

# Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement chez des parents d'enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

## Predictors of parental self-efficacy and its change in parents of children with an Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

Marilyn Nadeau, Marie-Josée Letarte, Sylvie Normandeau and Philippe Robaey

Volume 39, Number 2, 2010

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1096527ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1096527ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)

2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Nadeau, M., Letarte, M.-J., Normandeau, S. & Robaey, P. (2010). Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement chez des parents d'enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. *Revue de psychoéducation*, 39(2), 125–142. <https://doi.org/10.7202/1096527ar>

Article abstract

Parent's self-efficacy (SE) strongly predicts parental strategies. The present study aims to 1) identify predictors of SE ; 2) identify the predictors of change in parents' SE. The study includes three categories of predictors: the child's characteristics (number and intensity of problems), the parent's characteristics (age of the mother at the birth of her first child, parental stress and parental depression), and the family's characteristics (family income and seven dimensions of family functioning). Participants are 64 parents (56 mothers; 8 fathers) and their 6 to 10-year old child (12 girls; 52 boys) with a diagnostic of attention deficit hyperactivity disorder. Results indicate that some dimensions of the family functioning are related to parent's SE. Parents who report that family members share chores and duties in the family and who express higher level of affective involvement also report higher level of SE. However, the intensity of communication among the family members, is related with lower parent's SE. The age of the mother at the birth of the first child, and the clarity of roles and expectations in the family are predictors of improvements in parent's SE.

# Prédicteurs du sentiment d'auto-efficacité parental et de son changement chez des parents d'enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité

## *Predictors of parental self-efficacy and its change in parents of children with an Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*

**M. Nadeau<sup>1</sup>**  
**M.-J. Letarte<sup>1</sup>**  
**S. Normandeau<sup>2</sup>**  
**P. Robaey<sup>3</sup>**

1. Université de Sherbrooke
2. Université de Montréal
3. Centre de recherche du CHU Sainte-Justine

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.

### Résumé

*Le sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP), défini par les perceptions des parents à l'égard de leur compétence en tant que parent (Teti & Gelfand, 1991), prédit fortement les pratiques éducatives utilisées par ceux-ci. Pour cette raison, la présente étude vise à identifier 1) les prédicteurs du SAEP; 2) les prédicteurs du changement du SAEP entre deux temps de mesure. Trois catégories de prédicteurs sont étudiées: 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 communiquent leurs insatisfactions directement et d'une façon franche, moins le SAEP est élevé. Les résultats montrent que plus la mère est âgée à la naissance du premier enfant et que 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, intervention

### Correspondance :

Marie-Josée Letarte  
2500, Boul. de l'Université  
Pavillon Albert-Leblanc, A7-364  
Sherbrooke (Québec)  
J1K 2R1  
Tél. : 1-819-821-8000 # 61338  
Télec. : 1-819-821-7485  
Marie-Josée.Letarte@  
USherbrooke.ca

### Abstract

*Parent's self-efficacy (SE) strongly predicts parental strategies. The present study aims to 1) identify predictors of SE ; 2) identify the predictors of change in parents' SE. The study includes three categories of predictors: the child's characteristics (number and intensity of problems), the parent's characteristics (age of the mother at the birth of her first child, parental stress and parental depression),*

*and the family's characteristics (family income and seven dimensions of family functioning). Participants are 64 parents (56 mothers; 8 fathers) and their 6 to 10-year old child (12 girls; 52 boys) with a diagnostic of attention deficit hyperactivity disorder. Results indicate that some dimensions of the family functioning are related to parent's SE. Parents who report that family members share chores and duties in the family and who express higher level of affective involvement also report higher level of SE. However, the intensity of communication among the family members, is related with lower parent's SE. The age of the mother at the birth of the first child, and the clarity of roles and expectations in the family are predictors of improvements in parent's SE.*

**Key words: parental self-efficacy, ADHD, intervention**

Les parents sont confrontés à des exigences importantes influençant leur capacité à bien jouer leur rôle parental ainsi que la perception qu'ils ont de leur propre compétence parentale (Teti & Gelfand, 1991). Plusieurs parents doivent de surcroît 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). Au Québec, une enquête sur la santé mentale des jeunes rapporte une prévalence de 3,8% à 13,2% selon l'informateur consulté et l'âge de l'enfant (Breton, Bergeron, Valla, & Berthiaume, 1994). Ces enfants présentent souvent d'autres problèmes comme le trouble des conduites qui touche 30 à 50% des enfants TDAH (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991), augmentant ainsi le défi parental. Les parents de ces enfants sont souvent plus négatifs, éprouvent plus de stress et de conflits dans leur famille et se sentent moins efficaces dans leur rôle de parent comparativement à des parents d'enfant ne présentant pas ces difficultés (Johnston & Mash, 2001; Shelton *et al.*, 1998). Webster-Stratton et Spitzer (1996) considèrent que les parents qui ont des enfants ayant des problèmes de comportement se sentent souvent tyrannisés par leur enfant, épuisés, anxieux, profondément insécures et coupables de ne pas savoir gérer ces 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 rien. Ces croyances parentales concernant leur capacité à exercer leur rôle parental correspondent au sentiment d'auto-efficacité parental (SAEP) (Teti & Gelfand, 1991). Plus précisément, le SAEP se définit par la perception des parents quant à leur capacité à mener à terme différentes tâches liées à leur rôle parental et de leurs habiletés à influencer positivement les comportements et le développement de leur enfant (Coleman & Karraker, 1997).

Des études, principalement corrélationnelles, montrent que le SAEP est associé aux pratiques éducatives adoptées par les parents (Coleman & Karraker, 1997; Sanders & Wooley, 2005). 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 exécuter les tâches reliées à leur rôle, ils croient que leurs enfants vont obéir à leurs demandes et éprouvent du 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). Le SAEP étant associé aux pratiques éducatives parentales, des programmes visant à améliorer ces pratiques tentent d'abord d'améliorer le SAEP. Les études évaluant ces programmes indiquent que le SAEP et les pratiques éducatives s'améliorent conjointement à la suite d'une 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). L'ensemble de ces résultats met en évidence l'importance qu'il faut accorder au SAEP, celui-ci étant fortement lié aux pratiques éducatives.

Dans la mesure où l'amélioration du SAEP est associée à l'amélioration des pratiques éducatives, il importe d'identifier les facteurs associés au changement du SAEP. La présente étude vise donc à explorer ces caractéristiques. 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 réalisée jusqu'à maintenant ne porte sur le changement du SAEP, plusieurs portent sur les facteurs qui y sont associés. 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 leurs 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 associées au SAEP. Ils montrent ensuite que la relation entre l'âge de l'enfant et le SAEP diffère selon le tempérament de l'enfant. Ainsi, le SAEP augmente avec l'âge de l'enfant (âgés entre 5 et 12 ans), mais seulement chez les mères percevant leur enfant comme étant sociable, trait d'un tempérament facile. Malgré ces conclusions intéressantes, il faut noter que l'étude est transversale, ce qui limite les résultats à des relations corrélationnelles. De plus, aucune variable représentant la qualité des interactions dans la famille n'est incluse, contrairement à ce que font Raver et Leadbeater (1999).

Tout comme l'étude précédente, celle de Raver et Leadbeater (1999) étudie les liens 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). Elle vérifie aussi si le cumul de facteurs de risque est relié au SAEP. Pour ce faire, on a identifié les facteurs de risque suivants chez un parent : 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. Les résultats indiquent qu'aucun des facteurs pris individuellement n'est associé au SAEP. Toutefois, plus la mère fait face à un nombre élevé de facteurs de risque, plus son SAEP est faible. Ces auteurs ont également identifié le rôle modérateur joué par les conflits dans la dyade mère-enfant. Chez les dyades conflictuelles, plus le nombre de facteurs de risque est élevé, plus le SAEP est faible, mais le tempérament de l'enfant n'est pas lié au SAEP. Au contraire, 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 ne comporte que quarante-quatre familles, 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.

En résumé, certaines études montrent que des caractéristiques des parents, des enfants et des familles sont associées au SAEP. Toutefois, la majorité de ces études utilisent un devis transversal. De plus, aucune étude n'a porté jusqu'à maintenant sur les caractéristiques associées au changement du SAEP. Par ailleurs, bien que Shelton *et al.* (1998) aient démontré que les parents dont l'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 de parents d'enfant présentant un TDAH. La présente étude a pour objectif d'identifier 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 étudiées sont le stress parental, la dépression et l'âge de la mère à la naissance de son premier enfant. Les

caractéristiques des enfants sont le nombre de problèmes de comportements et leur intensité. 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 atteindre cet objectif, deux 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? Deuxièmement, le changement du SAEP entre deux temps de mesure 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, lorsqu'on contrôle la participation des parents à un programme d'intervention?

## 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 deuxième temps de mesure et 2 autres l'ont rempli de façon incomplète, ce qui explique que l'échantillon utilisé pour répondre à la deuxième question 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. Le méthylphénidate étant le traitement le plus efficace et le plus utilisé auprès des enfants présentant un TDAH (Pelham & Gnagy, 1999), il affecte possiblement le SAEP. L'homogénéité de l'échantillon a donc été assurée par la prise de médication par l'ensemble des participants à l'étude. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées au tableau 1.

### Procédure

À la suite de la référence d'un professionnel, les parents contactaient la coordonatrice du projet qui leur présentait le processus de recherche. Certains parents venaient tout juste d'obtenir le diagnostic de TDAH pour leur enfant et celui-ci n'avait jamais pris de médication alors que d'autres connaissaient depuis longtemps le problème de leur enfant, celui-ci prenait déjà une médication et ils avaient reçu divers services. Le pédopsychiatre de l'équipe de recherche revoyait

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon**

Variables	%	Moyenne (é.t)
Âge de la mère à la naissance de son 1 <sup>er</sup> 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	
Recomposée	17,2	
Vit en institution	1,6	
Revenu familial		64 126,98 (23 734,75)

ensuite le diagnostic de chacun des enfants et s'assurait que les enfants recevaient la meilleure dose de médication. Les parents étaient finalement répartis aléatoirement dans les groupes. Les parents ont répondu à des questionnaires à domicile, à deux reprises, à 17 semaines d'intervalle. Entre ces deux temps de mesure, certains parents ( $n = 38$ ) ont participé au programme d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) *Ces Années Incroyables* (Webster-Stratton & Hancock, 1998) alors que les autres ( $n = 26$ ) n'ont reçu aucun soutien psychosocial dans le cadre du projet de recherche, mais continuaient de recevoir les services disponibles dans leur communauté. Le protocole de l'étude a été approuvé par le comité d'éthique à la recherche de l'Université de Montréal. Tous les participants ont donné leur consentement écrit pour les différentes composantes de l'étude.

### Instruments de mesure

SAEP. Le SAEP a été évalué avec le *Parenting Self-Agency Measure* ( $\alpha = ,68$ ; Dumka, Stoerzinger, Jackson, & Roosa, 1996), enrichi de cinq énoncés du *Toddler Care Questionnaire* (Gross & Rocissano, 1988) ( $\alpha = ,93$ ; Gross *et al.*, 1994) et d'une adaptation de la mesure du sentiment d'auto-efficacité de DiClemente, Prochaska et Gibertini (1985;  $\alpha = ,98$ ). La combinaison des trois outils résulte en 19 énoncés. Une analyse factorielle a permis de faire ressortir quatre dimensions : la confiance générale des parents (7 énoncés; ex. je sais que je fais un bon travail en tant que parent;  $\alpha = ,75$ ), leur confiance à établir des limites aux comportements de leur enfant (3 énoncés; 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;  $\alpha = ,70$ ), leur confiance à résoudre des problèmes (4 énoncés; ex. j'ai le sentiment de savoir quand les règles peuvent être modifiées et quand elle ne devraient pas l'être;  $\alpha = ,59$ ) et leur capacité à faire face à des

situations difficiles (4 énoncés; ex. je suis capable de réagir positivement avec mon enfant, même lorsque quelqu'un me fâche ou me met en colère;  $\alpha = ,84$ ). Le sentiment d'auto-efficacité global (SAE global) correspond à la moyenne des 19 énoncés ( $\alpha = ,83$ ). 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 = ,84;  $\alpha = ,91$ ; 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 total au-delà du 90<sup>ème</sup> percentile 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, la perte d'intérêt, l'irritabilité, les changements dans l'appétit et les difficultés d'attention (stabilité test-retest à une semaine d'intervalle = ,93;  $\alpha = ,92$  à ,93, selon les échantillons utilisés) (Beck *et al.*, 1996). 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 des enfants à l'étude sont le nombre de problèmes de comportement et l'intensité de ces 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 comportement 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 ( $\alpha = ,92$  pour les filles et ,91 pour les garçons) et un score d'intensité des comportements ( $\alpha = ,93$  pour les filles et ,94 pour les garçons) (stabilité test-retest à 10 mois d'intervalle = ,75) (Burns & Patterson, 2001; Funderburk, Eyberg, Rich, & Behar, 2003). Le seuil clinique est fixé à un score T supérieur ou égal à 60.

*Caractéristiques familiales.* Les caractéristiques familiales étudiées sont le revenu familial et sept dimensions du fonctionnement familial, 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 : 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 hésitants 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. Pour chaque item, 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 ,57 et ,83 (Kabacoff, Miller, Bishop, Epstein, & Keitner, 1990) alors que les coefficients de stabilité test-retest, à une semaine d'intervalle, varient de ,66 à ,76 (Miller *et al.*, 1985).

Le revenu familial annuel a été indiqué par le parent dans un questionnaire de renseignements généraux sur une échelle 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

Le SAEP moyen des parents de l'échantillon est présenté au tableau 2. Ces moyennes indiquent que les parents ont un SAEP relativement élevé. Des études démontrant que le SAEP s'améliore après la participation à un programme d'intervention, nous avons vérifié si tel était le cas dans la nôtre pour voir s'il fallait contrôler cette variable. Pour ce faire, des analyses de variance à mesures répétées ont été utilisées. Aucun effet d'interaction temps par groupe n'est observé pour les cinq dimensions du SAEP, soit confiance générale ( $F[1, 62] = 0,12; p > ,05$ ), établir des limites ( $F[1, 62] = 0,36; p > ,05$ ), résolution de problèmes ( $F[1,60] = 3,56; p > ,05$ ), situation difficiles ( $F[1,60] = 1,70; p > ,05$ ) et SAE global ( $F[1,60] = 0,00$ ;

**Tableau 2. Caractéristiques de l'échantillon pour le SAEP et le changement du SAEP**

	n	Moy.	é. t.	Min.	Max.
<b>SAEP au temps 1<sup>a</sup></b>					
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
<b>SAEP au temps 2<sup>a</sup></b>					
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
<b>Changement du SAEP<sup>b</sup></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

<sup>a</sup> Le score peut varier de 1 à 5. Plus le score est faible, plus le SAEP est élevé.

<sup>b</sup> 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.

$p > ,05$ ). Ces mêmes analyses de variance montrent que les parents améliorent leur SAEP entre les deux temps de mesure sur plusieurs dimensions, soit la confiance générale ( $F[1,62] = 4,99; p \leq ,05$ ), la résolution de problème ( $F[1,60] = 4,76; p \leq ,05$ ) et le SAE global ( $F[1,60] = 3,90; p \leq ,05$ ). Cet effet du temps soutient la pertinence d'étudier le changement du SAEP. Tous les participants ont donc été combinés pour la suite des analyses et l'intervention n'est pas contrôlée statistiquement.

### 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. Des corrélations ont d'abord été calculées pour vérifier quelles variables, parmi les trois catégories de caractéristiques et le cumul de facteurs de risque, sont liées à au moins une dimension du SAEP dans le premier temps de mesure (voir tableau 3). 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

**Tableau 3. Corrélations entre le SAEP au premier temps de mesure et le changement du SAEP et les différents facteurs**

	SAEP au premier temps de mesure					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

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

fonctionnement général). 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 caractéristiques associées à 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. Les résultats (voir tableau 4) montrent que 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. Plus les tâches 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 et à l'investissement affectif. Plus les membres de la famille communiquent leurs insatisfactions sans ambages 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. 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.

**Tableau 4. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les prédicteurs du SAEP**

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

<sup>†</sup>  $p \leq ,10$ ; \*  $p \leq ,05$ ; \*\*  $p \leq ,01$ .

Les résultats des analyses de régressions linéaires indiquent qu'aucun facteur n'est lié à la confiance générale des parents alors que six caractéristiques y étaient corrélées. Ceci s'explique par la faiblesse des corrélations observées et par la forte multicolinéarité entre ces caractéristiques qui diminue la probabilité d'observer des relations significatives lorsqu'elles sont évaluées simultanément dans les analyses.

### 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 les deux temps de mesure a d'abord été calculée pour chaque sujet. Des corrélations ont ensuite été calculées afin d'identifier les variables – parmi les trois catégories de caractéristiques et le cumul de facteurs de risque – qui ont 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 5) 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 et au changement du SAE global. 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 5. Résultats des régressions linéaires multiples identifiant les prédicteurs du changement du SAEP**

		Confiance générale	Établir limites	Résolution problèmes	Situations difficiles	SAE global
Âge de la mère	$\beta$	-,22 <sup>t</sup>	-,20	-,17	-,28 <sup>*</sup>	-,30 <sup>*</sup>
Contrôle des comportements	$\beta$	,11	,38**	-,15	,11	,22
	$R^2$	,06	,18**	,05	,14 <sup>*</sup>	,13 <sup>*</sup>

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

## Discussion

L'objectif général de l'étude était d'identifier les facteurs associés au changement du SAEP chez des parents ayant un enfant présentant un TDAH. Cette étude a permis de vérifier si certaines caractéristiques des enfants, des parents ou du fonctionnement familial sont associées au SAEP dans un premier temps et d'explorer les prédicteurs du changement du SAEP dans un second temps. Cinq dimensions du SAEP ont été étudiées soit la confiance générale des parents, leur confiance à établir des limites aux comportements de leur enfant, leur confiance à résoudre des problèmes, leur capacité de faire face à des situations difficiles et leur SAEP global. Cette conceptualisation du SAEP est novatrice. Elle est intéressante et pertinente puisqu'elle permet d'identifier différentes dimensions du SAEP, lesquelles sont liées aux caractéristiques à l'étude de façon distincte. Ces dimensions du SAEP permettent d'étudier le SAEP avec plus de précision.

Tout d'abord, il importe de souligner que les parents de l'échantillon présentent un SAEP relativement élevé. Ce résultat est surprenant étant donné le nombre d'études soutenant que la présence d'un enfant ayant un comportement ou un tempérament difficile affecte négativement le SAEP (p. ex. Scahill *et al.*, 1999; Shelton *et al.*, 1998; Webster-Stratton & Spitzer, 1996). Ces études portaient toutefois sur des enfants ayant une variété de comportements perturbateurs et pas uniquement un TDAH. En outre, ces études datent déjà d'au moins une décennie. Or, le TDAH est un problème mieux connu aujourd'hui et les parents peuvent être mieux informés à son sujet, ce qui peut contribuer à expliquer leur SAEP relativement élevé. Par ailleurs, plusieurs parents ont raconté qu'ils 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. Le SAEP élevé des parents de l'échantillon peut aussi s'expliquer par la médication prise par les enfants de l'échantillon, laquelle contrôle leurs problèmes de comportement. En effet, la médication est le traitement le plus efficace pour atténuer les symptômes du TDAH (Pelham & Gnagy, 1999) et les enfants dont les parents ont participé à l'étude en prenaient tous. Il est donc probable que ces derniers présentaient des problèmes moindres et que leur parent présente un SAEP plus élevé.

### Facteurs associés au SAEP

Parmi les caractéristiques étudiées, ce sont surtout celles qui sont liées au fonctionnement des familles qui expliquent le SAEP des parents ayant un enfant présentant un TDAH. En effet, les caractéristiques du parent (l'âge de la mère à la naissance du premier enfant, le stress parental, la dépression), de l'enfant (problèmes de comportement) et les autres caractéristiques de la famille (le revenu familial) ne sont pas liées au SAEP au-delà du fonctionnement familial.

Le fonctionnement familial n'avait jamais été étudié en tant que prédicteur du SAEP. Les résultats de la présente étude sont donc novateurs. Ils indiquent que plus la répartition des tâches familiales est claire et équitable entre les membres de la famille et qu'elles sont bien accomplies, plus la confiance des parents en leur capacité

à résoudre des problèmes est élevée. Par ailleurs, plus les membres de la famille s'intéressent aux activités des autres et s'y engagent activement, plus les parents ont confiance en leur capacité à maintenir des relations positives avec leur enfant en période difficile. Par contre, plus les membres expriment leurs insatisfactions sans ambages, 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. Ces observations sont particulièrement intéressantes puisqu'elles montrent qu'au-delà des caractéristiques individuelles des membres de la famille, la façon dont ils communiquent, répartissent les tâches familiales et s'investissent affectivement auprès des autres ont une incidence sur la confiance que le parent a en sa capacité d'assumer son rôle parental. Il faut toutefois retenir que c'est la perception qu'a le parent du fonctionnement de sa famille qui est associée à son SAEP. Ainsi, si le parent a le sentiment que tous les membres de sa famille s'investissent dans les tâches familiales et auprès de tous les membres de la famille, il aura tendance à se sentir compétent comme parent. Par contre, s'il perçoit que les membres de sa famille expriment trop franchement et directement leurs insatisfactions à son égard, il verra sa confiance en ses habiletés parentales menacées et son SAEP sera plus faible.

Les résultats de la présente étude contredisent ceux obtenus dans les études précédentes qui observaient que l'âge de la mère, le stress parental, la dépression, les difficultés comportementales de l'enfant et le revenu familial étaient associés au SAEP (Coleman & Karraker, 2000; Gross *et al.*, 1994; Raver & Leadbeater, 1999; Shelton *et al.*, 1998; Teti & Gelfand, 1991). Ces divergences peuvent s'expliquer par la nature de l'échantillon à l'étude. D'abord, il s'agit de la première étude portant sur le SAEP des parents dont un enfant présente un TDAH. Shelton *et al.* (1998) ont comparé des parents d'enfants présentant des comportements agressifs, hyperactifs, impulsifs ou inattentifs à des parents d'enfants ne présentant pas de problèmes et ont montré que ces comportements affectent négativement le SAEP. La présente étude permet de raffiner les connaissances portant sur les parents dont les enfants présentent un TDAH. Rappelons aussi que les enfants dont les parents ont participé à l'étude prenaient aussi tous une médication appropriée. Les parents de l'échantillon se distinguent également de ceux ayant participé aux études antérieures à d'autres égards. Par exemple, seuls 20% des participants à l'étude présentent des symptômes dépressifs, comparativement à 56% de parents dépressifs 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 toutes ces raisons, les résultats obtenus ici devraient se généraliser uniquement aux parents dont un enfant présente un TDAH et prend une médication appropriée.

### **Facteurs associés au changement du SAEP**

L'étude explore également les caractéristiques associées au changement du SAEP, ce qui n'avait pas été fait avant. À ce sujet, les résultats montrent que le SAEP s'améliore dans le temps en ce qui concerne trois dimensions (confiance générale, confiance à résoudre des problèmes et SAE global), peu importe que

les parents aient participé au PEHP ou aient reçu seulement le suivi médical. Bien que cette amélioration soit modeste, elle montre que le SAEP peut varier dans le temps. Nos résultats suggèrent que plus la mère est âgée à la naissance de son premier enfant, plus le parent améliore à la fois sa confiance à maintenir une relation positive avec son enfant lors de situations difficiles et son SAEP global. Aussi, plus les parents exercent un contrôle efficace des comportements de leur enfant, plus leur confiance à établir des limites s'améliore.

Les caractéristiques à l'étude n'expliquent toutefois qu'une faible partie du changement du SAEP, suggérant que d'autres variables devraient être considérées. Par exemple, au niveau des caractéristiques du parent, il serait pertinent d'explorer dans quelle mesure sa motivation au changement comportemental est associée à l'amélioration de son SAEP. Au niveau des caractéristiques de l'enfant, la gravité de ses problèmes et leur durée, son profil diagnostique, et l'éventuelle présence de comorbidité et pourraient aussi être explorés. Des variables externes à la famille pourraient aussi expliquer le changement du SAEP. Par exemple, les parents de l'échantillon ont tous amélioré leur SAEP au cours de l'étude. Or, ils ont tous eu des contacts avec un médecin, qui a validé le diagnostic de leur enfant et établi la dose idéale de médication nécessaire pour lui. Ils ont aussi tous reçu le soutien de la coordonnatrice de recherche qui a pu les rassurer et leur offrir de nouvelles connaissances sur le TDAH. Ces observations suggèrent que les contacts avec les professionnels pourraient expliquer l'amélioration de leur SAEP, mais cette relation reste à vérifier.

### **Ce que suggèrent les résultats pour l'intervention**

La conceptualisation du SAEP en cinq dimensions paraît fort utile pour les intervenants s'intéressant aux pratiques éducatives. En effet, elle leur permettra de mieux identifier les cibles spécifiques sur lesquelles intervenir. Un parent peut se sentir compétent à résoudre les difficultés qu'il vit parfois avec son enfant, mais éprouver un malaise à gérer les problèmes de son enfant dans des situations difficiles, lors de rencontres familiales par exemple. L'intervenant pourra ainsi encourager le parent à se sentir plus compétent là où il en a réellement besoin.

Les résultats mettent également en lumière l'importance de considérer la perception qu'a le parent du fonctionnement de sa famille lorsqu'on vise une amélioration du SAEP. Un parent dont la famille communique sans précaution voit son SAEP menacé par ce style de communication et devra être outillé pour pouvoir y faire face. D'autre part, la perception d'une famille unie et s'investissant étroitement auprès des autres est associée à un plus grand sentiment de compétence.

### **Conclusion**

En somme, cette étude montre qu'au-delà des caractéristiques personnelles des parents et de leur enfant ayant un TDAH, c'est le fonctionnement familial qui prédit le mieux le SAEP chez les parents d'un enfant qui présente un TDAH et qui prend une médication. Par ailleurs, la capacité à gérer les comportements des enfants et l'âge de la mère peuvent expliquer en partie l'augmentation de son SAEP. La présente étude est la première à s'intéresser au changement du SAEP, ce qui



est important sur le plan clinique. De plus, sur le plan méthodologique, l'instrument de mesure du SAEP est novateur et pertinent puisqu'il permet d'identifier différentes dimensions du SAEP, lesquelles sont associées différemment aux caractéristiques des parents et de leur famille. Toutefois, d'autres études devront utiliser l'instrument mesurant les cinq dimensions du SAEP afin de mieux documenter sa validité et sa fidélité.

Le caractère plutôt favorisé de l'échantillon n'autorise pas la généralisation des résultats à l'ensemble de la population. Par exemple, la majorité des parents a un bon niveau de scolarisation et fait partie d'une famille biparentale. De plus, les résultats obtenus s'appliquent uniquement aux familles où l'enfant prend une médication appropriée. Les recherches futures pourraient comparer des enfants n'ayant pas reçu de médication et d'autres recevant une médication appropriée afin de vérifier l'impact de celle-ci sur le SAEP. Par ailleurs, la majorité des parents avait un SAEP relativement élevé au départ, ce qui a limité la possibilité d'amélioration du SAEP. Finalement, le parent est celui qui a répondu à l'ensemble des questionnaires. Cela constitue une limite de l'étude puisque le SAEP du parent pourrait en soi affecter la manière dont il perçoit le comportement de son enfant et le fonctionnement de sa famille. Une prochaine étude devrait utiliser des mesures observationnelles pour évaluer les prédicteurs du SAEP ou faire appel aux enfants ou au conjoint pour compléter ces mesures.

### 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. (1996). *Indice de stress parental: Manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto: MHS.
- Breton, J.J., Bergeron, L., Valla, J.P., & Berthiaume, C. (1994) Prévalence des troubles mentaux. Dans J.P. Valla et al. (Eds.) Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans : 1992. Rapport de synthèse (pp. 19-45). Montréal : Hôpital Rivière-des-Prairies, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- 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.
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews, 5*, 225–236.
- 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.