$: 11,8% (n :13)
	75 000 à 84 999\$: 3,6% (n :4)
	85 000 et plus : 30,9% (n :34)
Valeur manquante : 3,6% (n :4)	

Tableau 2

Moyennes et écarts type des caractéristiques personnelles du parent

Variables	Pré-test		Post-test	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Stress	94,95	17,98	89,45	17,54
Dépression	9,33	6,61	8,11	6,66
Sentiment d'auto-efficacité personnel	2,17	0,36	2,09	0,56

Tableau 3

Moyennes et écarts type des échelles de pratiques parentales

Variables	Pré-test		Post-test	
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>
Engagement parental	3,93	0,41	4,0	0,39
Pratiques adéquates	4,21	0,51	4,28	0,48
Supervision et monitoring	1,36	0,37	1,34	0,34
Discipline inconstante	2,51	0,54	2,25	0,54
Punition corporelle	1,39	0,41	1,30	0,40

Tableau 4

Corrélations entre les caractéristiques personnelles du parent au pré-test et les échelles de pratiques parentales au post-test

	Engagement parental	Pratiques adéquates	Discipline inconstante	Punition corporelle	Supervision et monitoring
SAE	-0,14	-0,19	0,52**	0,30**	0,11
Stress	-0,15	-0,13	0,14	0,05	0,19
Dépression	-0,04	0,04	0,07	0,04	0,15

Note : Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 5

Corrélation entre les échelles de pratiques parentales au pré-test et les caractéristiques personnelles du parent au post-test

	SAE	Stress	Dépression
Engagement	-0,26**	-0,21*	-0,20*
Pratiques adéquates	-0,32**	-0,15	-0,19
Discipline inconstante	0,28**	0,32**	0,09
Punition corporelle	0,26*	-0,15	-0,03
Supervision et monitoring	0,09	0,15	0,05

Note : Les astérisques désignent le seuil de signification: *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 6

Corrélations entre les caractéristiques personnelles du parent au pré-test

	SAE	Dépression	Stress
SAE		0,07	0,26**
Dépression			0,45**
Stress			

Note : Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 7

Corrélations entre les mesures de pratiques parentales au pré-test

	1	2	3	4	5
1.Engagement		,51**	-,05	,30**	-,37**
2.Pratiques adéquates			-,06	-,14	-,18
3.Discipline inconsistante				,31**	,30**
4.Punition corporelle					,09
5.Pauvre Supervision et monitoring					

Note : Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tableau 8

Bêtas standardisés de la régression prédisant la punition corporelle au post-test à partir du sentiment d'auto-efficacité personnel au pré-test en contrôlant la punition corporelle au pré-test

Prédicteurs	Punition corporelle post-test			
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Constante				
Punition corporelle initiale	,61***	,57***	,56***	,53***
SAE		,15	,17*	-,03
Groupe contrôle			,20**	,21**
Soutien téléphonique			,07	,07
Effet modérateur (inter 1)				,24
Effet modérateur (inter 2)				,09
Variation de R-deux	,37	,02	,03	,02
R-deux	,37	,39	,42	,45
F	56,59*	3,44	2,54	1,81

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Tableau 9

Bêtas standardisés de la régression prédisant la discipline inconstante au post test à partir du sentiment d'auto-efficacité personnel au pré-test en contrôlant la discipline inconstante au pré-test

Prédicteurs	Discipline inconstante post-test				
	Modèle1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
Constante					
Discipline inconstante initiale	0,61***	0,55***	0,43***	0,48***	0,48***
Problèmes concomitants		0,13*	0,11	0,12*	0,12*
SAE			0,48***	0,47***	0,38
Groupe contrôle				0,24*	0,24*
Soutien téléphonique				0,28**	0,27**
Effet modérateur (inter 1)					0,12
Effet modérateur (inter 2)					0,13
Variation de R-deux	0,38***	0,03*	0,09**	0,05*	0,00
R-deux	0,38	0,41	0,49	0,54	0,54
F	53,02	4,43	14,54	4,32*	0,15

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 10

Bêtas standardisés de la régression prédisant le sentiment d'auto-efficacité personnel au post-test à partir de l'engagement au pré-test en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test

Sentiment d'auto-efficacité au post-test				
Prédicteurs	Modèle1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Constante				
SAE	0,56***	0,53***	0,53***	0,52***
Engagement parental		-0,16	-0,18*	-0,40**
Groupe contrôle			0,02	0,03
Soutien téléphonique			0,13	0,13
Effet modérateur (inter 1)				0,18
Effet modérateur (inter 2)				0,21
Variation de R-deux	0,32***	0,03	0,01	0,03
R-deux	0,32***	0,34	0,36	0,38
F	42,89***	3,51	1,00	1,77

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 11

Bêtas standardisés de la régression prédisant le niveau de stress au post-test à partir de l'engagement initial en contrôlant le niveau de stress au pré-test

Prédicteurs	Stress au post-test			
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Constante				
Stress initial	0,71***	0,71***	0,70***	0,69***
Engagement parental		-0,02	-0,03	0,12
Groupe contrôle			-0,02	0,00
Soutien téléphonique			0,10	0,09
Effet modérateur (inter 1)				-0,19
Effet modérateur (inter 2)				-0,05
Variation de R-deux	0,51***	0,00	0,01	0,02
R-deux	0,51***	0,51	0,52	0,53
F	98,28***	0,03	0,86	1,54

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 12

Bêtas standardisés de la régression prédisant le symptôme de dépression au post-test à partir de l'engagement parental initial en contrôlant le nombre de symptômes de dépression au pré-test

Prédicteurs	Nombre de symptômes de dépression au post-test			
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Constante				
Nombre de symptômes de dépression initial	0,67***	0,66***	0,65***	0,64***
Engagement parental		-0,14	-0,15	-0,18
Groupe contrôle			-0,03	-0,03
Soutien téléphonique			0,04	0,05
Effet modérateur (inter 1)				0,77
Effet modérateur (inter 2)				-0,37
Variation de R-deux	0,46***	0,02	0,00	0,01
R-deux	0,46***	0,48	0,48	0,49
F	81,52***	3,40	0,31	0,71

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 13

Bêtas standardisés de la régression prédisant le sentiment d'auto-efficacité au post-test à partir des pratiques adéquates en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test

Sentiment d'auto-efficacité au post-test				
Prédicteurs	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Constante				
SAE	0,56***	0,52***	0,52***	0,51***
Pratiques adéquates		-0,19*	-0,18*	-0,40*
Groupe contrôle			0,01	-0,01
Soutien téléphonique			0,08	0,05
Effet modérateur (inter 1)				0,29
Effet modérateur (inter 2)				0,05
Variation de R-deux	0,32***	0,03*	0,01	0,04
R-deux	0,32***	0,35*	0,35	0,39
F	42,89***	4,80*	0,37	2,74

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 14

Bêtas standardisés de la régression prédisant le sentiment d'auto-efficacité au post-test à partir de la discipline inconstante en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test

Sentiment d'auto-efficacité au post-test				
Prédicteurs	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Constante				
SAE	0,56***	0,54***	0,53***	0,49***
Discipline inconstante		0,07	0,09	0,18
Groupe contrôle			0,02	0,11
Soutien téléphonique			0,12	0,12
Effet modérateur (inter 1)				0,02
Effet modérateur (inter 2)				-0,15
Variation de R-deux	0,32***	0,00	0,01	0,02
R-deux	0,32***	0,32	0,33	0,35
F	41,09***	0,51	0,78	0,94

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 15

Bêtas standardisés de la régression prédisant le niveau de stress au post-test à partir de la discipline inconstante au pré-test en contrôlant le niveau de stress au pré-test

Prédicteurs	Stress au post-test				
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5
Constante					
Stress initial	0,70***	0,65***	0,64***	0,63***	0,63***
Comorbidité		0,17*	0,16	0,16	0,15
Discipline inconstante			0,07	0,08	0,05
Groupe contrôle				0,05	0,05
Soutien téléphonique				0,12	0,11
Effet modérateur (inter 1)					0,07
Effet modérateur (inter 2)					0,00
Variation de R-deux	0,50***	0,03*	0,00	0,01	0,00
R-deux	0,50***	0,52*	0,53	0,54	0,54
F	89,16***	5,14*	0,65	0,99	0,30

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Tableau 16

Bêtas standardisés de la régression prédisant le sentiment d'auto-efficacité au post-test à partir de la punition corporelle au prétest en contrôlant le sentiment d'auto-efficacité au pré-test

Sentiment d'auto-efficacité au post-test				
Prédicteurs	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4
Constante				
SAE	0,56***	0,53***	0,53***	0,53***
Punition corporelle		0,10	0,10	0,05
Groupe contrôle			0,01	0,02
Soutien téléphonique			0,10	0,10
Effet modérateur (inter 1)				-0,01
Effet modérateur (inter 2)				0,13
Variation de R-deux	0,32***	0,01	0,01	0,01
R-deux	0,56***	0,57	0,58	0,59
F	42,89***	1,31	0,67	0,93

Notes. Les astérisques désignent le seuil de signification : *** $p < ,001$, ** $p < ,01$, * $p < ,05$