

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement

Par
Marilyn Nadeau

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.)
Maîtrise en Psychoéducation

Décembre 2008
Copyright Marilyn Nadeau, 2008

V-758



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-49551-3
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-49551-3

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement

Marilyn Nadeau

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

_____ Michèle Déry _____ Présidente ou président du jury

_____ Marie-Josée Letarte _____ Directrice de recherche

_____ Sylvie Normandeau _____ Autre membre du jury

Mémoire accepté le _____

SOMMAIRE

Les parents d'enfants avec des problèmes de comportement présentent un faible sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP), c'est-à-dire qu'ils se sentent moins compétents dans leur rôle parental (Webster-Stratton et Spitzer, 1996), comparativement aux parents dont les enfants n'ont pas de difficultés particulières. Ce sentiment est associé à des pratiques éducatives plus négatives, défensives et coercitives (Coleman et Karraker, 1997), celles-ci prédisant les comportements dérangeants des enfants. En tant que professionnels psychosociaux, il importe de mieux comprendre les caractéristiques associées au SAEP et à son amélioration afin de l'influencer positivement pour favoriser indirectement l'adaptation des parents et de leurs enfants. Six études recensées identifient différents prédicteurs du SAEP. Elles montrent que plus les parents sont déprimés, moins ils ont de soutien social et plus faibles sont leurs revenus, alors moins leur SAEP est élevé. Le tempérament difficile de l'enfant est aussi associé à un faible SAEP. Aucune étude n'a jusqu'à maintenant étudié les prédicteurs de changement du SAEP.

Ainsi, la présente étude vise à répondre à trois questions de recherche. Trois différentes catégories de caractéristiques sont considérées. Soit des caractéristiques propres à l'enfant, qui sont le nombre de problèmes et l'intensité de ceux-ci. Il y a les caractéristiques parentales, qui incluent le stress parental, la dépression et l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant. Il y a finalement les caractéristiques familiales, qui sont le revenu familial et les sept dimensions du fonctionnement familial. La première question consiste à savoir quelles sont les relations entre les variables des trois catégories de caractéristiques et le SAEP, chez les parents d'enfants présentant un TDAH, et si un cumul de facteurs de risques est aussi associé au SAEP. La deuxième question cherche à vérifier si le SAEP se modifie dans le cadre de la participation à une intervention psychosociale visant l'amélioration des pratiques éducatives des parents. La troisième question vérifie si le changement du

SAEP est prédit par les variables des trois catégories ainsi que par le cumul de facteurs de risques.

En ce qui concerne la méthodologie de recherche de l'étude, nous avons eu recours à un échantillon de 64 parents (8 pères et 56 mères) et leur enfant présentant un TDAH (12 filles et 52 garçons; âgés entre 5,25 ans et 10,14 ans). Ces familles ont été référées à l'étude en raison du diagnostic de leur enfant. Les parents de l'échantillon ont été assignés à l'une des deux conditions expérimentales, soit participer au programme *Ces Années Incroyables* et avoir un suivi médical avec le médecin de l'équipe de recherche ($n = 38$) ou avoir seulement un suivi avec le médecin ($n = 26$). Cette répartition est utilisée seulement pour répondre à la question sur la modification du SAEP lors de la participation à une intervention psychosociale.

Plusieurs instruments de mesure ont été utilisés pour répondre aux questions de recherche. Le SAEP a été évalué avec le *Parenting Self-Agency Measure* (Dumka, Stoerzinger, Jackson et Roosa, 1996), enrichi de cinq énoncés du *Toddler Care Questionnaire* (Gross et Rocissano, 1988) et d'une adaptation de la mesure du sentiment d'auto-efficacité de DiClemente, Prochaska et Gibertini (1985). Ce questionnaire permet d'évaluer la confiance générale, la confiance pour établir des limites, la confiance pour résoudre des problèmes, la confiance pour faire face à des situations difficiles et le sentiment d'auto-efficacité global. Le fonctionnement familial a été évalué avec le *Family Assessment Device* (FAD, Epstein, Baldwin et Bishop, 1983), qui mesure la résolution de problèmes, la communication, les rôles, l'investissement affectif, l'expression affective et le contrôle des comportements. Le stress parental a été mesuré avec la version abrégée de l'Indice de Stress Parental, version francophone du *Parenting Stress Index* (Bigras, LaFrenière et Abidin, 1996). Seule l'échelle du stress total a été utilisée dans l'étude. La dépression parentale a été évaluée à l'aide du *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Steer et Brown, 1996). Le comportement des enfants a été mesuré à l'aide du *Eyberg Child Behavior Inventory* (Robinson, Eyberg et Ross, 1980), qui permet d'évaluer le nombre de problèmes et

l'intensité des problèmes présentés par l'enfant. Finalement, un questionnaire de renseignements généraux nous a permis d'identifier l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant, l'âge de l'enfant et le revenu familial.

La présente étude a permis d'identifier quelques prédicteurs du SAEP ainsi que de son changement et aussi de constater que le SAEP peut s'améliorer dans le temps. Ainsi, les résultats indiquent que plus les tâches domestiques sont clairement et équitablement réparties et que plus la famille est impliquée dans la vie des membres de la famille, plus le SAEP est élevé. Aussi, plus les membres de la famille ont une bonne communication entre eux, moins le SAEP est élevé. Les résultats démontrent que le SAEP change dans le temps, peu importe que les parents aient participé ou non à une intervention psychosociale. En outre, plus la mère est âgée à la naissance de son premier enfant et plus les règles sont claires dans la famille, alors plus le SAEP a de chances de s'améliorer. Enfin, l'étude actuelle est novatrice par son étude du changement du SAEP et par l'utilisation d'un nouvel outil pour évaluer le SAEP. Également, elle est pertinente pour l'intervention auprès des parents, puisqu'elle permet de mieux comprendre le vécu des parents et de cibler quelques interventions dans le but de favoriser un bon sentiment de compétence parentale.

Il est important de mentionner que deux co-auteurs ont contribué à la réalisation du présent article. Il y a notamment Sylvie Normandeau, de l'Université de Montréal, qui a eu la générosité de partager sa banque de données. Cette contribution est essentielle puisque sans elle, la présente étude n'aurait pu être effectuée. Il y a également Marie-Josée Letarte, directrice de recherche, qui a su bien me guider tout au long du processus de recherche. Son aide a été d'une très grande utilité lors des analyses statistiques, de l'interprétation des résultats, ainsi que pour raffiner et ordonner mes idées. En ce qui concerne ma contribution personnelle à l'article, j'ai fait la recherche documentaire, la lecture et la synthèse des articles recensés, j'ai effectué les analyses statistiques et fait ressortir les résultats significatifs. C'est également moi qui ai rédigé le texte de l'article, en prenant

évidemment en considération les commentaires et suggestions de Mme Letarte. Enfin, la revue ciblée pour la publication de cet article est la Revue de psychoéducation. Les coordonnées de la revue et les normes de présentation exigées sont présentées à l'annexe A.

TABLE DES MATIÈRES

IDENTIFICATION DU JURY	2
SOMMAIRE	3
LISTE DES TABLEAUX	9
LE TEXTE DE L'ARTICLE	10
PAGE DE TITRE DE L'ARTICLE	10
RÉSUMÉ	11
MÉTHODE	17
Participants	17
Procédure	18
Instruments de mesure	19
SAEP	19
Caractéristiques personnelles des parents	20
Caractéristiques personnelles des enfants	20
Caractéristiques familiales	21
RÉSULTATS	22
Analyses préliminaires	22
Caractéristiques associées au SAEP	23
Amélioration du SAEP lors d'une participation à une intervention psychosociale	26
Prédicteurs du changement du SAEP	27
DISCUSSION	29
Facteurs associés au SAEP	29
Changement du SAEP suite à une intervention	30
Prédicteurs du changement du SAEP	31
Conclusion	32
RÉFÉRENCES	33

ANNEXE A – COORDONNÉES DE LA REVUE CIBLÉE ET NORMES DE PRÉSENTATION EXIGÉES	37
ANNEXE B – RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET TABLEAUX SYNTHÈSE DE LA RECENSION DES ÉCRITS	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	18
Tableau 2	Caractéristiques de l'échantillon pour le SAEP et le changement du SAEP	23
Tableau 3	Corrélations entre le SAEP au prétest et le changement du SAEP et les différents facteurs	24
Tableau 4	Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les prédicteurs du SAEP	26
Tableau 5	Moyennes et écart-types des groupes PEHP et Suivi médical sur les dimensions du SAEP et résultats des analyses de variance	27
Tableau 6	Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les prédicteurs du changement du SAEP	28

Entête : SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ PARENTAL

Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement

Marilyn Nadeau et Marie-Josée Letarte

Université de Sherbrooke

Sylvie Normandeau

Université de Montréal

Adresse de correspondance :

Marie-Josée Letarte

2500, Boul. de l'Université

Pavillon Albert-Leblanc, A7-364

Sherbrooke, Québec

J1K 2R1

Marie-Josée.Letarte@USherbrooke.ca

Numéro de téléphone : 1-819-821-8000 # 61338

Numéro de télécopieur : 1-819-821-7485

L'étude a été possible avec l'aide d'une bourse d'études du Conseil de recherche en science humaines (CRSH) obtenue par Marilyn Nadeau et d'une subvention de recherche du CRSH attribuée à Sylvie Normandeau.

Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement

Résumé

Le sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) prédit fortement les pratiques éducatives utilisées par les parents. Pour cette raison, la présente étude vérifie 1) les prédicteurs du SAEP avant toute intervention; 2) si le SAEP se modifie suite à la participation à une intervention psychosociale; 3) les prédicteurs du changement du SAEP. Trois catégories de prédicteurs sont étudiés: les caractéristiques de l'enfant (nombre et intensité des problèmes), celles des parents (âge de la mère à la naissance du premier enfant, stress et dépression parentale) et les caractéristiques familiales (revenu familial et sept dimensions du fonctionnement familial). Les participants sont 64 parents (56 mères; 8 pères) et leur enfant âgé entre 6 et 10 ans (12 filles; 52 garçons) présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. Les résultats indiquent que plus la répartition des tâches domestiques est claire et équitable et que plus la famille est impliquée activement dans la vie des membres de la famille, plus le SAEP est élevé. Par contre, plus les membres de la famille ont une bonne communication entre eux, moins le SAEP est élevé. Les résultats démontrent que le SAEP varie dans le temps, peu importe que les parents participent ou non à une intervention psychosociale. Plus la mère est âgée à la naissance du premier enfant et plus les règles sont claires dans la famille, plus le SAEP s'améliore. Des pistes d'interventions sont proposées aux intervenants qui désirent amener les parents à améliorer leur SAEP.

Mots-clés : Sentiment d'auto-efficacité parental, TDAH.

Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement

Les parents sont confrontés à des exigences importantes qui peuvent influencer leur capacité à bien jouer leur rôle parental ainsi que la perception qu'ils ont de leur propre compétence parentale (Teti & Gelfand, 1991). Par ailleurs, plusieurs parents doivent faire face aux problèmes de comportement de leur enfant. Par exemple, 4 à 6% des enfants présentent un trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité (TDAH; APA, 2000). Ces enfants présentent souvent aussi d'autres difficultés telles que le trouble des conduites qui touche de 30 à 50% des enfants TDAH (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991), augmentant ainsi le défi parental. Les parents de ces enfants sont souvent plus contrôlants et négatifs et vivent dans un environnement familial plus stressant et conflictuel (Johnston & Mash, 2001). Webster-Stratton et Spitzer (1996) décrivent le vécu des parents qui ont des enfants ayant des problèmes de comportement. Ces derniers se sentent souvent tyrannisés par leur enfant, épuisés, anxieux, profondément insécures et coupables de ne pas avoir su gérer les comportements. En raison de leurs expériences répétées d'échec, ils ont le sentiment d'avoir perdu le contrôle de la situation, désespèrent de modifier la situation et ne tentent plus d'actions. Ces croyances parentales concernant leur capacité à exercer leur rôle parental correspondent au sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) (Coleman & Karraker, 1997; Teti & Gelfand, 1991).

Des études montrent que le SAEP est associé aux pratiques éducatives adoptées par les parents (Coleman & Karraker, 1997; Sanders & Wooley, 2005). En effet, les mères qui ont un SAEP élevé poursuivent des objectifs associés à des pratiques éducatives favorables au développement de l'enfant et valorisent le respect et la préoccupation pour les autres (Brody, Flor & Gibson, 1999). Ces parents ont confiance en leurs habiletés pour bien mener à terme les différentes tâches reliées à leur rôle parental, ils croient que leurs enfants vont obéir à leurs demandes et éprouvent plus de plaisir à éduquer leurs enfants. Ils s'efforcent aussi de s'instruire

sur les pratiques éducatives en participant à des programmes et en se renseignant à ce sujet (Coleman & Karraker, 1997). Au contraire, ceux qui ont un faible SAEP adoptent des comportements défensifs et coercitifs et un style parental passif (Coleman & Karraker, 1997). Ces résultats mettent en évidence l'importance qu'il faut accorder au SAEP, celui-ci étant fortement lié aux pratiques éducatives.

Le SAEP étant associé à la qualité des pratiques éducatives parentales, des programmes ayant pour but d'améliorer ces pratiques visent aussi l'amélioration du SAEP. Les études évaluant de telles interventions indiquent que le SAEP et les pratiques éducatives se modifient positivement et conjointement suite à la participation à ces programmes (Gross et al., 2003; Gross, Fogg, & Tucker, 1995; Hoath & Sanders, 2002; Sanders et al., 2004; Tucker, Gross, Fogg, Delaney, & Lapporte, 1998). Par exemple, suite à leur participation au programme *Incredible Years*, des parents d'enfants âgés de 2 à 3 ans ont un SAEP plus élevé, font plus de félicitations et moins de critiques à leur enfant, contrairement à ceux qui n'ont reçu aucune intervention (Gross et al., 1995; Gross et al., 2003; Tucker et al., 1998). Dans le même sens, les parents d'enfants, âgés de 5 à 9 ans et présentant un TDAH, qui ont participé au programme *Triple-P Positive Parenting Program* ont amélioré leur SAEP et leurs pratiques éducatives, contrairement à ceux qui n'ont reçu aucune intervention (Hoath & Sanders, 2002).

En résumé, le SAEP est lié à aux pratiques éducatives parentales et ces deux variables varient conjointement et positivement suite à la participation à un programme axé sur les pratiques éducatives. Dans la mesure où l'amélioration du SAEP est associée à l'amélioration des pratiques éducatives, il importe d'identifier des facteurs associés au changement du SAEP. Or, aucune étude jusqu'à maintenant ne permet d'identifier les caractéristiques associées au changement du SAEP, ce qui constitue le but de la présente étude. Cette connaissance permettra de développer des pratiques d'intervention novatrices pour influencer le SAEP et, indirectement,

favoriser l'adaptation des parents et de leurs enfants. Bien qu'aucune étude n'identifie les facteurs associés au changement du SAEP, plusieurs études portent sur les facteurs associés au SAEP. Ainsi, il est possible de distinguer trois catégories de caractéristiques qui ont fait l'objet d'études, soit les caractéristiques propres aux parents, aux enfants et aux familles.

Les parents qui ont un SAEP plus élevé sont plus scolarisés, reçoivent un meilleur soutien de leurs proches et ont plus d'expériences avec des enfants (Coleman & Karraker, 2000; Teti & Gelfand, 1991). Par ailleurs, plus les parents se sentent dépressifs et plus leur SAEP est faible (Gross, Conrad, Fogg, & Wothke, 1994; Teti & Gelfand, 1991).

En ce qui concerne les caractéristiques personnelles des enfants, plus le tempérament de l'enfant est perçu comme difficile par la mère, plus son SAEP est faible (Coleman & Karraker, 2000; Gross et al., 1994; Raver & Leadbeater, 1999; Teti & Gelfand, 1991). Alors que le sexe de l'enfant n'est pas lié au SAEP, son âge y est associé (Coleman & Karraker, 2000). Ainsi, les parents se sentent généralement plus compétents lorsque leur enfant a 24 mois que lorsqu'il n'avait que 12 mois (Gross et al., 1994). Dans le même sens, le SAEP augmente lorsque l'enfant vieillit (échantillon d'enfants âgés entre 5 et 12 ans; Coleman & Karraker, 2000). Tout comme le tempérament difficile de l'enfant, ses comportements agressifs, hyperactifs, impulsifs ou inattentifs affectent négativement le SAEP (Shelton et al., 1998).

Enfin, plus les mères perçoivent les ressources financières comme étant suffisantes pour répondre aux besoins de la famille ou plus elles ont un revenu élevé, plus leur SAEP est élevé (Brody et al., 1999; Coleman & Karraker, 2000). Toutefois, le nombre d'enfants dans la famille et la présence de conflits dans la dyade mère-enfant ne sont pas associés au SAEP (Coleman & Karraker, 2000; Raver & Leadbeater, 1999).

Les études recensées se distinguent notamment par le nombre de catégories de caractéristiques représentées. La plupart des études se sont attardées à une seule catégorie de

caractéristiques. Cependant, Coleman et Karraker (2000) et Raver et Leadbeater (1999) ont considéré simultanément les trois catégories de caractéristiques permettant ainsi une compréhension plus fine des facteurs associés au SAEP et des interactions entre les différentes caractéristiques. Ces deux études méritent donc qu'on leur porte une attention particulière.

Coleman et Karraker (2000) montrent d'abord que des caractéristiques des parents (niveau d'éducation et expérience antérieure avec des enfants), des enfants (tempérament, sexe et âge) et des familles (revenu familial et nombre d'enfants dans la famille) sont en relation avec le SAEP. Ils montrent ensuite que le tempérament de l'enfant modifie la relation entre l'âge de l'enfant et le SAEP. En effet, le SAEP augmente avec l'âge de l'enfant (âgés entre 5 et 12 ans), seulement chez les mères qui perçoivent leur enfant comme étant sociable, trait d'un tempérament facile, cette relation n'étant pas observée chez les mères d'enfant moins sociable. Malgré ces conclusions intéressantes, il faut noter que leur étude est de nature transversale, ce qui limite les résultats à des données corrélationnelles. De plus, ils n'incluent pas de variable représentant la qualité des interactions dans la famille; variable particulièrement pertinente quand on se questionne sur le sentiment de confiance que possède le parent face à son rôle de parent.

Tout comme l'étude précédente, celle de Raver et Leadbeater (1999) porte sur les relations entre le SAEP et plusieurs caractéristiques des parents (âge de la mère à la naissance du premier enfant, niveau d'éducation, stress parental et soutien social), des enfants (tempérament) et des familles (présence de conflits dans la dyade mère-enfant). Les auteurs vérifient aussi si le cumul de facteurs de risque est relié au SAEP. Pour ce faire, ils ont dénombré les facteurs de risque présents chez un parent, parmi les suivants : avoir un faible soutien social, avoir un niveau élevé de stress, avoir 25 ans ou moins à la naissance du premier enfant et ne pas détenir de diplôme d'études secondaires. Ils démontrent que plus la mère fait face à un nombre élevé de facteurs de risque, plus son SAEP est faible. Dans leur étude, aucun des facteurs de risque pris

individuellement n'est associé au SAEP. Ces auteurs ont également étudié le rôle modérateur des conflits dans la dyade mère-enfant. Chez les dyades conflictuelles, plus le nombre de facteurs de risques est élevé, plus le SAEP est faible, mais le tempérament de l'enfant n'est pas lié au SAEP. Chez les dyades où il y a peu de conflits, plus le tempérament de l'enfant est perçu comme difficile, moins le SAEP est élevé mais le nombre de facteurs de risque n'est pas lié au SAEP. En évaluant la relation du cumul de facteurs de risque avec le SAEP, cette étude présente une nouvelle façon de comprendre le SAEP. Toutefois, comme l'échantillon est restreint, il faut considérer ces résultats avec une certaine prudence. De plus, comme l'étude de Coleman et Karraker (2000), le devis de recherche est transversal.

La majorité des études recensées ont utilisé des devis transversaux et montrent que des caractéristiques des parents, des enfants ou des familles sont associées au SAEP. Des études ont aussi montré que l'amélioration du SAEP est possible suite à la participation à une intervention psychosociale. Par ailleurs, bien que l'étude de Shelton et al. (1998) démontre que les parents dont un enfant présente des comportements hyperactifs ou agressifs ont un SAEP plus faible, aucune étude n'a identifié les facteurs associés au SAEP, ni à son changement, dans une population d'enfants présentant un TDAH.

La présente étude cherche à savoir quelles sont les caractéristiques propres aux parents, aux enfants et aux familles qui prédisent le changement du SAEP, chez des parents d'enfant présentant un TDAH. Les caractéristiques des parents qui sont étudiées sont le stress parental, la dépression et l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant. Les caractéristiques des enfants à l'étude sont le nombre de problèmes de comportements et l'intensité de ceux-ci. Finalement, les caractéristiques des familles sont le revenu familial et sept dimensions du fonctionnement familial (résolution de problèmes, communication, rôles, investissement affectif, expression affective, contrôle des comportements et fonctionnement général de la famille). Pour

répondre à cette question, trois sous-questions sont posées. Premièrement, les trois catégories de caractéristiques (parent, enfant, famille) d'une part et le cumul de facteurs de risque d'autre part, sont-ils associés au SAEP chez des parents d'enfant présentant un TDAH, avant toute intervention psychosociale? Deuxièmement, la participation à une intervention psychosociale permet-elle l'amélioration du SAEP chez ces participants? Troisièmement, le changement du SAEP est-il prédit par les variables des trois catégories de caractéristiques d'une part et par le cumul de facteurs de risque d'autre part?

Méthode

Participants

L'échantillon est composé de 64 parents (8 pères et 56 mères) et leur enfant âgé entre 5,25 ans et 10,14 ans (12 filles et 52 garçons). Parmi eux, 2 n'ont pas complété le questionnaire du SAEP au post-test et 2 autres l'ont rempli de façon incomplète, ce qui explique que l'échantillon utilisé pour répondre aux deux dernières questions est constitué de 60 et 62 parents.

Les familles ont été référées au projet *Ces Années Incroyables* par un professionnel du milieu de la santé, de l'éducation ou des services sociaux en raison du TDAH de leur enfant. Les critères d'admissibilité pour l'étude étaient que (a) l'enfant rencontre les critères diagnostiques du *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fourth edition* (DSM-IV) pour le TDAH (American Psychiatric Association, 1994), (b) le TDAH soit le problème principal de l'enfant, bien qu'il puisse présenter d'autres problèmes de santé mentale, (c) l'enfant ne présente pas de retard mental, de trouble de langage ou d'apprentissage sévère, de maladies neurologiques, de syndrome Gilles de la Tourette ou des tics graves, ni de trouble obsessionnel compulsif et ne soit pas né prématurément (avant 35 semaines de grossesse), et (d) l'enfant prenne la dose optimale de méthylphénidate qui lui a été prescrite par le pédopsychiatre de l'équipe de recherche. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées au tableau 1.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variable	%	Moyenne (é.t.)
Âge de la mère à la naissance de son 1 ^{er} enfant (années) ($n = 63$)		27,96 (5,37)
Âge de l'enfant (années)		8,20 (1,26)
Sexe du parent (femme; homme)	87,5; 12,5	
Sexe de l'enfant (fille; garçon)	18,7; 81,3	
Niveau de scolarité de la mère ($n = 62$)		
Pas de diplôme secondaire	4,8	
Diplôme secondaire	14,5	
Diplôme collégial	43,6	
Diplôme universitaire	37,1	
Composition de la famille		
Biparentale	73,4	
Monoparentale	7,8	
Reconstituée	17,2	
Vit en institution	1,6	
Revenu familial		64 126,98 (23 734,75)

Les parents ont été assignés à l'une des deux conditions expérimentales suivantes : suivi médical seul ou programme d'entraînement aux habiletés parentales et suivi médical (PEHP). Les parents des deux groupes ont eu des rencontres avec un médecin en lien avec la médication prise par l'enfant. Les parents du groupe suivi médical seul ($n = 26$) n'ont reçu aucun soutien psychosocial dans le cadre du projet de recherche alors que ceux du groupe PEHP ($n = 38$) participaient au PEHP *Ces Années Incroyables* (Webster-Stratton & Hancock, 1998). Cette répartition est considérée pour vérifier si le SAEP s'améliore suite à une intervention psychosociale. Pour les autres questions, l'ensemble des parents, sans égard à leur groupe de provenance, sera utilisé dans les analyses. L'intervention de groupe (7 à 16 parents) s'est échelonnée sur une période de 16 semaines, à raison d'une rencontre de deux heures par semaine.

Procédure

Suite à la référence d'un professionnel, les parents contactaient la coordonatrice du projet qui leur présentait le processus de recherche. Le pédopsychiatre de l'équipe de recherche revoyait ensuite le diagnostic de chacun des enfants et s'assurait que les enfants recevaient la meilleure

dose de médication pour eux. Les parents étaient finalement répartis aléatoirement dans les groupes. Les parents du groupe PEHP ont répondu à des questionnaires, à leur domicile, une semaine avant le début du programme (prétest) et une semaine après la fin du programme (post-test). Les parents du groupe de suivi médical ont également complété les questionnaires à deux reprises, à 17 semaines d'intervalle.

Instruments de mesure

SAEP. Le SAEP a été évalué avec le *Parenting Self-Agency Measure* (Dumka, Stoerzinger, Jackson & Roosa, 1996), enrichi de cinq énoncés du *Toddler Care Questionnaire* (Gross & Rocissano, 1988) et d'une adaptation de la mesure du sentiment d'auto-efficacité de DiClemente, Prochaska et Gibertini (1985). Chacun des instruments originaux présente une bonne validité et une bonne fidélité. La combinaison des trois outils résulte en 19 énoncés. À l'aide d'analyses factorielles, les énoncés ont été répartis en quatre dimensions, soit la confiance générale des parents (ex. je sais que je fais un bon travail en tant que parent; $\alpha = 0,75$), leur confiance à établir des limites aux comportements de leur enfant (ex. j'ai confiance que je pourrais établir des limites si mon enfant avait des comportements destructifs comme déchirer des livres ou briser des objets de valeur; $\alpha = 0,70$), leur confiance à résoudre des problèmes (ex. j'ai le sentiment de savoir quand les règles peuvent être modifiées et quand elle ne devraient pas l'être; $\alpha = 0,59$) et leur capacité de faire face à des situations difficiles (ex. je suis capable de réagir positivement avec mon enfant, même lorsque quelqu'un me fâche ou me met en colère; $\alpha = 0,84$). Le sentiment d'auto-efficacité global (SAE global) correspond à la moyenne des 19 énoncés ($\alpha = 0,83$). Les parents indiquent leur niveau d'accord avec l'énoncé sur une échelle de type Likert à 5 points allant de fortement d'accord (1) à fortement en désaccord (5). Un score moins élevé correspond à un meilleur SAEP.

Caractéristiques personnelles des parents. Les caractéristiques des parents sont l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant (recueilli dans un questionnaire de renseignements généraux), le stress parental et la dépression. Le stress parental est mesuré avec la version abrégée de l'Indice de Stress Parental, version francophone du *Parenting Stress Index* (Bigras, LaFrenière, & Abidin, 1996). L'instrument comprend 36 énoncés, divisés en trois facteurs (détresse parentale, interaction parent-enfant et difficulté de l'enfant). Le score total de stress parental incluant les 36 énoncés est utilisé dans la présente étude (stabilité test-retest à 6 mois d'intervalle pour la version anglaise = 0,84; alpha = 0,91; Abidin, 1990). Pour chacun des énoncés, le parent indique ce qui correspond le plus à ce qu'il ressent sur une échelle de type Likert, qui va de profondément d'accord (1) à profondément en désaccord (5). Un score au-delà de 90 pour le stress total indique que le parent présente un niveau élevé de stress (Abidin, 1990).

Les symptômes dépressifs des parents ont été mesurés à l'aide du *Beck Depression Inventory-II* (Beck, Steer, & Brown, 1996). Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés sur les symptômes de la dépression, comme la tristesse, le pessimisme, l'agitation, la perte d'intérêt, l'irritabilité, les changements dans l'appétit et les difficultés d'attention (stabilité test-retest à une semaine d'intervalle = 0,93; alpha = 0,92 à 0,93, selon les échantillons utilisés). Le parent doit choisir, pour chacun des 21 groupes d'énoncés, celui qui décrit le mieux comment il s'est senti au cours des deux dernières semaines. Plus les scores sont élevés, plus l'individu présente des symptômes dépressifs. Le seuil indiquant la présence d'une dépression est fixé à 14.

Caractéristiques personnelles des enfants. Les caractéristiques personnelles des enfants à l'étude sont le nombre de problèmes et l'intensité des problèmes. Ils sont évalués à l'aide du *Eyberg Child Behavior Inventory* (Robinson, Eyberg, & Ross, 1980), complété par le parent. Il comprend 36 énoncés sur les problèmes de comportements pour des enfants âgés de 2 à 16 ans (ex. se choque quand les choses ne vont pas comme il veut). À chaque énoncé, le parent indique

si ce comportement représente un problème à ses yeux (oui ou non) ainsi que la fréquence à laquelle survient ce comportement à l'aide d'une échelle de type Likert, allant de jamais (1) à toujours (7). Ce questionnaire donne un score indiquant le nombre total de problèmes de comportement (alpha = 0,92 pour les filles et 0,91 pour les garçons) et un score d'intensité des comportements (alpha = 0,93 pour les filles et 0,94 pour les garçons) (stabilité test-retest à 10 mois d'intervalle = 0,75) (Burns & Patterson, 2001; Funderburk, Eyberg, Rich, & Behar, 2003). Le seuil clinique est fixé à un score *T* supérieur ou égal à 60, et ce pour les deux échelles.

Caractéristiques familiales. Les caractéristiques familiales à l'étude sont le revenu familial et sept dimensions du fonctionnement familial qui ont été évaluées avec le *Family Assessment Device* (FAD, Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983). Il s'agit d'un questionnaire de 60 énoncés, complété par les parents. Il permet d'évaluer le fonctionnement selon sept dimensions soit la résolution de problèmes (ex. nous essayons d'imaginer plusieurs façons de résoudre les problèmes), la communication (ex. lorsqu'un membre de la famille est contrarié ou n'est pas en forme, les autres membres savent pourquoi), les rôles (ex. nous discutons de qui doit effectuer les différentes tâches dans la maison), l'investissement affectif (ex. nous nous impliquons les uns envers les autres seulement lorsque quelque chose nous intéresse personnellement), l'expression affective (ex. nous sommes hésitant à démontrer notre affection les uns envers les autres), le contrôle des comportements (ex. tout est permis dans notre famille) et le fonctionnement général de la famille. Les items de cette dernière dimension représentent chacune des six dimensions précédentes et ils ont été sélectionnés en raison de leur forte corrélation avec l'ensemble des dimensions. Le répondant indique son niveau d'accord sur une échelle de type Likert qui va de fortement d'accord (0) à fortement en désaccord (3). Un score élevé signifie un moins bon fonctionnement de la famille sur cette dimension. Des seuils cliniques variant de 1,9 à 2,3 ont été identifiés pour chaque échelle (Miller, Epstein, Bishop, & Keitner, 1985). Les alphas varient

entre 0,57 et 0,83 (Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein, & Keitner, 1990) alors que les coefficients de stabilité test-retest, à une semaine d'intervalle, varient de 0,66 à 0,76 (Miller et al., 1985).

Le revenu familial annuel a été indiqué par le parent dans un questionnaire de renseignements généraux à l'aide d'une échelle de type Likert allant de (1) moins de 14 999\$ à (9) 85 000\$ et plus.

Afin de vérifier si le cumul de facteurs de risque est associé au SAEP et à son changement, une telle variable a été calculée pour chaque parent. Pour ce faire, les seuils cliniques des instruments de mesure ont été utilisés pour la dépression, le stress parental, le nombre et l'intensité des problèmes des enfants et les sept dimensions tirées du FAD (voir description de chaque instrument). Les autres facteurs retenus sont: la mère était âgée de moins de 25 ans à la naissance de son premier enfant, le parent ne détient pas de diplôme d'études secondaires et un revenu familial inférieur à 35 000\$. Le nombre de facteurs de risque a été calculé pour chaque parent avec un maximum de 14 facteurs de risque possibles.

Résultats

Analyses préliminaires

Les moyennes obtenues par les parents de l'échantillon au niveau du SAEP sont indiquées au tableau 2. Les moyennes indiquent que les parents ont un SAEP assez élevé.

Tableau 2

Caractéristiques de l'échantillon pour le SAEP et le changement du SAEP

	n	Moy.	é. t.	Min.	Max.
SAEP au prétest ^a					
Confiance générale	64	2,15	,51	1,14	3,29
Établir des limites	64	1,93	,60	1,00	3,33
Résolution de problèmes	64	2,21	,54	1,00	4,00
Situations difficiles	64	2,48	,68	1,00	4,00
SAE global	64	2,18	,38	1,28	3,17
SAEP au post-test ^a					
Confiance générale	62	2,00	,64	1,00	4,86
Établir des limites	62	1,82	,80	1,00	4,67
Résolution de problèmes	60	2,03	,72	1,00	5,00
Situations difficiles	60	2,29	,75	1,00	5,00
SAE global	60	2,05	,59	1,00	4,89
Changement du SAEP ^b					
Confiance générale	62	-0,15	,50	-1,14	2,00
Établir des limites	62	-0,10	,85	-2,00	3,00
Résolution de problèmes	60	-0,18	,55	-1,00	2,00
Situations difficiles	60	-0,19	,89	-2,25	3,00
SAE global	60	-0,13	,49	-0,89	2,39

^a Le score peut varier de 1 à 5. Plus le score est faible, plus le SAEP est élevé.

^b Le score peut varier de -4 à 4. Une cote de changement < 0 représente une amélioration du SAEP et une cote de changement > 0 représente une diminution du SAEP.

Caractéristiques associées au SAEP

Pour répondre à la question portant sur les caractéristiques des parents, des enfants et de la famille associées au SAEP, deux séries d'analyses ont été effectuées. Tout d'abord, des corrélations ont été effectuées pour vérifier quelles variables, parmi celles des trois catégories de caractéristiques d'une part et le cumul de facteurs de risque d'autre part, avaient un lien avec au moins une dimension du SAEP au prétest. Le tableau 3 présente ces corrélations. Huit variables corrélaient avec l'une des dimensions du SAEP, soit deux caractéristiques parentales (âge de la mère à la naissance de son premier enfant et stress parental) et six dimensions du fonctionnement familial (résolution de problème, communication, rôles, investissement affectif, contrôle des comportements et fonctionnement général).

Tableau 3 *Corrélations entre le SAEP au prétest et le changement du SAEP et les différents facteurs*

	SAEP au prétest				Changement du SAEP					
	Confiance générale	Établir limites	Résolution problèmes	Situations difficiles	SAE global	Confiance générale	Établir limites	Résolution problèmes	Situations difficiles	SAE global
Intensité des problèmes	,01	-,09	,20	-,23	-,01	,03	-,04	-,15	,13	-,08
Nombre de problèmes	-,07	-,09	,09	-,15	-,02	-,04	-,09	-,13	,11	-,10
Âge de la mère	,25*	,08	,00	,08	,19	-,22	-,17	-,16	-,28*	-,29*
Dépression	,14	-,07	,20	,09	,10	-,14	-,06	-,22	-,04	-,13
Stress parental	-,29*	-,02	-,22	-,11	-,24	,07	-,04	,09	-,03	,02
Revenu familial	,05	,19	-,09	,05	,03	-,17	-,10	-,10	-,19	-,13
Résolution de problèmes	,27*	,13	,22	,04	,17	,12	,12	,11	,09	,20
Communication	,30*	,20	,15	,02	,25	,13	,10	,15	,14	,18
Rôles	,12	-,01	,36**	,01	,18	,15	,19	-,09	,24	,14
Expression affective	,15	,09	,22	-,13	,05	,09	,11	,02	,16	,17
Investissement affectif	,25*	,13	,13	,30*	,33**	,16	,19	,20	,00	,16
Contrôle des comportements	,22	,07	,10	,21	,27*	,10	,37**	,14	,10	,21
Fonctionnement général	,29*	,05	,18	,09	,16	,02	,11	,09	,04	,13
Cumul facteurs de risque	,08	-,08	,18	-,10	-,03	,25	,21	,09	,25	,24

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

Les caractéristiques qui corrélaient avec l'une des dimensions du SAEP de façon univariée ont été intégrées dans les régressions linéaires multiples comme variables indépendantes. Les variables dépendantes étaient alternativement les cinq dimensions du SAEP au prétest. Le cumul de facteurs de risque ne corrélant avec aucune des mesures du SAEP, il n'a donc pas été inclus dans les analyses subséquentes. Les résultats de ces régressions sont rapportés au tableau 4. Seules des caractéristiques familiales sont associées au SAEP. La confiance des parents pour résoudre des problèmes est associée à la répartition des rôles dans la famille ($\beta[8, 61] = 0,37; p \leq ,05$). Plus les tâches domestiques sont clairement et équitablement réparties entre les membres de la famille et effectuées adéquatement, plus la confiance des parents en leur capacité à résoudre des problèmes est élevée. La confiance des parents en leur capacité à réagir aux situations difficiles est associée à la communication dans la famille ($\beta[8, 61] = -0,44; p \leq ,05$) et à l'investissement affectif ($\beta[8, 61] = 0,49; p \leq ,01$). Plus les membres de la famille communiquent leurs insatisfactions directement et d'une façon franche à la personne concernée, moins les parents ont confiance dans leur capacité à réagir adéquatement lors de périodes difficiles. Aussi, plus les membres de la famille participent activement et s'intéressent aux activités et propos des autres membres de la famille, plus la confiance parentale à faire face à des situations difficiles est élevée. Le SAE global des parents est quant à lui relié à l'investissement affectif au sein de la famille ($\beta[8, 61] = 0,37; p \leq ,05$). Plus les membres de la famille participent à la vie des autres membres de la famille, plus la confiance globale des parents dans leur rôle parental est élevée. La confiance des parents dans leur capacité à réagir aux situations difficiles est la dimension du SAEP qui est expliquée le plus fortement par les variables incluses dans le modèle, ces dernières expliquant 22% de sa variance.

Aucun facteur n'est associé à la confiance générale des parents dans les régressions linéaires alors que six caractéristiques y sont corrélées. Il faut cependant noter que chacune des

corrélations obtenues étaient faibles. Par ailleurs, une multicolinéarité relativement forte entre ces six caractéristiques diminue la probabilité d'observer des relations significatives.

Tableau 4

Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les prédicteurs du SAEP

Facteurs		Confiance générale	Établir des limites	Résolution problèmes	Situations difficiles	SAE global
Âge de la mère	β	,21 ^t	,07	,04	,13	,22
Stress parental total	β	-,23	,09	-,07	-,03	-,10
Résolution de problèmes	β	,03	,32	,08	-,10	-,01
Communication	β	,06	,30	,09	-,44*	,06
Rôles	β	-,12	-,04	,37*	-,16	,08
Investissement affectif	β	,06	,19	-,04	,49**	,37*
Contrôle des comportements	β	,09	-,00	-,07	,26	,15
Fonctionnement général	β	,09	-,53	-,13	,15	-,29
	R^2	,19	,12	,14	,22	,21

^t $p \leq ,10$; * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$.

Amélioration du SAEP lors d'une participation à une intervention psychosociale

Pour répondre à la deuxième question de recherche, portant sur l'amélioration du SAEP suite à la participation à un PEHP, des anovas à mesures répétées ont été effectués. L'équivalence des groupes au prétest en ce qui concerne les caractéristiques démographiques a été vérifiée. Les deux groupes sont équivalents en ce qui a trait à l'âge des enfants ($F[1, 63] = ,00$; n.s.), à l'âge de la mère à la naissance du premier enfant ($F[1, 62] = 1,85$; n.s.), au sexe des enfants ($\chi^2[1, 64] = ,01$; n.s.) et à la structure familiale ($\chi^2[3, 64] = 2,73$; n.s.). Toutefois, aucun père ne fait partie du groupe de suivi médical alors qu'il y en a huit dans le groupe PEHP. Les résultats des analyses de variance (voir tableau 5) démontrent qu'il n'y a aucun effet d'interaction temps par groupe, ce qui signifie que le SAEP des parents qui ont participé au PEHP ne s'améliore pas davantage que

celui des parents ayant eu un suivi médical. Les résultats démontrent toutefois que le SAEP s'améliore à certains égards entre le prétest et le post-test pour l'ensemble des parents pour les dimensions de la confiance générale ($F[1, 62] = 4,99; p \leq ,05$), de la résolution de problème ($F[1, 60] = 4,76; p \leq ,05$) et du SAE global ($F[1, 60] = 3,90; p \leq ,05$).

Tableau 5

Moyennes et écart-types des groupes PEHP et Suivi médical sur les dimensions du SAEP et résultats des analyses de variance

Dimensions SAEP	Prétest		Post-test		Source		
	PEHP ^a Moy. (é.t.)	Suivi médical ^b Moy. (é.t.)	PEHP Moy. (é.t.)	Suivi médical Moy. (é.t.)	Groupe ^c (A)	Temps ^d (B)	A x B
Confiance générale	2,19 (0,48)	2,09 (0,55)	2,02 (0,67)	1,96 (0,61)	0,36	4,99*	0,12
Établir des limites	1,96 (0,65)	1,87 (0,55)	1,81 (0,75)	1,85 (0,88)	0,03	0,70	0,36
Résolution de problèmes	2,25 (0,40)	2,16 (0,74)	1,96 (0,72)	2,14 (0,73)	0,08	4,76*	3,56
Situations difficiles	2,37 (0,35)	2,65 (0,82)	2,31 (0,78)	2,28 (0,71)	0,69	3,37	1,70
SAE global	2,18 (0,35)	2,17 (0,43)	2,05 (0,63)	2,04 (0,55)	0,01	3,90*	0,00

^a $n = 36$. ^b $n = 26$ pour les deux premières mesures du SAEP et $n = 24$ pour les trois dernières mesures du SAEP. ^c $df = 1$. ^d $df = 1$. * $p \leq ,05$.

Prédicteurs du changement du SAEP

Pour répondre à la question portant sur les caractéristiques des parents, de l'enfant ou de la famille associées au changement du SAEP, la variation du SAEP entre le prétest et le post-test a d'abord été calculée pour chaque sujet en faisant la différence entre le score au post-test et celui du prétest. Des corrélations ont ensuite été exécutées afin d'identifier les variables, parmi celles des trois catégories de caractéristiques d'une part et le cumul de facteurs de risque d'autre part, qui avaient un lien avec au moins une mesure du changement du SAEP (voir tableau 3). Des régressions linéaires multiples ont finalement été effectuées avec les caractéristiques propres aux

parents (âge de la mère à la naissance du premier enfant) et aux familles (dimension contrôle des comportements du fonctionnement familial) qui étaient corrélées à au moins une mesure du changement du SAEP. Ces variables ont été utilisées alternativement comme prédicteurs pour chacune des cinq dimensions du changement du SAEP.

Les résultats des régressions linéaires multiples (voir tableau 6) indiquent que le changement de la confiance du parent à établir des limites est associé au contrôle des comportements ($\beta[2, 59] = 0,38; p \leq ,01$). Dans la famille, plus les règles sont claires et qu'il y a des conséquences adaptées au non respect de celles-ci, plus le parent améliore sa confiance à établir des limites. Aussi, l'âge de la mère à la naissance du premier enfant est associé au changement de la confiance du parent à réagir lors de situations difficiles ($\beta[2, 58] = -0,28; p \leq ,05$) et au changement du SAE global ($\beta[2, 58] = -0,30; p \leq ,05$). Plus la mère est âgée à la naissance de son premier enfant, plus le parent améliore sa confiance lors de situations difficiles et sa confiance globale face à son rôle de parent. Les variables expliquent ensemble 18% de la variance du changement dans la confiance des parents à établir des limites, 14% de la variance du changement de leur confiance à faire face à des situations difficiles et 13% de la variance du changement du SAE global.

Tableau 6
Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les prédicteurs du changement du SAEP

Facteur		Confiance générale	Établir des limites	Résolution problèmes	Situations difficiles	SAE global
Âge de la mère	β	-,22	-,20	-,17	-,28*	-,30*
Contrôle des comportements	β	,11	,38**	,15	,11	,22
	R^2	,06	,18**	,05	,14*	,13*

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

Discussion

Le but général de l'étude était d'identifier les facteurs associés au SAEP, chez des parents ayant un enfant présentant un TDAH. Cette étude a permis d'identifier certaines caractéristiques des enfants, des parents ou du fonctionnement familial associées au SAEP, de vérifier si la participation à un PEHP permet d'améliorer le SAEP et d'identifier les prédicteurs du changement du SAEP. Cinq dimensions du SAEP ont été étudiées : confiance générale, établir des limites, résolution de problèmes, situations difficiles, SAE global.

Facteurs associés au SAEP

Les analyses de régression mettent en évidence que parmi les facteurs mesurés, ce sont surtout ceux du fonctionnement des familles avec un enfant TDAH qui sont associés au SAEP. Quand la répartition des tâches domestiques est claire et équitable entre les membres de la famille et que les tâches sont bien accomplies, la confiance des parents en leur capacité à résoudre des problèmes est plus élevée. De plus, lorsque les membres de la famille sont intéressés aux activités des autres et engagés activement dans celles-ci, les parents ont davantage confiance en leur capacité à maintenir des relations positives avec leur enfant en période difficile. Par contre, plus les membres expriment directement leurs insatisfactions, moins les parents ont confiance en leur capacité à faire face à de telles situations. Finalement, plus les membres de la famille s'investissent au sein de la famille sur le plan affectif, plus les parents ont confiance en eux comme parents. Par ailleurs, les corrélations suggèrent que quatre dimensions du fonctionnement familial sont associées à la confiance générale des parents en leur capacité parentale.

Contrairement aux résultats des études antérieures, les analyses de régression montrent que l'âge de la mère à la naissance du premier enfant, le stress parental, la dépression parentale et le revenu familial ne sont pas liés au SAEP dans la présente étude. Ce résultat peut s'expliquer par les caractéristiques de l'échantillon. En effet, les parents de l'échantillon présentent peu de

symptômes dépressifs et sont relativement favorisés. Par exemple, seuls 20% des participants à la présente étude sont dépressifs, comparativement à 56% dans l'étude de Teti et Gelfand (1991). De plus, la majorité des participants à l'étude ont fait des études post secondaires et vivent dans une famille biparentale, ce qui n'était pas le cas dans les études recensées (Brody et al., 1999; Coleman & Karraker, 2000). Pour ce qui est du cumul des facteurs de risque, Raver et Leadbeater (1999) l'avaient identifié comme le meilleur prédicteur du SAEP. Dans la présente étude, le cumul des facteurs de risque n'est pas associé au SAEP, mais les parents d'enfant ayant un TDAH du présent échantillon présentent généralement peu de facteurs de risque.

Les résultats obtenus permettent d'identifier que le fonctionnement familial est associé au SAEP chez les parents d'enfant ayant un TDAH. En ce sens, ils s'apparentent aux résultats des études montrant un lien entre les stratégies éducatives des parents et leur SAEP (Brody et al., 1999; Coleman & Karraker, 1997; Sanders & Woolley, 2005).

Changement du SAEP suite à une intervention

Les résultats montrent que le SAEP s'améliore dans le temps en ce qui concerne trois dimensions du SAEP (confiance générale, confiance à résoudre des problèmes et SAE global), peu importe que les parents aient participé au PEHP ou aient reçu un suivi médical. Ce résultat diffère de ceux des études recensées (Gross et al., 2003; Gross et al., 1995; Hoath & Sanders, 2002; Sanders et al., 2004; Tucker et al., 1998) qui rapportaient un effet de l'intervention sur l'amélioration du SAEP. Il faut cependant noter que dans le contexte de la présente étude, tous les parents ont eu des contacts avec un médecin, qui a validé le diagnostique de l'enfant et établit la dose idéale de médication pour l'enfant. De plus, en s'engageant dans le processus de recherche et d'intervention, tous les parents ont reçu le soutien de la coordonnatrice de recherche qui a pu rassurer les parents et leur offrir de nouvelles connaissances sur le TDAH. Ces éléments peuvent expliquer en partie l'amélioration du SAEP à certains égards chez les parents des deux

groupes. Finalement, il importe de souligner que les parents de l'échantillon présentaient, avant le début de l'intervention, un SAEP relativement élevé. Ce résultat est surprenant étant donné le nombre d'études qui soutiennent que la présence d'un enfant ayant un comportement ou un tempérament difficile affecte négativement le SAEP (Scahill et al., 1999; Shelton et al., 1998; Webster-Stratton & Spitzer, 1996). Les parents d'enfant TDAH qui ont participé à cette étude n'en étaient pas à leur première démarche de demandes de services pour leur enfant. Depuis de nombreuses années, ils ont accepté le fait qu'ils ont un enfant TDAH, que ce problème est permanent et qu'ils auront besoin de ressources exceptionnelles pour eux et pour leur enfant. Ils sont déterminés à faire le nécessaire pour aider leur enfant.

Prédicteurs du changement du SAEP

Finalement, l'étude permet une première vérification des prédicteurs du changement du SAEP. Les résultats montrent que l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant et le contrôle des comportements prédisent le changement du SAEP chez des parents d'enfant ayant un TDAH. Plus la mère est âgée à la naissance de son premier enfant, plus le parent améliore sa confiance à maintenir une relation positive avec son enfant lors de situations difficiles ainsi que son SAE global. Par ailleurs, plus les parents exercent un contrôle efficace des comportements de leur enfant, plus leur confiance à établir des limites s'améliore. Ce résultat est pertinent sur le plan de l'intervention auprès des familles, car il est possible d'intervenir auprès d'elles afin de les aider à avoir un meilleur contrôle des comportements de leur enfant.

Par ailleurs, il importe de mentionner que le modèle n'explique qu'une faible partie de la variance du changement du SAEP, suggérant que d'autres variables devraient être considérées dans l'étude du changement du SAEP. Par exemple, il serait intéressant d'étudier dans quelle mesure la motivation au changement des parents, la gravité des problèmes de l'enfant TDAH (par ex. : profil diagnostique et comorbidité), la persistance du problème (l'âge de l'enfant déterminant

depuis combien d'années le parent vit avec cette difficulté) sont associés au SAEP et au changement du SAEP. Des caractéristiques propres à l'intervention pourraient aussi expliquer le changement du SAEP, comme la fréquence des rencontres ou les modalités d'intervention.

Conclusion

En somme, la présente étude contribue à l'avancement des connaissances, tant sur le plan théorique, clinique, que méthodologique. D'abord, elle fait ressortir que parmi les différentes caractéristiques à l'étude, c'est le fonctionnement familial qui prédit le mieux le SAEP. Dans le même sens, deux prédicteurs du changement du SAEP ont été identifiés, dont une composante du fonctionnement familial, la façon dont la famille gère les comportements des enfants. Alors que les études précédentes montraient que les parents qui se sentent compétents adoptent des pratiques éducatives plus positives, la présente étude fait ressortir que l'amélioration du fonctionnement familial peut contribuer à l'augmentation du SAEP. Sur le plan méthodologique, l'instrument de mesure utilisé pour évaluer le SAEP est novateur et pertinent, car il permet d'identifier différentes dimensions du SAEP qui sont liées différemment aux caractéristiques à l'étude. L'identification des différentes dimensions du SAEP est aussi intéressante sur le plan de l'intervention auprès des familles en difficultés puisqu'elle permet de déterminer une cible d'intervention plus précise.

Références

- Abidin, R. R. (1990). *Parenting stress index manual*. Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e édition). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e édition). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(5), 564-577.
- Bigras, M., LaFrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental: Manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto: MHS.
- Brody, G. H., Flor, D. L., & Gibson N. M. (1999). Linking maternal efficacy beliefs, developmental goals, parenting practices and child competence in rural single-parent African American families. *Child Development*, *70*, 1197-1208.
- Burns, G. L., & Patterson, D. R. (2001). Normative data on the Eyberg child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory: Parent and teacher rating scales of disruptive behavior problems in children and adolescents. *Child & Family Behavior Therapy*, *23*, 15-28.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: Findings and future applications. *Developmental Review*, *18*, 47-85.

- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (2000). Parenting self-efficacy among mothers of school-age children: Conceptualization, measurement, and correlates. *Family Relations, 49*, 13-24.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J. O., & Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 181-200.
- 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.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*, 171-180.
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Rich, B. A., & Behar, L. (2003). Further psychometric evaluation of the Eyberg and Behar rating scales for parents and teachers of preschoolers. *Early Education & Development, 14*, 67-81.
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing & Health, 17*, 207-215.
- Gross, D., Fogg, L., Garvey, C., Julion, W., Webster-Stratton, C., & Grady, J. (2003). Parent training with multi-ethnic families of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 261-278.
- Gross, D., Fogg, L., & Tucker, S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Research in Nursing & Health, 18*, 489-499.
- Gross, D., & Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. *Nurse Practitioner, 13*, 19-29.

- Hoath, F. E., & Sanders M. R. (2002). A feasibility study of enhanced group Triple P – Positive Parenting Program for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Change, 19*, 191-206.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder : review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183-207.
- Kabacoff, R. I., Miller, I. W., Bishop, D. S., Epstein, N. B., & Keitner, G. I. (1990). A psychometric study of the McMaster family assessment device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. *Journal of Family Psychology, 3*, 431-439.
- Miller, I. W., Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Keitner, G. I. (1985). The McMaster family assessment device: Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy, 11*, 345-356.
- Raver, C. C., & Leadbeater, B. J. (1999). Mothering under pressure: Environmental, child, and dyadic correlates of maternal self-efficacy among low-income women. *Journal of Family Psychology, 13*, 523-534.
- Robinson, E., Eyberg, S., & Ross, W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology, 9*, 22-29.
- Sanders, M. R., Pidgeon A. M., Gravestock, F., Connors, M. D., Brown, S., & Young, R. W. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the effects of the Triple P-Positive Parenting Program with parents at risk of child maltreatment? *Behavior Therapy, 35*, 513-535.
- Sanders, M. R., & Woolley, M. L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child Care, Health & Development, 31*, 65-73.

- Scahill, L., Schwab-Stone, M., Merikangas, K. R., Leckman, J. R., Zhang, H., & Kasl, L. (1999). Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 976-984.
- Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., et al. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 475-494.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development, 62*, 918-929.
- Tucker, S., Gross, D., Fogg, L., Delaney, D., & Lapporte, R. (1998). The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year-olds. *Research in Nursing & Health, 21*, 199-210.
- Webster-Stratton, C., & Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: Content, methods, and therapeutic processes. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training* (p. 98-152). New-York: John Wiley & Sons, Inc.
- Webster-Stratton, C., & Spitzer, A. (1996). Parenting a young child with conduct problems. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (p.1-62). New-York: Plenum Press.

ANNEXE A

**COORDONNÉES DE LA REVUE CIBLÉE ET
NORMES DE PRÉSENTATION EXIGÉES**

La revue de psychoéducation privilégie la publication d'articles dont le contenu relève des champs d'exercice de la psychoéducation. Les articles peuvent prendre la forme de recensions des écrits, d'études empiriques, d'expériences cliniques, d'études de cas ou de travaux théoriques.

Le numéro international normalisé des publications en série (I.S.S.N.) de la *Revue de Psychoéducation* est 0080-2492.

DIRECTIVES AUX AUTEURS

1. Manuscrits inédits. La *Revue de psychoéducation* ne publie que des manuscrits originaux. Les manuscrits soumis ne doivent pas avoir été publiés ailleurs ni soumis ailleurs durant la période de soumission à la *Revue de psychoéducation*. **Les auteurs doivent soumettre un imprimé de leur manuscrit ET une copie informatique par courriel.**

2. Langue de publication. La langue de publication de la *Revue de psychoéducation* est le français. Le comité de direction attache une grande importance à la qualité du français. Bien que le comité de révision se charge des corrections mineures, la qualité de la langue est sous la responsabilité première des auteurs. Pour ceux qui en feraient la demande, le comité de rédaction pourra offrir un soutien technique professionnel selon un tarif horaire pré-fixé.

3. Format et normes de publication. Les articles doivent être écrits à double interligne, sur du papier 8,5 X 11 po (ou A4) et soumis en trois (3) exemplaires. La police utilisée devrait être *Times New Roman 12* ou *Arial 11*. Le texte doit être aligné à gauche ou justifié. Les marges doivent être de 2,5 cm (1po) et les pages numérotées en haut à droite et de manière consécutive (la page titre étant la première). **Les articles soumis doivent compter au maximum 35 pages, incluant les références et les tableaux.** Toutes les pages doivent contenir une courte entête (dérivé du titre) dans le coin supérieure droit. La présentation du texte, des tableaux, des figures et des références doit respecter les normes décrites dans le *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA, 2001, 5e édition).

4. Page titre. Celle-ci contient le titre (maximum de 20 mots), noms et affiliations de tous les auteurs de même que l'adresse de correspondance, numéros de téléphone et de télécopieur, et adresse électronique de l'auteur en charge de l'article.

5. Page du résumé et mots-clés. Celle-ci doit inclure le titre de l'article, un résumé de 250 mots MAXIMUM, et de trois à cinq mots-clés. Lors de la décision finale et si celle-ci se révèle positive, les auteurs devront fournir une traduction en anglais du résumé ainsi que des mots-clés. Un service de traduction pour le résumé est offert aux auteurs. Le tarif est de 22 cents par mot français. Les auteurs peuvent proposer leur

propre traduction mais la qualité de cette traduction sera évaluée et au besoin, le coût d'une nouvelle traduction au tarif mentionné ci-dessus sera facturé aux auteurs.

6. Texte principal. Toute première ligne d'un paragraphe (sauf celui du résumé) doit avoir un retrait positif de 1,25 cm (ou 1/2 po). Dans le cas des études empiriques, le texte doit être subdivisé en sections intitulées : Introduction, Méthodologie, Résultats, Discussion et Références.

7. Notes infrapaginales. L'utilisation des notes infrapaginales doit être limitée au strict minimum. Si elles ne peuvent être évitées, elles doivent être numérotées de 1 à n.

8. Références. Dans le texte, on doit inclure le nom des auteurs et l'année de l'étude. Ainsi on lira Leblanc (1988), Lebrun (1997, 1998), Lebrun et Leroux (2001a, 2001b), Lebrun, Leblanc, et Leroux (2003), Lebrun, Leblanc, Leroux, et Levert (2004). Conséquemment, ces deux dernières références devront être identifiées par Lebrun et al. (2003) et Lebrun et al. (2004). Par ailleurs, pour six auteurs et plus, ce sera toujours Leblanc et al. (2002). Entre parenthèses, les auteurs sont cités par ordre alphabétique (Leblanc, 1988 ; Lebrun 1997, 1998; Lebrun & Leroux, 2001a,2001b; Leroux, Levert, & Lenoir,2004). Notez l'utilisation de l'éperluette "&" dans les parenthèses.

Dans la liste des références, on retrouvera:

Article de revue

Dodge, K.A., & Coie, J.D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158.

Connor, D.F., Steingard, R.J., Anderson, J.J., & Melloni, R. H. Jr. (2003). Gender differences in reactive and proactive aggression. *Child Psychiatry and Human Development*, 33, 279-294.

Livre

Dollard, J., Doob, L., Miller, N., Mowrer, O., & Sears, R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.

Chapitre de livre

Blanchard, D.C., & Blanchard, R.J. (1989). Experimental animal models of aggression: what do they say about human behavior? In J. Archer & K. Browne (Eds.), *Human aggression: naturalistic approaches* (pp.94-121). London:Routledge.

Pour plus de détails consultez le guide de l'APA (2001, 5e édition).

9. Tableaux et Figures. Les tableaux peuvent être à simple interligne pour faciliter leur lecture. Ils doivent être numérotés de 1 à n et posséder une légende au besoin. Il en est de même des figures.

10. Évaluation. Chaque manuscrit est soumis anonymement à au moins deux lecteurs arbitres. Le comité de rédaction s'inspirera de ces avis pour accepter les articles, les refuser ou requérir des modifications. Les auteurs recevront les commentaires des lecteurs arbitres, ainsi que la décision du comité de direction en deçà de deux mois (dans la mesure du possible) de la réception du manuscrit.

11. Les opinions émises dans les articles publiés dans la *Revue de psychoéducation* n'engagent que leurs auteurs. Lorsqu'un auteur reçoit un avis de publication, l'article devient la propriété de la *Revue de psychoéducation*. Toute reproduction du texte ou d'extraits n'est dès lors permise que sur autorisation.

Les manuscrits qui respectent les directives ci-mentionnées seront envoyés au directeur de la revue. Toute correspondance doit être adressée à :

M. Serge Larivée
Revue de psychoéducation
École de psychoéducation, Université de Montréal
Casier postal 6128, Succursale Centre-Ville
Montréal (Québec), Canada H3C 3J7
Téléphone: (514) 343-6111 poste 2522 Fax: (514) 343-6951

ANNEXE B

**RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET
TABLEAUX SYNTHÈSE DE LA RECENSION DES ÉCRITS**

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Une première recherche documentaire avait pour but d'identifier les prédicteurs de changement du sentiment d'auto-efficacité parental. La recherche dans la banque de données PSYCinfo à l'aide des mots clé suivants : *self-efficacy*, *self-confidence*, *self-agency*, *efficacy beliefs*, *parent*, *mother*, *father* et *change*, n'a permis d'identifier aucune étude portant spécifiquement sur le changement du sentiment d'auto-efficacité parental. Par contre, bon nombre d'études portaient sur les caractéristiques associées au sentiment d'auto-efficacité parental. Ainsi, une seconde recherche a été réalisée en utilisant les mêmes mots clé sauf celui de *change*, afin de mettre en lumière les caractéristiques qui sont reliées au sentiment d'auto-efficacité parental. Parmi les 1 072 articles qui correspondaient à cette recherche, 6 articles ont été retenus puisqu'ils se concentraient exactement sur les caractéristiques reliées au sentiment d'auto-efficacité parental. Les articles ont été exclus pour différentes raisons : l'objectif principal de recherche concernait les effets du sentiment d'auto-efficacité parental, les enfants de l'échantillon présentaient des troubles très spécifiques tels que l'autisme, l'article était écrit dans une autre langue que l'anglais ou le français, l'étude était réalisée dans une culture différente de la culture nord-américaine, la variable du sentiment d'auto-efficacité portait exclusivement sur la grossesse et la période post-natale, les variables associées au sentiment d'auto-efficacité parental étaient peu pertinentes avec la question de recherche, par exemple, l'effet des médias, la relation avec l'enseignant et la toxicomanie et finalement, l'étude n'avait pas été soumise à l'arbitrage (ceci exclut les *Dissertations Abstracts*).

<p>Brody, G. H., Flor, D. L. et Gibson N. M. (1999). Linking maternal efficacy beliefs, developmental goals, parenting practices and child competence in rural single-parent African American families. <i>Child development</i>, 70(5), 1197-1208.</p>				
<p>Objectifs de recherche :</p> <p>- Examiner un modèle théorique par lequel les stress économiques des familles sont associés au saep des mères et aux objectifs développementaux qu'elles visent pour leur enfant</p>				
<p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 139 mères monoparentales africaines américaines qui vivent en situation de pauvreté et qui ont des enfants de 6 à 9 ans - Région rurale de la Georgie (moins de 20 000 habitants) - Un peu plus de la moitié des mères n'ont pas de diplôme secondaire - 41% ont un emploi 	<p>Variables dépendantes (var. critères) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saep - Pratiques éducatives - Routines familiales - Qualité de la relation mère-e - Implication scolaire de la mère - Autorégulation de l'e - Compétences académiques - Compétences psychosociales 	<p>Instruments utilisés (v. dep.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Parenting efficacy scale</i> (Duke, Allen et Halverson, 1996) - 14 items du <i>Family Routines Inventory</i> (Jensen, James, Boyce et Hartnett, 1983) - Observation de 3 activités mère-e à l'aide d'une grille et de vidéocassettes - 15 items répondus par l'enseignant - sous-échelle de l'autocontrôle du <i>Children's Self-control Scale</i> (Humphrey, 1982) - <i>Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery-Revised</i> (Woodcock et Johnson, 1990) - Sous-échelle sociale du <i>Perceived Competence Scale for Children</i> (Harter, 1982) 	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La taille de la famille est associée négativement à la disponibilité des ressources \$ nécessaires pour répondre aux besoins - Un niveau d'éducation élevé est associé à la disponibilité des ressources \$ nécessaires pour répondre aux besoins - Quand les mères perçoivent que les ressources \$ sont adéquates, il est plus probable qu'elles aient un saep + élevé - Le saep est relié aux objectifs développementaux que les mères visent pour leur e (saep élevé= objectifs positifs ex : éducation, respect et préoccupation pour les autres) - La poursuite de tels objectifs est associée à une grande probabilité que les mères adoptent des pratiques éducatives qui visent la 	

<p>Devis de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> -transversal -2 visites à la maison de 2 heures -à chaque visite la mère et l'e ont été filmé durant 3 activités différentes -Questionnaires à la mère, à l'e et à l'enseignant 	<p>Variabes indépendantes (var. explicatives) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adéquation des ressources financières -Objectifs développementaux visés par la mère 	<p>Instruments utilisés (v. ind) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Family Resource Scale</i> (Dunst et Leet, 1987) -Pas d'instrument standardisé, les mères doivent évaluer l'imp. de 4 objectifs (être respectueux, bien éduqué, bien s'entendre avec les autres et bien se conduire) à l'aide d'une échelle de type Likert 	<p>compétence.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Lien non significatif entre le saep et les pratiques éducatives visant la compétence, mais plutôt un effet indirect par le biais des objectifs développementaux. -Il ne faut pas négliger la probabilité que d'autres variables (\neq inclus ds l'étude) aient un effet modérateur des liens entre des variables, notamment entre l'adéquation des ressources \$ et le saep.
--	---	---	--

* Suite du tableau synthèse de Brody *et al.* (1999).

<p>Devis de recherche :</p> <p>-Transversal</p>	<p>Variabiles indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Niveau d'éducation -Statut d'emploi -Revenus familiaux annuels -Statut conjugal -Niveau d'expériences antérieures avec d'autres enfants -Tempérament de l'e (niveaux d'émotivité, de sociabilité et d'activité) 	<p>Instruments utilisés (v. ind) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Questionnaire démographique -<i>EAS Temperament Survey for Children : Parental Ratings</i> (Buss et Plomin, 1984) (peut être utilisé pour des e d'âge scolaire) 	<p>-Hyp 5 : un saep élevé chez les mères qui ont plus d'années d'éducation, des revenus élevés et de nombreuses expériences antérieures avec d'autres e.</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'émotivité de l'e influence directement le saep et la satisfaction. -Le saep a un effet médiateur entre les revenus et les expériences antérieures avec d'autres e, et la satisfaction parentale. -Le nombre d'e n'influence pas le saep -Éducation mère élevée= satisfaction, mais l'effet ≠ direct, mais passe plutôt par un saep élevé. -Le sexe de l'e ≠ associé au saep -Hyp 6 : Corr. significatives pour satisfaction et mesures du saep. -Hyp 7 : saep est un médiateur imp. de l'effet de l'éducation et des expériences antérieures sur la satisfaction.
---	---	---	---

* Suite du tableau synthèse de Coleman. et Karraker (2000).

<p>Gross, D., Conrad, B., Fogg, L. et Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. <i>Research in nursing & health</i>, 17, 207-215.</p>			
<p>Objectifs : Tester un modèle longitudinal du saep chez les mères (m) de bambins de 12 à 36 mois. Hypothèses : 1. Plus la mère se sent dépressive, plus elle va percevoir le tempérament de son e comme étant difficile. 2. Plus le tempé. de l'e est perçu comme étant difficile, moins le saep sera élevé. 3. Plus le saep est bas, plus la m va se sentir dépressive. 4. Se sentir dépressive à un moment donné va prédire une future dépression et un saep plus bas 6 mois plus tard (autre temps de mesure).</p>			
<p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -252 m (126 ont un e de 12 mois et 126 ont un e de 24 mois) -Être mariées ou habiter avec le père -20 ans ou + -Lire et parler l'anglais -Rester ds l'étude pour un an -Majorité des m travaillent à l'extérieur 	<p>Variabes dépendantes :</p> <p>-Saep</p> <p>*** Difficile de classer les variables dép et ind car elles s'inscrivent ds un modèles où elles sont toutes interreliées***</p>	<p>Instruments utilisés (v. dep.) :</p> <p>-<i>The Toddler Care Questionnaire</i> (TCQ, Gross et Rocissano, 1988)</p>	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Une seule variation longitudinale significative : les m de la cohorte 1 ont un saep moins élevé quand l'e a 12 mois, mais le saep augmente graduellement durant la 2^e année de vie de l'e, et à 24 mois, saep est équivalent au saep de la cohorte 2. -Confirmation des 4 hypothèses, cela suggère que le modèle est robuste pour expliquer le saep durant une période où il y a bcp de changements développementaux. -Lien entre la dépression et le saep 6 mois plus tard ≠ significatif, mais dépression affecte négativement le saep par l'influence sur la perception de la difficulté de la tâche (tempé. diff. de l'e)

<p>Devis de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Longitudinal -2 cohortes : <ul style="list-style-type: none"> 1 = 126 m d'e de 12 mois 2 = 126 m d'e de 24 mois -3 temps de mesures (aux 6 mois) 	<p>Variables indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tempérament de l'e -Dépression -Données démographiques (âge de l'e, sexe, ordre de naissance, niveau d'éducation de la m, âge, statut d'emploi, origine ethnique et revenus annuels) 	<p>Instruments utilisés (v. ind) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Toddler Temperament Scale</i> (TTS, Fullard, McDevitt et Carey, 1984) -<i>The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i> (CESD, Radloff, 1977) -Questionnaire maison 	<p>-Tous les autres paramètres étudiés sont significatifs, mais de faible ampleur, surtout le lien entre dép. et tempé. de l'e (probablement du à la nature de la mesure du tempé. de l'e ds cette étude)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ces liens de faible ampleur ds l'étude suggèrent que d'autres facteurs imp reliés au saep ≠ inclus ds le modèle. -Perceptions des m p/r à elles-mêmes et à leur e se développent tôt ds les relations m-e et sont persistantes ds le temps.
<p>Autres éléments à considérer :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Voir schéma du modèle dans texte pour mieux comprendre -Il est à noter que toutes les mesures sont auto-rapportées, ce qui peut amener un biais. -Forces de l'étude : le modèle est cohérent avec la théorie du sae et démontre l'imp d'examiner les effets des cpts de l'e sur le saep, l'échantillon est hétérogène, et le modèle est supporté par les 2 cohortes, ce qui implique la généralisation du modèle à travers le stade développemental de la petite enfance. 			

* Suite du tableau synthèse de Gross *et al.* (1994).

<p>Raver, C. C. et Leadbeater, B. J. (1999). Mothering under pressure : environmental, child, and dyadic correlates of maternal self-efficacy among low-income women. <i>Journal of family psychology, 13</i>(4), 523-534.</p>		
<p>Objectifs : Examiner les relations entre le saep des mères et les caractéristiques de l'environnement, de l'e et des relations mère-e. Hypothèse : les mères qui doivent faire face à un nombre élevé de risques environnementaux, à un tempérament difficile de l'e et à des tensions élevées dues aux conflits durant les interactions avec l'e peuvent percevoir que leurs pratiques éducatives sont inadéquates.</p>		
<p>Échantillon :</p> <ul style="list-style-type: none"> -44 familles recrutées dans les salles d'attente d'un hôpital affilié au <i>Women, Infant and Children (WIC) offices</i> in New Haven. WIC est un programme de nutrition subventionné par le gouvernement fédéral pour venir en aide aux familles en situation de pauvreté. -E de 24 mois -82% des mères ont complété le secondaire -Majorité ne travaille pas à l'extérieur de la maison 	<p>Variabiles dépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Saep de la mère 	<p>Instruments utilisés (v. dep.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Maternal Efficacy Scale</i> (Teti et Gelfand, 1991) -Sous-échelle du sentiment d'auto-efficacité parental du <i>Parenting Stress Index</i> (PSI, Abidin, 1986)
<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Saep est inversement relié aux perceptions de la mère quant au tempé. difficile de l'e -Saep est inversement relié au nombre de risques environnementaux (faible soutien social, niveau élevé de stress, jeune parent, ≠ diplôme secondaire). -Aucun des facteurs précédents pris seul n'est associé au saep, d'où l'imp. de les considérer simultanément pour bien évaluer la relation entre les stress env. et le saep chez les mères en situation de pauvreté. - Le niveau de conflits dans la dyade n'est pas relié au sentiment d'auto-efficacité 		

<p>Devis de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transversal -Questionnaires à la mère -Séances de jeux libres et de rangement filmés 	<p>Variabiles indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Événements stressants de la vie -Soutien social perçu -Facteurs de risque démographiques (âge à la naissance de l'e; risque= 25 ans ou - à la naissance de l'e, éducation) -Tempérament de l'e -Conflits dans la dyade mère-e (3 variables du conflit : <i>noncontingent maternal bids</i>, <i>noncontingent child bids</i> et désaccords durant le rangement) 	<p>Instruments utilisés (v. ind) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Family Inventory Life Events Scale</i> (FILE, McCubbin et Patterson, 1981) -<i>Social Provisions Scale</i> (SPS, Cutrona et Russell, 1987) -Questionnaire démographique -2 sous-échelles (affection négative et peur et détresse) du <i>Infant Behavior Questionnaire</i> (Rothbart, 1981) -Observation des videocassettes à l'aide d'une grille 	<p>parental.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les conflits ds la dyade jouent un rôle modérateur dans la relation entre les risques env. et le saep : les risques sont corrélés négativement au saep pour les dyades élevées en conflits. Les risques ≠ significativement reliés au saep où il y a peu de conflits. -Les conflits jouent aussi un rôle modérateur dans la relation entre tempé. et le saep : tempé. ≠ relié au saep pour les dyades élevées en conflits. Dans les dyades où il y a peu de conflits, les mères avec un e à tempé. difficile ont un saep plus faible. -Saep élevés sont associés à un faible nombre de risques env. et à un faible niveau du tempé. difficile de l'e -Mères confrontées à un nb élevé de pressions externes peuvent trouver que leurs capacités à bien répondre aux besoins de l'e sont diminuées, ce qui entraîne une diminution des habiletés parentales.
---	---	---	--

* Suite du tableau synthèse de Raver et Leadbeater (1999).

<p>Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., Jenkins, L. et Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. <i>Journal of Abnormal Child Psychology</i>, 26(6), 475-494.</p>			
<p>Objectif de recherche: Regarder, chez des enfants d'âge préscolaire ayant beaucoup de comportements agressif-hyperactif-impulsif-inattentif (AHII) avec ou sans problème d'adaptation, les associations avec d'autres problématiques (propres à l'enfant et aux parents). L'étude vise aussi à démontrer l'importance du concept de problème d'adaptation chez ce type d'enfant afin de mieux comprendre les problèmes associés.</p>			
<p>Échantillon : 201 familles d'enfants d'âge préscolaire</p>	<p>Variables dépendantes : -Saep</p>	<p>Instruments utilisés (v. dep.) : -<i>Parenting Sense of Competence Scale</i> (Gilbaud-Wallston et Wandersman, 1978; Mash et Johnston, 1893)</p>	<p>Résultats : -Les parents des deux gr d'e AHII rapportent ressentir plus de stress et se sentir moins efficaces dans leur rôle de parent comparativement aux parents du groupe contrôle. Les deux groupes d'e AHII avec ou sans problèmes d'adaptation ne diffèrent pas quant à ces mesures.</p>
<p>Devis de recherche : Transversal Trois groupes : -38 enfants AHII et ayant des difficultés d'adaptation -116 enfants AHII sans difficultés d'adaptation -47 enfants du groupe contrôle sans AHII et sans difficultés d'adaptation</p>	<p>Variables indépendantes : -AHII -Fonctionnement adaptatif -Stress parental</p>	<p>Instruments utilisés (v. ind) : -Outil construit selon les symptômes du TDAH, du trouble oppositionnel (DSM-III-R) et des items du facteur hyperactivité-impulsivité et trouble des conduites du <i>Conners Parent Rating Scale-Revised</i> (CPRS-R; Goyette, Conners et Ulrich, 1978) -<i>Normative Adaptive Behavior Checklist</i> (NABC; Adams, 1984) -<i>Parenting Stress Index-Short Form</i> (PSI; Abidin, 1986)</p>	
<p>Autres éléments à considérer : D'autres variables en lien avec les enfants ont été étudiées, toutefois, elles étaient peu pertinentes pour la recherche actuelle sur le saep.</p>			

<p>Teti, D. M. et Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. <i>Child development</i>, 62, 918-929.</p>			
<p>Objectifs de recherche :</p> <p>Le rôle médiateur du saep de la mère est testé en se basant sur les critères de médiation élaborés par Baron et Kenny (1896) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Saep est relié significativement aux perceptions du tempérament de l'e, au niveau de dépression, au soutien social et conjugal et aux cpts de la mère 2. Saep doit demeurer significativement relié aux cpts de la mère après avoir contrôlé pour les autres variables : soutien, perceptions du tempérament et dépression. 3. Après avoir retiré l'effet du saep, les cpts de la mère ne sont plus reliées significativement au soutien social et conjugal, à la perception du tempérament de l'e et au niveau de dépression. <p>Ainsi, le saep joue un rôle central ds les pratiques éducatives en étant le médiateur des influences de la dépression maternelle, du soutien social et conjugal et au tempérament de l'e.</p>			
<p>Échantillon :</p> <p>86 mères :</p> <p>-48 ont un diagnostic de dépression et sont en thérapie, référées par leur thérapeute</p> <p>-38 ne sont pas en thérapie et ont été recrutées avec le registre des naissances</p> <p>-E de 3-13 mois</p>	<p>Variables dépendantes :</p> <p>-Saep</p>	<p>Instruments utilisés (v. dep.) :</p> <p>-<i>Parenting Stress Index</i> (PSI, Abidin, 1986), échelle du sentiment d'auto-efficacité parental</p> <p>-<i>Maternal self-efficacy scale</i> développé pour ce projet (Teti et Gelfand, 1991)</p>	<p>Résultats :</p> <p>-Les résultats soutiennent le fait que le saep est un médiateur central des relations entre les cpts de la m avec son e et les facteurs suivants : perceptions du tempé. de l'e, soutien social et conjugale et dépression.</p> <p>-Hyp 1, 2 et 3 soutenues</p> <p>-L'impact de la perception d'un tempé. difficile de l'e sur les cpts de la m semble dépendre du saep. C'est le tempé. de l'e qui influence le saep, qui à son tour influence les cpts de la m : saep= médiateur central.</p> <p>-Même chose pr la dépression : dép m ≠ de</p>

<p>Devis de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Transversal -Visite des mères à 3 reprises durant 1 mois pour des rencontres de 1,5-2 heures -Enregistrement vidéo des mères et des e (2 * 10 min) en contexte de jeu libre et d'alimentation 	<p>Variabiles indépendantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dépression -Perceptions du tempérament de l'e -Harmonie conjugale -Soutien social -Cpts de la mère (observations de 10 min) 	<p>Instruments utilisés (v. ind) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Beck Depression Inventory</i> (BDI, Beck <i>et al.</i>, 1961) -<i>Infant Characteristics Questionnaire</i> (Bates, Freeland et Lounsbury, 1979) l'échelle <i>infant fussy-difficult</i> -Échelle d'harmonie conjugale adaptée de Locke et Wallace (1959) et de Spanier (1976) -Une adaptation questionnaire du <i>Interveiw Schedule for Social Interaction</i> (Henderson, Byrne et Ducan-Jones, 1981) -Cotation selon les échelles de Zoll, Lyons-Ruth et Connell (1984) : <i>maternal sensitivity, warmth, flatness of affect, disengagement et anger.</i> 	<p>relation avec les cpts de la m indépendamment du saep... Ainsi, dep est reliée aux cpts seulement par son effet sur le saep.</p> <ul style="list-style-type: none"> -saep est extrêmement bas pr les m dép qui perçoivent leur e comme étant difficile, saep un peu + élevé chez m dep qui perçoivent leur e comme - difficile. -M dép. ont un score + élevé au BDI, - de soutien, - de saep et des cpts moins adéquats en comparaison aux m non dép. -Aucune différence entre les 2 gr p/r à la perception du tempé. difficile de l'e.
--	--	--	---

* Suite du tableau synthèse de Teti et Gelfand (1991).

Légende :

Bcp	Beaucoup
Corr	Corrélations
Cpt	Comportements
Dép	Dépression
Diff	Difficile
Ds	Dans
E	Enfant
Env	Environnementaux
Gr	Groupe
Hyp	Hypothèses
Imp	Important
M	Mère
P	Père
Pr	Pour
Prob	Problèmes
Sae	Sentiment d'auto-efficacité
Saep	Sentiment d'auto-efficacité parental
Tempé	Tempérament