



# Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe

INSTITUT NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
DU QUÉBEC

Québec 



# Avis scientifique sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe

Direction du développement des individus  
et des communautés

Février 2013

## **AUTEURES**

Liane Comeau, Ph. D., conseillère scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Nicole Desjardins, M.A. Psy., conseillère scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Julie Poissant, Ph. D., experte en périnatalité et petite enfance  
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

## **AVEC LA COLLABORATION DE**

Alessandra Chan, Ph. D., conseillère scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Daniel Beauregard, B.A., conseiller scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

## **SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE**

Johanne Laverdure, M.A. Psy., chef d'unité scientifique  
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

## **EXPERT CONSULTÉ**

François Poulin, Ph. D., professeur titulaire  
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

## **MISE EN PAGES ET RELECTURE**

Sophie Michel, agente administrative  
Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

*Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.*

DÉPÔT LÉGAL – 1<sup>er</sup> TRIMESTRE 2013  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-67180-0 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-67181-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

## TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DE TABLEAUX</b> .....	<b>III</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1 CONTEXTE THÉORIQUE</b> .....	<b>3</b>
1.1 Qu'est-ce qu'un problème de comportement?.....	3
1.2 Les données québécoises.....	4
1.3 L'apparition des problèmes de comportement à la petite enfance et à l'âge scolaire .....	4
1.4 Les problèmes de comportement : des facteurs de risque pour le développement de troubles mentaux à l'adolescence et à l'âge adulte .....	5
1.5 Les facteurs ciblés par les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe .....	6
1.5.1 Les pratiques parentales .....	8
1.5.2 La santé mentale des parents .....	9
<b>2 MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE POUR EXAMINER L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES</b> .....	<b>13</b>
2.1 Recherche documentaire .....	13
2.2 Critères de sélection des études .....	13
2.2.1 Critères d'inclusion .....	13
2.2.2 Critères d'exclusion .....	14
2.3 Qualité de la preuve .....	15
2.4 Regroupement des études en fonction des clientèles ciblées .....	15
2.5 Indicateurs de l'efficacité des programmes.....	16
2.6 Limites et considérations méthodologiques .....	18
2.7 Présentation des résultats.....	19
<b>3 RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS DE LA POPULATION GÉNÉRALE</b> .....	<b>23</b>
3.1 Pratiques parentales positives.....	24
3.2 Pratiques parentales négatives .....	26
3.3 Santé mentale des parents : stress .....	28
3.4 Santé mentale des parents : bien-être associé au rôle de parent .....	30
3.5 Santé mentale des parents : symptômes dépressifs et anxieux .....	31
3.6 Santé mentale des parents : soutien social et relation conjugale.....	33
3.7 Comportements de l'enfant : mesure globale .....	34
3.8 Comportements de l'enfant : intériorisés et extériorisés .....	37
3.9 Comportements de l'enfant : relation avec les pairs .....	39
3.10 Résumé des résultats sur l'efficacité des programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale.....	39

<b>4</b>	<b>RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS AYANT DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT .....</b>	<b>41</b>
4.1	Pratiques parentales positives .....	42
4.2	Pratiques parentales négatives .....	43
4.3	Santé mentale des parents : stress parental .....	45
4.4	Santé mentale des parents : bien-être associé au rôle de parent.....	46
4.5	Santé mentale des parents : symptômes dépressifs .....	47
4.6	Santé mentale des parents : soutien social et relation conjugale .....	48
4.7	Comportements de l'enfant : mesures globales .....	49
4.8	Comportements de l'enfant : intériorisés ou extériorisés .....	51
4.9	Résumé des résultats sur l'efficacité des programmes destinés aux parents d'enfants ayant des problèmes de comportement.....	52
<b>5</b>	<b>CONDITIONS DE SUCCÈS DES PROGRAMMES .....</b>	<b>55</b>
5.1	Qu'est-ce qu'une condition de succès?.....	55
5.2	Pourquoi identifier des conditions de succès? .....	55
5.3	Méthodologie .....	55
5.3.1	Recherche documentaire .....	55
5.3.2	Présentation des résultats.....	56
5.4	Résultats sur les conditions de succès des programmes de prévention ou de soutien parental .....	57
5.5	Résultats sur les conditions de succès des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe ou en individuel .....	58
5.6	Interprétation et application des conditions de succès .....	62
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>65</b>
	<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>NIVEAUX DE PREUVES .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>OUTILS DE MESURE UTILISÉS DANS LES ÉTUDES RETENUES (POPULATION GÉNÉRALE ET ENFANTS AYANT DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT) .....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 3</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES SUR LES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS DE LA POPULATION GÉNÉRALE RETENUES DANS L'AVIS.....</b>	<b>95</b>
<b>ANNEXE 4</b>	<b>CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES SUR LES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS AYANT DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT RETENUES DANS L'AVIS.....</b>	<b>103</b>

## LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1	Échelle du niveau de preuves.....	15
Tableau 2	Échelle d'opinion sur les preuves.....	19
Tableau 3	Regroupements d'indicateurs et leurs libellés.....	21
Tableau 4	Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales positives.....	24
Tableau 5	Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales négatives.....	26
Tableau 6	Résumé des effets des programmes sur le stress.....	28
Tableau 7	Résumé des effets des programmes sur le bien-être associé au rôle de parent.....	30
Tableau 8	Résumé des effets des programmes sur les symptômes dépressifs et anxieux.....	31
Tableau 9	Résumé des effets des programmes sur le soutien social et la relation conjugale.....	33
Tableau 10	Résumé des effets des programmes sur les comportements problématiques.....	34
Tableau 11	Résumé des effets des programmes sur les comportements intériorisés et extériorisés.....	37
Tableau 12	Résumé des effets des programmes sur les relations avec les pairs.....	39
Tableau 13	Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales positives.....	42
Tableau 14	Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales négatives.....	43
Tableau 15	Résumé des effets des programmes sur le stress parental.....	45
Tableau 16	Résumé des effets des programmes sur le bien-être associé au rôle de parent.....	46
Tableau 17	Résumé des effets des programmes sur les symptômes dépressifs.....	47
Tableau 18	Résumé des effets des programmes sur le soutien social et la relation conjugale.....	48
Tableau 19	Résumé des effets des programmes sur les comportements problématiques.....	49
Tableau 20	Résumé des effets des programmes sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants.....	51
Tableau 21	Sens de l'association entre la condition de succès et ses effets sur le programme.....	56
Tableau 22	Conditions de succès liées aux programmes de prévention et de soutien parental.....	57

Tableau 23	Outils de mesure utilisés dans les études retenues (population générale et enfants ayant des problèmes de comportement) .....	89
Tableau 24	Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale retenues dans l'avis.....	97
Tableau 25	Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants ayant des problèmes de comportement retenues dans l'avis .....	105



## INTRODUCTION

### Mandat

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a reçu du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le mandat de produire un avis scientifique sur l'efficacité et les conditions de succès des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe pour :

- promouvoir la santé mentale des jeunes enfants âgés de 0 à 12 ans;
- prévenir et réduire leurs problèmes de comportement;
- et ultimement prévenir le développement de troubles mentaux.

### Mise en contexte

Ce mandat fait suite aux recommandations émises par le Comité ministériel en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux et du suicide mis sur pied à la suite de la parution de l'*Avis sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*<sup>1</sup>. Ce comité réunit des représentants du MSSS (Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique et Direction de la santé mentale), de l'INSPQ et de directions régionales de santé publique. Il a comme principale responsabilité de baliser les travaux à réaliser en santé mentale à partir des orientations données par le *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>2</sup>, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*<sup>3</sup> et l'*Avis sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Ces recommandations suggéraient d'explorer davantage l'efficacité de ce type d'intervention.

L'*Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux* présente, parmi un ensemble de mesures, une synthèse sommaire des écrits sur l'efficacité des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe<sup>4</sup>. Les conclusions révèlent des effets bénéfiques à court terme, tant sur les pratiques parentales et le bien-être des parents que sur le comportement des enfants. De plus, l'ensemble des familles peut bénéficier de ces programmes, indépendamment de leur statut socioéconomique.

Ce mandat s'inscrit aussi dans la foulée d'un autre avis scientifique produit par l'INSPQ : l'*Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles*<sup>5</sup>. Ce dernier rapporte que les programmes qui combinent les interventions de soutien parental (groupes de parents ou visites à domicile) à l'intervention précoce auprès de l'enfant entraînent des effets bénéfiques à long terme sur les pratiques parentales, le développement et la santé mentale de l'enfant. Cependant, les analyses effectuées dans le cadre de cet avis ne permettent pas de déterminer la contribution unique des programmes de formation aux habiletés parentales

---

<sup>1</sup> Institut national de santé publique du Québec (2008).

<sup>2</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003).

<sup>3</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005).

<sup>4</sup> Institut national de santé publique du Québec (2008).

<sup>5</sup> Institut national de santé publique du Québec (2010).

en groupe. De plus, seule la population vivant en contexte de vulnérabilité est ciblée dans le cadre de cet avis, de sorte que les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population.

Enfin, cet avis s'ajoute à deux productions de l'INSPQ qui abordent aussi le thème des pratiques parentales à partir d'une perspective globale sur les pratiques efficaces de promotion et de prévention en contexte scolaire : *Réussite éducative, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations*<sup>6</sup> et *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé*<sup>7</sup>. Le premier recense les conditions d'implantation des interventions de promotion et de prévention en contexte scolaire, incluant celles destinées aux parents. Le deuxième est une synthèse des connaissances scientifiques provenant des champs des sciences de l'éducation, des sciences sociales et de la santé sur les pratiques efficaces de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire. Il traite, entre autres, de l'importance de l'environnement familial (notamment des pratiques parentales) pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes.

### **Objectifs de l'avis**

Le présent avis s'articule autour de deux objectifs :

- Faire le point sur l'efficacité des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe pour :
  - l'amélioration des pratiques parentales;
  - l'amélioration de la santé mentale des parents;
  - la diminution des problèmes de comportement de l'enfant;
- Identifier les conditions de succès associées aux programmes efficaces.

---

<sup>6</sup> Palluy et collab. (2010).

<sup>7</sup> Choinière et collab. (2006).

# 1 CONTEXTE THÉORIQUE

Cette section présente les liens théoriques entre les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe et les problèmes de comportement chez les enfants, ainsi que les problèmes d'adaptation et troubles mentaux susceptibles de se développer à l'adolescence et à l'âge adulte.

## 1.1 QU'EST-CE QU'UN PROBLÈME DE COMPORTEMENT?

La notion de problème de comportement renvoie aux comportements inadaptés d'un enfant, tels que l'agressivité, l'hyperactivité, l'inattention et l'opposition, qui se démarquent par leur fréquence, leur durée ou leur sévérité par rapport aux comportements observés chez des enfants du même âge<sup>8</sup>.

Comme l'illustre la figure 1, les problèmes de comportement peuvent être conceptualisés sur un continuum de sévérité. À l'une des extrémités du continuum, on retrouve les comportements dérangeants qui reflètent des perturbations normales du développement et qui sont transitoires. À l'autre extrémité, on retrouve le trouble de comportement qui fait l'objet d'un diagnostic clinique et se caractérise par une fréquence élevée, une longue durée ou un nombre élevé de symptômes<sup>9</sup>.

Les comportements qui sont considérés comme des problèmes se situent au centre du continuum, entre les comportements dérangeants et les troubles de comportement. Ils sont définis par une fréquence, une durée ou un nombre de symptômes plus élevés que la normale, mais qui ne correspondent pas à l'ensemble des critères nécessaires pour établir un diagnostic clinique<sup>10</sup>. Ils peuvent cependant nuire au développement de l'enfant et entraîner des conséquences négatives dans différentes sphères de sa vie. Ainsi, les enfants qui présentent des problèmes de comportement sont plus susceptibles de vivre des difficultés dans leur milieu familial, scolaire ou social<sup>11</sup>.

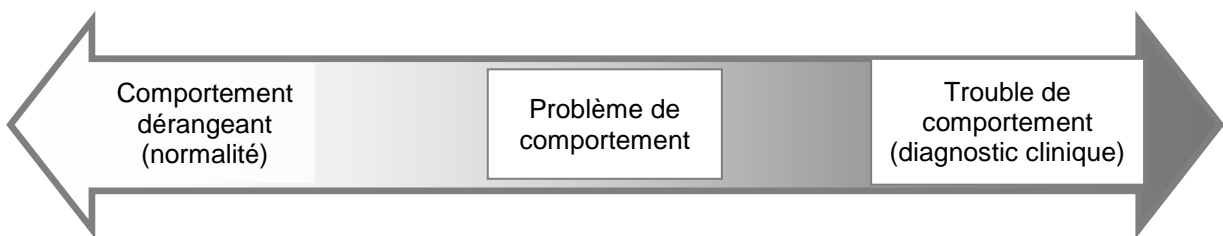


Figure 1 Continuum de sévérité

<sup>8</sup> Observatoire international de la réussite scolaire (2010).

<sup>9</sup> Campbell (2002).

<sup>10</sup> Campbell (2002).

<sup>11</sup> Gouvernement du Canada (2008).

## 1.2 LES DONNÉES QUÉBÉCOISES

L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 (EQSP), réalisée auprès de 5000 enfants âgés de trois à quatorze ans, fournit des données sur les problèmes de comportement chez les jeunes, rapportés par les parents<sup>12</sup>.

Les résultats de l'EQSP indiquent que :

- 26 % des enfants présentent un niveau modéré ou sévère de problèmes de comportement (ex. : fait souvent des crises de colère, se bagarre souvent avec les autres enfants, est souvent opposant envers les adultes). La proportion d'enfants qui présentent ces difficultés est plus élevée dans les ménages à faible revenu que dans ceux à revenu plus élevé (32 % et 24 % respectivement). De plus, les enfants âgés de trois à cinq ans sont plus susceptibles de présenter ces difficultés que les enfants âgés de six à quatorze ans (40 % et 21 % respectivement);
- 15 % des enfants présentent un niveau modéré ou sévère d'hyperactivité/inattention (ex. : est agité, se tortille constamment, est facilement distrait). Les garçons sont plus nombreux que les filles à présenter ces problèmes (18 % et 11 % respectivement).

## 1.3 L'APPARITION DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT À LA PETITE ENFANCE ET À L'ÂGE SCOLAIRE

Un ensemble de facteurs génétiques, psychologiques, économiques et sociaux contribuent au développement des problèmes de comportement à l'enfance. Plus particulièrement, les facteurs proximaux, tels que ceux associés aux caractéristiques et aux conditions de vie de la famille, des milieux de garde et de l'école exercent une influence de la plus haute importance sur le développement du jeune enfant<sup>13</sup>, et ce, dès la période périnatale<sup>14</sup>. Par exemple, l'interaction entre le tempérament de l'enfant et les contextes sociaux dans lesquels il évolue favorise soit l'adoption de comportements socialement acceptables, soit le développement de problèmes et de troubles de comportement<sup>15</sup>. Les comportements socialement inappropriés, tels que les comportements agressifs, peuvent ainsi être observés dès la petite enfance<sup>16</sup>.

Le modèle de la coercition (*coercive family process*) développé par Patterson et son équipe<sup>17</sup> propose une conceptualisation de l'apparition des problèmes de comportement en se basant sur la théorie de l'apprentissage social<sup>18</sup>. Le terme « coercition » fait référence à l'utilisation

---

<sup>12</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012).

<sup>13</sup> Bronfenbrenner (1986).

<sup>14</sup> Belsky (2006); Patterson et collab. (1992); Petitclerc et Tremblay (2009); Shonkoff et Phillips (2000); Tremblay et collab. (2004).

<sup>15</sup> Keenan (2003); Tremblay et collab. (2004); Tremblay et collab. (2011).

<sup>16</sup> Petitclerc et Tremblay (2009); Tremblay et collab. (2004).

<sup>17</sup> Patterson et collab. (1984); Patterson et collab. (1990).

<sup>18</sup> Tel qu'il a été conceptualisé par Bandura (1977).

de comportements aversifs pour discipliner l'enfant (ex. : punitions corporelles, crier, forcer)<sup>19</sup>.

Selon ce modèle, un problème de comportement se développe lorsqu'un parent réagit de façon inappropriée (ex. : par des réactions passives, détachées ou trop sévères) aux difficultés de l'enfant à réguler ses émotions ou son comportement<sup>20</sup>. Le problème s'enracine ensuite dans un contexte d'interactions négatives répétées entre l'enfant et le parent, dans lequel ce dernier utilise des pratiques de plus en plus inconsistantes, erratiques et punitives auprès de l'enfant.

Par ce principe de renforcement négatif, le parent apprend à employer des méthodes de discipline coercitive (ex. : crier, forcer, se retirer) pour se faire obéir. L'enfant apprend à son tour à manifester des comportements aversifs (ex. : crier, ignorer) pour mettre fin aux demandes du parent. L'enfant comprend ainsi que le recours à l'agressivité constitue un moyen efficace pour obtenir ce qu'il veut. Par la suite, il généralise ses comportements agressifs à d'autres environnements, tels que le milieu scolaire ou dans ses relations sociales. Les problèmes de comportement de l'enfant peuvent alors engendrer plusieurs conséquences négatives, comme l'échec scolaire ou le rejet par les pairs<sup>21</sup>.

La majorité des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe prennent appui sur le modèle de la coercition<sup>22</sup>. Nombre de données empiriques appuient les assises de ce modèle<sup>23</sup>, notamment celles issues de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)<sup>24</sup> et de l'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ELDEQ)<sup>25</sup>.

#### **1.4 LES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT : DES FACTEURS DE RISQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE TROUBLES MENTAUX À L'ADOLESCENCE ET À L'ÂGE ADULTE**

Les problèmes de comportement à la petite enfance et à l'âge scolaire sont considérés depuis plusieurs années comme des facteurs de risque pour le développement ultérieur de différents troubles extériorisés et intériorisés, tels que l'abus d'alcool et de drogues, le trouble de la conduite, la dépression et le trouble suicidaire<sup>26</sup>. De plus en plus d'études

---

<sup>19</sup> Patterson et collab. (1984).

<sup>20</sup> Keenan (2003).

<sup>21</sup> Patterson et collab. (1990).

<sup>22</sup> Barlow et collab. (2010), Normandeau et Venet (2000), Sanders (1999), Sanders et collab. (2003).

<sup>23</sup> Bates et collab. (1998); Hotton (2003); Ross et collab. (1998); Salvias et collab. (2007); Shaw et collab. (1994); Thomas (2004); Tremblay et collab. (2011).

<sup>24</sup> L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) est une étude prospective nationale conçue pour mesurer le bien-être, la santé et le développement des enfants canadiens, de la naissance au début de l'âge adulte. L'enquête a commencé en 1994-1995, et depuis la collecte des données est effectuée à des intervalles de deux ans.

<sup>25</sup> L'Étude longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ÉLDEQ) est une étude prospective québécoise conçue pour mesurer le bien-être, la santé et le développement des enfants québécois, de l'âge de cinq mois à l'âge d'environ douze ans. L'enquête a commencé en 1994-1995, et depuis la collecte des données est effectuée annuellement.

<sup>26</sup> Webster-Stratton et Herman (2008); Dretzke et collab. (2009); Tremblay (2010); Zeman et collab. (2006); Gibbs et collab. (2003); Japel (2008).

démontrent une stabilité considérable entre les problèmes de comportement présents à l'enfance et les troubles mentaux à l'adolescence et à l'âge adulte<sup>27</sup>.

Par exemple, deux études, menées auprès de cohortes populationnelles d'enfants âgés de deux à trois ans et de dix à douze ans, se sont particulièrement intéressées à l'association entre les problèmes de comportement à l'enfance et ceux à l'adolescence<sup>28</sup>. Leurs résultats indiquent que les problèmes extériorisés relevés à l'âge de deux ou trois ans (notamment les comportements agressifs et destructeurs<sup>29</sup>) prédisent les problèmes extériorisés et intériorisés à l'adolescence, tant chez les filles que chez les garçons<sup>30</sup>. Pour les filles, les problèmes intériorisés à l'âge de trois ans prédisent aussi des problèmes extériorisés à l'adolescence<sup>31</sup>. Autrement dit, la présence de problèmes en bas âge augmente les risques de voir apparaître d'autres problèmes plus tard.

Une étude de cohorte a été menée aux Pays-Bas sur une période de 14 ans qui, à terme, incluait 1580 adultes âgés de 24 à 40 ans<sup>32</sup>. Cette étude visait à prédire l'apparition de troubles anxieux et dépressifs chez des adultes à partir de l'évaluation parentale des problèmes comportementaux de leur enfant âgé de 4 à 16 ans. Les résultats indiquent que les scores élevés de problèmes comportementaux obtenus à l'enfance comptent parmi les prédicteurs de troubles mentaux diagnostiqués à l'âge adulte.

Une autre étude menée en Scandinavie avec une cohorte d'une ampleur similaire rapporte des résultats qui vont dans le même sens. Parmi les participants qui avaient été classés comme ayant un comportement problématique à l'enfance, 22 % étaient classés dans cette même catégorie à l'âge adulte. De plus, les comportements anxieux et dépressifs, délinquants et agressifs à l'enfance constitueraient les principaux prédicteurs de la psychopathologie à l'âge adulte<sup>33</sup>.

Ainsi, en agissant en amont sur certains facteurs de risque associés aux problèmes de comportement, il serait théoriquement possible de contribuer à prévenir les troubles de comportements et les troubles mentaux à moyen et à long terme.

## **1.5 LES FACTEURS CIBLÉS PAR LES PROGRAMMES DE FORMATION AUX HABILÉTÉS PARENTALES EN GROUPE**

Les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe visent à informer, à soutenir et à outiller les parents afin de les aider à mieux exercer leur rôle<sup>34</sup>. Ils font partie des programmes de prévention retenus par de nombreuses instances de santé publique pour influencer positivement le développement et l'adaptation des jeunes enfants<sup>35</sup>. Ces

---

<sup>27</sup> Hofstra et collab. (2002); Kroes et collab. (2002); Pihlakoski et collab. (2006); Tremblay et collab. (2004).

<sup>28</sup> Mesman et collab. (2001); Pihlakoski et collab. (2006).

<sup>29</sup> Pihlakoski et collab. (2006).

<sup>30</sup> Mesman et collab. (2001); Pihlakoski et collab. (2006).

<sup>31</sup> Pihlakoski et collab. (2006).

<sup>32</sup> Roza et collab. (2003).

<sup>33</sup> Diamantopoulou et collab. (2009).

<sup>34</sup> Gibbs et collab. (2003).

<sup>35</sup> NICE (2006).

programmes reposent sur le postulat que les parents qui apprennent à utiliser des pratiques parentales adéquates améliorent la qualité de leur relation avec leur enfant et favorisent ainsi l'adaptation socioaffective de celui-ci, ce qui permet de prévenir le développement de problèmes de comportement chez l'enfant ou de les réduire<sup>36</sup>.

Conçue dans les années 1970 et 1980, une première génération de programmes (ex. : Patterson, 1982) avait pour principale visée de modifier les pratiques parentales inadéquates qui ont une influence sur le développement éventuel de troubles de la conduite et de les remplacer par des pratiques efficaces. Au cours des années 1990, une nouvelle génération de programmes (ex. : Eyberg et collab., 1998) proposait de renforcer le lien affectif avec l'enfant et d'établir une relation chaleureuse entre le parent et l'enfant afin d'influencer positivement son comportement<sup>37</sup>. Enfin, une troisième génération, représentée notamment par les programmes *Incredible Years*<sup>38</sup> et *Triple P*<sup>39</sup> intègre les objectifs des programmes des générations précédentes et se démarque en offrant des interventions dont les composantes s'adaptent à des clientèles de parents qui présentent des besoins de soutien de degrés différents.

Les programmes varient habituellement selon :

- les populations visées (ex. : l'ensemble des parents ou les parents dont les enfants présentent des problèmes de comportement);
- le stade de développement de l'enfant (ex. : petite enfance, préscolaire, scolaire);
- l'étendue des comportements ciblés par l'intervention (ex. : développement social, problèmes de comportement)<sup>40</sup>.

De façon générale, les programmes sont de courte durée (typiquement de quatre à douze semaines consécutives, à raison d'une rencontre par semaine) et l'enfant n'est pas présent lors des rencontres. Les principaux moyens d'intervention utilisés sont : la transmission de connaissances par l'intervenant, des vignettes vidéo, des mises en situation, des échanges entre parents, des jeux de rôle, du *video feedback*, des exercices à la maison et des retours en groupe. Certains ajoutent en complément des contacts téléphoniques avec les parents et des séances de rappel<sup>41</sup>.

Ces programmes ciblent généralement deux principaux facteurs qui exercent une influence importante sur le développement de l'enfant : 1) les pratiques parentales et 2) la santé mentale des parents.

---

<sup>36</sup> Normandeau et Venet (2000).

<sup>37</sup> Normandeau et Venet (2000).

<sup>38</sup> Webster-Stratton et collab. (2008).

<sup>39</sup> Sanders (1999); Sanders et collab. (2003).

<sup>40</sup> Barlow et collab. (2010); <http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/habiletés-parentales/selon-les-experts/shaw.html>.

<sup>41</sup> Barlow et Stewart-Brown (2000); Normandeau et Venet (2000).

### 1.5.1 Les pratiques parentales

Les pratiques parentales sont reconnues comme l'un des plus puissants facteurs d'influence du développement de l'enfant sur lequel il est possible d'agir<sup>42</sup>. Une abondante littérature identifie les pratiques parentales favorables au développement de l'enfant (pratiques positives) et celles qui sont susceptibles de l'entraver (pratiques négatives)<sup>43</sup>.

De la naissance à la fin de la petite enfance, il est reconnu que les pratiques parentales sensibles, réceptives et encourageant la réciprocité entre l'enfant et le parent favorisent le développement d'un attachement sécurisant ainsi que des comportements de coopération et d'obéissance chez l'enfant. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, les pratiques parentales qui combinent une atmosphère de chaleur et de soutien, un encadrement ferme et clair ainsi que des limites cohérentes favorisent notamment le développement de comportements prosociaux. De plus, les pratiques parentales qui respectent le besoin d'autonomie de l'enfant ou de l'adolescent et celles qui ne sont pas intrusives, manipulatrices ou coercitives contribueraient à l'adaptation du jeune<sup>44</sup>.

Les enfants de parents dont les pratiques éducatives sont adéquates ont deux fois plus de chances de ne pas présenter de problème de comportement<sup>45</sup>. Par exemple, ces enfants sont moins susceptibles de manifester des comportements antisociaux (ex. : agressivité, intimidation, infractions contre des biens, association à des pairs déviants). De plus, ils tendent à être plus attentifs à leurs travaux scolaires et ont une meilleure estime d'eux-mêmes<sup>46</sup>.

Des données québécoises obtenues dans le cadre de l'Enquête longitudinale sur le développement des enfants du Québec (ÉLDEQ)<sup>47</sup> et de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)<sup>48</sup> ajoutent que les enfants dont les parents emploient des pratiques positives et constantes présentent davantage de comportements prosociaux et manifestent moins de problèmes d'hyperactivité/inattention. De plus, les pratiques parentales positives semblent constituer un facteur de protection pour les enfants qui vivent une situation de stress. En effet, les enfants soumis à ces pratiques s'adaptent mieux à la séparation de leurs parents et courraient moins de risque de développer des problèmes affectifs<sup>49</sup>.

Par ailleurs, il a été largement démontré que les pratiques parentales négatives, telles que les pratiques coercitives (ex. : critiquer, donner des ordres, menacer, frapper l'enfant), permissives et incohérentes (ex. : ne pas imposer de limites, renforcer positivement des

---

<sup>42</sup> Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (2005).

<sup>43</sup> Barlow et collab. (2010); Belsky (2006); Chao et Willms (2002); Tremblay et collab. (2004); Webster-Stratton (2003).

<sup>44</sup> Belsky (2006).

<sup>45</sup> Lapointe et collab. (2003).

<sup>46</sup> Chao et Willms (2002); Doyle et collab. (2003); Thomas (2004).

<sup>47</sup> <http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/>.

<sup>48</sup> [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450&lang=fr&db=imdb&adm=8&dis=2).

<sup>49</sup> O'Connor et Jenkins (2000).



comportements inadéquats) ou inappropriées à l'âge de l'enfant (ex. : avoir des attentes excessives ou discipliner l'enfant en lui fournissant des explications trop longues par rapport à son âge), sont étroitement liées au développement de problèmes de comportement chez l'enfant, quel que soit son stade développement<sup>50</sup>.

Les enfants soumis à de telles pratiques parentales sont plus susceptibles de présenter des difficultés de régulation des émotions<sup>51</sup>, d'être agressifs<sup>52</sup> ou de développer des symptômes d'hyperactivité/inattention<sup>53</sup>, d'anxiété<sup>54</sup> ou de dépression<sup>55</sup>. Au fil du temps, ils courent le risque de s'inscrire dans une trajectoire de développement marquée par la consommation abusive de psychotropes, la criminalité, les troubles mentaux et suicidaires<sup>56</sup>.

Précisons par ailleurs que les pratiques parentales peuvent s'améliorer ou se détériorer dans le temps<sup>57</sup>. Des données de l'ELNEJ indiquent que ces changements peuvent influencer le comportement des enfants. En effet, des enfants suivis pendant une période de six ans qui ont vécu dans un milieu familial punitif à un jeune âge, mais dont le milieu est devenu moins punitif par la suite, obtiennent des scores d'agressivité aussi faibles que ceux dont le milieu familial était non punitif aux deux périodes d'observation. De même, des enfants qui ont été exposés à un milieu familial non punitif à un jeune âge, mais dont le milieu est devenu plus punitif au fil du temps obtiennent des scores d'agressivité aussi élevés que ceux dont le milieu familial était punitif aux deux périodes d'observation<sup>58</sup>.

En somme, les résultats sur les pratiques parentales indiquent qu'elles sont une cible appropriée pour l'intervention. En effet, les pratiques parentales et les comportements de l'enfant peuvent s'influencer mutuellement et changer tous deux pour le mieux à court et à plus long terme<sup>59</sup>.

### **1.5.2 La santé mentale des parents**

La santé mentale des parents constitue un autre facteur majeur qui influence le développement de l'enfant. Cinq dimensions de la santé mentale des parents sont abordées dans le cadre de cet avis : le stress parental, le sentiment de bien-être lié au rôle de parent, les symptômes dépressifs et anxieux des parents, le soutien social dont ces derniers bénéficient de même que la qualité de leur relation conjugale et leur degré d'entente en ce qui concerne l'éducation de leurs enfants.

---

<sup>50</sup> Tremblay et collab. (2004); Belsky (2006); Salvias et collab. (2007); Hotton (2003); Tremblay et collab. (2011).

<sup>51</sup> Tremblay (2010).

<sup>52</sup> Thomas (2004).

<sup>53</sup> Hotton (2003); Salvias et collab. (2007); Tremblay et collab. (2011).

<sup>54</sup> Hotton (2003); Salvias et collab. (2007); Tremblay et collab. (2011).

<sup>55</sup> George et collab. (2006); Webster-Stratton et Herman (2008).

<sup>56</sup> Dretzke et collab. (2009); Gibbs et collab. (2003); Japel (2008); Tremblay (2010); Webster-Stratton et Herman (2008); Zeman et collab. (2006).

<sup>57</sup> De Rancourt et collab. (2004); Thomas (2004).

<sup>58</sup> Thomas (2004).

<sup>59</sup> Thomas (2004).

### 1.5.2.1 *Le stress parental*

Le stress parental se définit comme un état de malaise psychologique relié spécifiquement au domaine de l'éducation de l'enfant. Ce stress varie en intensité selon les individus et comporte deux principales dimensions, soit celle liée aux caractéristiques personnelles du parent (ex. : son état de santé physique et mentale, son lien affectif envers l'enfant) et celle liée aux caractéristiques de l'enfant (ex. : sa capacité d'adaptation, son humeur, ses exigences vis-à-vis du parent)<sup>60</sup>.

Le fait d'avoir de jeunes enfants constituerait une importante source de stress<sup>61</sup>. En effet, les parents d'enfants âgés de moins de cinq ans rapporteraient davantage de stress associé au manque de temps pour accomplir adéquatement leurs différents rôles. Les femmes actives sur le marché du travail ayant un enfant âgé de quatre ans ou moins seraient celles qui rapportent le plus de stress relié au manque de temps. En 2005, 66 % d'entre elles se déclaraient parmi les gens les plus stressés, alors que ce taux était de 35 % pour l'ensemble de la population, ce qui correspond à 14 % de plus que les hommes dans une situation comparable. Le stress ressenti par les parents, s'il est chronique, serait associé à davantage de problèmes de comportement chez l'enfant<sup>62</sup>.

### 1.5.2.2 *Le sentiment de bien-être lié au rôle parental*

Le sentiment de bien-être lié au rôle de parent représente un autre aspect de la santé mentale des parents. Dans les études, cet aspect renvoie à deux concepts qui sont liés entre eux : le sentiment de compétence parentale et la satisfaction parentale.

Le sentiment de compétence parentale se traduit notamment par l'auto-efficacité, soit la perception du parent quant à sa capacité d'exercer son rôle et à ses habiletés ou connaissances pour le faire<sup>63</sup>. Les parents qui possèdent un fort sentiment d'auto-efficacité parentale manifestent généralement un bien-être émotionnel plus élevé et développent un lien affectif plus étroit avec leur jeune enfant. De plus, le sentiment d'auto-efficacité parentale serait associé à une meilleure relation conjugale, à une réduction des conflits au sujet du rôle de parent et à une diminution de symptômes dépressifs chez les mères<sup>64</sup>. Selon les échelles, le sentiment de compétence peut aussi s'opérationnaliser en termes de locus de contrôle, c'est-à-dire la perception du parent qu'il possède les ressources nécessaires pour exercer un contrôle sur les comportements de l'enfant<sup>65</sup>.

La satisfaction parentale désigne, quant à elle, la dimension affective associée au rôle de parent (ex. : valorisation, frustration, anxiété par rapport au rôle de parent). Les parents qui éprouvent une faible satisfaction vis-à-vis de leur rôle rapportent généralement un faible sentiment d'auto-efficacité parentale et davantage de problèmes de comportement chez leur

---

<sup>60</sup> Abidin (1990).

<sup>61</sup> Pronovost (2007); Tremblay et collab. (2006).

<sup>62</sup> Crnie et collab. (2005).

<sup>63</sup> Johnston et Mash (1989).

<sup>64</sup> Bandura (2002).

<sup>65</sup> Campis et collab. (1986).

enfant<sup>66</sup>. La satisfaction et le bien-être parental sont aussi en lien avec le sentiment éprouvé relativement à l'équilibre entre le rôle de parent et ses autres rôles<sup>67</sup>.

### *1.5.2.3 Les symptômes dépressifs et anxieux des parents*

Les symptômes dépressifs et anxieux des parents peuvent exercer une influence négative sur le développement de leur enfant<sup>68</sup>. Ces problèmes sont associés à une baisse de l'utilisation de pratiques parentales positives, à une hausse de l'utilisation de pratiques parentales inefficaces et au développement de problèmes de comportement et de santé mentale chez l'enfant<sup>69</sup>.

Par exemple, les jeunes dont les mères sont dépressives sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de comportement, de difficultés sur les plans social et scolaire, d'une mauvaise santé physique et de troubles dépressifs que les jeunes dont les mères ne sont pas dépressives<sup>70</sup>. Du côté des pères, l'impact de la dépression ou des autres troubles mentaux sur le développement de l'enfant a reçu moins d'attention. Toutefois, il semblerait que les jeunes dont les pères souffrent d'une dépression courent eux aussi plus de risques de développer des problèmes de comportement<sup>71</sup>. Ce risque serait particulièrement élevé si les deux parents souffrent de dépression en même temps<sup>72</sup>. En fait, il est estimé que 50 % des jeunes qui ont un parent dépressif développent un trouble dépressif avant l'âge de 20 ans<sup>73</sup>.

### *1.5.2.4 Le soutien social*

Le soutien social que les parents reçoivent sous différentes formes (soutien émotif, instrumental ou informationnel) influence leur santé mentale et leurs comportements envers leur enfant<sup>74</sup>. De plus, ce soutien social serait associé chez leurs enfants au développement de différentes habiletés sociales, telles que l'autocontrôle, la coopération, l'assertivité et le sens des responsabilités<sup>75</sup>.

---

<sup>66</sup> Johnston et Mash (1989).

<sup>67</sup> Abidin (1990).

<sup>68</sup> Vitaro et Caron (2000).

<sup>69</sup> Peticlerc (2008).

<sup>70</sup> Ellis et Collings (1997).

<sup>71</sup> Clarke et collab. (2001); Ellis et Collings (1997).

<sup>72</sup> Brennan et collab. (2002); Landman-Peeters et collab. (2008).

<sup>73</sup> Beardslee et MacMillan (1993).

<sup>74</sup> Bigras et collab. (2009).

<sup>75</sup> Ovarecz et collab. (2008).

#### 1.5.2.5 *La relation conjugale*

Selon la méta-analyse de Erel et Burman (1995), une relation conjugale de qualité serait associée à une meilleure relation parent-enfant. De plus, d'autres recensions concluent que de 10 à 20 % de la variance dans l'adaptation socioaffective de l'enfant serait attribuable à la qualité de la relation conjugale<sup>76</sup>.

Selon les résultats d'études menées par Bigras et Paquette<sup>77</sup>, les conflits conjugaux seraient associés à des comportements maternels froids et distants à l'égard de l'enfant. Ces comportements pourraient exercer une influence négative sur le sentiment de sécurité de l'enfant et, conséquemment, sur son développement affectif. Les conflits conjugaux dont les enfants sont témoins, en particulier ceux marqués par l'expression de la colère, perturberaient leur développement. Ceux qui évoluent dans de tels contextes éprouveraient plus de difficultés à réguler leurs émotions et leurs comportements et seraient plus susceptibles de développer des problèmes de comportement. À l'opposé, les parents qui sont satisfaits de leur relation conjugale (ex. : se font confiance mutuellement, se soutiennent, résolvent leurs conflits) auraient des enfants qui s'adaptent mieux et qui éprouvent moins de difficultés comportementales ou affectives<sup>78</sup>.

Selon plusieurs auteurs, le degré d'entente ou de conflit entre les parents au sujet de l'éducation de leur enfant (coparentalité) contribuerait de façon additionnelle à l'adaptation de l'enfant, au-delà des contributions de la qualité de la relation conjugale et de la parentalité de chacun des conjoints<sup>79</sup>.

---

<sup>76</sup> Grych et Fincham (1990).

<sup>77</sup> Bigras et Paquette (2000).

<sup>78</sup> Shonkoff et Phillips (2000).

<sup>79</sup> Karreman et collab. (2008); Schoppe et collab. (2001).

## **2 MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE POUR EXAMINER L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES**

Cette section présente la méthodologie employée pour l'identification des études pertinentes à l'évaluation de l'efficacité des programmes de formation aux habiletés parentales. Les critères utilisés pour sélectionner les études et les indicateurs retenus pour mesurer l'efficacité sont abordés.

### **2.1 RECHERCHE DOCUMENTAIRE**

Au cours de l'été et de l'automne 2010, des recherches ont été effectuées dans les bases de données PsycInfo, Medline, Eric, All EBM Review ainsi que dans le moteur de recherche Google Scholar. Les principaux mots-clés utilisés étaient une combinaison des termes : *parenting/parenting practices, groups/programs/workshops, group/group-based intervention* et *child behaviour/behavioural problems/management*. De plus, les références citées dans les écrits identifiés ont été examinées afin d'en extraire des écrits pertinents supplémentaires. À l'automne 2011, une nouvelle recherche a été effectuée pour s'assurer d'inclure tout article récent.

### **2.2 CRITÈRES DE SÉLECTION DES ÉTUDES**

Les études retenues aux fins d'analyse de l'efficacité des programmes ont été sélectionnées selon divers critères d'inclusion et d'exclusion.

#### **2.2.1 Critères d'inclusion**

Les études ont été retenues à partir des critères suivants :

- celles qui portent sur des interventions de groupe visant la formation aux habiletés parentales pour des parents d'enfants âgés de zéro à douze ans;
- celles qui portent sur des programmes offerts dans une perspective de promotion de la santé mentale et de prévention ou de réduction des problèmes de comportement des jeunes enfants;
- celles qui représentent les plus hauts niveaux de preuves disponibles dans la littérature étudiée, c'est-à-dire des études contrôlées randomisées (voir section 3.3);
- celles qui ont été publiées à partir des années 1990.

### 2.2.2 Critères d'exclusion

Les études ont été exclues à partir des critères suivants :

- celles qui portent sur des interventions de groupe visant les parents d'enfants qui présentent un diagnostic de trouble de comportement, un retard de développement ou un syndrome génétique<sup>80</sup>;
- celles qui portent sur des interventions de groupe offertes en complément à d'autres interventions (ex. : visites à domicile ou intervention éducative précoce auprès de l'enfant);
- une méta-analyse qui rapportait uniquement les résultats touchant au comportement des enfants, et non ceux qui se rapportaient aux indicateurs parentaux (Barlow 2010)<sup>81</sup>. Par contre, sept des huit études incluses dans cette méta-analyse font partie des sources retenues. La huitième source est une thèse non publiée<sup>82</sup> qu'il nous a été impossible d'obtenir;
- celles qui présentent des niveaux de preuves de type quasi expérimental<sup>83</sup>;
- celles qui ne font pas de distinction entre les programmes qui ciblent l'ensemble des parents et ceux qui ciblent les parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement et qui ont analysé les résultats de ces deux types de programmes ensemble.

De plus, parmi les études incluses dans le présent avis, certains résultats ont été exclus de nos analyses :

- ceux pour lesquels aucune comparaison avec un groupe contrôle n'est disponible. En effet, plusieurs études qui rapportent des résultats à long terme pour le groupe d'intervention sont conçues de façon à permettre au groupe contrôle de participer à l'intervention après une attente de trois à six mois;
- ceux qui comparent l'efficacité d'un programme de formation aux habiletés parentales en groupe avec d'autres types d'intervention, comme la thérapie individuelle.

À partir des critères de sélection définis ci-dessus, vingt études empiriques portant sur l'efficacité des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe ont été retenues.

---

<sup>80</sup> Notons que les programmes qui ciblent les parents d'enfants ayant reçu un diagnostic de trouble de comportement reposent sur une littérature abondante qui comprend des revues systématiques et des méta-analyses. Cependant, l'efficacité de ces programmes ne fait pas partie de l'objet de cet avis qui s'intéresse spécifiquement à la promotion de la santé mentale des jeunes enfants, de même qu'à la prévention et à la réduction de leurs problèmes de comportement.

<sup>81</sup> À la suite de la rédaction de cet avis, une mise à jour a été publiée par Barlow et collab. (2012). Cette méta-analyse plus récente inclut plusieurs études additionnelles, dont la plupart auraient été exclues du présent avis car elles portent sur des programmes qui ciblent les parents d'enfants qui ont un diagnostic de trouble de comportement, un trouble envahissant du développement ou un syndrome génétique.

<sup>82</sup> Cummings, L.L. (2000). Parent training: A program for parents of two- and three-years-old. PhD, Central Michigan University, Mount Pleasant, Michigan, USA.

<sup>83</sup> Exemple : la revue systématique de Furlong (2012).

## 2.3 QUALITÉ DE LA PREUVE

Le tableau 1 présente une adaptation de l'échelle de preuves du *National Service Framework*<sup>84</sup> déjà utilisée dans le cadre d'un de nos précédents avis qui portait sur les mesures efficaces en santé mentale<sup>85</sup>. Cette échelle présente l'avantage de reconnaître la valeur des diverses méthodologies utilisées pour évaluer l'efficacité d'une intervention. La zone en gris représente le niveau de preuve des études utilisées pour cet avis. On note que la littérature retenue repose exclusivement sur des essais comparatifs randomisés (ECR).

Tous les niveaux de preuves qui composent cette échelle possèdent leurs forces et leurs limites<sup>86</sup>. Ils sont décrits en détail à l'annexe 1.

**Tableau 1 Échelle du niveau de preuves**

①	Revue systématique ou méta-analyse	La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'une revue systématique ou d'une méta-analyse avec au moins une étude avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants.
②	Étude avec devis randomisé	La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'au moins une étude expérimentale avec groupe témoin et répartition aléatoire des participants (aussi appelé essai comparatif randomisé ou ECR).
③	Étude sans devis randomisé, mais de bonne qualité	La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'au moins une étude minimisant la possibilité de biais dans l'interprétation des résultats.
④	Étude d'observation de bonne qualité	La mesure ou l'intervention a fait l'objet d'au moins une étude qui minimise la possibilité de biais dans l'interprétation des résultats en procédant à l'observation des participants.
⑤	Opinions d'experts	La mesure ou l'intervention fait l'objet d'un consensus parmi les experts.

## 2.4 REGROUPEMENT DES ÉTUDES EN FONCTION DES CLIENTÈLES CIBLÉES

La littérature sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe porte sur des clientèles diverses. Aux fins de cet avis, nous avons fait le choix de présenter les résultats sur l'efficacité des programmes en fonction de deux catégories de clientèle, soit la population générale et les parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement.

<sup>84</sup> Department of Health-UK (2001).

<sup>85</sup> Institut national de santé publique du Québec (2008).

<sup>86</sup> Pour plus de détails sur ces limites, voir Department of Health-UK (2001).

### **Programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale**

Ces programmes sont offerts à tous les parents sans égard à la présence de problèmes de comportement de l'enfant ou de risques d'en développer.

Ces études permettent d'évaluer si les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe ont des effets bénéfiques sur le comportement de l'ensemble des enfants, c'est-à-dire s'ils permettent de promouvoir la santé mentale et de prévenir les problèmes de comportement. Quatorze études sont incluses dans cette catégorie.

### **Programmes destinés aux parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement**

Ces programmes sont offerts uniquement aux parents dont les enfants présentent des problèmes de comportement. Les parents dont l'enfant obtient un score au-delà du seuil clinique sur une échelle de mesure des problèmes de comportement participent à l'intervention. Plus spécifiquement, les études qui indiquent que leurs échantillons sont constitués à plus de 80 % d'enfants détenant un score au-delà du seuil clinique sont incluses dans cette catégorie. Ces enfants n'ont pas reçu de diagnostic de trouble de comportement, mais ils manifestent des problèmes importants de comportement et sont à risque de développer un trouble.

Ces études permettent d'évaluer si les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe ont des effets bénéfiques sur le comportement des enfants qui présentent des problèmes de comportement, c'est-à-dire s'ils permettent de réduire ces problèmes. Six études sont incluses dans cette catégorie.

## **2.5 INDICATEURS DE L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES**

Les indicateurs utilisés pour évaluer l'efficacité des programmes sur les parents et les enfants ont été choisis en fonction du cadre théorique présenté à la section 2 et des variables mesurées dans les études sélectionnées. L'annexe 2 présente les outils de mesure recensés dans les études, les indicateurs mesurés par chaque outil ainsi que le type d'outil utilisé (ex. : rapporté par les parents ou par l'enseignant).

Globalement, les indicateurs peuvent être classifiés en trois catégories, soit ceux liés 1) aux pratiques parentales, 2) à la santé mentale des parents et 3) aux comportements des enfants. Ces catégories d'indicateurs servent à organiser les résultats (sections 4 et 5).

### **Les pratiques parentales**

Les échelles qui évaluent les pratiques parentales portent généralement sur des pratiques positives (ex. : féliciter l'enfant, lui exprimer de l'affection, se montrer cohérent dans l'application des règles de conduite) ou négatives (ex. : utiliser des punitions corporelles, exprimer de la colère ou entretenir des attentes irréalistes à l'égard de l'enfant, critiquer l'enfant).



Dans plusieurs études, trois catégories de comportements liés à des styles parentaux négatifs sont mesurées<sup>87</sup> :

- La permissivité fait référence à des stratégies de discipline inconstantes. Par exemple, les parents permissifs ont tendance à se plier aux demandes de l'enfant, à ne pas lui imposer de limites ou à renforcer positivement les comportements inadéquats de celui-ci;
- La surréactivité décrit des stratégies de discipline qui sont basées sur l'émotivité ou qui sont trop sévères. Par exemple, les parents surréactifs ont tendance à réagir de manière excessive par rapport aux comportements de l'enfant, soit par des manifestations de colère, d'agressivité ou d'irritabilité;
- Enfin, la verbosité reflète des stratégies de discipline qui s'appuient principalement sur des explications données à l'enfant. Les parents qui ont recours à ce comportement ont tendance à fournir de trop longues réponses verbales à l'enfant.

Les pratiques parentales sont mesurées à l'aide d'échelles autorapportées ou d'observations indépendantes. Des échelles validées sont souvent utilisées. Des échelles adaptées ou développées par les auteurs des études sont aussi parfois utilisées en complément.

### **La santé mentale des parents**

Divers indicateurs de la santé mentale des parents sont inclus dans les études :

- Le stress parental, dont le stress lié aux caractéristiques personnelles ou situationnelles du parent en lien avec son rôle (ex. : son état de santé physique et mentale, son lien affectif envers l'enfant) ou encore le stress lié aux caractéristiques de l'enfant (ex. : sa capacité d'adaptation, son humeur, ses exigences vis-à-vis du parent);
- Le sentiment de bien-être lié au rôle parental, dont le sentiment de compétence parentale, la satisfaction parentale et le sentiment d'être restreint à son rôle de parent aux dépens de ses autres rôles;
- Les symptômes dépressifs ou anxieux des parents;
- Le soutien social reçu par les parents;
- La relation conjugale, dont la qualité de la relation, la satisfaction conjugale ou le degré d'entente ou de conflit entre les conjoints en ce qui concerne l'éducation des enfants.

Ces dimensions sont également mesurées à l'aide d'échelles autorapportées. Il s'agit, dans la grande majorité des cas, d'échelles validées.

### **Le comportement et le fonctionnement général de l'enfant**

Toutes les études retenues rapportent des résultats sur le comportement de l'enfant. Elles s'appuient sur des échelles globales qui identifient le nombre, la fréquence ou la sévérité d'une variété de comportements problématiques (ex. : frapper, désobéir, mentir, briser ses affaires, faire des crises de colère, pleurer, refuser de manger, etc.) ou sur des échelles qui

---

<sup>87</sup> Arnold et collab. (1993).

identifient des catégories de comportement de nature extériorisée (ex. : agressivité, hyperactivité/inattention).

Par ailleurs, bien que les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe soient généralement conçus pour prévenir ou réduire les problèmes de comportement de l'enfant, certains auteurs rapportent également des résultats sur des aspects connexes du fonctionnement de l'enfant, tels que les problèmes intériorisés (ex. : humeur triste, anxiété, retrait), les comportements prosociaux et les relations avec les pairs.

L'évaluation du comportement et du fonctionnement de l'enfant peuvent être basées sur la perception de la mère, du père, des deux parents ou de l'enseignant de l'enfant. Certaines études font également usage d'outils d'observation de l'interaction parent-enfant afin de dénombrer, pendant une période d'environ 30 minutes, les comportements positifs et négatifs des enfants et des parents lors de situations typiques (ex. : jeu, rangement des jouets). Ces observations sont effectuées par un observateur indépendant.

Notons qu'un même comportement peut être interprété de manière différente selon la source d'information recueillie (ex. : parents, mère seulement, père seulement, enseignant)<sup>88</sup>. Ces différentes sources ont généralement accès au comportement de l'enfant dans des contextes distincts. Les parents évaluent le comportement de l'enfant à la maison et l'enseignant le fait à l'école. L'évaluation par l'enseignant permet ainsi d'examiner si le changement de comportement de l'enfant à la suite de l'intervention se généralise à l'école. Par conséquent, dans le cadre de cet avis, une attention particulière sera accordée pour présenter les résultats en tenant compte de la source d'information.

Dans la plupart des études, des instruments validés sont utilisés. Des échelles adaptées ou développées par les auteurs des études et dont les propriétés psychométriques sont inconnues sont parfois utilisées, et elles le sont surtout en complément d'outils validés.

## 2.6 LIMITES ET CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

La littérature sur les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe comporte quelques limites :

- **peu d'études sur les effets à long terme** : Les effets des programmes sont pour la plupart mesurés dans les jours ou les semaines qui suivent la fin de l'intervention (court terme) ou entre trois à douze mois après la fin de l'intervention (moyen terme). Très peu d'études vont au-delà de un an après la fin de l'intervention (long terme). En effet, pour des raisons éthiques, l'intervention est généralement offerte aux groupes contrôles après cette période;
- **peu d'études sur les effets auprès des pères exclusivement** : La majorité des études rapportent des résultats sur les mères ou sur les deux parents sans faire d'analyses spécifiques sur les pères.

---

<sup>88</sup> Campbell (2002).



Par ailleurs, quelques considérations en lien avec la portée des conclusions de cet avis doivent être soulignées :

- **la qualité des études incluses** : Pour l'analyse des résultats sur l'efficacité des programmes, les auteurs de l'avis constatent que les études sont de qualité variable. Toutes sont néanmoins des études de niveau ECR. Elles ont été considérées comme égales sur le plan méthodologique;
- **la recension des écrits** : La recherche documentaire pour identifier les ouvrages pertinents a été faite avec rigueur et à deux moments différents, ce qui a permis de repérer et de sélectionner un nombre considérable d'études. Cependant, nous ne pouvons prétendre que cette recherche documentaire répond à tous les critères d'une revue systématique;
- **le consensus sur les résultats** : Chaque étude retenue a été lue et analysée par un minimum de trois personnes et les différences dans les interprétations ont été discutées entre elles. Les résultats qui sont rapportés dans ce présent avis représentent donc le fruit d'un consensus entre les auteurs de cet avis;
- **les résultats sur les programmes destinés aux parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement** : Les études recensées qui répondent aux critères d'inclusion incluent seulement deux programmes destinés aux parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement. La généralisation des résultats à d'autres programmes est donc limitée;
- **certains programmes sont évalués par des chercheurs indépendants** (et non par ceux qui ont conçu le programme), ce qui contribue à l'objectivité des résultats, tandis que d'autres sont conçus ou adaptés, et évalués par les auteurs des études;
- **manque de résultats selon le sexe** : les auteurs ne rapportent généralement pas si les programmes ont des effets différents sur le comportement des filles et des garçons.

## 2.7 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

L'échelle d'opinion sur les preuves qui a été utilisée dans l'*Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*<sup>89</sup> a été adaptée pour le présent avis (tableau 2).

**Tableau 2 Échelle d'opinion sur les preuves**

Symbole	Opinion sur les preuves	Explication
	Efficacité	Les chercheurs concluent que l'intervention a un effet sur la variable mesurée.
	Inefficacité	Les chercheurs concluent que l'intervention n'a aucun effet sur la variable mesurée.

<sup>89</sup> Institut national de santé publique du Québec (2008).

Une règle a été établie afin d'être en mesure de statuer sur les effets en fonction du nombre de résultats sur un indicateur donné. Ainsi, pour conclure à un effet positif ou négatif sur tout indicateur, la règle du 50 % + 1 a été utilisée. Par exemple, en présence de cinq résultats, il faut au moins quatre qui indiquent un effet positif contre un qui n'indique aucun effet pour conclure que les programmes peuvent influencer positivement cet indicateur. Avec la même règle, nous concluons à un effet contradictoire si trois indicateurs sont positifs et deux autres ne révèlent aucun effet.

De plus, pour statuer s'il y a présence ou absence d'effet, il faut au moins deux études qui portent sur le même indicateur. Ainsi, lorsqu'un indicateur est mesuré par deux instruments dans le cadre d'une seule étude, nous concluons que les résultats sont insuffisants pour se prononcer.

Par ailleurs, si une étude indique qu'il y a un effet à un temps de mesure donné sur un indicateur, mais pas à un autre, nous concluons malgré tout que l'intervention a un effet positif sur cet indicateur.

Pour faciliter la lecture des résultats, nous rapportons les résultats pour les deux parents ou les mères puis pour les enseignants et les pères séparément. Lorsque l'échantillon est composé de 25 % de pères et moins, nous considérons que les résultats portent sur les mères pour faciliter la comparaison des résultats. Alors que pour les études qui ont 25 % ou plus de pères dans leur échantillon ou encore que la proportion mères/pères n'est pas précisée, nous considérons que les résultats portent sur les deux parents. Si des analyses ont été faites pour les pères séparément, nous les rapportons systématiquement.

Enfin, toujours dans l'optique de faciliter la comparaison des résultats, certains indicateurs similaires mesurés par des outils différents ont été regroupés (tableau 3).

**Tableau 3 Regroupements d'indicateurs et leurs libellés<sup>90</sup>**

	<b>Libellé*</b>	<b>Indicateurs regroupés sous ce libellé</b>
<b>Parents</b>	Détresse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détresse parentale</li> <li>• Stress lié aux caractéristiques parentales</li> </ul>
	Sentiment de compétence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment d'auto-efficacité</li> <li>• Sentiment d'avoir un contrôle sur les comportements de l'enfant</li> <li>• Estime de soi</li> </ul>
	Pratiques parentales positives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encouragements</li> <li>• Pratiques positives non verbales</li> </ul>
	Pratiques parentales négatives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques parentales négatives</li> <li>• Ordres</li> <li>• Critiques</li> <li>• Pratiques négatives physiques</li> </ul>
<b>Enfants</b>	Comportements extériorisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperactivité/inattention</li> <li>• Hostilité/agressivité</li> </ul>
	Comportements intériorisés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Problèmes affectifs</li> <li>• Symptômes dépressifs</li> </ul>
	Fréquence des comportements problématiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fréquence des comportements problématiques</li> <li>• Fréquence des comportements négatifs</li> </ul>
	Nombre de comportements problématiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de comportements problématiques</li> <li>• Nombre de comportements problématiques en 24 heures</li> </ul>
	Comportements problématiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportements problématiques</li> <li>• Problèmes de conduite</li> </ul>

\* Tel que cela est inscrit dans les tableaux des sections 4 et 5, résumant les effets de chaque catégorie d'indicateurs pour la population générale et pour les parents dont les enfants ont un problème de comportement.

<sup>90</sup> Ces choix de regroupement sont motivés par des raisons variées. Dans le cas du sentiment de compétence, par exemple, les définitions des sous-indicateurs varient d'une étude à l'autre et aucun consensus n'émerge. Cependant, toutes ces études renvoient à la notion du sentiment de compétence. Dans d'autres cas, des indicateurs avec des libellés distincts et mesurés par des outils différents renvoient aux mêmes comportements ou pratiques (ex. : comportements problématiques et comportements négatifs). Enfin, dans certains cas, les sous-indicateurs sont regroupés pour former des catégories plus larges et inclusives (ex. : les ordres et les critiques à l'enfant et les pratiques négatives physiques sont toutes des pratiques parentales négatives).



### 3 RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Quatorze études ont évalué l'efficacité des programmes qui ciblent les parents d'enfants de la population générale. Les parents qui participent à ces programmes ne sont pas recrutés en fonction du degré de problème de comportement des enfants. Les études incluses portent sur sept programmes différents. Cinq des études ont été menées par des chercheurs autres que ceux qui ont conçu le programme.

Les brèves descriptions présentées ici donnent un aperçu des études incluses dans cette section (pour plus de détails sur chaque étude et les particularités des programmes, consulter l'annexe 3) :

- Bodenmann et collab. (2008) évaluent l'efficacité du programme *Triple P* auprès de parents de classe moyenne dont les enfants sont âgés de deux à douze ans;
- Bradley et collab. (2003) examinent l'efficacité d'un programme de courte durée basé sur l'approche *1-2-3 Magic*, tel qu'il est offert en centre communautaire. Le programme est offert aux mères d'enfants âgés de trois ou quatre ans;
- Gross et collab. (2003) s'attardent sur l'efficacité du programme *Incredible Years* auprès de mères défavorisées dont les enfants sont âgés de deux ou trois ans;
- Hahlweg et collab. (2010) et Heinrichs et collab. (2006) évaluent l'efficacité à long terme du programme *Triple P* auprès de parents d'enfants âgés de trois à six ans;
- Hiscock et collab. (2008) se penchent sur un programme de courte durée, *Toddlers Without Tears*, offert à des mères d'enfants âgés de huit mois;
- Leung et collab. (2003) examinent l'efficacité du programme *Triple P* auprès de mères vivant à Hong Kong dont les enfants sont âgés de trois à sept ans;
- Niccols (2009) évalue le programme *COPEING with Toddler Behaviour* auprès de mères d'enfants âgés de un à trois ans. Ce programme est une adaptation du programme *COPE* (Cunningham, 1995);
- Nicholson et collab. (1998) étudient les effets du programme *STAR* auprès de parents de classes moyenne et défavorisée. Nicholson et collab. (2002) examinent le point de vue des mères sur le même programme. Les parents qui participent à ce programme ont des enfants âgés de un à cinq ans;
- Spaccarelli et collab. (1992) évaluent le programme *Incredible Years*, bonifié d'un entraînement à la résolution de problèmes, auprès de mères d'enfants âgés en moyenne de six ans;
- Stewart-Brown et collab. (2004) mesurent l'efficacité du programme *Incredible Years* auprès d'une population diverse de parents d'enfants âgés de deux à huit ans;
- Sutton (1992) évalue l'efficacité d'un programme (sans nom) qui vise principalement à amener les enfants âgés de un à quatre ans à se conformer aux directives de leurs mères;

- Thorell (2009) s'intéresse aux effets du programme *COPE* auprès de mères de classe moyenne dont les enfants sont âgés de trois à douze ans.

### Présentation des résultats



Les résultats sont présentés par catégories d'indicateurs. Les tableaux présentent les détails de chaque étude.

Les colonnes sur les effets précisent si l'effet est positif ou s'il n'y a aucun effet. Il est possible qu'une étude rapporte à la fois un effet positif et aucun effet sur un même indicateur si plusieurs outils de mesure ont été utilisés.

### 3.1 PRATIQUES PARENTALES POSITIVES



Sept études se prononcent sur les pratiques positives (scores globaux uniquement) selon les deux parents ou les mères. Une étude examine les effets du programme auprès des pères exclusivement (tableau 4).

**Tableau 4 Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales positives**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Une augmentation des pratiques parentales positives est rapportée par Niccols (2009), grâce à des observations de mères, et ce, immédiatement après l'intervention et un mois plus tard.	Pratiques positives	
Gross et collab. (2003) constatent une amélioration des pratiques parentales positives (ex. : félicitations et encouragements, manifestations physiques d'affection) des parents immédiatement après l'intervention, mais pas aux suivis de six et douze mois, selon des observations (échelle DPICS).	Pratiques positives	
Hahlweg et collab. (2010) rapportent une amélioration des pratiques parentales positives des mères au moment du suivi deux ans après l'intervention (échelle PPQ). Toutefois, selon une mesure d'observation (FOS-R-III), aucun effet de l'intervention n'est rapporté sur ce facteur.	Pratiques positives	Pratiques positives
Les résultats de Nicholson et collab. (1998) indiquent que les parents perçoivent une amélioration de leurs pratiques et de leurs attitudes parentales six semaines après l'intervention, d'après un questionnaire maison (ex. : réfléchir avant de discipliner l'enfant, s'entendre avec son partenaire sur la manière d'éduquer les enfants). Cependant, aucun effet n'est relevé pour les pratiques parentales positives selon une autre mesure effectuée au même moment (sous-échelle du PBC).	Pratiques positives	Pratiques positives



**Tableau 4** Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales positives (suite)

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Nicholson et collab. (2002) constatent, à partir d'observations auprès des mères ( <i>Interview Observational Report</i> ), une amélioration globale des pratiques parentales positives (physiques et verbales) immédiatement après l'intervention et un mois après l'intervention. Toutefois, aucun effet sur les pratiques parentales positives n'est constaté d'après une autre mesure (sous-échelle du PBC).	Pratiques positives	Pratiques positives
Spaccarelli et collab. (1992) montrent une amélioration des pratiques parentales positives, selon les mères, quatre à six mois après l'intervention à partir d'une mesure développée pour évaluer les acquis directement liés aux objectifs du programme (échelle PST).	Pratiques positives	
Hiscock et collab. (2008) ne notent aucun effet sur les pratiques parentales positives des mères au suivi de neuf mois après l'intervention (sous-échelle du PBC).		Pratiques positives
<b>Pères exclusivement</b>		
Hahlweg et collab. (2010) ne rapportent aucun effet sur les pratiques parentales positives au moment du suivi deux ans après l'intervention (échelle PPQ et mesure d'observation FOS-R-III).		Pratiques positives



**Conclusion sur les pratiques parentales positives**

Les programmes permettent d'augmenter les pratiques parentales positives des parents. Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les effets chez les pères spécifiquement.

### 3.2 PRATIQUES PARENTALES NÉGATIVES



Dix études s'attardent aux pratiques négatives selon les mères ou les deux parents. Deux études analysent les effets chez les pères exclusivement (tableau 5).

**Tableau 5 Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales négatives**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Leung et collab. (2003) rapportent une réduction des comportements liés aux styles parentaux négatifs chez les mères immédiatement après l'intervention (les trois sous-échelles du PS : verbosité, surréactivité et permissivité*).	Styles parentaux négatifs	
Bradley et collab. (2003) indiquent également une réduction des comportements liés aux styles parentaux négatifs chez les mères un mois après la fin de l'intervention (les trois sous-échelles du PS).	Styles parentaux négatifs	
Niccols (2009) note une réduction de la surréactivité chez les mères, à la suite de l'intervention et au suivi d'un mois, mais non de la permissivité (sous-échelles du PS).	Surréactivité	Permissivité
Bodenmann et collab. (2008) rapportent une réduction de la surréactivité chez les mères, mais non de la permissivité, un an après la fin de l'intervention (sous-échelles du PS).	Surréactivité	Permissivité
Gross et collab. (2003) rapportent une diminution de la surréactivité des parents immédiatement après l'intervention, mais pas au moment du suivi de six mois après (sous-échelle du PS). De plus, selon des observations (DPICS-R), les mères ayant participé à l'intervention donnent moins d'ordres à leur enfant lorsqu'elles interagissent avec lui, et ce, jusqu'à un an après la fin de l'intervention (pratiques négatives).	Surréactivité Pratiques négatives	
Une diminution globale des comportements liés aux styles parentaux négatifs est aussi rapportée par les mères ayant participé à l'étude de Hahlweg et collab. (2010) (échelle PS, score global), mais aucun effet sur les pratiques parentales négatives n'est relevé au suivi de un an, selon une mesure d'observation (FOS-R-III).	Styles parentaux négatifs	Pratiques négatives
Hiscock et collab. (2008) notent une diminution des attentes excessives et de la discipline coercitive, selon les mères, au suivi de neuf mois après l'intervention (sous-échelles du PBC).	Attentes excessives Discipline coercitive	

\* Lorsque des effets significatifs sur les trois sous-échelles de l'instrument sont observés, nous concluons qu'il y a un effet sur l'ensemble des comportements liés aux styles parentaux négatifs.

**Tableau 5** Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales négatives (suite)

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Nicholson et collab. (1998) rapportent une réduction de la discipline coercitive chez les parents, mais pas des attentes excessives, immédiatement après l'intervention (sous-échelles du PBC).	Discipline coercitive	Attentes excessives
Une étude subséquente de Nicholson et collab. (2002) rapporte des effets semblables (réduction de la discipline coercitive des mères, mais non des attentes excessives), immédiatement à la suite de l'intervention (sous-échelles du PBC). Cette étude rapporte également, à partir d'observations de mères ( <i>Interview Observational Report</i> ), une diminution globale des pratiques parentales négatives (physiques et verbales) à la suite de l'intervention et un mois après.	Discipline coercitive Pratiques négatives	Attentes excessives
Spaccarelli et collab. (1992) relèvent une diminution de la discipline coercitive chez les mères immédiatement à la suite de l'intervention (échelle PBI).	Discipline coercitive	
<b>Pères exclusivement</b>		
Bodenmann et collab. (2008) ne rapportent aucun effet sur les styles parentaux surréactifs et permissifs, un an après la fin de l'intervention (sous-échelles du PS).		Surréactivité Permissivité
Une diminution des comportements liés aux styles parentaux négatifs est rapportée par les pères ayant participé à l'étude de Hahlweg et collab. (2010) (échelle PS, score global). Cependant, aucun effet sur les pratiques négatives n'est relevé au suivi de un an selon une mesure d'observation (FOS-R-III).	Styles parentaux négatifs	Pratiques négatives

**Conclusion sur les pratiques parentales négatives**

On relève une diminution de la discipline coercitive et des comportements liés aux styles parentaux négatifs en général, et spécifiquement de ceux qui sont liés à la surréactivité. Par contre, aucun effet n'est relevé pour les comportements reliés à la permissivité.



Par ailleurs, les résultats sur les pratiques parentales négatives, ainsi que sur les attentes excessives des parents envers l'enfant, sont contradictoires.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer en ce qui concerne les effets chez les pères.

### 3.3 SANTÉ MENTALE DES PARENTS : STRESS

Cinq études se sont penchées sur le stress selon les mères ou les deux parents. Une étude s'est penchée sur le stress chez les pères exclusivement (tableau 6).

**Tableau 6 Résumé des effets des programmes sur le stress**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Stewart-Brown et collab. (2004) ne constatent aucun effet de l'intervention sur la détresse parentale, sur le stress lié à la dysfonction dans l'interaction parent-enfant et sur le stress lié aux caractéristiques de l'enfant, comme cela est rapporté par les parents six mois ou douze mois après l'intervention (échelle PSI version courte, sous-échelles).		Détresse Stress lié à l'interaction dysfonctionnelle Stress lié aux caractéristiques de l'enfant
Nicholson et collab. (2002) notent que la détresse parentale ou le stress lié aux caractéristiques de l'enfant ne diminuent pas immédiatement après l'intervention, selon les mères. Cependant, le stress lié à la dysfonction dans l'interaction parent-enfant diminue (échelle PSI version courte, sous-échelles).	Stress lié à l'interaction dysfonctionnelle	Détresse Stress lié aux caractéristiques de l'enfant
Les mères ayant participé à l'étude de Hiscock et collab. (2008) ne rapportent aucun effet sur leur niveau de stress trois mois et neuf mois après la fin de l'intervention (sous-échelle du DASS).		Stress global
Heinrichs et collab. (2006) ne rapportent aucun effet de l'intervention sur le niveau de stress, comme cela est rapporté par les mères en postintervention ainsi qu'au suivi de un an (sous-échelle du DASS).		Stress global
Spaccarelli et collab. (1992) observent une diminution du stress des mères lié aux caractéristiques du parent (détresse) (échelle PSI version longue, domaine parent).	Détresse	
<b>Pères exclusivement</b>		
Heinrichs et collab. (2006) ne rapportent aucun effet de l'intervention sur le niveau de stress, comme cela est rapporté en postintervention ainsi qu'au suivi de un an (sous-échelle du DASS).		Stress global

### **Conclusion sur le stress**

Les programmes n'ont aucun effet sur le stress global des parents et sur le stress lié aux caractéristiques de l'enfant.



Les résultats sur le stress lié à l'interaction dysfonctionnelle entre le parent et l'enfant et la détresse sont contradictoires.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les effets sur les pères spécifiquement.

### 3.4 SANTÉ MENTALE DES PARENTS : BIEN-ÊTRE ASSOCIÉ AU RÔLE DE PARENT

Six études se sont penchées sur différents aspects du bien-être associé au rôle de parent, selon les mères ou les deux parents. Aucune étude ne porte spécifiquement sur les pères (tableau 7) :

**Tableau 7 Résumé des effets des programmes sur le bien-être associé au rôle de parent**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Thorell (2009) rapporte des effets positifs sur le sentiment de compétence des mères après l'intervention, mais pas sur leur sentiment d'être restreinte par leur rôle de parent (SPSQ : sous-échelles PSI adaptée). De plus, les résultats indiquent des changements positifs sur le sentiment d'avoir un contrôle sur les comportements de l'enfant (sentiment de compétence) (échelle PLOC).	Sentiment de compétence Sentiment de compétence	Restrictions liées au rôle parental
Nicholson et collab. (2002) notent que l'indicateur mesurant à la fois le sentiment de colère et les comportements agressifs des mères diminue à la suite de l'intervention (échelle BAAQ).	Sentiment de colère et comportements agressifs	
D'après Bodenmann et collab. (2008), les mères rapportent une amélioration de leur satisfaction envers leur rôle de parent (sous-échelle du PSOC), un an après l'intervention. L'intervention n'a toutefois pas d'effet sur leur sentiment d'auto-efficacité (sentiment de compétence) (sous-échelle du PSOC).	Satisfaction envers leur rôle de parent	Sentiment de compétence
Leung et collab. (2003) rapportent une plus grande satisfaction par rapport au rôle parental ainsi qu'un plus grand sentiment d'auto-efficacité (sentiment de compétence) chez les mères à la suite de l'intervention (sous-échelles du PSOC).	Satisfaction envers leur rôle de parent Sentiment de compétence	
Des résultats positifs semblables sur l'auto-efficacité (sentiment de compétence) sont rapportés par les mères de l'étude de Gross et collab. (2003) au suivi de un an après l'intervention (échelle TCQ).	Sentiment de compétence	
Stewart-Brown et collab. (2004) ne constatent aucun effet sur le bien-être psychologique général (échelle GHQ, score global) et sur l'estime de soi des parents (sentiment de compétence) (échelle RSE) au suivi de six mois ou de douze mois.		Bien-être général Sentiment de compétence

## Conclusion



Les programmes augmentent la satisfaction parentale des mères et le sentiment de compétence des parents.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les autres indicateurs.

### 3.5 SANTÉ MENTALE DES PARENTS : SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX

Quatre études se sont intéressées aux effets des programmes sur les symptômes dépressifs et anxieux chez les mères ou les deux parents. Une seule étude regarde les effets chez les pères exclusivement (tableau 8).

**Tableau 8** Résumé des effets des programmes sur les symptômes dépressifs et anxieux

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Niccols (2009) fait état d'une réduction des symptômes dépressifs rapportée par les mères, aussi bien à la fin de l'intervention qu'au suivi de un mois (échelle CESD).	Symptômes dépressifs	
Stewart-Brown et collab. (2004) n'observent aucun effet de l'intervention sur les symptômes dépressifs des parents au suivi de six ou de douze mois (sous-échelle du GHQ).		Symptômes dépressifs
L'étude de Hiscock et collab. (2008) ne rapporte aucun effet sur les symptômes dépressifs et anxieux des mères, trois et neuf mois après la fin de l'intervention (sous-échelles du DASS).		Symptômes dépressifs Symptômes anxieux
Heinrichs et collab. (2006) ne rapportent aucun effet de l'intervention sur les symptômes dépressifs et l'anxiété, comme rapporté par les mères en postintervention ainsi qu'au suivi de un an (sous-échelles du DASS).		Symptômes dépressifs Symptômes anxieux
<b>Pères exclusivement</b>		
Heinrichs et collab. (2006) ne rapportent aucun effet sur les symptômes dépressifs et l'anxiété évalués après l'intervention ainsi qu'au suivi de un an (sous-échelles du DASS).		Symptômes dépressifs Symptômes anxieux

**Conclusion sur les symptômes dépressifs et anxieux**

Les programmes n'ont aucun effet sur les symptômes dépressifs ou anxieux des parents.



Les résultats sont insuffisants pour se prononcer pour les pères spécifiquement.



### 3.6 SANTÉ MENTALE DES PARENTS : SOUTIEN SOCIAL ET RELATION CONJUGALE

Une étude a examiné le soutien social chez les parents, alors que trois études se sont intéressées à des aspects de la relation conjugale, soit les conflits entre conjoints en lien avec l'éducation des enfants, la qualité de la relation conjugale et la satisfaction quant à la relation conjugale selon les mères. Deux études analysent les résultats sur la relation conjugale auprès des pères exclusivement (tableau 9) :

**Tableau 9 Résumé des effets des programmes sur le soutien social et la relation conjugale**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Thorell (2009) démontre qu'à la suite de l'intervention, les mères rapportent une diminution de l'isolement social (sous-échelle du PSI adapté).	Isolement social	
Bodenmann et collab. (2008) ne rapportent pas de diminution du nombre de conflits entre conjoints en lien avec l'éducation des enfants, mais une réduction de l'intensité de ces conflits (sous-échelles du PPC). Aucun effet sur la satisfaction conjugale n'est rapporté par les mères (échelle DAS), un an après la fin de l'intervention.	Conflits en lien avec l'éducation	Nombre de conflits en lien avec l'éducation Satisfaction conjugale
Enfin, Heinrichs et collab. (2006) rapportent un effet positif de l'intervention sur la satisfaction conjugale des mères à la suite de l'intervention et au suivi de un an (échelle DAS).	Satisfaction conjugale	
Leung et collab. (2003) constatent que les mères rapportent une diminution des conflits entre parents en ce qui concerne l'éducation des enfants (score global, échelle PPC), mais aucun effet n'est noté sur un indicateur mesurant à la fois la qualité de la relation conjugale et la satisfaction conjugale d'après les mères (échelle RQI).	Conflits en lien avec l'éducation	Qualité de la relation conjugale et satisfaction conjugale
<b>Pères exclusivement</b>		
Heinrichs et collab. (2006) ne rapportent aucun effet de l'intervention sur la perception des pères quant à leur satisfaction conjugale en postintervention et au suivi de un an (échelle DAS).		Satisfaction conjugale
Bodenmann et collab. (2008) ne rapportent aucun effet sur les conflits (nombre et intensité) entre conjoints en lien avec l'éducation des enfants (sous-échelles du PPC) ou sur la qualité de la relation conjugale, d'après les pères, un an après la fin de l'intervention (échelle DAS).		Intensité des conflits en lien avec l'éducation Nombre des conflits en lien avec l'éducation Qualité de la relation conjugale

## Conclusion sur le soutien social et la relation conjugale



Les résultats sur la satisfaction conjugale sont contradictoires.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur le reste des indicateurs liés au soutien social et à la relation conjugale.



### 3.7 COMPORTEMENTS DE L'ENFANT : MESURE GLOBALE

Onze études rapportent des mesures des comportements problématiques selon les deux parents ou les mères. Une étude rapporte les effets d'après les enseignants. Une étude analyse les résultats chez les pères exclusivement (tableau 10).



**Tableau 10 Résumé des effets des programmes sur les comportements problématiques**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Leung et collab. (2003) constatent une réduction globale des comportements problématiques à la suite de l'intervention, d'après les mères (échelle SDQ, score global). Ils constatent également une diminution du nombre de comportements problématiques et de leur fréquence immédiatement à la suite de l'intervention, d'après les mères (sous-échelles ECBI). De plus, elles rapportent une diminution du nombre de comportements problématiques de leur enfant au cours d'une période de 24 heures (échelle PDR).	Comportements problématiques Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques Nombre de comportements problématiques	
Niccols (2009) constate que l'intervention réduit les comportements problématiques au suivi de un mois, selon les mères, mais cet effet n'est pas observé immédiatement à la fin de l'intervention (échelle ECBI, score global). Un effet bénéfique est également rapporté sur la fréquence des comportements positifs de l'enfant ainsi que sur le ratio de conformité aux demandes de leur mère, mais pas sur la fréquence de comportements négatifs (problématiques), immédiatement après l'intervention et au suivi de un mois (mesure d'observation).	Comportements problématiques Fréquence des comportements positifs de l'enfant Conformité aux demandes	Fréquence des comportements problématiques
Thorell (2009) rapporte une diminution de la sévérité des comportements problématiques des enfants lors de situations de routine (échelle HSQ) ainsi qu'une diminution globale des problèmes de conduite (comportements problématiques) selon une autre mesure (sous-échelle du SDQ) immédiatement après l'intervention. Dans les deux cas, il s'agit de mesures remplies par les mères.	Sévérité des comportements problématiques Comportements problématiques	

**Tableau 10 Résumé des effets des programmes sur les comportements problématiques (suite)**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Stewart-Brown et collab. (2004) indiquent qu'au suivi de six mois, les enfants dont les parents participaient à l'intervention réduisent la fréquence, mais pas le nombre de leurs comportements problématiques. Au suivi de douze mois, il n'y a plus de différence entre les groupes d'après les parents (sous-échelles ECBI). De plus, les auteurs ne rapportent aucun effet sur les comportements problématiques d'après une mesure globale (échelle SDQ).	Fréquence des comportements problématiques	Nombre de comportements problématiques Comportements problématiques
Sutton (1992) rapporte une diminution des comportements problématiques selon une mesure globale (échelle CBQ adaptée) et une mesure de sévérité des comportements problématiques lors de routines quotidiennes (échelle HSQ), comme cela est rapporté par les mères à la suite de l'intervention. Par contre, ces dernières ne rapportent aucun effet de l'intervention sur des mesures développées par l'auteure qui permettent d'évaluer la conformité de l'enfant aux directives du parent (mesure de conformité).	Comportements problématiques Sévérité des comportements problématiques	Conformité aux demandes
Hahlweg et collab. (2010) ne rapportent aucun effet de l'intervention sur la fréquence des comportements positifs ou négatifs (problématiques) des enfants d'après des observations d'interactions mère-enfant effectuées lors du suivi de un an (sous-échelles FOS-R-111).		Fréquence des comportements positifs Fréquence des comportements problématiques
Nicholson et collab. (1998) montrent, qu'immédiatement après l'intervention, les parents participants rapportent une diminution de la fréquence à laquelle les enfants manifestent des comportements problématiques.	Fréquence des comportements problématiques	
Nicholson et collab. (2002) démontrent que l'intervention réduit la fréquence des comportements problématiques immédiatement après l'intervention, comme cela est rapporté par les mères (échelles BSQ et PSC). Toutefois, ils concluent qu'il n'y a pas de diminution du nombre ou de la fréquence des comportements problématiques selon les mères, d'après une autre échelle (sous-échelles ECBI).	Fréquence des comportements problématiques	Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques
Spaccarelli et collab. (1992) rapportent, à la suite de l'intervention, une diminution du nombre et de la fréquence des comportements problématiques selon les mères (sous-échelles ECBI). Ils montrent une diminution de la fréquence et de l'intensité du désagrément causé par les trois comportements problématiques les plus préoccupants de l'enfant selon les mères (échelle PIP).	Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques Fréquence et intensité du désagrément	

**Tableau 10 Résumé des effets des programmes sur les comportements problématiques (suite)**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
<p>Dans l'étude de Bodenmann et collab. (2008), les mères rapportent une diminution du nombre et de la fréquence des comportements problématiques de leur enfant un an après la fin de l'intervention (sous-échelles ECBI).</p>	<p>Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques</p>	
<p>Gross et collab. (2003) indiquent qu'il n'y a pas d'effet de l'intervention sur le nombre et la fréquence des comportements problématiques rapportés par les mères, et ce, à tous moments de mesure confondus (postintervention et suivis de six et douze mois) (sous-échelles ECBI). Les auteurs ont effectué des observations d'interactions parent-enfant en postintervention ainsi que six et douze mois après et ne rapportent aucun effet sur le nombre de comportements problématiques de l'enfant (échelle DPICS).</p>		<p>Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques Nombre de comportements problématiques</p>
<b>Enseignants</b>		
<p>Nicholson et collab. (2002) ne rapportent aucune diminution, à la suite de l'intervention, du nombre ou de la fréquence des comportements problématiques selon les enseignants (sous-échelles ECBI, version pour les enseignants).</p>		<p>Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques</p>
<b>Pères exclusivement</b>		
<p>D'après Bodenmann et collab. (2008), les pères ne rapportent pas de changement sur le nombre ou sur la fréquence des comportements problématiques chez leur enfant, un an après la fin de l'intervention (sous-échelles ECBI).</p>		<p>Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques</p>

**Conclusion sur le comportement global de l'enfant**

Globalement, les programmes réduisent les comportements problématiques des enfants. On relève notamment une réduction de leur fréquence et de leur sévérité.

Par contre, les résultats sont contradictoires en ce qui concerne le nombre de comportements problématiques, la fréquence des comportements positifs et la conformité aux directives.



Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur la fréquence et l'intensité du désagrément causé par le comportement de l'enfant.

Par ailleurs, les résultats portant sur les pères spécifiquement et sur les enseignants sont également insuffisants pour se prononcer sur les effets perçus par ceux-ci.



### 3.8 COMPOTEMENTS DE L'ENFANT : INTÉRIORISÉS ET EXTÉRIORISÉS

Six études se prononcent sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants d'après les deux parents ou les mères. Une étude analyse les résultats d'après les perceptions des pères exclusivement et une étude se penche sur les perceptions des enseignants (tableau 11).

**Tableau 11 Résumé des effets des programmes sur les comportements intériorisés et extériorisés**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Hahlweg et collab. (2010) rapportent une diminution des comportements extériorisés et intériorisés des enfants d'après les mères, deux ans après le début de l'intervention (sous-échelles CBCL).	Comportements extériorisés Comportements intériorisés	
Hiscock et collab. (2008) ne rapportent aucun effet sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants, comme cela est rapporté par les mères aux suivis de trois et neuf mois (sous-échelles CBCL).		Comportements intériorisés Comportements extériorisés
Leung et collab. (2003) observent, immédiatement après l'intervention, une réduction des problèmes affectifs (comportements intériorisés) et de l'hyperactivité/inattention (comportements extériorisés), comme cela est rapporté par les mères (sous-échelles SDQ).	Comportements intériorisés Comportements extériorisés	
Stewart-Brown et collab. (2004) constatent un effet de l'intervention sur l'hyperactivité/inattention (comportements extériorisés) aux suivis de six mois, mais non sur les problèmes affectifs (comportements intériorisés). Au suivi de douze mois, aucun effet n'est observé par les parents sur les deux indicateurs (sous-échelles du SDQ).	Comportements extériorisés	Comportements intériorisés

**Tableau 11 Résumé des effets des programmes sur les comportements intériorisés et extériorisés (suite)**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Thorell (2009) relève, pour sa part, une réduction des comportements extériorisés, spécifiquement d'opposition et d'hyperactivité, à la suite de l'intervention selon les mères. Par contre, l'intervention n'a aucun effet sur un autre comportement extériorisé, l'inattention (questionnaire maison basé sur les critères du DSM).	Comportements extériorisés	Comportements extériorisés
Bradley et collab. (2003) rapportent une diminution de l'hyperactivité/inattention (comportements extériorisés), mais aucun effet sur l'hostilité/agressivité (extériorisé) ou sur l'anxiété (intériorisé) d'après les mères (sous-échelles du PBQ).	Comportements extériorisés	Comportements extériorisés Comportements intériorisés
<b>Enseignants</b>		
Selon Hahlweg (2010), aucun effet de l'intervention sur les comportements extériorisés et intériorisés n'est relevé par les enseignants des enfants au suivi de un an (sous-échelles CBCL, version pour les enseignants).		Comportements extériorisés Comportements intériorisés
<b>Pères exclusivement</b>		
Hahlweg et collab. (2010) ne rapportent pas d'effet sur les comportements extériorisés ou intériorisés des enfants pendant la période de deux ans suivant l'intervention (sous-échelles CBCL).		Comportements extériorisés Comportements intériorisés

**Conclusion sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants**



Les programmes permettent de réduire les comportements extériorisés. Par contre, les résultats sur les comportements intériorisés sont contradictoires.

Les résultats sur les enseignants et les pères sont insuffisants pour se prononcer.

### 3.9 COMPOTEMENTS DE L'ENFANT : RELATION AVEC LES PAIRS

Trois études se prononcent également sur certains aspects plus spécifiques du comportement des enfants ou des aspects connexes de leur fonctionnement, selon les mères ou les parents. Aucune étude ne rapporte de résultats sur les pères exclusivement (tableau 12).

**Tableau 12 Résumé des effets des programmes sur les relations avec les pairs**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Leung et collab. (2003) ne rapportent aucune augmentation des comportements prosociaux selon les mères (sous-échelle SDQ).		Comportements prosociaux
Thorell (2009) ne rapporte aucun effet de l'intervention sur les comportements prosociaux ou sur les problèmes avec les pairs, d'après une mesure remplie par les mères (sous-échelles du SDQ).		Comportements prosociaux Problèmes avec les pairs
Stewart-Brown et collab. (2004) ne rapportent aucun effet selon les parents sur les comportements prosociaux ou sur les problèmes avec les pairs aux suivis de six et douze mois (sous-échelles du SDQ).		Comportements prosociaux Problèmes avec les pairs

#### Conclusion sur la relation avec les pairs

Les programmes n'ont aucun effet sur les comportements prosociaux ou les problèmes avec les pairs, d'après les mères et les parents.

### 3.10 RÉSUMÉ DES RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Les résultats des études indiquent un **effet significatif** des programmes sur :

- l'augmentation des pratiques parentales positives;
- la diminution globale de comportements liés aux styles parentaux négatifs et la diminution d'un de ces comportements mesuré isolément : la surréactivité;
- la diminution de la discipline coercitive;
- l'augmentation de la satisfaction parentale;
- l'augmentation du sentiment de compétence parentale;
- la diminution des comportements problématiques chez l'enfant (mesure globale);
- la diminution de la fréquence des comportements problématiques chez l'enfant;
- la diminution de la sévérité des comportements problématiques chez l'enfant;

- la diminution des comportements extériorisés chez l'enfant.

Les résultats des études indiquent l'**absence d'effet** sur :

- un des comportements liés aux styles parentaux négatifs mesuré isolément : la permissivité;
- le stress global des parents;
- le stress des parents lié aux caractéristiques de l'enfant;
- les symptômes dépressifs ou anxieux des parents;
- les comportements prosociaux des enfants;
- les problèmes des enfants avec les pairs.

Les résultats des études indiquent des **effets contradictoires** sur :

- la diminution des pratiques parentales négatives;
- les attentes excessives envers l'enfant;
- La détresse parentale;
- le stress lié aux interactions dysfonctionnelles entre le parent et l'enfant;
- le nombre de comportements problématiques de l'enfant;
- la fréquence des comportements positifs de l'enfant;
- le degré de conformité de l'enfant aux demandes des parents;
- les comportements intériorisés de l'enfant;
- la satisfaction conjugale.

Après de la population générale, les programmes ont un effet bénéfique sur l'augmentation des pratiques parentales positives, la diminution de comportements liés aux styles parentaux négatifs et la discipline coercitive, ainsi que sur le sentiment de compétence et la satisfaction parentale. Par contre, les résultats tendent à être non concluants ou contradictoires en ce qui concerne la santé mentale des parents (symptômes dépressifs et anxieux, différents types de stress).

Chez les enfants, les programmes réduisent les comportements problématiques de façon globale ainsi que certains comportements spécifiques.

Ainsi, même si les programmes n'agissent pas sur tous les indicateurs, les participants (majoritairement des mères) perçoivent que les programmes ont plusieurs effets bénéfiques sur leurs propres pratiques et sur les comportements de leur enfant.



## 4 RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS AYANT DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

Six études ont évalué l'efficacité d'interventions visant les parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement d'après un score au-delà du seuil clinique obtenu à une échelle de mesure du comportement. Cinq études portent sur le programme *Incredible Years*<sup>91</sup> et une étude porte sur le programme *Triple P*<sup>92</sup>. Quatre des six études ont été menées par des chercheurs autres que ceux qui ont conçu le programme. Chaque étude possède ses particularités (pour plus de détails pour chacune des études, consulter l'annexe 4) :

- Gardner et collab. (2006) évaluent le programme *Incredible Years* dans un contexte de services communautaires et bénévoles, auprès de parents défavorisés dont les enfants sont âgés de deux à neuf ans;
- Gross et collab. (1995) s'attardent au bien-être des parents d'enfants âgés de deux ans comme facteur médiateur de l'efficacité de l'intervention *Incredible Years*;
- Hutchings et collab. (2007) mesurent l'efficacité du programme *Incredible Years* auprès de parents défavorisés dont les enfants sont âgés de trois ou quatre ans;
- Taylor et collab. (1998) évaluent le programme *Incredible Years* auprès de mères d'enfants âgés de trois à huit ans, dans le cadre d'un centre de services spécialisés en santé mentale;
- Webster-Stratton et Herman (2008) s'intéressent à l'efficacité de l'intervention *Incredible Years* auprès de parents pour réduire les symptômes dépressifs et anxieux des enfants âgés de trois à huit ans;
- Wiggins et collab. (2009) se sont penchés sur l'efficacité du programme *Triple P* adapté à une population à risque de maltraitance auprès de parents d'enfants âgés de quatre à dix ans, pour promouvoir une relation parent-enfant positive.

---



<sup>91</sup> Conçu par Webster-Stratton (1998).

<sup>92</sup> Conçu par Sanders (1999).

#### 4.1 PRATIQUES PARENTALES POSITIVES

Trois études se prononcent sur cet aspect chez les deux parents ou les mères. Une étude analyse les résultats pour les pères exclusivement (tableau 13) :

**Tableau 13 Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales positives**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Hutchings et collab. (2007), au suivi de trois mois, montrent que les parents font usage de plus de pratiques positives (sous-échelle DPICS).	Pratiques positives	
Gross et collab. (1995) ont observé les mères (sous-échelles DPICS) et constatent, trois mois après l'intervention, une augmentation des encouragements (pratiques positives). L'intervention n'a toutefois pas d'effet sur les pratiques positives non verbales (pratiques positives).	Pratiques positives	Pratiques positives
Gardner et collab. (2006), au suivi de six mois, rapportent, à partir d'une mesure d'observation du comportement que les parents manifestent plus de pratiques positives (ex. : encouragements, jouer avec l'enfant).	Pratiques positives	
<b>Pères exclusivement</b>		
Gross et collab. (1995) ont observé les pères (sous-échelles DPICS) et ne constatent aucun effet de l'intervention sur les encouragements (pratiques positives) et sur les pratiques positives non verbales au suivi de trois mois.		Pratiques positives Pratiques positives

#### Conclusion sur les pratiques parentales positives



Les programmes augmentent les pratiques parentales positives.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les effets perçus par les pères spécifiquement.

## 4.2 PRATIQUES PARENTALES NÉGATIVES



Quatre études se prononcent sur cet aspect pour les parents et les mères. Une étude analyse les résultats chez les pères exclusivement (tableau 14) :

**Tableau 14 Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales négatives**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Gardner et collab. (2006), au suivi de six mois, constatent que les parents manifestent moins de pratiques négatives en général (ex. : donner des ordres, menacer, frapper ou crier après l'enfant) d'après une mesure d'observation. Ils font également état d'une diminution des comportements liés à des styles parentaux négatifs (échelle PS, score global).	Pratiques négatives Styles parentaux négatifs	
Hutchings et collab. (2007) ne révèlent pas d'effet sur les critiques des parents envers l'enfant (pratiques négatives) au suivi de trois mois (sous-échelle du DPICS). Selon une autre mesure, toutefois, les parents notent une diminution des comportements liés à des styles parentaux négatifs (échelle PS, score global).	Styles parentaux négatifs	Pratiques négatives
Gross et collab. (1995) ont effectué des observations d'interactions parent-enfant trois mois après l'intervention et constatent une réduction des critiques des mères envers l'enfant (pratiques négatives) (sous-échelles DPICS). Selon le même instrument, l'intervention n'a toutefois pas d'effet sur la fréquence des ordres donnés à l'enfant (pratiques négatives) ou sur ses pratiques physiques négatives (ex. : retenir l'enfant de force).	Pratiques négatives	Pratiques négatives Pratiques négatives
Wiggins et collab. (2009) indiquent que les parents rapportent, au suivi de trois mois, une baisse significative de comportements liés à des styles parentaux négatifs (les trois sous-échelles du PS, permissivité, verbosité, surréactivité*). De plus, ils attribuent moins de causes négatives (ex. : blâme et intentionnel) au comportement de leur enfant au suivi de trois mois. L'intervention n'a toutefois pas d'effets sur les autres styles d'attribution mesurés par cette échelle (attribution du comportement à des causes internes ou stables) (sous-échelles du PACB).	Styles parentaux négatifs Style d'attribution (blâme et intentionnel)	Style d'attribution (interne) Style d'attribution (stable)

\* Lorsque des effets significatifs sur les trois sous-échelles de l'instrument sont observés, nous concluons qu'il y a un effet sur l'ensemble des comportements liés aux styles parentaux négatifs.

**Tableau 14 Résumé des effets des programmes sur les pratiques parentales négatives (suite)**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Pères exclusivement</b>		
Gross et collab. (1995) ont effectué des observations d'interactions parent-enfant trois mois après l'intervention et ne constatent aucune réduction des critiques envers l'enfant, de la fréquence des ordres donnés à l'enfant ou des pratiques physiques négatives (pratiques négatives) (sous-échelles du DPICS).		Pratiques négatives Pratiques négatives Pratiques négatives

**Conclusion sur les pratiques parentales négatives**

La participation aux programmes diminue les comportements liés aux styles parentaux négatifs.



Les résultats sont contradictoires en ce qui concerne les pratiques parentales négatives.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les styles d'attribution quant au comportement des enfants et les effets perçus par les pères.

### 4.3 SANTÉ MENTALE DES PARENTS : STRESS PARENTAL

Deux études se prononcent sur le stress parental chez les mères et les parents. Une étude se prononce sur les effets chez les pères exclusivement (tableau 15) :

**Tableau 15 Résumé des effets des programmes sur le stress parental**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Hutchings et collab. (2007) rapportent que, d'après les parents, l'intervention réduit le stress parental au suivi de trois mois (échelle PSI version courte, score global).	Stress global	
Selon Gross et collab. (1995), les mères rapportent vivre moins de stress lié aux caractéristiques parentales (détresse) trois mois après l'intervention (échelle PSI version longue, domaine parent). Cependant, ces auteurs ne rapportent pas d'effet de l'intervention sur le stress des mères lié aux caractéristiques de l'enfant (ex. : exigences, humeur, capacité d'adaptation), (échelle PSI version longue, domaine enfant).	Détresse	Stress lié aux caractéristiques de l'enfant.
<b>Pères exclusivement</b>		
Selon Gross et collab. (1995), les pères ne constatent aucun effet de l'intervention sur leur stress lié aux caractéristiques parentales (détresse) ou aux caractéristiques de l'enfant (échelle PSI version longue, domaines parent et enfant), trois mois après l'intervention.		Détresse Stress lié aux caractéristiques de l'enfant.



#### Conclusion sur le stress parental

Les résultats des études sont insuffisants pour se prononcer sur ces indicateurs.

#### 4.4 SANTÉ MENTALE DES PARENTS : BIEN-ÊTRE ASSOCIÉ AU RÔLE DE PARENT

Quatre études se prononcent sur différents aspects du bien-être associé au rôle de parent, selon les mères ou les deux parents. Une étude porte sur les pères exclusivement (tableau 16) :

**Tableau 16 Résumé des effets des programmes sur le bien-être associé au rôle de parent**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Webster-Stratton et Herman (2008) ont examiné les effets de l'intervention sur plusieurs aspects du rôle parental, soit le sentiment de compétence parentale, le lien affectif et le sentiment d'être restreint par son rôle de parent (échelle PSI version longue, sous-échelles). À la fin de l'intervention, les mères rapportent une amélioration sur ces trois plans.	Sentiment de compétence Restrictions liées au rôle parental Lien affectif	
Selon Gross et collab. (1995), les résultats révèlent un effet sur le sentiment d'auto-efficacité (sentiment de compétence) des mères au moment du suivi de trois mois (échelle TCQ).	Sentiment de compétence	
Gardner et collab. (2006) font état d'un effet bénéfique de l'intervention sur le sentiment d'auto-efficacité (compétence), mais pas sur la satisfaction par rapport au rôle de parent, comme rapporté par les parents au suivi de six mois (échelle PSOC).	Sentiment de compétence	Satisfaction envers le rôle de parent
Wiggins et collab. (2009) indiquent que les parents rapportent une amélioration de leur confiance en lien avec leur rôle parental (sentiment de compétence) et du lien affectif envers l'enfant et de leur implication, mais aucun effet n'est rapporté sur la frustration face à la relation, trois mois après l'intervention (sous-échelles du PRQ).	Sentiment de compétence Lien affectif Implication	Frustration
<b>Pères exclusivement</b>		
Selon Gross et collab. (1995), les pères ne perçoivent aucun impact de l'intervention sur leur sentiment d'auto-efficacité (sentiment de compétence), au moment du suivi de trois mois (échelle TCQ).		Sentiment de compétence

#### Conclusion sur le bien-être associé aux rôles de parent



Les programmes augmentent le sentiment de compétence des parents et le lien affectif envers l'enfant.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les autres indicateurs (restriction au rôle parental, satisfaction envers rôle de parent, implication et frustration) et sur les effets chez les pères spécifiquement.

#### 4.5 SANTÉ MENTALE DES PARENTS : SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

Quatre études se prononcent sur les symptômes dépressifs des mères ou des parents. Une étude porte sur les effets auprès des pères exclusivement (tableau 17) :

**Tableau 17 Résumé des effets des programmes sur les symptômes dépressifs**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Taylor et collab. (1998) révèlent que les mères ne rapportent pas de diminution des symptômes dépressifs au suivi de un mois (échelle BDI).		Symptômes dépressifs
Gross et collab. (1995) ne rapportent aucun effet non plus sur les symptômes dépressifs des mères, trois mois après l'intervention (échelle CESD).		Symptômes dépressifs
Gardner et collab. (2006) ne rapportent aucun effet sur les symptômes dépressifs des parents au suivi de six mois (échelle BDI).		Symptômes dépressifs
Hutchings et collab. (2007) rapportent une réduction des symptômes dépressifs chez les parents, au suivi de trois mois (échelle BDI).	Symptômes dépressifs	
<b>Pères exclusivement</b>		
Gross et collab. (1995) ne rapportent aucun effet sur les symptômes dépressifs des pères, au suivi de trois mois (échelle CESD).		Symptômes dépressifs

#### Conclusion sur les symptômes dépressifs



Les programmes n'ont aucun effet sur les symptômes dépressifs des mères ou des parents.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les effets chez les pères spécifiquement.

#### 4.6 SANTÉ MENTALE DES PARENTS : SOUTIEN SOCIAL ET RELATION CONJUGALE

Une seule étude se prononce sur le soutien social et sur la satisfaction conjugale d'après les mères. Aucune étude ne porte sur les deux parents ou sur les pères exclusivement (tableau 18) :

**Tableau 18 Résumé des effets des programmes sur le soutien social et la relation conjugale**

Détails des études	Effet 	Effet 
Taylor et collab. (1998) ne rapportent aucun effet de l'intervention sur le soutien social ( <i>Support Scale</i> ) ou sur la satisfaction conjugale (échelle DAS), comme perçu par les mères au suivi de un mois.		Soutien social Satisfaction conjugale

#### Conclusion sur le soutien social et la relation conjugale



Les résultats des études sont insuffisants pour se prononcer sur les effets sur le soutien social et la satisfaction conjugale.





#### 4.7 COMPORTEMENTS DE L'ENFANT : MESURES GLOBALES

Quatre études incluent des mesures globales du comportement de l'enfant. Une étude analyse les perceptions des pères exclusivement (tableau 19) :

**Tableau 19 Résumé des effets des programmes sur les comportements problématiques**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Taylor et collab. (1998) observent une diminution, immédiatement après l'intervention, du nombre et de la fréquence des comportements problématiques rapportés par les mères (sous-échelles ECBI). Par contre, aucun effet n'est relevé d'après une deuxième mesure remplie par la mère portant sur le nombre de comportements problématiques au cours des dernières 24 heures (échelle PDR).	Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques	Nombre de comportements problématiques
Hutchings et collab. (2007) rapportent une diminution du nombre et de la fréquence des comportements problématiques (sous-échelles ECBI), d'après les parents, trois mois après l'intervention. Par contre, selon une autre mesure remplie par les parents, l'intervention n'a aucun effet global sur les comportements problématiques (échelle SDQ). De plus, des observations indépendantes n'indiquent aucun effet sur le nombre de comportements problématiques (échelle DPICS).	Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques	Comportements problématiques Nombre de comportements problématiques
Selon Gross et collab. (1995) les mères ne rapportent pas de diminution du nombre de comportements problématiques ni de leur fréquence au suivi de trois mois (sous-échelles ECBI).		Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques
Gardner et collab. (2006) rapportent une amélioration du nombre et de la fréquence des comportements problématiques au suivi de six mois, d'après les parents (sous-échelles ECBI). De plus, des observations indépendantes effectuées au même moment font également état d'une diminution du nombre des comportements problématiques (mesure d'observation).	Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques Nombre de comportements problématiques	

**Tableau 19 Résumé des effets des programmes sur les comportements problématiques (suite)**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Pères exclusivement</b>		
Selon Gross et collab. (1995), les pères ne rapportent pas de diminution du nombre de comportements problématiques ni de leur fréquence au suivi de trois mois (échelle ECBI).		Nombre de comportements problématiques Fréquence des comportements problématiques

**Conclusion sur le comportement global de l'enfant**

Les programmes réduisent la fréquence des comportements problématiques des enfants.



Les résultats sur le nombre de comportements problématiques sont contradictoires.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les mesures globales du comportement problématique et sur les impressions des pères spécifiquement.



#### 4.8 COMPORTEMENTS DE L'ENFANT : INTÉRIORISÉS OU EXTÉRIORISÉS

Quatre études incluent des mesures de comportements intériorisés ou extériorisés des enfants. Une étude se penche sur les perceptions des enseignants et une étude analyse les résultats pour les pères exclusivement (tableau 20).

**Tableau 20** Résumé des effets des programmes sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Deux parents et mères</b>		
Immédiatement après l'intervention de Webster-Stratton et Herman (2008), les mères rapportent une diminution des comportements intériorisés (échelle CBCL). Les effets sur les comportements extériorisés ne sont pas examinés dans cette étude. Par ailleurs, d'après un autre instrument de mesure des symptômes dépressifs (comportements intériorisés) de l'enfant, ceux-ci diminuent à la suite de l'intervention (échelle PSI version longue).	Comportements intériorisés Comportements intériorisés	
L'étude de Taylor et collab. (1998) ne révèle aucun effet sur les comportements intériorisés ou extériorisés des enfants, immédiatement à la suite de l'intervention, d'après les mères (échelle CBCL).		Comportements intériorisés Comportements extériorisés
Les résultats de Wiggins et collab. (2009) démontrent que les parents qui ont participé à l'intervention rapportent, au suivi de trois mois, une baisse des comportements extériorisés chez leur enfant. Toutefois, l'intervention n'a pas d'effet sur les comportements intériorisés (échelle CBCL).	Comportements extériorisés	Comportements intériorisés
L'étude de Hutchings et collab. (2007) indique que l'intervention réduit les symptômes d'hyperactivité (comportements extériorisés) (échelle Connors et sous-échelle du SDQ) et améliore le contrôle de soi (comportements extériorisés) des enfants au suivi de trois mois (échelle Kendall SCRS), d'après les parents.	Comportements extériorisés Comportements extériorisés	
<b>Enseignants</b>		
L'étude de Taylor et collab. (1998) ne révèle aucun effet sur les symptômes intériorisés ou extériorisés des enfants, immédiatement à la suite de l'intervention, d'après les enseignants (échelle CBCL-TRF).		Comportements intériorisés Comportements extériorisés

**Tableau 20 Résumé des effets des programmes sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants (suite)**

Détails des études	Effet 	Effet 
<b>Pères exclusivement</b>		
Webster-Stratton et Herman (2008) ne rapportent pas d'effet en lien avec les symptômes intériorisés. Par ailleurs, d'après un autre instrument de mesure des symptômes dépressifs (comportements intériorisés) de l'enfant, ceux-ci ne diminuent pas à la suite de l'intervention (échelle PSI version longue).		Comportements intériorisés Comportements intériorisés

### Conclusion sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants

Les résultats révèlent un effet sur les comportements extériorisés et sont contradictoires pour les comportements intériorisés, d'après les mères et les deux parents.

Les résultats sont insuffisants pour se prononcer sur les effets selon les enseignants et les pères.

## 4.9 RÉSUMÉ DES RÉSULTATS SUR L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS AYANT DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT

Les résultats des études indiquent un **effet significatif** sur :

- l'augmentation des pratiques parentales positives;
- la diminution des comportements liés aux styles parentaux (surréactivité, verbosité et permissivité);
- l'augmentation du sentiment de compétence des parents;
- le lien affectif avec l'enfant
- la diminution de la fréquence des comportements problématiques des enfants;
- les comportements extériorisés des enfants.

Les résultats des études indiquent **l'absence d'effet** sur :

- les symptômes dépressifs des mères.

Les résultats des études indiquent des **effets contradictoires** sur :

- les pratiques parentales négatives;
- les comportements intériorisés des enfants;
- la diminution du nombre de comportements problématiques des enfants.

Ces résultats obtenus auprès d'une clientèle composée de parents dont les enfants ont un problème de comportement sont comparables à ceux obtenus auprès de la population générale, en ce qui concerne leur effet bénéfique sur certaines pratiques parentales et certains aspects du comportement des enfants. Étant donné que le nombre d'études est plus restreint que dans la section précédente, moins d'indicateurs ont été examinés.



## 5 CONDITIONS DE SUCCÈS DES PROGRAMMES

Cette section présente d'abord quelques considérations sur les conditions de succès des programmes, puis la méthodologie employée pour identifier les études pertinentes. Par la suite, les conditions qui s'appliquent à une large gamme de programmes de prévention et de soutien parental sont présentées. Viennent ensuite celles associées plus directement aux programmes de formation aux habiletés parentales.

### 5.1 QU'EST-CE QU'UNE CONDITION DE SUCCÈS?

Dans le cadre du présent avis, une condition de succès renvoie à une composante de programme qui est associée à des effets plus importants chez le parent ou chez l'enfant<sup>93</sup>. Cette composante peut être liée aux caractéristiques du programme (ex. : nombre de rencontres, formation des animateurs) ou au contenu de l'intervention (ex. : cibler les habiletés de communication des émotions ou le développement de l'enfant).

Les conditions de succès d'un programme se distinguent de celles reliées à son implantation qui sont plus particulièrement liées au contexte où le programme est déployé.

### 5.2 POURQUOI IDENTIFIER DES CONDITIONS DE SUCCÈS?

Identifier les composantes qui contribuent à l'efficacité des programmes constitue une étape essentielle qui permet d'obtenir de meilleurs résultats<sup>94</sup> de deux façons différentes : soit en orientant le choix vers un programme plutôt qu'un autre, en fonction des conditions de succès qu'ils réunissent, soit en raffinant un programme en incluant ou en bonifiant des composantes pour augmenter le nombre de conditions de succès présentes. Connaître les conditions de succès d'un programme permet en quelque sorte de mettre l'accent sur les ingrédients actifs associés à sa réussite.

### 5.3 MÉTHODOLOGIE

#### 5.3.1 Recherche documentaire

Au cours de l'automne 2010, des recherches permettant d'identifier les ouvrages pertinents ont été effectuées dans les bases de données PsycInfo, Medline, Eric, All EBM Review ainsi que dans le moteur de recherche Google Scholar. Les principaux mots-clés utilisés étaient une combinaison des termes suivants :

- *Parent group program, intervention, education, training, support,*
- *Effectiveness, efficacy, success condition, component, successful outcome, moderator, mediator,*
- *Child behavior, behavior problem.*

Une nouvelle recherche utilisant les mêmes mots clés a été refaite à l'automne 2011 afin de s'assurer d'inclure les publications récentes.

---

<sup>93</sup> Centers for Disease Control and Prevention (2009).

<sup>94</sup> Kaminski et collab. (2008).

Les ouvrages retenus présentent les critères suivants :

- Traiter des conditions de succès des programmes de soutien parental ou plus spécifiquement des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe;
- Être une méta-analyse, une revue systématique ou une revue de littérature;
- Avoir été publié après 1990.

Douze sources ont été retenues : deux ouvrages portent sur les conditions générales de succès liées aux programmes de prévention et de soutien parental; dix ouvrages portent exclusivement sur les groupes de formation aux habiletés parentales ou, plus largement, de programmes de soutien aux parents (interventions individuelles et de groupes). Lors de la présentation des résultats, le type de programme est précisé.

### 5.3.2 Présentation des résultats

La recherche documentaire a permis d'identifier dans la littérature des conditions générales de succès liées aux programmes de prévention et de soutien parental de différents types (visites à domicile, groupes de parents, thérapie familiale, etc.) ainsi que des conditions plus spécifiques liées aux programmes de formation aux habiletés parentales.

Les premières ont été répertoriées dans le but d'obtenir un portrait général des connaissances reliées aux conditions de succès des programmes de prévention pour les parents et les enfants.

Pour les deuxièmes, une analyse du sens de l'association entre les conditions de succès/variables répertoriées et les effets des programmes a été réalisée dans le but d'identifier celles associées aux succès des programmes de formation aux habiletés parentales.

Le sens de l'association/variables entre chacune des conditions de succès répertoriées et ses effets sur les programmes est présenté en utilisant les symboles du tableau 21.

**Tableau 21 Sens de l'association entre la condition de succès et ses effets sur le programme**

Symbole	Sens de l'association	Explication
+	Association positive entre la variable et les effets	Les résultats des études révèlent que les effets escomptés de l'intervention sont améliorés en présence de cette variable.
∅	Association négative entre la variable et les effets	Les résultats des études révèlent que les effets escomptés de l'intervention ne sont pas influencés par la présence de cette variable.
?	Association contradictoire entre la variable et les effets	Les résultats des études sont contradictoires quant au lien entre les effets escomptés de l'intervention et la présence de cette variable.



## 5.4 RÉSULTATS SUR LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION OU DE SOUTIEN PARENTAL

Plusieurs conditions de succès générales ont été identifiées dans la littérature scientifique. Elles concernent les programmes de prévention et les programmes de soutien parental qui incluent les visites à domicile, les groupes de parents, le soutien entre pairs et la thérapie familiale (tableau 22). Ces programmes peuvent cibler uniquement les parents ou les parents et l'enfant, de la naissance à 19 ans<sup>95</sup>.

**Tableau 22 Conditions de succès liées aux programmes de prévention et de soutien parental**

<b>Conditions de succès des programmes de prévention*</b>
Un programme basé sur un cadre conceptuel qui s'appuie sur des facteurs de risque et de protection.
Un programme complet qui emploie différentes approches pour cibler les facteurs de risque et de protection.
Un programme adapté au stade de développement des enfants visés et proposé tôt dans la vie de l'enfant pour avoir un effet bénéfique sur les problèmes futurs.
Le personnel chargé d'offrir le programme est formé, et des efforts sont déployés pour s'assurer que le programme implanté est fidèle à sa conception et que les participants reçoivent l'intensité requise.
Un programme qui repose sur des méthodes variées et interactives pour faciliter l'acquisition des habiletés (ex. : les extraits audiovisuels, les jeux de rôles et les exercices pratiques sont plus efficaces que les présentations didactiques).
Un programme qui tient compte des différences culturelles.
<b>Conditions de succès des programmes de soutien parental<sup>†</sup></b>
Les interventions possèdent des assises théoriques solides ainsi qu'un modèle explicatif des mécanismes de changement.
Les interventions incluent des objectifs mesurables et concrets.
Les interventions se soucient du recrutement, du maintien et de l'engagement des parents.
Les interventions reposent sur des composantes multiples, c'est-à-dire l'utilisation de méthodes variées.
Un programme qui est appliqué fidèlement, c'est-à-dire tel qu'il est conçu au départ.

\* Giesen et collab. (2007).

† Moran et collab. (2004).

<sup>95</sup> Moran et collab. (2004).

**Tableau 22 Conditions de succès liées aux programmes de prévention et de soutien parental (suite)**

<b>Conditions de succès des programmes de soutien parental</b>
Les interventions sont offertes par du personnel formé et compétent qui reçoit un soutien adéquat.
Les interventions de longue durée, qui incluent des séances de suivi, sont efficaces pour aborder les problèmes plus sévères ou pour intervenir auprès des parents plus à risque.
Les interventions qui, en plus de proposer de l'information et des conseils aux parents pour accroître les connaissances sur le développement, favorisent le changement de certains comportements.
Les interventions d'approche comportementale qui offrent des stratégies concrètes à appliquer à la maison sont efficaces pour changer des comportements plus complexes chez les parents et ont un impact sur le comportement de l'enfant.

## **5.5 RÉSULTATS SUR LES CONDITIONS DE SUCCÈS DES PROGRAMMES DE FORMATION AUX HABILITÉS PARENTALES EN GROUPE OU EN INDIVIDUEL**

Des conditions de succès plus spécifiques ont aussi été identifiées. Elles concernent soit exclusivement des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe, soit des programmes d'habiletés parentales en groupe ou en individuel sans faire de distinction. Ces conditions sont présentées ici avec le résultat de l'analyse du sens de leur association avec les effets des programmes.

### **Favoriser la durée de l'intervention**

**Lien : +**

La méta-analyse de Barlow et collab.<sup>96</sup> réalisée à partir de 8 études (dont 7 ont été retenues aux fins d'analyse dans cet avis) examine si les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe (entre 4 et 12 semaines) ont une influence sur l'adaptation émotionnelle et comportementale des enfants de moins de 3 ans. Selon les auteurs, les résultats, bien que très limités, suggèrent que les interventions plus longues (au moins 10 semaines) sont plus bénéfiques que les interventions plus courtes.

Dans le même sens, la synthèse de Moran et collab.<sup>97</sup> sur les interventions de soutien parental (dont des interventions de groupe et de la thérapie rationnelle-cognitive visant la santé mentale du parent) conclut que les programmes plus efficaces durent un minimum de 8 à 12 semaines. Pour ce qui est des programmes d'éducation de type cognitif en groupe ou en individuel (centré sur la communication efficace, les émotions et l'écoute active), les programmes les moins efficaces ont tendance à être limités dans le temps.

<sup>96</sup> Barlow et collab. (2010).

<sup>97</sup> Moran et collab. (2004).

### **Favoriser la fréquence de l'intervention**

**Lien : +**

D'après une revue systématique de 39 programmes de soutien parental (groupe et individuel), Shulruf<sup>98</sup> rapporte que les interventions qui incluent au moins une rencontre par semaine sont plus susceptibles d'être efficaces que celles de moindre fréquence.

### **Consolider les apprentissages à la maison**

**Lien : +**

La revue systématique de 14 études réalisée par Thomas et collab.<sup>99</sup> permet d'évaluer l'efficacité des groupes animés par des professionnels et destinés aux parents d'enfants âgés de 0 à 6 ans (bien que trois des études traitent de programmes à modalités multiples). La majorité des études incluses ciblait les enfants avec des problèmes de comportement. Les auteurs concluent que les programmes efficaces proposent du matériel pour consolider les apprentissages à la maison.

Les résultats de la méta-analyse de Kaminski et collab.<sup>100</sup> avec 77 programmes de formation aux habiletés parentales (groupe et individuel) pour les parents d'enfants de 0 à 7 ans révèlent que les programmes qui demandent aux parents de pratiquer leurs apprentissages avec leur enfant à la maison entre les séances entraînent de meilleurs résultats que les autres programmes sur le plan des pratiques parentales et de la réduction des comportements extériorisés.

Dans le même sens, Moran et collab.<sup>101</sup>, dans leur synthèse des programmes visant l'acquisition d'habiletés parentales en groupe ou en individuel, concluent que les programmes efficaces sont ceux qui offrent un volet pratique en proposant des exercices à la maison.

### **Utiliser des jeux de rôle, des vignettes ou de la rétroaction vidéo**

**Lien : +**

La revue systématique de 14 études réalisée par Thomas et collab.<sup>102</sup> évalue l'efficacité des groupes animés par des professionnels et destinés aux parents d'enfants âgés de 0 à 6 ans. La majorité des études incluses visait les enfants avec des problèmes de comportement. Les auteurs concluent que les programmes qui proposent l'utilisation des jeux de rôle et de vignettes vidéo sont plus efficaces pour modifier les comportements de l'enfant.

Dans le même sens, selon le rapport synthèse de Sutton et collab.<sup>103</sup>, une des composantes essentielles des programmes comportementaux pour les familles dont les enfants présentent des comportements antisociaux est le fait que les nouvelles pratiques parentales acquises soient mises en pratique au moyen de rétroaction vidéo et de jeux de rôle.

---

<sup>98</sup> Shulruf (2005).

<sup>99</sup> Thomas et collab. (1999).

<sup>100</sup> Kaminski et collab. (2008), Centers for Disease Control and Prevention (2009).

<sup>101</sup> Moran et collab. (2004).

<sup>102</sup> Thomas et collab. (1999).

<sup>103</sup> Sutton et collab. (2004).

### **Utiliser un curriculum précis**

**Lien : Ø**

La méta-analyse de Kaminski et collab.<sup>104</sup>, comprenant 77 programmes de formation aux habiletés parentales (groupe ou individuel) incluant des programmes de prévention et de traitement, révèle que les programmes qui utilisent des guides ou des curriculums standardisés n'obtiennent pas de meilleurs résultats que les autres. Les auteurs expliquent que la qualité du contenu qui compose le curriculum serait possiblement plus importante pour obtenir des effets, que le fait d'avoir ou non un curriculum.

### **Favoriser la formation des animateurs**

**Lien : +**

Moran et collab.<sup>105</sup>, dans leur synthèse des interventions de soutien parental incluant des interventions de groupe et de la thérapie rationnelle-cognitive visant la santé mentale du parent, montre que les programmes efficaces sont ceux dont le personnel possède une formation cohérente avec l'intervention offerte et avec la sévérité des problèmes que l'on cherche à prévenir.

### **Favoriser la participation des deux parents**

**Lien : +**

La synthèse de Kane et collab.<sup>106</sup> identifie les composantes des programmes d'habiletés parentales (groupe ou individuel) que les parents considèrent comme essentielles pour les engager dans le changement de leurs pratiques parentales lorsque leurs enfants présentent des problèmes de comportement. C'est à partir de quatre études qualitatives sur deux programmes (*Family Links Program* et *Incredible Years*) que les auteurs tirent leurs conclusions. Ils font ressortir l'importance de recevoir le soutien du partenaire pour amener des changements dans les pratiques parentales des participants.

### **Mettre en oeuvre un processus collaboratif**

**Lien : +**

La synthèse de Kane et collab.<sup>107</sup> identifie les composantes essentielles selon les parents pour les engager dans un processus de changement. Selon les auteurs, les parents doivent recevoir un soutien sans jugement dans leur processus d'apprentissage et désirent que leurs besoins soient reconnus par les professionnels qui leur offrent du soutien. Pour pouvoir constater des changements, les parents doivent reconnaître le problème chez l'enfant, bien comprendre les conséquences des troubles de conduite, acquérir les connaissances et les compétences pour gérer les comportements de l'enfant et développer leur confiance en leurs capacités.

### **Favoriser l'engagement des participants aux programmes**

**Lien : +**

Moran et collab.<sup>108</sup>, dans leur synthèse des programmes visant l'acquisition d'habiletés parentales en groupe ou en individuel, concluent que les programmes efficaces sont ceux qui se soucient grandement des enjeux liés à l'implantation, c'est-à-dire qui suscitent la participation et l'engagement à long terme des familles.

---

<sup>104</sup> Kaminski et collab. (2008).

<sup>105</sup> Moran et collab. (2004).

<sup>106</sup> Kane et collab. (2007).

<sup>107</sup> Kane et collab. (2007).

<sup>108</sup> Moran et collab. (2004).

### **Favoriser la participation volontaire**

**Lien : +**

La méta-analyse de Reyno et McGrath<sup>109</sup>, regroupant 31 études de programmes de formation aux habiletés parentales (groupe ou individuel) pour les enfants ayant des problèmes de comportement (présence de symptômes ou d'un diagnostic), révèle que le fait de se joindre volontairement à une intervention apporte de meilleurs résultats que le fait d'avoir été référé par l'école ou par un établissement de services sociaux.

### **Cibler les habiletés permettant de développer une interaction positive**

**Lien : +**

Les résultats de la méta-analyse de Kaminski et collab.<sup>110</sup>, avec 77 programmes de formation aux habiletés parentales (groupe ou individuel), révèlent que les programmes qui enseignent comment créer une interaction positive avec l'enfant obtiennent de meilleurs résultats sur les pratiques parentales et sur les problèmes extériorisés de l'enfant. Concrètement, il s'agit d'aider les parents à développer des habiletés pour se montrer enthousiastes envers l'enfant, à renforcer les comportements appropriés de celui-ci, à interagir en étant à sa hauteur durant le jeu, à laisser l'enfant prendre des initiatives durant le jeu et à proposer à l'enfant des activités appropriées à son niveau de développement.

### **Cibler les habiletés de communication des émotions**

**Lien : +**

Les résultats de la méta-analyse de Kaminski et collab.<sup>111</sup> montrent également que les programmes qui incluent un volet sur la communication des émotions obtiennent de meilleurs résultats sur les pratiques et les habiletés parentales. Ces programmes traitent de l'écoute active et de la reformulation, enseignent comment aider l'enfant à reconnaître ses émotions et comment diminuer la critique et le sarcasme envers l'enfant.

Shulruf<sup>112</sup> conclut également que les programmes devraient enseigner aux parents à améliorer leur communication avec l'enfant, d'après une revue systématique de 39 programmes de soutien parental (groupe ou individuel).

### **Cibler l'utilisation adéquate de l'arrêt d'agir**

**Lien : +**

Les résultats de la méta-analyse de Kaminski et collab.<sup>113</sup> ajoutent que les programmes qui enseignent comment appliquer la méthode de l'arrêt d'agir (*time out*) produisent des effets plus importants sur les comportements extériorisés des enfants. Concrètement, il s'agit d'expliquer comment éviter de donner de l'attention ou du renforcement à l'enfant pendant l'arrêt d'agir, d'utiliser un endroit désigné pendant celui-ci et d'appliquer cette méthode de façon constante.

---

<sup>109</sup> Reyno et McGrath (2006).

<sup>110</sup> Kaminski et collab. (2008); Centers for Disease Control and Prevention (2009).

<sup>111</sup> Kaminski et collab. (2008); Centers for Disease Control and Prevention (2009).

<sup>112</sup> Shulruf (2005).

<sup>113</sup> Kaminski et collab. (2008), Centers for Disease Control and Prevention (2009).

### **Cibler la constance parentale**

**Lien : +**

Les résultats de la méta-analyse de Kaminski et collab.<sup>114</sup> montrent également que les programmes qui enseignent comment répondre de façon constante aux demandes de l'enfant entraînent des effets plus importants sur les comportements extériorisés des enfants. Concrètement, il s'agit d'expliquer comment appliquer la même intervention auprès de l'enfant selon ses comportements, et ce, peu importe le milieu ou le contexte.

### **Cibler le développement de l'enfant**

**Lien : Ø**

Les résultats de la méta-analyse de Kaminski et collab. démontrent que les programmes qui fournissent de l'information aux parents sur le développement de l'enfant n'ont pas d'effet sur l'ampleur des résultats. La revue systématique Shulruf<sup>115</sup>, comportant 39 programmes de soutien parental (groupe ou individuel), parvient à la même conclusion. Les programmes qui offrent de l'information sur le développement de l'enfant ont des impacts limités.

### **Ajout d'un volet spécifique aux besoins des parents**

**Lien : ?**

Taylor et Biglan<sup>116</sup>, dans leur revue de la littérature sur les interventions familiales de type comportemental, indiquent que l'ajout d'un volet bref de nature comportementale ou cognitive sur les préoccupations des parents, autres que celles liées à l'enfant, augmente les bénéfices des interventions. Il semble que si on améliore la capacité du parent à gérer son stress, celui-ci accroît également ses habiletés parentales.

Cependant, les résultats de la méta-analyse de Kaminski et collab.<sup>117</sup> avec 77 programmes de formation aux habiletés parentales (groupe et individuel) montrent que les programmes qui incluent l'ajout d'un volet spécifique (gestion du stress, abus de substance, etc.) détournent l'attention des parents des objectifs d'acquisitions d'habiletés parentales et entraînent moins de gains sur celles-ci que ceux n'ayant pas d'autres volets. Étant donné la pertinence de soutenir les familles les plus vulnérables, les auteurs concluent qu'il importe d'examiner dans quelles circonstances ces ajouts sont appropriés (ex. : type de famille, moment où offrir ce volet, type de services ou problèmes à cibler, etc.).

## **5.6 INTERPRÉTATION ET APPLICATION DES CONDITIONS DE SUCCÈS**

Les conditions de succès relevées ici représentent, en quelque sorte, les meilleures pratiques dans le domaine de l'intervention auprès des parents. Quinze conditions d'ordre général et seize conditions propres aux programmes de formation aux habiletés parentales ont été identifiées.

L'état des connaissances actuelles ne permet pas de statuer sur l'apport exact de chacune de ces conditions aux effets des interventions, ou encore de déterminer quelles conditions sont les plus importantes à mettre en place pour maximiser les bénéfices d'un programme.

---

<sup>114</sup> Kaminski et collab. (2008), Centers for Disease Control and Prevention (2009).

<sup>115</sup> Shulruf (2005).

<sup>116</sup> Taylor et Biglan (1998).

<sup>117</sup> Kaminski et collab. (2008), Centers for Disease Control and Prevention (2009).

Il s'agit donc de s'appuyer sur ces conditions (celles en lien avec les programmes de prévention en général et celles en lien avec les programmes de formation aux habiletés parentales en particulier) pour baliser le choix ou la bonification des programmes, tout en tenant compte des particularités des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe.





## CONCLUSION

La famille représente une cible d'intervention privilégiée et de multiples résultats présentés dans le cadre de cet avis démontrent que les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe permettent de promouvoir la santé mentale chez les jeunes enfants, en prévenant les problèmes de comportement et en réduisant leur aggravation<sup>118</sup>. Ces programmes ont également des effets bénéfiques sur certaines pratiques parentales et certains aspects de la santé mentale des parents.

Ces constats fournissent des éléments de réponse à trois questions que les gestionnaires et les intervenants peuvent se poser sur ces programmes : 1) À quels effets peut-on s'attendre lors de la mise en œuvre de programmes de formation aux habiletés parentales en groupe? 2) Quelle est la durée de ces effets? 3) Quelles sont les conditions de succès de ces programmes?

Cette section présente ces éléments de réponses et en discute la portée et les limites pour l'implantation de programmes de ce genre au Québec.

### **Quels sont les effets des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe?**

Les principaux constats sur l'efficacité des programmes sont présentés pour les deux clientèles dont il est question dans cet avis : les parents et enfants de la population générale et les parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement. Plusieurs des constats s'appliquent aux deux clientèles. Lorsque ce n'est pas le cas, cela est précisé.

Comme un plus grand nombre d'études se penchent sur la population générale, plus de détails sur les effets des programmes destinés à cette clientèle sont disponibles. Toutefois, cela ne veut pas nécessairement dire que les effets des programmes destinés aux parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement sont moindres.

#### *Les pratiques parentales*

Les programmes augmentent les pratiques parentales positives et réduisent globalement les comportements liés aux styles parentaux négatifs, et ce, tant auprès de la population générale qu'auprès des parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement. Auprès de la population générale, une diminution de la discipline coercitive est également relevée. Cette variable n'a pas été mesurée pour l'autre clientèle.

Comme les pratiques parentales sont reconnues comme l'un des plus puissants facteurs d'influence du développement du jeune enfant<sup>119</sup>, le bénéfice est important.

---

<sup>118</sup> Beck et collab. (1961).

<sup>119</sup> Bronfenbrenner (1986).

### *La santé mentale des parents*

Les programmes offerts à la population générale et aux parents d'enfants ayant des problèmes de comportement entraînent une augmentation du sentiment de compétence des parents. Auprès de la population générale, on note également une augmentation de la satisfaction parentale. De leur côté, les programmes offerts aux parents dont les enfants ont des problèmes de comportement apportent une amélioration du lien affectif avec l'enfant.

Par ailleurs, pour les parents de la population générale comme pour ceux dont les enfants présentent des problèmes de comportement, les programmes n'ont pas d'impact sur les symptômes dépressifs. Chez la population générale, cette absence d'effet s'applique aussi aux symptômes anxieux, au stress global et au stress lié aux caractéristiques de l'enfant<sup>120</sup>.

Comme les troubles mentaux<sup>121</sup> des parents ont un impact dramatique sur le développement et l'adaptation sociale du jeune enfant<sup>122</sup>, l'ajout de mesures complémentaires serait à considérer lorsque ce type de trouble est présent. Rappelons qu'une proposition similaire a été formulée par l'INSPQ dans le cadre d'un précédent avis scientifique portant sur l'efficacité des programmes de visites à domicile en fonction de différentes clientèles<sup>123</sup>.

### *Le comportement des enfants*

Les programmes de formation aux habiletés parentales en groupe diminuent la fréquence des comportements problématiques et les comportements extériorisés, mais les résultats sur les comportements intériorisés sont contradictoires, auprès des enfants de la population générale et de ceux qui présentent des problèmes de comportement.

Chez les enfants de la population générale, on rapporte aussi une diminution globale des comportements problématiques et de la sévérité de ces comportements, mais aucun effet n'est observé sur les comportements prosociaux ou les relations avec les pairs.

Chez les enfants avec des problèmes de comportement, on rapporte par ailleurs une diminution du nombre de comportements problématiques.

Ces résultats démontrent qu'une courte intervention auprès des parents suffit pour apporter des changements à certains comportements des enfants.

Toutefois, des interventions complémentaires visant directement l'enfant semblent nécessaires pour agir sur les habiletés sociales, les relations avec les pairs et les comportements intériorisés<sup>124</sup>. En ce qui concerne ces derniers, notons que la majorité des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe sont surtout conçus pour intervenir sur les problèmes de nature extériorisée associés aux pratiques parentales

---

<sup>120</sup> La récente mise à jour de la méta-analyse de Barlow Barlow et collab. (2012) inclut toutefois quelques études qui concluent à un effet des interventions sur le stress auprès de clientèles semblables à celles qui sont incluses dans le présent avis. Une recension plus approfondie des études en lien avec cet indicateur serait à envisager à l'occasion de futurs travaux.

<sup>121</sup> Crnie et collab. (2005).

<sup>122</sup> Beardslee et MacMillan (1993); Goodman et collab. (2000).

<sup>123</sup> Institut national de santé publique du Québec (2010).

<sup>124</sup> Patterson et collab. (2002).

coercitives<sup>125</sup>. Des interventions basées sur un cadre théorique différent seraient possiblement plus appropriées pour agir sur les comportements intériorisés tels que le repli sur soi et l'anxiété.

### **Quelle est la durée des effets de ces programmes?**

Les résultats font état d'effets bénéfiques à court et à moyen terme, soit dans les jours/semaines ou les mois suivant l'intervention.

Les données d'évaluation ne permettent pas de se prononcer sur les effets des interventions à long terme (plus d'un an). Après cette période, les données issues de comparaisons avec un groupe contrôle sont rares car, par souci éthique, les interventions leur sont généralement offertes.

Une veille scientifique serait utile afin de demeurer à l'affût d'études sur les effets à plus long terme de ces programmes de courte durée ou sur l'efficacité des sessions de rappel offertes après la fin du programme afin d'en maintenir les effets.

### **Quelles sont les conditions de succès de ces programmes?**

Nos analyses nous ont permis d'identifier de nombreuses conditions de succès dont il serait important de tenir compte dans toute implantation ou bonification de programmes de formation aux habiletés parentales en groupe. Cela permettrait de s'assurer que les meilleures pratiques connues soient mises en œuvre. Notamment, treize conditions spécifiques à ce genre de programme, associées à des effets améliorés de l'intervention, ont été identifiées :

- Favoriser les interventions d'une durée d'au moins huit semaines;
- Favoriser les interventions à fréquence hebdomadaire;
- Consolider les apprentissages à la maison;
- Utiliser des jeux de rôle et la rétroaction vidéo au cours des sessions;
- Favoriser la formation des animateurs;
- Favoriser la participation des deux parents;
- Mettre en œuvre un processus collaboratif avec les parents;
- Favoriser l'engagement des participants aux programmes;
- Favoriser la participation volontaire;
- Cibler les habiletés permettant de développer une interaction positive avec l'enfant;
- Cibler les habiletés de communication des émotions des parents;
- Cibler l'utilisation adéquate de l'arrêt d'agir;
- Cibler la constance parentale.

---

<sup>125</sup> Barlow et collab. (2010), Normandeau et Venet (2000), Sanders (1999), Sanders et collab. (2003).

### Portée et limites des résultats

Les résultats rapportés dans cet avis confirment la pertinence des programmes de formation aux habiletés parentales en groupe pour la promotion de la santé mentale ainsi que pour la prévention et la réduction des problèmes de comportement chez les jeunes enfants. Ils témoignent de l'efficacité de ce genre de programme pour agir sur des aspects importants des pratiques parentales et du comportement des enfants auprès de la population générale comme auprès des parents dont les enfants présentent des problèmes de comportement. Ces programmes se démarquent notamment par l'influence unique qu'ils exercent sur les pratiques parentales négatives reconnues pour leurs effets nocifs sur le développement du jeune enfant<sup>126</sup>.

Les perceptions des pères et des enseignants seraient à documenter davantage. En particulier, les résultats sur les pères portent à réflexion. Bien que, pour chaque catégorie de facteurs, les résultats soient insuffisants pour statuer sur l'efficacité des programmes, les résultats suggèrent dans leur ensemble que les pères ne perçoivent pas de bénéfices de l'intervention, que ce soit au niveau des pratiques parentales, de leur santé mentale ou du comportement de leur enfant. Cela est vrai pour les deux clientèles abordées dans cet avis (population générale et familles dont les enfants présentent des problèmes de comportement). Plusieurs possibilités seraient à explorer telles que par exemple : le degré de participation des pères aux programmes ou encore le temps qu'ils passent avec les enfants, en comparaison de la mère.

Les résultats portent sur des programmes évalués avec rigueur<sup>127</sup>, mais dont le nombre est limité, en particulier en ce qui concerne les parents d'enfants qui présentent des problèmes de comportement. Aussi, cet avis ne se prononce pas sur les effets spécifiques de tout autre programme déjà implanté au Québec. Toutefois, les études retenues ici font état de résultats bénéfiques des programmes dans plusieurs pays (Canada, États-Unis, Hong Kong, Australie, Allemagne et Suisse).

Par ailleurs, les conditions de succès relevées constituent de précieux outils pour le choix ou la bonification d'un programme déjà en place. Ainsi, de prochains travaux pourraient se pencher sur l'adéquation entre les conditions de succès recensées ici et les particularités de différents programmes disponibles (y compris ceux dont l'efficacité est démontrée, tel que *Incredible Years* et *Triple P*) et déjà implantés au Québec.

Les jeunes enfants grandissent et évoluent au sein de leur famille, de leur école, de leur communauté et de la société. Tous ces milieux peuvent leur offrir des opportunités de développement sain. C'est dans ce contexte plus large d'occasions multiples que l'offre de programme de formation aux habiletés parentales peut se situer. À cet effet, il serait important de tenir compte des conditions d'implantation de ces programmes dans un continuum de services en promotion et en prévention déjà offert aux familles québécoises

---

<sup>126</sup> Bodenmann et collab. (2008); Bradley et collab. (2003); Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse among Children Youth and Young Adult (2009); Gross et collab. (2003); Hahlweg et collab. (2010); Leung et collab. (2003).

<sup>127</sup> Bien que plusieurs études aient été effectuées par les auteurs des programmes évalués, ce qui représente un biais, plusieurs études indépendantes valident les effets des programmes.

ayant des jeunes enfants ou des enfants d'âge scolaire. Pour les familles ayant de jeunes enfants, il faudrait évaluer quelles clientèles sont les plus susceptibles de bénéficier de ce type de programme, associé ou non à d'autres programmes et services, selon le besoin des familles (ex. : les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles en contexte de vulnérabilité et le Programme d'intervention en négligence). De même, pour les familles avec des enfants d'âge scolaire, il faudrait se pencher sur la façon dont ce type d'intervention s'inscrit dans une approche globale de la réussite éducative, de la santé et du bien-être, telle que l'approche École en santé, qui combine un ensemble d'interventions visant à soutenir les aptitudes individuelles des parents (dont les pratiques parentales) et des enfants ainsi que la création d'environnements favorables (ex. : conditions de vie, relations avec l'école) à leur sain développement.



## RÉFÉRENCES

- Abidin, A. (1995). *The Parent Stress Index*. (3<sup>e</sup> éd.) Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index manual*. Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. et Rescorla, L. (2000). *Child behavior checklist for ages 1<sup>1/2</sup> - 5*. Burlington : University of Vermont.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, VT : University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., et Acker, M. M. (1993). The parenting scale: a measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York : General Learning Press.
- Bandura, A. (2002). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Supérieur.
- Barkley, R. A. et Murphy, K. R. (1998). *Home Situations Questionnaire. Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical workbook*. New York : Guilford Press.
- Barlow, J., Smailagic, N., Ferriter, M., Bennett, C., et Jones, H. (2010). *Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old*. (vol. 3).
- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V., et Bennett, C. (2012). Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Barlow, J. et Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21, 356-370.
- Bates, J. E., Pettit, G. S., Dodge, K. A., et Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 34.
- Beardslee, W. R. et MacMillan, H. L. (1993). Preventive intervention with the children of depressed parents. *Psychoanalytic Study of the Child*, 48, 249-276.
- Beck, A. T. (1972). *Measuring depression: the depression inventory*. Washington : Government Printing Office.
- Beck, A. T., WARD, C. H., Mendelson, M., MOCK, J., et Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Behar, L. et Stringfield, S. (1974). A behavior rating scale for the preschool child. *Developmental Psychology* 10, 601-610.
- Belsky, J. (2006). Déterminants sociocontextuels des pratiques parentales. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* . (2011).
- Bigras, M. et Paquette, D. (2000). L'interdépendance entre les sous-systèmes conjugal et parental : une analyse personne-processus-contexte. *Psicologia : Teoria e Pesquisa*, 16.
- Bigras, N., Blanchard, D., Lemay, L., Tremblay, M., Cantin, G., Brunson, L. et collab. (2009). Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde. *Enfance, Familles, Générations*, p. 1-23.
- Bodenmann, G., Cina, A., Ledermann, T., Sanders, M. R., et Bodenmann, G. (2008). The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 411-427.
- Bradley, S. J., Jadaa, D., Brody, J., Landy, S., Talett, S. E., Watson, W. et collab. (2003). Brief psychoeducational parenting program: an evaluation and 1-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1171-1178.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Katz, A. R., et Le Brocque, R. M. (2002). Maternal depression, paternal psychopathology and adolescent diagnostic outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1075-1085.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Budd, K. S., Riner, L. S., et Brockman, M. P. (1983). A structured evaluation system for clinical evaluation of parent training. *Behavioral Assessment*, 5, 373-390.
- Campbell, S. B. (2002). *Behavior problems in preschool children: clinical and developmental issues. Second edition*. New York, London : The Guilford Press.
- Campis, L. K., Lyman, D. R., et Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: development and validation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 260-267.
- Centers for Disease Control and Prevention (2009). *Parent training programs: insight for practitioners* Atlanta : Centers for disease control and prevention.
- Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants (2005). Synthèse sur les habiletés parentales. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [En ligne].
- Chamberlain, P. et Reid, J. B. (1987). Parent observations and report of child symptoms. *Behavioral Assessment*, 9, 97-109.



- Chao, R. K. et Willms, J. D. (2002). The effects of parenting practices on children's outcomes. *Vulnerable children: findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth*, 149-165.
- Choinière, C., Roberge, M.-C., Arcand, L., et Martin, C. (2006). *Analyse des interventions de promotion de la santé et prévention en milieu scolaire au regard de leur cohérence et leur contribution à l'approche École en santé : volet Habitudes de vie 295* Institut national de santé publique du Québec.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Pole, M., Gale, J., Beardslee, W. R. et collab. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives in General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse among Children Youth and Young Adult (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people*. Washington, D.C. National Research Council and Institute of Medicine of The National Academies Press.
- Conners, C. (1994). The Conners rating scales: use in clinical assessment, treatment planning and research. Dans Maruish M. (Éd.), *Use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Crnie, K. A., Gaze, C., et Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14, p. 117-132.
- Cunningham, C. E., Bremner, R., et Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost effectiveness and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 1141-1159.
- Dadds, M. R. et Powell, M. B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 553-567.
- De Rancourt, L., Paquette, F., Rainville, S., Roy, N., Thériault, D., et Trudeau, D. (2004). Stimuler le développement des compétences parentales. Dans *À chaque enfant son projet de vie permanent* (pp. 53-59). Montréal: Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.
- Department of Health-UK (2001). *Making it happen: a guide to delivering mental health promotion*. London .
- Diamantopoulou, J. R. S., Verhulst, I. M. F., et Ende, J. (2009). Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 230-238.
- Doyle, A. B., Moretti, M. M., Brendgen, M., et Bukowski, W. (2003). *Relations parents-enfants et adaptation pendant l'adolescence : constatations tirées du troisième cycle de l'enquête HBSC et du deuxième cycle de l'ELNEJ Canada* : Santé Canada.

- Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S. et collab. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3.
- Ellis, P. M. et Collings, S. C. D. (1997). *Mental health in New Zealand from a public health perspective* (Rap. n° 3). Wellington : New Zealand : Ministry of Health.
- Erel, O. et Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118, p. 102-132.
- Eyberg, S. M., Edwards, D., Boggs, S. R., et Foote, R. (1998). Maintaining the treatment effects of parent training: the role of booster sessions and other maintenance strategies. *Clinical Psychology*, 5, 544-554.
- Fortin, F., Lévesque, J., et Vitaro, F. (2007). La méta-analyse au service de la prévention et de l'intervention : concepts, applications et enjeux. *Revue de psychoéducation*, 36, 167-193.
- Fox, R. A. (1994). *Parent behavior checklist manual*. Austin, TX : Pro Ed.
- Fox, R. A. et Fox, T. A. (1992). *Leader's guide: STAR Parenting Program*. Bellevue, WA, STAR Parenting Inc.
- Gardner, F., Burton, J., et Klimes, I. (2006). Randomized controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms for change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1123-1132.
- George, C., Herman, K. C., et Ostrander, R. (2006). The family environment and developmental psychopathology: the unique and interactive effects of depression, attention, and conduct problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 37, p. 163-177.
- Gibbs, J., Underdown, A., Stevens, M., Newbery, J., et Liabo, K. (2003). *Group-based parenting programmes can reduce behavior problems of children aged 3-12 years*.
- Giesen, F., Searle, A., et Sawyer, M. (2007). Identifying and implementing prevention programmes for childhood mental health problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 43, 785-789.
- Goldberg, D. P. et Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychol. Med*, 9, 139-145.
- Goodman, R., Renfrew, D., et Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 129-134.
- Gouvernement du Canada (2008). *Le bien-être des jeunes enfants au Canada* Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ).

- Green, J. (2002). L'exercice de la promotion de la santé fondée sur des données probantes. *Promotion and Education*, 9, 5-6.
- Gross, D., Fogg, L., et Tucker, S. (1995). The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Research in Nursing and Health*, 18, 489-499.
- Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julion, W., et Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Community and Clinical Psychology*, 71, 261-278.
- Gross, D. et Rocissano, L. (1988). Maternal confidence in toddlerhood: Its measurement for clinical practice and research. *Nurse Practitioner*, 13, 19-29.
- Grych, J. H. et Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children adjustment: a cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108, 267-290.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., Bertram, H., et Naumann, S. (2010). Long-term outcome of a randomized controlled universal prevention trial through a positive parenting program: is it worth the effort? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4.
- Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Naumann, S., et Harstick, S. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen: Ergebnisse aus Sicht Mütter und Väter. *Zeitschrift für Psychologie und Psychotherapie*, 35, 82-96.
- Hiscock, H., Bayer, J., Price, A., Ukoumunne, O., Rogers, S., et Wake, M. (2008). Universal parenting programme to prevent early childhood behavioural problems: cluster randomised trial. *BMJ*, 336, 318-324.
- Hofstra, M., van der Ende, J., et Verhulst FC. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14 -years follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, p. 182-189.
- Hotton, T. (2003). *L'agressivité chez les enfants et l'exposition à la violence à la maison* Canada : Ministère de la Justice Canada.
- Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., Gardner, F., Whitaker, C., Jones, K. et collab. (2007). Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal*.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux* Montréal : INSPQ.
- Institut national de santé publique du Québec (2010). *Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction des différentes clientèles*.

- Japel, C. (2008). Risque, vulnérabilité et adaptation : les enfants à risque au Québec. *Choix IRPP*, 14.
- Johnston, C. et Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., et Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.
- Kamphaus, R. W. et Reynolds, C. R. (2006). *Parenting relationship questionnaire manual*. Minneapolis, MN : NCS Pearson Inc.
- Kane, G. A., Wood, V. A., et Barlow, J. (2007). Parenting programmes : a systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: Care, Health and Development*, 33, 784-793.
- Karreman, A., van Tuijl, C., van Aken, M. A. G., et Dekovic, M. (2008). Parenting, coparenting, and effortful control in preschoolers. *Journal of Family Psychology*, 22, 30-40.
- Keenan, K. (2003). Le développement et la socialisation de l'agressivité pendant les cinq premières années de la vie. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. (2011).
- Kendall, P. C. et Wilcox, L. E. (1979). Self-control in children: development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1020-1029.
- Kroes, M., Steyaert, J., Kessels, A., Feron, F., Hendriksen, J., van Zeven, T. et collab. (2002). A longitudinal community study: do psychological risk factors and child behavior checklist scores at 5 years of age predict psychiatric diagnoses at a later age? *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 41, p. 955-963.
- Landman-Peeters, K. M. C., Ormel, J., Van Sonderen, E. L. P., Den Boer, J. A., Minderaa, R. B., et Hartman, C. A. (2008). Risks of emotional disorder in offspring of depressed parents: gender differences in the effect of a second emotionally affected parent. *Depression and Anxiety*, 25, 653-660.
- Lapointe, P., Martin, I., et Robitaille, É. (2003). *Comprendre la petite enfance à Montréal : le profil de cinq communautés montréalaises et le développement des enfants* Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant.
- Lessard, C. (2004). Élaboration d'une revue systématique et d'une méta-analyse. Atelier méthodologique. La production et l'utilisation de méta-analyse et de revues systématiques de la littérature. Dans 8<sup>es</sup> Journées annuelles de santé publique. Montréal .
- Leung, C., Sanders, M. R., Leung, S., Mak, R., et Lau, J. (2003). An outcome evaluation of the implementation of the Triple P-Positive Parenting Program in Hong Kong. *Family Process*, 42, 531-544.

- Lovibond, P. F. et Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Maiuro, R. D., Vitaliano, P. P., et Cahn, T. S. (1987). A brief measure for the assessment of anger and aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 166-178.
- Mesman, J., Bongers, L. L., et Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 679-689.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012* Québec (Québec) : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2012). *Les enfants du Québec : regard sur leur santé socioaffective* Québec : Gouvernement du Québec.
- Moran, P., Ghatge, D., et van der Merwe, A. (2004). *What works in parenting support? A review of the international evidence* (Rap. n° RR574). London, UK : Department for Education and Skills.
- Murphy, J. M. et Jellinek, M. (1988). Screening for psychosocial dysfunction in economically disadvantaged and minority group children: further validation of the Pediatric Symptom Checklist. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 450-456.
- Niccols, A. (2009). Immediate and short-term outcomes of the 'COPEing with Toddler Behaviour' parent group. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 617-626.
- NICE (2006). *Parent-training/education programmes in the management of children with conduct disorders* London : National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nicholson, B., Anderson, M., Fox, R., et Brenner, V. (2002). One family at a time: a prevention program for at-risk parents. *Journal of Counseling and Development*, 80, 362-371.
- Nicholson, B. C., Janz, P. C., et Fox, R. A. (1998). Evaluating a brief parental-education program for parents of young children. *Psychological Reports*, 82, 1107-1113.
- Normandeau, S. et Venet, M. (2000). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents. Dans F. Vitaro et C. Gagnon (Éd.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (pp. 141-188). Sainte-Foy, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: a critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 141-151.

- O'Connor, T. G. et Jenkins, J. M. (2000). *Les transitions maritales et l'adaptation des enfants*. Direction de la recherche appliquée, Politique Stratégique, Développement des ressources humaines du Canada.
- Observatoire international de la réussite scolaire. (2010). Veille documentaire. (2011).
- Östberg, M., Hagekull, B., et Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children: dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology* 38, 199-208.
- Ovarecz, L., Koblinsky, S. A., et Randolph, S. M. (2008). Community violence, interpartner conflict, parenting, and social support as predictors of the social competence of african american preschool children. *Journal of Black Psychology*, 34, 192-216.
- Palluy, J., Arcand, L., Choinière, C., Martin, C., et Roberge, M.-C. (2010). *Réussite éducative, santé et bien-être : agir efficacement en contexte scolaire. Synthèse de recommandations*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach to family intervention: 111. Coercitive family process*. Eugene, OR : Castalia.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B., et Ramsey, E. (1990). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Patterson, G. R., Dishion, T. J., et Bank, L. (1984). Family interaction: A process model of deviancy training. *Aggressive Behavior*, 10, 253-267.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., et Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR : Castalia.
- Patterson, J., Barlow, J., et Mockford, C. (2002). Improving mental health through parenting programmes: block randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 472-477.
- Petclerc, A. (2008). *Mépris des règles chez les jeunes enfants : trajectoires de développement, facteurs de risque précoces et étiologie génétique environnementale*. École de psychologie, Faculté des Sciences sociales, Université Laval, Québec.
- Petitclerc, A. et Tremblay, R. E. (2009). Childhood disruptive behavior disorders: review of their origin, development, and prevention. *La revue canadienne de psychiatrie*, 54, 222.
- Pidgeon, A. et Sanders, M. R. (2004). *Parent's attributions for Child's behavior measure*. Brisbane, Australia : Parenting and Family Support Centre, University of Queensland.
- Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., Rautava, M., Helinius, H., et Silanpaa, M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a prospective cohort study of 3-12 years old children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 409-417.

- Procidano, M. E. et Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- Pronovost, G. (2007). Le temps dans tous ses états : temps de travail, temps de loisir, temps pour la famille à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle. *Enjeux publics IRPP* 8[1], 1-39. (2011).
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: a new self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reyno, S. M. et McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems: a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99-111.
- Richman, N. et Graham, P. (1971). A behavioral screening questionnaire for use with three-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 12, 5-13.
- Robinson, E. et Eyberg, S. (1981). The dyadic parent-child interaction coding system: standardization and validation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 49, 245-250.
- Robinson, E. A., Eyberg, S. M., et Ross, A. W. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, 9, 22-28.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York : Basic books.
- Ross, D. P., Roberts, P. A., et Scott, K. (1998). *Facteurs médiateurs influant sur les résultats du développement des enfants de familles monoparentales* Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines Canada.
- Roza, S. J., Hofstra, M. B., Ende, J. E., et Verhulst, F. C. (2003). Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: a 14 year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *American journal of psychiatry*, 160, 2116-2121.
- Salvas, M.-C., Geoffroy, M.-C., Vitaro, F., Boivin, M., Tremblay, R. E., et Côté, S. M. (2007). Association entre les facteurs de risque maternels et l'agressivité physique chez les jeunes enfants. *Devenir*, 19, 313-325.
- Sanders, M. R. (1999). Triple-P Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Sanders, M. R., Markie-Dads, C., et Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting-Program: a population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice*, p. 1-24.
- Sanders, M. R., Waugh, L., Tully, L., et Hynes, K. (1996). *The revised family observation schedule*. (3<sup>e</sup> éd.) Brisbane, Australia : Parenting and Family Support Centre.

- Schoppe, S. J., Mangelsdorf, S. C., et Frosch, C. A. (2001). Coparenting, family process, and family structure: Implications for preschoolers' externalizing behavior problems. *Journal of Family Psychology, 15*, 526-545.
- Shaw, D. S., Keenan, K., et Vondra, J. I. (1994). Developmental precursors of externalizing behavior: ages 1 to 3. *Developmental Psychology, 30*, 355-364.
- Shonkoff, J. P. et Phillips, D. a. (2000). *From neurons to neighbourhoods: the science of early childhood development*. Washington : National Academy Press.
- Shulruf, B. (2005). Parent support and education programmes: a systematic review. *New Zealand Research in Early Childhood Education, 8*, 81-102.
- Sibbald, B. et Roland, M. (1998). Understanding controlled trials: why are randomised controlled trials important? *British Medical Journal, 316*, 201-203.
- Spaccarelli, S., Colter, S., et Penman, D. (1992). Problem-solving skills training as a supplement to Behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 1-18.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales from assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family 38*, 15-28.
- Stewart-Brown, S., Patterson, J., Mockford, C., Barlow, J., Klimes, I., et Pyper, C. (2004). Impact of a general practice based group parenting programme: quantitative and qualitative results from a controlled trial at 12 months. *Archives of Disease in Childhood, 89*, 519-525.
- Sutton, C., Utting, D., et Farrington, D. (2004). *Support from the Start: working with young children and their families to reduce the risks of crime and anti-social behaviour* (Rap. n° 524). London, UK : Departement for education and skills.
- Sutton, C. (1992). Training parents to manage difficult children: a comparison of methods. *Behavioural Psychotherapy, 115-139*.
- Taylor, T., Schmidt, F., Pepler, D., et Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster Stratton's parents and children series in a children's mental health center: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 29*, 221-240.
- Taylor, T. K. et Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the litterature for clinicans and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*, 41-60.
- Thomas, E. M. (2004). Le comportement agressif chez les jeunes enfants : la modification du milieu parental permet de prévoir le changement de comportement. *Statistique canada . (2011)*.
- Thomas, H., Camiletti, Y., Cava, M., Feldman, L., Underwood, J., et Wade, K. (1999). *Effectiveness of parenting groups with professional involvement in improving parent and child outcomes REDSP Ontario : Programme de recherche, éducation et développement en santé publique*.



- Thorell, L. B. (2009). The Community Parent Education Program (COPE): treatment effects in a clinical and community-based sample. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, -373.
- Tremblay, D.-G., Najem, E., et Paquet, R. (2006). Articulation emploi-famille et temps de travail : de quelles mesures disposent les travailleurs canadiens et à quoi aspirent-ils? *Enfances, Familles, Générations*, 4, p. 1-21.
- Tremblay, R. E. (2010). Prévention de la maladie mentale : pourquoi ne pas prendre le mal à la racine? *Bulletin sur le développement des jeunes enfants*, 9, p. 1-6.
- Tremblay, R. E., Boulerice, B., Foster, H., Romano, E., Hagan, J., et Swisher, R. (2011). *Les influences à niveaux multiples qui s'exercent sur le comportement des enfants canadiens* Canada : Direction de la recherche appliquée, Politique stratégique, Développement des ressources humaines du Canada.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M. L. et collab. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatric Review*, 114, 1-15.
- Vitaro, F. et Caron, J. (2000). La prévention face à la comorbidité des problèmes d'adaptation et à la présence des déterminants multiples. Dans C.Vitaro et C. Gagnon (Éd.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome 11 : Les problèmes externalisés* (pp. 557-586). Presses de l'Université du Québec.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715-730.
- Webster-Stratton, C. (2003). Agressivité chez les jeunes enfants : services ayant fait leurs preuves dans la réduction de l'agressivité.
- Webster-Stratton, C. et Herman, K. C. (2008). The impact of parent behavior-management training on child depressive symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 473-484.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., et Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 471-488.
- Wiggins, T. L., Sofronoff, K., et Sanders, M. R. (2009). Pathways Triple P-Positive Parenting Program: effects on parent-child relationships and child behavior problems. *Family Process*, 48, 517-530.
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., et Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27, 155-168.



**ANNEXE 1**  
**NIVEAUX DE PREUVES**



## NIVEAUX DE PREUVES

La **revue systématique** est une démarche permettant de synthétiser des données d'études publiées ou non et d'en faire une appréciation qualitative<sup>128</sup>. Elle se réalise en suivant une méthode rigoureuse assurant une exhaustivité des données ainsi qu'une reproductibilité<sup>129</sup>. Ce type de synthèse, par sa nature interprétative, peut toutefois laisser place à des biais possibles de la part de l'auteur, ce qui peut compromettre la validité et la généralisation des conclusions<sup>130</sup>.

La **méta-analyse** est une revue systématique permettant de synthétiser des données d'études comparables et d'en faire une appréciation quantitative<sup>131</sup>. Elle se réalise en suivant une méthode rigoureuse et en utilisant des techniques statistiques adéquates tout en s'assurant d'une exhaustivité des données et d'une reproductibilité<sup>132</sup>. La méta-analyse a l'avantage de permettre de tenir compte des tailles de l'échantillon et de la qualité méthodologique des différentes études<sup>133</sup>. Elle permet aussi d'identifier des variables plus influentes, des clientèles ou des milieux pouvant profiter davantage de ce type d'intervention<sup>134</sup>. La qualité d'une méta-analyse dépend toutefois de la qualité des études primaires incluses<sup>135</sup>.

Un **essai comparatif randomisé (ECR)** est une étude permettant de déterminer s'il existe une relation de cause à effet entre la mesure et ses résultats. Elle se réalise par la répartition aléatoire des participants à une condition expérimentale ou à une condition de contrôle sans que les participants ou ceux offrant l'intervention ne sachent dans quel groupe ils se trouvent (à double insu)<sup>136</sup>. Les ECR ne sont pas toujours possibles pour des raisons d'éthique ou de faisabilité en raison de difficultés de recrutement ou de randomisation. Ils sont également très coûteux<sup>137</sup>. D'ailleurs, le groupe de travail européen de l'OMS conclut que l'utilisation d'essais comparatifs randomisés pour évaluer des initiatives de promotion de la santé est, dans la plupart des cas, inadaptée, trompeuse et inutilement coûteuse (World Health Organization, 1998)<sup>138</sup>.

Une **étude quasi expérimentale ou d'observation de bonne qualité** doit nécessairement avoir utilisé différentes techniques pour limiter les biais d'interprétation. Ces études permettent l'analyse de mesures plus complexes ou l'évaluation de conditions difficiles à contrôler par les chercheurs. Il est cependant plus difficile de lier les résultats aux programmes.

---

<sup>128</sup> Lessard (2004).

<sup>129</sup> Lessard (2004).

<sup>130</sup> Extrait de la page 168 de Fortin et collab. (2007).

<sup>131</sup> Lessard (2004).

<sup>132</sup> Lessard (2004).

<sup>133</sup> Fortin et collab. (2007).

<sup>134</sup> Fortin et collab. (2007).

<sup>135</sup> Fortin et collab. (2007).

<sup>136</sup> Sibbald et Roland (1998).

<sup>137</sup> Sibbald et Roland (1998).

<sup>138</sup> Green (2002).

Un **consensus d'experts** a l'avantage de permettre de considérer les jugements cliniques ou professionnels dans l'analyse des mesures où les études évaluatives sont rares ou contradictoires. La preuve de ces mesures repose alors sur une base théorique ou clinique reconnue par l'ensemble des experts. C'est souvent le cas pour des mesures qui agissent sur des facteurs sociétaux tels que la pauvreté ou la discrimination.

## **ANNEXE 2**

### **OUTILS DE MESURE UTILISÉS DANS LES ÉTUDES RETENUES (POPULATION GÉNÉRALE ET ENFANTS AYANT DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT)**





**Tableau 23 Outils de mesure utilisés dans les études retenues (population générale et enfants ayant des problèmes de comportement)**

Nom de l'outil (en ordre alphabétique)	Auteurs	Indicateurs mesurés	Type de mesure
<b>Adaptation du CBQ (<i>Child Behaviour Questionnaire</i>)</b>	Sutton (1992)	Comportements problématiques chez l'enfant.	Rapporté par les parents.
<b>BAAQ : <i>Brief Anger-Aggression Questionnaire</i></b>	Maiuro et collab. (1987)	Sentiments de colère et comportements agressifs.	Autorapporté
<b>BDI : <i>Beck Depression Inventory</i></b>	Beck (1972)	Symptômes dépressifs.	Autorapporté
<b>BSQ : <i>Behavior Screening Questionnaire</i></b>	Richman et Graham (1971)	Fréquence des comportements problématiques chez les enfants d'âge préscolaire.	Rapporté par les parents.
<b>CBCL : <i>Child Behaviour Checklist</i></b>	Achenbach et Rescorla (2000)	Problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez l'enfant.	Rapporté par les parents.
<b>CBCL-TRF : <i>Child Behaviour Checklist – Teacher Report Form</i></b>	Achenbach (1991)	Problèmes de comportement intériorisés et extériorisés chez l'enfant.	Rapporté par l'enseignant.
<b>CESD : <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</i></b>	Radloff (1977)	Symptômes dépressifs.	Autorapporté
<b>Conners rating scale</b>	Conners (1994)	Comportements d'hyperactivité chez l'enfant.	Rapporté par les parents ou par l'enseignant.
<b>DAS : <i>Dyadic Adjustment Scale</i></b>	Spanier (1976)	Perception du parent de la satisfaction conjugale.	Autorapporté
<b>DASS : <i>Depression-Anxiety-Stress Scale</i></b>	Lovibond et Lovibond (1995)	Trois sous-échelles : dépression, anxiété et stress.	Autorapporté

**Tableau 23 Outils de mesure utilisés dans les études retenues (population générale et enfants ayant des problèmes de comportement) (suite)**

Nom de l'outil (en ordre alphabétique)	Auteurs	Indicateurs mesurés	Type de mesure
<b>DPICS : <i>Dyadic Parent-Child Interaction Coding System</i></b>	Robinson et Eyberg (1981)	Pratiques parentales (ex. : ordres) et nombre de comportements problématiques de l'enfant pendant une séance de jeu libre de 15 à 30 minutes.	Observation indépendante.
<b>ECBI : <i>Eyberg Child Behaviour Inventory</i></b>	Robinson et collab. (1980)	Nombre et fréquence des comportements problématiques chez l'enfant.	Rapporté par les parents.
<b>FOS-R-III : <i>Revised Family Observation Schedule</i></b>	Sanders et collab. (1996)	Pratiques parentales et comportements de l'enfant.	Observation indépendante.
<b>GHQ : <i>General Health Questionnaire</i></b>	Goldberg et Hillier (1979)	Bien-être psychologique; quatre sous-échelles : symptômes somatiques, anxiété et insomnie, dysfonction sociale, dépression sévère.	Autorapporté
<b>HSQ : <i>Home Situations Questionnaire</i></b>	Barkley et Murphy (1998)	Sévérité des comportements problématiques chez l'enfant lors de routines quotidiennes.	Rapporté par les parents.
<b><i>Interview Observational Report</i></b>	Nicholson et collab. (2002)	Pratiques parentales positives et négatives et comportements de l'enfant.	Observation indépendante.
<b>Kendall SCRS : <i>Kendall Self-Control Rating Scale</i></b>	Kendall et Wilcox (1979)	Contrôle de soi chez l'enfant.	Rapporté par les parents.
<b>Mesure de conformité aux directives développée par l'auteur</b>	Sutton (1992)	Nombre de fois auquel l'enfant se conforme à une directive et amélioration dans sa capacité à s'y conformer.	Rapporté par les parents.
<b>Mesure d'observation développée par les auteurs</b>	Gardner et collab. (2006)	Pratiques parentales positives et négatives et comportements négatifs de l'enfant.	Observation indépendante.
<b>Mesure d'observation développée par l'auteur</b>	Niccols (2009)	Pratiques parentales lors de l'interaction avec l'enfant pendant six activités d'une durée de cinq minutes chacune.	Observation indépendante.

**Tableau 23 Outils de mesure utilisés dans les études retenues (population générale et enfants ayant des problèmes de comportement) (suite)**

<b>Nom de l'outil (en ordre alphabétique)</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Indicateurs mesurés</b>	<b>Type de mesure</b>
<b>Mesure de problèmes de comportement développée par les auteurs</b>	Thorell (2009)	Problèmes de comportement extériorisés chez l'enfant (opposition, hyperactivité, inattention).	Rapporté par les parents.
<b>Mesure d'observation développée par l'auteur</b>	Niccols (2009)	Fréquence des comportements positifs et négatifs chez l'enfant et ratio de conformité aux demandes.	Observation indépendante.
<b>PACB : <i>Parent's Attributions for Childs Behavior</i></b>	Pidgeon et Sanders (2004)	Style d'attributions des parents par rapport aux comportements problématiques de l'enfant (interne, stable, blâme et intentionnel).	Autorapporté
<b>PBC : <i>Parent Behavior Checklist</i></b>	Fox (1994)	Pratiques parentales auprès d'enfants âgés de un à quatre ans;  Trois sous-échelles : discipline coercitive, pratiques parentales positives et attentes excessives par rapport aux capacités de l'enfant.	Autorapporté
<b>PBI : <i>Parent Behavior Inventory</i></b>	Budd et collab. (1983)	Pratiques parentales, dont trois questions sur les techniques de discipline coercitive.	Autorapporté
<b>PBQ : <i>Preschool Behavior Questionnaire</i></b>	Behar et Stringfield (1974)	Problèmes de comportement chez l'enfant; trois sous-échelles : hostilité/agressivité, anxiété, hyperactivité/inattention.	Rapporté par les parents.
<b>PDR : <i>Parent Daily Telephone Report</i></b>	Chamberlain et Reid (1987)	Nombre de problèmes de comportement chez l'enfant au cours des dernières 24 heures.	Rapporté par les parents.
<b>PIP : <i>Parent Identified Problems Scale</i></b>	Spaccarelli et collab. (1992)	Fréquence et intensité du désagrément causé par trois comportements les plus préoccupants chez l'enfant.	Rapporté par les parents.

**Tableau 23 Outils de mesure utilisés dans les études retenues (population générale et enfants ayant des problèmes de comportement) (suite)**

Nom de l'outil (en ordre alphabétique)	Auteurs	Indicateurs mesurés	Type de mesure
<b>PLOC : <i>Parental Locus of Control</i></b>	Campis et collab. (1986)	Sentiment d'avoir un contrôle sur les comportements de l'enfant.	Autorapporté
<b>PPC : <i>Parent Problem Checklist</i></b>	Dadds et Powell (1991)	Conflits entre les parents au sujet de l'éducation de l'enfant. Deux sous-échelles : nombre et intensité	Autorapporté
<b>PPQ : <i>Positive Parenting Questionnaire</i></b>	Hahlweg et collab. (2010)	Pratiques parentales positives au cours des deux derniers mois.	Autorapporté
<b>PRQ : <i>Parenting Relationship Questionnaire</i></b>	Kamphaus et Reynolds (2006)	Perception du parent sur la nature de sa relation avec son enfant, en termes de lien affectif, d'implication, de confiance et de frustration.	Autorapporté
<b>PS : <i>Parenting Scale</i></b>	Arnold et collab. (1993)	Comportements liés aux styles parentaux; trois sous-échelles : permissivité (discipline inconsistante), surréaction (discipline trop sévère ou basée sur l'émotivité) et verbosité (donner de longues explications verbales).	Autorapporté
<b>PSC : <i>Pediatric Symptom Checklist</i></b>	Murphy et Jellinek (1988)	Fréquence des comportements problématiques chez l'enfant.	Rapporté par les parents ou par l'enseignant.
<b>PSI : <i>Parenting Stress Index – version longue</i></b>	Abidin (1990)	Intensité du stress parental;  Sept sous-échelles de stress lié aux caractéristiques du parent : dépression, lien affectif envers l'enfant, restriction liée au rôle parental, sentiment de compétence parentale, isolement social, relation conjugale, santé physique;  Six sous-échelles de stress lié aux caractéristiques de l'enfant : capacité d'adaptation, qualités de l'enfant qui renforcent le parent, exigences, inattention/hyperactivité, acceptation, humeur.	Autorapporté

**Tableau 23 Outils de mesure utilisés dans les études retenues (population générale et enfants ayant des problèmes de comportement) (suite)**

Nom de l'outil (en ordre alphabétique)	Auteurs	Indicateurs mesurés	Type de mesure
<b>PSI : Parenting Stress Index – version courte</b>	Abidin (1995)	Intensité du stress parental; trois sous-échelles : détresse parentale, difficultés chez l'enfant et dysfonction dans l'interaction parent-enfant.	Autorapporté
<b>PSOC : Parenting Sense of Competence Scale</b>	Johnston et Mash (1989)	Sentiment de compétence parentale; deux sous-échelles : satisfaction par rapport au rôle de parent et sentiment d'auto-efficacité parentale.	Autorapporté
<b>PST : Parenting Situation Test</b>	Spaccarelli et collab. (1992)	Connaissance des pratiques parentales adéquates par le biais de mises en situation ou de vignettes hypothétiques.	Autorapporté
<b>Questionnaire maison</b>	Nicholson et collab. (1998)	Pratiques et attitudes parentales.	Autorapporté
<b>Questionnaire maison</b>	Thorell (2009)	Symptômes d'inattention, d'hyperactivité/impulsivité ou d'opposition chez l'enfant.	Rapporté par les parents.
<b>RQI : Relationship Quality Index</b>	Norton (1983)	Qualité de la relation conjugale et satisfaction conjugale.	Autorapporté
<b>RSE : Rosenberg Self-Esteem Scale</b>	Rosenberg (1979)	Estime de soi des parents.	Autorapporté
<b>SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire</b>	Goodman et collab. (2000)	Comportements de l'enfant; cinq sous-échelles : problèmes de conduite, hyperactivité/inattention, problèmes affectifs, problèmes avec les pairs, comportements prosociaux.	Rapporté par les parents.
<b>SPSQ : Swedish Parenthood Stress Questionnaire</b> (adaptation du PSI)	Östberg et collab. (1997)	Niveau de stress du parent dans différentes situations liées à la parentalité.	Autorapporté

**Tableau 23 Outils de mesure utilisés dans les études retenues (population générale et enfants ayant des problèmes de comportement) (suite)**

<b>Nom de l'outil (en ordre alphabétique)</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Indicateurs mesurés</b>	<b>Type de mesure</b>
<b><i>Support Scale</i></b>	Procidano et Heller (1983)	Perception de soutien social.	Autorapporté
<b><i>TCQ : Toddler Care Questionnaire</i></b>	Gross et Rocissano (1988)	Sentiment d'auto-efficacité à gérer les tâches ou les situations reliées à l'éducation d'un jeune enfant âgé de un à trois ans.	Autorapporté

## **ANNEXE 3**

### **CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES SUR LES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS DE LA POPULATION GÉNÉRALE RETENUES DANS L'AVIS**





**Tableau 24** Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale retenues dans l'avis

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie*
<b>Bodenmann et collab. (2008)</b>	<p><i>Triple P</i><sup>†</sup></p> <p>Évaluer l'efficacité du volet de groupe de ce programme, en tenant compte de ses effets sur la relation conjugale.</p> <p>Basé sur les principes de l'apprentissage social, de l'analyse fonctionnelle et de l'intervention cognitive-comportementale.</p>	<p>Quatre rencontres hebdomadaires, d'une durée de 2 h 30; devoirs; quatre appels téléphoniques hebdomadaires de 15 minutes.</p> <p>Huit à dix parents par groupe.</p> <p>Offert par des intervenants certifiés pour ce programme et supervisés.</p> <p>Lieu de l'intervention non spécifié.</p>	<p>Parents d'enfants âgés de deux à douze ans (moyenne de sept ans).</p> <p>Suisse</p> <p>Majorité des parents de classe moyenne et mariés.</p>	<p>Étude indépendante<sup>‡</sup>.</p> <p>N = 100 parents (50 GI et 50 GC)</p> <p>49 % de pères; résultats sur les mères et les pères analysés séparément.</p> <p>Quatre temps de mesure : préintervention, postintervention, suivi à six mois et à douze mois.</p>
<b>Bradley et collab. (2003)</b>	<p>Programme développé par les auteurs.</p> <p>Évaluer l'efficacité d'un programme de courte durée offert dans des centres communautaires.</p> <p>Intervention comportementale.</p>	<p>Trois rencontres hebdomadaires de deux heures et une quatrième rencontre un mois plus tard.</p> <p>Sept à huit parents par groupe.</p> <p>Offert par des intervenants du milieu communautaire ayant reçu une formation sur le programme.</p> <p>Offert dans des centres communautaires.</p>	<p>Parents d'enfants âgés de trois ou quatre ans.</p> <p>Ontario, Canada</p> <p>Échantillon de classe moyenne et instruit.</p> <p>Plus de garçons que de filles.</p>	<p>Étude réalisée par les créateurs du programme.</p> <p>N = 198 parents (89 GI et 109 GC)</p> <p>Majorité de mères; résultats sur les mères et les pères analysés ensemble.</p> <p>Trois temps de mesure : préintervention, suivi à un mois et à un an.</p>

\* GI = groupe d'intervention, GC = groupe contrôle. Certaines études comportent aussi des groupes de comparaison qui ne sont pas inclus dans ce tableau puisque les comparaisons entre les programmes de groupe de parents et les autres types d'interventions (ex. : individuelles ou programmes qui ne ciblent pas directement les parents) ne font pas l'objet de cet avis.

<sup>†</sup> *Positive Parenting Program*, programme créé par Sanders (1999).

<sup>‡</sup> Études indépendantes : effectuées par des chercheurs autres que les créateurs du programme.

**Tableau 24** Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale retenues dans l'avis (suite)

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie
<p><b>Gross et collab. (2003)</b></p>	<p><i>Incredible Years*</i></p> <p>Évaluer l'efficacité du programme auprès de familles de minorités visibles à faible revenu.</p> <p>Basé sur les principes de l'apprentissage social.</p>	<p>Douze rencontres hebdomadaires d'une durée de 2 h.</p> <p>Huit à douze parents par groupe.</p> <p>Offert par deux intervenants ayant reçu une formation sur le programme; supervision.</p> <p>Offert au service de garde des enfants.</p>	<p>Parents d'enfants âgés de deux ou trois ans qui fréquentent un service de garde.</p> <p>États-Unis</p> <p>Familles majoritairement afro-américaines et latino-américaines, vivant dans des quartiers urbains défavorisés; 31 % de familles monoparentales.</p>	<p>Étude indépendante.</p> <p>N = 210 parents (150 GI et 60 GC)</p> <p>Majorité de mères; résultats sur les mères et les pères analysés ensemble.</p> <p>Quatre temps de mesure : préintervention, postintervention, suivi à six mois et à douze mois.</p>
<p><b>Hahlweg et collab. (2010)</b></p>	<p><i>Triple P</i></p> <p>Évaluer l'efficacité à long terme du volet de groupe de ce programme.</p> <p>Basé sur les principes de l'apprentissage social, de l'analyse fonctionnelle et de l'intervention cognitive-comportementale.</p>	<p>Quatre rencontres hebdomadaires d'une durée de 2 h; quatre appels téléphoniques hebdomadaires de 15 minutes.</p> <p>Six à dix familles par groupe.</p> <p>Offert par des psychologues; formation et supervision.</p>	<p>Parents d'enfants âgés de trois à six ans (moyenne de quatre ans).</p> <p>Allemagne</p> <p>Familles de SSE variés, classe moyenne prépondérante, 78 % de couples mariés.</p>	<p>Étude indépendante.</p> <p>N = 280 familles (186 GI et 94 GC)</p> <p>48 % de pères; résultats sur les mères et les pères analysés séparément.</p> <p>Quatre temps de mesure : préintervention, postintervention, suivi à un an et à deux ans.</p>

\* Programme créé par Webster-Stratton Webster-Stratton (1998).

**Tableau 24** Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale retenues dans l'avis (suite)

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie
<b>Heinrichs et collab. (2006)</b>	Publication connexe à Hahlweg et collab. (2010); s'y référer pour chacune des catégories.	Identique à Hahlweg et collab. (2010).	Identique à Hahlweg et collab. (2010).	Identique à Hahlweg et collab. (2010). Résultats au suivi de un an.
<b>Hiscock et collab. (2008)</b>	<i>Toddlers Without Tears</i> , programme développé par les auteurs. Évaluer les effets du programme offert dès les premiers mois de la vie. Basé sur les principes de l'apprentissage social et de l'attachement.	Visite à domicile lorsque l'enfant est âgé de huit mois; deux séances de groupe d'une durée de 2 h lorsque l'enfant est âgé de douze et quinze mois. Offert par une infirmière et une animatrice de groupe ayant reçu une formation sur le programme. Offert dans des centres de santé maternelle et infantile.	Mères d'enfants âgés de huit mois. Australie Familles de SSE variés. 96 % mariés ou en couple, 40 % présentent des facteurs de risque (ex. : symptômes de dépression et anxiété au-delà du seuil clinique, abus de substance, isolement social).	Étude réalisée par les créateurs du programme. N = 733 mères (329 GI et 404 GC) Trois temps de mesures : préintervention, suivi à trois mois et à neuf mois.
<b>Leung et collab. (2003)</b>	<i>Triple P</i> Évaluer l'efficacité du programme auprès d'une population non occidentale. Basé sur les principes de l'apprentissage social, de l'analyse fonctionnelle et de l'intervention cognitive comportementale.	Quatre rencontres hebdomadaires d'une durée de 2 h; devoirs; quatre appels téléphoniques hebdomadaires de 15 à 30 minutes. Taille des groupes non spécifiée. Offert par des professionnels de la santé ayant reçu une formation sur le programme. Offert dans des centres de santé maternelle et infantile et des centres d'évaluation de l'enfant.	Parents d'enfants âgés de trois à sept ans (moyenne quatre ans). Hong Kong Majorité des familles de classe moyenne et mariés. Exclusion des enfants avec un handicap sensoriel ou un retard de développement.	Étude indépendante. N = 69 parents (33 GI et 36 GC) Majorité de mères; résultats sur les mères et les pères analysés ensemble. Deux temps de mesure : préintervention et postintervention.

**Tableau 24 Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale retenues dans l'avis (suite)**

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie
<p><b>Niccols (2009)</b></p>	<p><i>COPEing with Toddler Behaviour</i> (basé sur l'intervention COPE*).</p> <p>Évaluer l'efficacité du programme auprès de parents de jeunes enfants, lorsqu'offert à une clientèle universelle.</p> <p>Axé sur l'amélioration des pratiques parentales par le <i>modeling</i> à partir de vidéos.</p>	<p>Huit rencontres hebdomadaires d'une durée de 2 h; devoirs.</p> <p>10 à 25 parents par groupe, sous-groupes de 4 à 6 participants.</p> <p>Offert par des spécialistes de la petite enfance ayant reçu une formation sur le programme et de la supervision.</p> <p>Offert dans des centres de services à la petite enfance.</p>	<p>Mères d'enfants âgés de un à trois ans.</p> <p>Ontario, Canada</p> <p>51 % des mères de faible SSE, 20 % des enfants ont une condition ou un trouble (ex. : trouble du langage, prématurité, retard de développement).</p>	<p>Étude réalisée par la créatrice du programme.</p> <p>N = 79 mères (49 GI et 30 GC)</p> <p>Trois temps de mesure : préintervention, postintervention et suivi à un mois.</p>
<p><b>Nicholson et collab. (1998)</b></p>	<p><i>STAR</i><sup>†</sup></p> <p>Évaluer l'efficacité d'un programme de courte durée auprès de parents de jeunes enfants.</p> <p>Basé sur les principes du développement de l'enfant, de l'apprentissage social et de l'intervention cognitive comportementale.</p>	<p>Quatre rencontres hebdomadaires (10 h au total); devoirs.</p> <p>Nombre de parents par groupe non spécifié.</p> <p>Offert par des intervenants expérimentés et ayant reçu une formation sur le programme.</p> <p>Offert dans une école.</p>	<p>Parents d'enfants âgés de un à cinq ans (moyenne de trois ans).</p> <p>États-Unis</p> <p>Échantillon de classe moyenne, marié, vivant en banlieue.</p>	<p>Étude réalisée par le créateur du programme.</p> <p>N = 40 parents (20 GI et 20 GC)</p> <p>28 % de pères; résultats sur les mères et les pères analysés ensemble.</p> <p>Trois temps de mesure : préintervention, postintervention et suivi à six semaines.</p>

\* *Community Parent Education Program*, programme créé par Cunningham et collab. (1995).

† *Stop, Think, Ask, Respond*, programme créé par Fox et Fox (1992).

**Tableau 24** Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale retenues dans l'avis (suite)

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie
<p><b>Nicholson et collab. (2002)</b></p>	<p><i>STAR</i></p> <p>Évaluer l'efficacité du programme auprès de parents ayant un score élevé sur une échelle de pratiques disciplinaires punitives.</p> <p>Basé sur les principes de développement de l'enfant, de l'apprentissage social et de l'intervention cognitive comportementale.</p>	<p>Dix rencontres hebdomadaires d'une durée de 1 h 30; devoirs.</p> <p>Maximum de quatre parents par groupe.</p> <p>Offert par des professionnels de la petite enfance expérimentés auprès de familles à faible revenu, ayant reçu une formation sur le programme et de la supervision.</p> <p>Lieu de l'intervention non spécifié.</p>	<p>Parents d'enfants âgés de un à cinq ans.</p> <p>États-Unis</p> <p>Parents à faible revenu, 62 % de familles monoparentales.</p> <p>Exclusion des enfants ayant un diagnostic psychiatrique ou bénéficiant de services éducatifs spéciaux.</p>	<p>Étude réalisée par le créateur du programme.</p> <p>N = 26 familles (13 GI et 13 GC)</p> <p>Majorité de mères; résultats sur les mères et les pères analysés ensemble.</p> <p>Trois temps de mesure : préintervention, postintervention, suivi à un mois.</p>
<p><b>Spaccarelli et collab. (1992)</b></p>	<p><i>Incredible Years</i></p> <p>Évaluer l'efficacité du programme, lorsqu'il est bonifié par une composante d'entraînement à la résolution de problèmes.</p> <p>Basé sur les principes de l'apprentissage social.</p>	<p>Dix heures de formation sur les habiletés parentales et six heures additionnelles de formation sur la résolution de problèmes ou de discussions avec un thérapeute; devoirs.</p> <p>Six groupes.</p> <p>Offert par le premier auteur au département de psychiatrie d'un centre médical.</p>	<p>Parents d'enfants dont l'âge moyen est de six ans.</p> <p>États-Unis</p> <p>Familles d'ethnies et de SSE variés, majorité des parents mariés.</p>	<p>Étude indépendante</p> <p>N = 53 parents (37 GI et 16 GC)</p> <p>Majorité de mères; résultats sur les mères et les pères analysés ensemble.</p> <p>Trois temps de mesure : préintervention, postintervention et suivi à quatre et à six mois.</p>

**Tableau 24** Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants de la population générale retenues dans l'avis (suite)

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie
<p><b>Stewart-Brown et collab. (2004)</b></p>	<p><i>Incredible Years</i> Évaluer l'efficacité du programme auprès d'une population diverse. Basé sur les principes de l'apprentissage social.</p>	<p>Dix rencontres hebdomadaires d'une durée de 2 h. Six groupes. Offert par des professionnels de la santé ayant reçu une formation sur le programme et de la supervision. Offert dans des centres médicaux ou des centres communautaires.</p>	<p>Parents d'enfants âgés de deux à huit ans. Angleterre Familles de milieux sociodémographiques divers. Les enfants doivent avoir un score au-dessus de la médiane sur une échelle mesurant les problèmes de comportement.</p>	<p>Étude indépendante. N = 116 familles (60 GI et 56 GC) Résultats sur les mères et les pères analysés ensemble. Quatre temps de mesure : préintervention, postintervention, suivi à six mois et à douze mois.</p>

## **ANNEXE 4**

### **CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES SUR LES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PARENTS D'ENFANTS AYANT DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT RETENUES DANS L'AVIS**





**Tableau 25** Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants ayant des problèmes de comportement retenues dans l'avis

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie*
<b>Gardner et collab. (2006)</b>	<i>Incredible Years</i> <sup>†</sup> Évaluer l'efficacité du programme dans un milieu communautaire et analyser les mécanismes qui sous-tendent le changement du comportement. Basé sur les principes de l'apprentissage social.	Quatorze rencontres hebdomadaires, d'une durée de 2 h; devoirs; suivis téléphoniques. Dix à douze parents par groupe. Deux intervenants de professions variées (dont un certifié IY); supervision; ateliers offerts par la conceptrice du programme (Webster-Stratton). Offert dans des centres communautaires ou de services aux familles.	Parents d'enfants âgés de deux à neuf ans. Angleterre 70 % de familles défavorisées; 52 % de familles monoparentales. 77 % des enfants sont des garçons.	Étude indépendante <sup>‡</sup> . N = 76 parents (44 GI et 32 GC) Résultats sur les mères et les pères analysés ensemble. Quatre temps de mesure : préintervention, postintervention, suivi à 6 mois et à 18 mois.
<b>Gross et collab. (1995)</b>	<i>Incredible Years</i> Évaluer l'efficacité du programme en tenant compte du lien entre l'auto-efficacité ainsi que le stress et la dépression chez les parents, la qualité des interactions parent-enfant et le comportement des enfants. Basé sur les principes de l'apprentissage social.	Dix rencontres hebdomadaires; devoirs. Durée, lieu des rencontres et nombre de familles par groupe non spécifiés. Deux intervenants par groupe; détiennent une maîtrise en soins infirmiers en psychiatrie et de l'expérience pertinente et sont supervisés.	Parents d'enfants de deux ans. États-Unis Familles de classe moyenne, milieu urbain. 83 % des enfants sont des garçons.	Étude indépendante. N = 16 parents (10 GI et 6 GC) 50 % de pères; résultats sur les mères et les pères analysés séparément. Trois temps de mesure : préintervention, postintervention et suivi de trois mois.

\* GI = groupe d'intervention, GC = groupe contrôle. Certaines études comportent aussi des groupes de comparaison qui ne sont pas inclus dans ce tableau puisque les comparaisons entre les programmes de groupe de parents et les autres types d'interventions (ex. : individuelles ou programmes qui ne ciblent pas directement les parents) ne font pas l'objet de cet avis.

<sup>†</sup> Programme créé par Webster-Stratton (1998).

<sup>‡</sup> Études indépendantes : effectuées par des chercheurs autres que les créateurs du programme.

**Tableau 25 Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants ayant des problèmes de comportement retenues dans l'avis (suite)**

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie
<p><b>Hutchings et collab. (2007)</b></p>	<p><i>Incredible Years</i> Évaluer l'efficacité du programme offert par des intervenants du programme <i>Sure Start</i>. Basé sur les principes de l'apprentissage social.</p>	<p>Douze rencontres hebdomadaires, d'une durée de 2 h à 2 h 30. Maximum de douze parents par groupe (sept en moyenne). Deux intervenants par groupe; professions variées; ayant livré le programme au moins une fois; supervision d'un intervenant <i>Incredible Years</i> certifié. Lieu de l'intervention non spécifié.</p>	<p>Parents d'enfants de trois ou quatre ans Angleterre Familles provenant de milieux défavorisés, 40 % de familles monoparentales. 60 % des enfants sont des garçons.</p>	<p>Étude indépendante. N = 153 parents (104 GI et 49 GC) Résultats sur les mères et les pères analysés ensemble. Trois temps de mesure : préintervention, postintervention et suivi de trois mois.</p>
<p><b>Taylor et collab. (1998)</b></p>	<p><i>Incredible Years</i> Évaluer l'efficacité du programme offert dans le cadre de services en santé mentale. Basé sur les principes de l'apprentissage social.</p>	<p>Onze à quatorze rencontres hebdomadaires, d'une durée de 2 h 15. Sept familles par groupe. Deux thérapeutes par groupe; expérience avec le programme; formation en psychologie ou en travail social; formation sur le programme et supervision. Offert dans un centre familial de services en santé mentale.</p>	<p>Parents d'enfants de trois à huit ans. Ontario, Canada Échantillon de SSE varié, 35 % de familles monoparentales. 70 % des enfants sont des garçons.</p>	<p>Étude indépendante. N = 64 parents (46 GI et 18 GC) Majorité de mères. Certaines mesures remplies par les enseignants. Deux temps de mesure : préintervention et postintervention.</p>

**Tableau 25** Caractéristiques des études sur les programmes destinés aux parents d'enfants ayant des problèmes de comportement retenues dans l'avis (suite)

Auteurs et année de publication	Nom et objectifs du programme	Durée et particularités du programme	Clientèle	Méthodologie
<b>Webster-Stratton et Herman (2008)</b>	<p><i>Incredible Years</i></p> <p>Évaluer l'efficacité du programme pour réduire les symptômes dépressifs et anxieux chez les enfants.</p> <p>Basé sur les principes de l'apprentissage social.</p>	<p>Dix à douze rencontres hebdomadaires.</p> <p>Offert par des professionnels en santé mentale.</p> <p>Offert dans une clinique de soutien parental spécialisé en intervention auprès d'enfants ayant des problèmes de comportement.</p>	<p>Parents d'enfants de trois à huit ans.</p> <p>États-Unis</p> <p>Majorité des familles de classe moyenne.</p> <p>75 % des enfants sont des garçons.</p>	<p>Étude menée par la créatrice du programme.</p> <p>N = 181 parents (111 GI et 70 GC)</p> <p>41 % de pères; résultats sur les mères et les pères analysés séparément ou ensemble (varie selon ce qui est analysé).</p> <p>Deux temps de mesure : préintervention et postintervention.</p>
<b>Wiggins et collab. (2009)</b>	<p><i>Pathways Triple P</i></p> <p>Évaluer l'efficacité du programme pour améliorer la qualité de la relation parent-enfant et réduire les problèmes de comportement chez les enfants.</p> <p>Basé sur les principes de l'apprentissage social et de l'attachement.</p>	<p>Neuf rencontres hebdomadaires, d'une durée de 2 h.</p> <p>Dix participants et deux intervenants par groupe.</p> <p>Offert par des psychologues accrédités; formation et supervision.</p> <p>Lieu de l'intervention non spécifié.</p>	<p>Parents d'enfants de quatre à dix ans.</p> <p>Australie</p>	<p>Étude menée par le créateur du programme.</p> <p>N = 49 parents (27 GI et 22 GC)</p> <p>Résultats sur les mères et les pères analysés ensemble.</p> <p>Trois temps de mesure : préintervention, postintervention et suivi de trois mois.</p>





EXPERTISE  
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

[www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)



RECHERCHE  
ÉVALUATION  
ET INNOVATION



COLLABORATION  
INTERNATIONALE



LABORATOIRES  
ET DÉPISTAGE

Institut national  
de santé publique

Québec

