



Le programme d'entraînement aux habiletés parentales *Ces années incroyables* : expériences dans deux contextes

MARIE-JOSÉE LETARTE

Université de Sherbrooke

SYLVIE NORMANDEAU et JULIE ALLARD

Université de Montréal

1. Introduction

Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) comptent parmi les programmes d'intervention les plus prometteurs pour traiter et prévenir les problèmes de comportement (Hartman, Stage et Webster-Stratton, 2003; Kazdin, 2001; Nock et Kazdin, 2001; Weersing et Weisz, 2002). Ils s'appuient sur l'idée que les parents sont des agents de socialisation de première importance dans le développement des enfants et qu'ils sont les mieux placés pour les soutenir dans leur développement. Ils ont pour but d'aider les parents à mieux gérer les comportements dérangeants de leur enfant afin d'améliorer la qualité de la relation parent-enfant et éventuellement diminuer la fréquence et l'intensité des comportements perturbateurs des enfants (Normandeau et Venet, 2000). Plus précisément, les parents y sont encouragés à adopter des pratiques positives comme le renforcement spécifique et conséquent, l'ignorance intentionnelle et les punitions appropriées, à améliorer leur sensibilité à l'égard de l'enfant et à améliorer la qualité de leur supervision et de leurs habiletés de résolution de problèmes.

Les PEHP ont été développés à l'origine pour aider les enfants ayant des problèmes de comportement extériorisés (Normandeau et Venet, 2000), notamment des problèmes de désobéissance, d'agressivité ou d'hyperactivité. Ils sont maintenant utilisés auprès de groupes de parents dont les enfants présentent des problèmes aussi variés que l'anxiété, l'énurésie ou l'autisme (Normandeau et Venet, 2000; Briesmeister et Schaefer, 2007). En raison de leur efficacité à modifier les pratiques éducatives parentales, ils sont souvent mis en place dans un contexte de protection de l'enfance auprès de parents qui abusent ou négligent leur enfant (Barth et al., 2005). Les recherches présentées ici ont pour but de vérifier l'efficacité d'un même PEHP auprès de parents d'enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité (TDAH), d'une part, et auprès de parents vulnérables suivis aux Centres Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire (CJM-IU), d'autre part.

Les PEHP ont fait l'objet de nombreuses études évaluatives vérifiant leur efficacité auprès d'enfants présentant des problèmes de comportement et de leurs parents. Deux méta-analyses et plusieurs recensions démontrent qu'ils ont un effet positif sur les parents (p. exemple. : diminution du stress parental et du sentiment de dépression, augmentation du sentiment d'auto-efficacité parental et du bien-être émotionnel), sur les enfants (p. ex. : diminution des comportements inappropriés et augmentation des comportements appropriés) et au niveau des interactions parents-enfant (p. ex. : amélioration des pratiques éducatives parentales et de la qualité de la relation affective), et que leurs effets positifs se généralisent à la fratrie ou à l'école et se maintiennent jusqu'à 3 ans après la fin du programme (Lundahl, Risser et Lovejoy, 2006; Serketich et Dumas, 1996; Webster-Stratton et Reid, 2006).

Les travaux réalisés auprès de familles dont un enfant présente un TDAH indiquent que les programmes centrés sur les stratégies éducatives ont un effet favorable sur le comportement des enfants (Anastopoulos, Shelton, DuPaul et Guevremont, 1993; Horn, Ialongo, Popvich, et Perdatto, 1987; Horn, Ialongo, Greeberg, Packard, et Smith-Winberry, 1990; Sonuga-Barke, Dalry, Tompson, Laver-Bradbury et Weeks, 2001). Leurs comportements d'agressivité ou d'opposition

s'amélioreraient davantage que les symptômes spécifiques du TDAH (Pisterman et al., 1992a). De même, les PEHP ont un effet positif sur la qualité des interactions parent-enfant (Pisterman et al., 1989; Pisterman et al., 1992a, 1992b) et sur le niveau de stress parental ou le sentiment d'auto-efficacité liés au rôle parental (Anastopoulos et al., 1993; Barkley, Guevremont, Anastopoulos, et Fletcher, 1992; Sonugo-Barke et al., 2001; Pisterman et al., 1992b). L'étude multisite MTA a eu une contribution non négligeable sur le plan des connaissances sur le traitement du TDAH. Cette étude a comparé quatre interventions : un traitement pharmacologique soigneusement contrôlé; une intervention psychosociale intensive comportant un PEHP, un camp d'été spécialisé et une intervention en milieu scolaire, une intervention combinée et l'intervention standard dans la communauté. L'intervention combinée est plus efficace que chacune des interventions individuelles lorsqu'un score composite est utilisé (Conners et al., 2001). Elle est également la seule à être supérieure à l'intervention dans la communauté de façon constante en regard des symptômes d'agressivité et d'opposition (MTA Cooperative Group, 1999a, 1999b), sans que l'on puisse définir le rôle de chaque élément de l'intervention psychosociale. Ainsi, l'intervention psychosociale ajoute des bénéfices à la médication au niveau des comportements d'inattention, d'impulsivité et d'hyperactivité et des habiletés sociales, mais pas sur les habiletés scolaires (Majewicz-Hefley et Carlson, 2007).

Quelques études ont également évalué l'efficacité des PEHP en contexte d'abus et de négligence. MacLeod et Nelson (2000) ont fait une méta-analyse à partir de 54 programmes ayant pour but de prévenir ou traiter la maltraitance envers les enfants, dont cinq PEHP. Leurs résultats montrent que les PEHP ont des effets positifs sur les attitudes et les comportements des parents, de même que sur le placement des enfants. Ils concluent que les PEHP comptent parmi les programmes efficaces pour diminuer la maltraitance parentale. Lundahl, Nimer et Parsons (2006) analysent quant à eux 23 études vérifiant l'efficacité des PEHP auprès de parents qui abusent ou négligent leur enfant ou qui sont à risque d'abus ou de négligence. Leurs résultats suggèrent que les PEHP ont un effet positif sur les parents au niveau de l'ajustement émotionnel, des attitudes envers l'éducation des enfants, des comportements liés à

l'éducation des enfants et de l'abus ou de la négligence. D'autres recensions rapportent des résultats allant dans le même sens, suggérant que les PEHP permettent des améliorations tant chez les parents que chez les enfants (Barth et al., 2005; Corcoran, 2000; Herbert, 2000; Wolfe et Wekerle, 1993).

Le PEHP *Ces années incroyables* (Webster-Stratton et Hancock, 1998) est le PEHP le plus recommandé par différents organismes (p. ex. : Society for Prevention Research, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Special Education Programs) en raison du nombre et de la qualité des études montrant son efficacité. Par exemple, des études ont comparé *Ces années incroyables* à une absence de traitement, à une thérapie de groupe et aux services généralement offerts par des cliniciens aux enfants ayant des troubles de comportement (voir Weisz, 2004; pour une revue de ces études). Ces études montrent qu'à la suite de leur participation à ce programme, les parents d'enfants présentant des troubles de comportement ou à risque d'en présenter ultérieurement améliorent leurs pratiques éducatives, améliorent leur relation avec leur enfant et perçoivent moins de problèmes, et d'intensité moindre, chez leur enfant. Des observateurs indépendants notent également une amélioration des pratiques éducatives parentales et du comportement de l'enfant en laboratoire ou à la maison (Normandeau et Venet, 2000; Taylor, Schmidt, Pepler et Hodgins, 1998; Weisz, 2004; Woolgar et Scott, 2005). Ces études montrent aussi que ce PEHP est plus efficace qu'une absence de traitement et au moins aussi efficace que d'autres formes de thérapie et qu'il peut être efficace lorsqu'implanté dans des milieux de pratique (Weisz, 2004).

Le PEHP *Ces années incroyables* est donc reconnu comme un programme efficace, mais il n'a pas été évalué selon une procédure adéquate auprès d'échantillons de parents d'enfant TDAH ni auprès de parents suivis en protection de l'enfance, ce que font les deux recherches présentées ici. Les paragraphes suivants décrivent donc ce PEHP, tel qu'utilisé au Québec, dans les recherches présentées ici. Le programme vise spécifiquement le développement d'une relation parent-enfant harmonieuse, le soutien des parents dans l'apprentissage de pratiques

éducatives efficaces et utilisées de façon cohérente, l'amélioration des processus de résolution de problèmes et la communication au sein de la famille et avec les enseignants. Les thèmes abordés sont le jeu avec l'enfant, les félicitations et les récompenses, l'établissement de limites claires, l'ignorance intentionnelle, le retrait et les autres conséquences, la résolution de problèmes individuels, familiaux ou entre adultes, la promotion de la confiance en soi de l'enfant, la gestion de son découragement, les habitudes de travail et la participation des parents dans les devoirs. Il s'adresse à des groupes de 7 à 16 parents et est animé par deux intervenants. Bien que le programme puisse s'échelonner sur une période variant entre 12 et 22 semaines selon le contexte et la clientèle, un programme de 16 rencontres hebdomadaires de deux heures est utilisé ici. Des manuels décrivant le contenu du programme, ses objectifs spécifiques, les activités de chaque rencontre et les vignettes à utiliser sont disponibles en français.

L'originalité de *Ces années incroyables* tient à la variété des moyens de mise en relation mis en place par les intervenants. En effet, il est toujours animé par deux intervenants dûment formés à l'approche collaborative (Normandeau et Venet, 2000). Ces intervenants utilisent des vignettes vidéo présentant des parents dans des situations spontanées d'interaction avec leur enfant afin de stimuler les échanges dans le groupe. Ils proposent des jeux de rôle entre les participants afin qu'ils puissent exercer les stratégies éducatives en toute sécurité ainsi que des devoirs hebdomadaires permettant aux participants de mettre en pratique, dans leur famille, les habiletés apprises lors de la rencontre de groupe. L'approche collaborative (Webster-Stratton et Hancock, 1998; Webster-Stratton et Herbert, 1994) valorise l'établissement d'une relation réciproque et non hiérarchique entre les animateurs et les participants. En effet, les connaissances, les forces et les perspectives de chacun sont mises à profit afin de stimuler les apprentissages de chacun. Le rôle de l'intervenant consiste à comprendre la perspective des parents, à clarifier le sujet abordé, à résumer les points importants soulevés par les parents, à interpréter, à enseigner et à suggérer des approches alternatives. Cette approche permet à l'intervenant de s'adapter aux différences familiales, sociales et culturelles des parents avec lesquels il travaille. L'approche collaborative présente de nombreux avantages,

dont ceux de redonner la dignité, le respect et l'autocontrôle aux parents qui sont souvent vulnérables et se blâment en raison des difficultés vécues par leur enfant. Elle favorise l'amélioration de la confiance et du sentiment d'auto-efficacité des parents face à leur capacité de contrôler leur propre comportement et celui de leur enfant. Finalement, elle favorise l'engagement des parents dans la démarche d'intervention en réduisant le taux d'attrition, en augmentant la motivation, en diminuant la résistance au changement, en favorisant la généralisation et en engageant les parents dans leur propre succès.

Pour assurer la fidélité de l'implantation du programme, différents outils sont à la disposition des intervenants et des gestionnaires et ont été utilisés dans les recherches. Tous les intervenants qui participent aux recherches présentées ici ont participé à une formation de trois jours sur le programme et l'approche collaborative. Ils ont été supervisés régulièrement par une intervenante expérimentée et ont reçu du soutien administratif et technique. Les animateurs ont également suivi un même protocole d'intervention présentant en détail le contenu de chaque session incluant les thèmes à aborder, les vignettes à présenter, les activités à animer, les devoirs à proposer aux participants de même que les documents à distribuer. À la suite de chaque rencontre, les animateurs devaient remplir et remettre à la coordonnatrice de recherche un formulaire indiquant exactement ce qui a été fait pendant la rencontre (p. ex. : vignettes présentées, discussion sur les devoirs, documents distribués).

2. Objectifs des recherches

La première recherche vérifie l'efficacité d'un PEHP auprès de parents d'enfants TDAH. Dans une volonté de complémentarité par rapport aux études précédentes évaluant l'efficacité des PEHP auprès de parents d'enfants TDAH, la présente recherche vérifie les effets du PEHP au-delà du suivi médical assuré aux enfants. En effet, une procédure est mise en place afin de clarifier le diagnostic de TDAH des enfants et d'assurer l'adéquation de la dose de médicaments qu'ils prennent tous pour traiter leur TDAH. Par ailleurs, l'intervention s'adresse à des parents d'enfants d'âge scolaire et un contrôle de sa mise en œuvre a été exercé. Finalement, l'évaluation porte sur les comportements propres au TDAH

ainsi que sur les problèmes associés. La seconde recherche a pour but de vérifier l'efficacité d'un PEHP auprès de parents vulnérables suivis en protection de la jeunesse. Comparativement aux précédentes recherches évaluant des PEHP en contexte d'abus ou négligence, celle-ci comporte un groupe de comparaison, offre une intervention contrôlée basée sur des données probantes et animée par des intervenants réguliers du CJM-IU et assure un contrôle de la fidélité de l'intervention. Plus spécifiquement, ces deux recherches évaluent l'efficacité du PEHP *Ces années incroyables* au niveau de l'amélioration des pratiques éducatives parentales et du comportement des enfants.

3. Méthode

3.1. *Participants à la recherche TDAH*

Les participants à cette recherche sont 110 parents d'un enfant présentant un TDAH, référés au projet *Ces années incroyables* entre 2003 et 2006 par un professionnel du milieu de la santé, de l'éducation ou des services sociaux. Pour participer à la recherche, les enfants devaient répondre aux critères suivants : (a) être âgé entre 6 et 10 ans, (b) rencontrer les critères diagnostiques du TDAH selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), (c) bien qu'il puisse présenter d'autres problèmes de santé mentale, le TDAH est son problème principal; (d) ne pas présenter de retard mental, de trouble de langage ou d'apprentissage sévère, de maladies neurologiques avérées, de syndrome Gilles de la Tourette ou de tics graves, ni de trouble obsessionnel compulsif et ne pas être né prématurément (<35 semaines); et (e) prendre la dose idéale de méthylphénidate prescrite.

Le diagnostic de TDAH de chaque enfant a été confirmé par le pédopsychiatre de l'équipe de recherche qui a également établi la dose idéale de médicaments pour chacun. Les parents ont ensuite été assignés à l'une des trois conditions expérimentales suivantes. Les parents du groupe *médication* (M ; $n = 38$) ne reçoivent, au-delà de la médication, aucun soutien psychosocial dans le cadre du projet de recherche. Les parents du groupe *soutien téléphonique* (ST ; $n = 31$) reçoivent, en plus du suivi médical, huit appels téléphoniques d'environ

30 minutes s'échelonnant sur 16 semaines. Lors de ces appels, l'intervenant écoute le parent et discute avec lui de ses expériences avec son enfant en regard de différents thèmes liés à la relation parent-enfant (par exemple, les félicitations ou l'établissement de limites claires). Les parents du groupe *PEHP* ($n = 41$) participent au PEHP *Ces années incroyables* (Webster-Stratton et Hancock, 1998) en plus de recevoir un suivi médical. Les parents du groupe PEHP ont été présents en moyenne à 12,2 rencontres ($\bar{E.T.} = 2,3$), sur les 16 prévues. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des familles des trois groupes. Au pré-test, les groupes se distinguent uniquement au niveau du nombre de pères participant, qui est plus élevé dans le groupe PEHP.

3.2. *Participants à la recherche en protection de la jeunesse*

Les participants à cette recherche sont 45 parents suivis au CJM-IU en raison de leur négligence envers leur enfant référés au programme par leur intervenant. Pour participer à la recherche, ils devaient répondre aux critères suivants : (a) l'enfant est âgé entre 5 ans et 10 ans, (b) le parent ne présente pas de problèmes de santé mentale, d'abus de drogues ou de problèmes de santé mentale sévère ou ils sont maîtrisés; et (c) le parent a la garde de son enfant à une fréquence minimale d'une fin de semaine aux quinze jours. Les 36 premiers parents à s'inscrire ont été assignés au groupe PEHP (participent au PEHP *Ces années incroyables* en plus de recevoir les services habituels). Ces parents ont été contactés par un animateur du programme qui leur a expliqué le PEHP ainsi que le protocole de recherche. Par la suite, un assistant de recherche formé s'est rendu au domicile du participant pour expliquer la recherche plus en détail et colliger les données du pré-test. Les données du post-test ont également été colligées lors d'une visite à la maison après la fin du PEHP. Neuf parents qui se sont inscrits plus tard ont été mis sur la liste d'attente pour l'année suivante et ont constitué le groupe de comparaison. Ces parents ont été contactés directement par un membre de l'équipe de recherche ayant obtenu l'autorisation de l'intervenant au dossier et le même procédé de collecte de données a été suivi. Cinq parents du groupe PEHP ont abandonné le programme et cinq autres sont devenus inéligibles avant la cinquième semaine du programme et ont été retirés de l'échantillon à l'étude. Des analyses ont montré que ces 10 participants ne sont pas significativement différents

des autres sur le plan des caractéristiques sociodémographiques, ni des données colligées au pré-test. L'échantillon final consiste donc en 35 parents divisés en deux groupes : 26 parents ont participé au PEHP et 9 parents forment le groupe contrôle. Les parents du groupe PEHP ont été présents, en moyenne, à 12,6 rencontres ($\bar{E.T.} = 2,5$), sur les 16 prévues. Les caractéristiques sociodémographiques des participants aux deux groupes sont présentées au tableau 1. Au pré-test, les groupes sont équivalents en ce qui a trait à l'ensemble de ces caractéristiques.

3.3. *Instruments de mesure*

Les pratiques éducatives parentales ont été évaluées à l'aide d'une traduction du *Parenting Practices Interview* (PPI; Webster-Stratton, 1998). Ce questionnaire de 80 questions évalue l'utilisation que les parents font de sept pratiques éducatives, soit : la discipline sévère et inconstante, la discipline verbale positive, la punition physique, la discipline appropriée, les félicitations et récompenses, l'expression d'attentes claires et la supervision. Les parents indiquent leur utilisation des différentes pratiques en répondant sur une échelle de type Likert en 7 points dont la signification varie (coefficients alphas variant entre 0,62 et 0,82).

Les problèmes de comportement de l'enfant sont évalués à l'aide du *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI; Robinson, Eyberg et Ross, 1980) portant sur la perception qu'a le parent des comportements de son enfant âgé de 2 à 16 ans à la maison. Il comporte 36 énoncés évalués sur deux échelles : (a) Le nombre total de problèmes de comportements ($\alpha = 0,95$; stabilité = 0,85), où le parent indique si ce comportement représente un problème à ses yeux (oui ou non); et (b) la fréquence de ces problèmes ($\alpha = 0,93$; stabilité = 0,80), où le parent indique la fréquence à laquelle survient ce comportement à l'aide d'une échelle de type Likert, allant de 1 (*jamais*) à 7 (*toujours*). La stabilité test-retest à 10 mois d'intervalle équivaut à 0,75 (Burns et Patterson, 2001; Funderburk, Eyberg, Rich et Behar, 2003).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques de chaque échantillon au pré-test

Variable	Échantillon TDAH (n = 110)	Échantillon CJM-IU (n = 35)
Age du parent répondant (années)	37,3 (5,8)	36,9 (4,0)
Moyenne \pm <i>É.T.</i>		
Age de l'enfant (années)		
Moyenne \pm <i>É.T.</i>	8,2 (1,2)	8,6 (1,4)
Sexe du parent		
Femme	101 (91,8 %)	28 (80 %)
Homme	9 (8,2 %)	7 (20 %)
Sexe de l'enfant		
Fille	16 (4,5 %)	11 (31,4 %)
Garçon	94 (85,5 %)	24 (68,6 %)
Type de famille (%)		
Biparentale	71,0	34,3
Monoparentale	12,1	40,0
Recomposée	15,9	25,7
Source principale de revenu (%)		
Bien-être social	5,5	62,9
Emploi	94,5	22,9
Autre	0	14,3
Niveau d'éducation complété		
Mère (%)		
Élémentaire	9,1	45,7 (16)
Secondaire	19,1	20,0 (7)
Collégial	39,1	17,1 (6)
Universitaire	32,7	11,5 (4)
Non disponible		5,7 (2)
Père (%)		
Élémentaire	16,3	28,6
Secondaire	34,6	22,9
Collégial	27,2	11,4
Universitaire	21,9	2,9
Non disponible		34,2

Dans la recherche sur le TDAH, les comportements spécifiques au TDAH sont évalués avec le Conners's complété par le parent (CRS; Conners, 1997). Ce questionnaire comporte 80 énoncés évaluant 14 dimensions. Dans le cadre de la présente recherche, les dimensions suivantes sont étudiées : inattention, hyperactivité, et TDAH total. Pour chacun des énoncés, le parent indique sa perception de l'importance des différents problèmes proposés au cours du dernier mois sur une échelle de type Likert allant de 0 (*totalement faux – jamais*) à 3 (*totalement vrai –*

très souvent). Toutes les mesures ont été complétées par les parents avant et après l'intervention.

4. Résultats

4.1. Procédure statistique utilisée

Dans les deux recherches, les effets du programme ont été vérifiés à l'aide d'analyses de variance à mesures répétées comparant l'évolution des groupes à l'étude entre le pré-test et le post-test pour chacune des échelles. Une interaction temps par groupe significative sur une échelle donnée indique une évolution différente des groupes dans le temps et signifie que l'intervention a un effet. Quand une telle interaction est observée, des analyses de variance univariées sont effectuées pour chaque groupe séparément afin d'identifier la présence d'un changement dans le temps pour chacun. Les deux autres effets obtenus dans ces analyses (temps et groupe) ne sont pas le résultat de l'intervention et ne seront donc pas rapportés ici.

4.2. Recherche auprès de l'échantillon TDAH

Les analyses de variance à mesures répétées présentées au tableau 2 montrent que le PEHP a un effet sur trois échelles du PPI (félicitations et récompenses, clarté des attentes et discipline sévère et inconstante), une échelle du ECBI (nombre de problèmes) et sur deux échelles du Conners (inattention et TDAH-total). Les analyses d'effets simples indiquent qu'à la suite de leur participation au PEHP, les parents des deux groupes d'intervention (PEHP et ST) félicitent et récompensent davantage leur enfant, qu'ils expriment leurs attentes plus clairement et qu'ils utilisent une discipline moins sévère et inconstante. Les parents du groupe de comparaison ne modifient pas leurs pratiques éducatives entre le pré-test et le post-test. Pour ce qui est du comportement de l'enfant, les participants au PEHP perçoivent une diminution du nombre de comportements problématiques, une diminution des comportements d'inattention et une diminution du TDAH de façon générale. Les parents ayant reçu du soutien téléphonique, de même que ceux du groupe de comparaison, n'observent aucune amélioration chez leur enfant.

Tableau 2
Moyennes et écart-types pour chaque sous-groupe et résultats des analyses de variance à mesures répétées pour chaque recherche

	Expérience auprès des familles d'enfant TDAH						Expérience en protection de l'enfance					
	Pré-test			Post-test			Pré-test			Post-test		
	PEHP M(É.T.)	ST M(É.T.)	M M(É.T.)	PEHP M(É.T.)	ST M(É.T.)	M M(É.T.)	PEHP M(É.T.)	C M(É.T.)	PEHP M(É.T.)	C M(É.T.)	F (t X g)	F (t X g)
PPI: da	4,42 (,74)	4,65 (,85)	4,86 (,78)	4,74 (,66)	4,69 (,72)	5,01 (,77)	4,49 (,91)	4,54 (,93)	4,87 (,95)	4,25 (,76)	12,70**	12,70**
PPI: dvp	5,11 (,82)	5,29 (,93)	5,26 (,83)	5,41 (,69)	5,53 (,66)	5,37 (,89)	ns	5,19 (,79)	5,36 (,67)	5,57 (,66)	4,75 (,40)	24,14**
PPI: fr	4,36 (,87)	4,48 (,57)	4,50 (,80)	4,87 (,71)	4,84 (,56)	4,52 (,75)	4,41*	4,58 (,98)	4,39 (,79)	5,05 (,76)	4,14 (,70)	7,20*
PPI: s	5,53 (,99)	5,59 (,95)	5,85 (,87)	5,68 (,92)	5,79 (,91)	5,63 (,93)	2,56t	5,74 (,73)	6,06 (,77)	5,96 (,69)	5,51 (,83)	11,65*
PPI: ac	3,44 (,51)	3,28 (,75)	3,55 (,51)	3,70 (,51)	3,70 (,51)	3,75 (,76)	5,74*	3,43 (,70)	3,48 (,84)	3,66 (,57)	3,52 (,81)	ns
PPI: pp	1,25 (,34)	1,30 (,32)	1,29 (,38)	1,18 (,37)	1,25 (,35)	1,25 (,42)	ns	1,57 (,86)	1,32 (,32)	1,33 (,50)	1,70 (,20)	4,85*
PPI: dsi	3,20 (,64)	3,08 (,73)	2,88 (,45)	2,60 (,65)	2,89 (,66)	2,88 (,68)	14,69**	3,13 (,94)	2,59 (,83)	2,78 (,89)	2,81 (,76)	8,53*
ECBI:	62,11 (9,49)	60,97 (7,50)	60,54 (9,56)	56,46 (8,87)	55,13 (7,69)	58,80 (10,22)	4,73*	14,9 (8,6)	14,2 (6,9)	10,9 (9,5)	14,1 (7,6)	5,33*
np							2,55t	113,2 (40,3)	112,1 (36,5)	102,6 (39,2)	120,4 (42,1)	9,32**
ECBI:	56,89 (5,38)	56,71 (6,24)	55,69 (7,54)	53,59 (6,96)	54,35 (4,83)	56,03 (7,86)	3,79*					
CRS: i	65,71 (10,41)	62,06 (9,20)	62,91 (12,94)	60,91 (10,93)	61,65 (11,09)	62,56 (10,65)	ns					
CRS: h	65,15 (12,25)	64,94 (9,91)	66,79 (15,09)	62,38 (10,99)	67,47 (13,26)	65,71 (10,41)						
CRS: t	66,43 (10,27)	64,32 (8,33)	65,68 (12,48)	62,94 (10,02)	65,79 (10,22)	65,71 (10,41)	3,43*					

Note. F(t X g) : interaction temps par groupe. PPI : da = discipline appropriée; PPI : dvp = discipline verbale positive; PPI : fr = félicitations et récompenses; PPI : s = supervision; PPI : ac = attentes claires; PPI : pp = punitions physiques; PPI : dsi = discipline sévère et inconstante; ECBI : np = nombre de problèmes; ECBI : fp = fréquence des problèmes; CRS : i = inattention; CRS : h = hyperactivité; CRS : t = score global du déficit d'attention avec enton avec hyperactivité.
* $p < 0,05$, ** $p < 0,001$.

4.3. *Recherche auprès de l'échantillon en protection de la jeunesse*

Les analyses de variance à mesures répétées rapportées au tableau 2 montrent que le PEHP a un effet sur six des sept échelles du PPI (discipline sévère et inconstante, punitions physiques, félicitations et récompenses, discipline appropriée, supervision, discipline verbale positive) et sur les deux échelles du ECBI (nombre de problèmes et intensité des comportements). Les analyses d'effet simple effectuées par la suite montrent que les parents qui ont participé au PEHP se sont améliorés entre le pré-test et le post-test. À la suite du programme, ils rapportent utiliser une discipline moins sévère et inconstante, utiliser les félicitations et récompenses de façon plus appropriée, utiliser une discipline plus appropriée et davantage de stratégies verbales positives. Les parents du groupe de comparaison ne rapportent aucune amélioration dans l'intervalle, mais leur supervision s'est détériorée significativement. Par ailleurs, suite à l'intervention, les parents du groupe PEHP perçoivent que les comportements négatifs de leur enfant sont moins nombreux et moins intenses. Les parents du groupe de comparaison n'observent aucun changement chez leur enfant entre le pré-test et le post-test.

5. Discussion

L'efficacité de *Ces années incroyables* à modifier les pratiques éducatives parentales et le comportement des enfants a été démontrée à de multiples occasions avec des familles d'enfants présentant des problèmes de comportement (p. ex. : Barth et al., 2005; Normandeau et Venet, 2000; Taylor et al., 1998; Webster-Stratton et Reid, 2006; Woolgar et Scott, 2005). Auprès de ces familles, la participation à *Ces années incroyables* est associée à une amélioration des pratiques éducatives des parents et du comportement de l'enfant puisque les parents apprennent à utiliser le renforcement de façon adéquate et les punitions de façon constante. Les résultats des deux recherches que nous avons présentées confirment que les parents bénéficient de leur participation à *Ces années incroyables* en adoptant des stratégies éducatives plus positives (p. ex. : félicitations, récompenses, supervision, attentes claires) et moins de stratégies éducatives inappropriées (p. ex. : discipline sévère

et inconstante) et ce, plus particulièrement chez les parents en protection de la jeunesse, chez qui on observe aussi une diminution du recours aux punitions physiques. Dans les deux cas, les parents rapportent une amélioration des comportements de leur enfant. Ces résultats montrent que ce PEHP peut être implanté avec succès au Québec auprès de familles très différentes, notamment celles ayant un enfant TDAH et celles suivies en protection de la jeunesse. Par ailleurs, l'efficacité de *Ces années incroyables* a été démontrée ici dans une recherche réalisée dans l'environnement contrôlé d'une clinique universitaire avec les parents d'enfants TDAH et dans un contexte d'implantation parmi les activités cliniques régulières d'un service de protection de la jeunesse.

La recherche réalisée auprès des parents d'enfants TDAH a été non seulement réalisée dans l'environnement contrôlé d'une clinique universitaire, mais aussi avec un devis quasi expérimental rigoureux. En effet, les participants ont été sélectionnés à partir de critères rigoureux assurant leur grande homogénéité et ont été répartis dans trois groupes. Ces précautions ont été prises afin d'éviter que les différences observées entre les groupes soient attribuables à des différences dans les caractéristiques des participants. Le contexte particulier de la recherche dans la clinique universitaire fait en sorte que les parents se sentaient investis d'un rôle particulier dans l'avancement des connaissances, d'autant qu'ils ont été sollicités pour compléter un grand nombre d'évaluations aux fins de la recherche, toutes n'ayant pas été rapportées dans ce chapitre. Dans la recherche réalisée en protection de la jeunesse, les critères de sélection des participants n'étaient pas guidés par des prérogatives de recherche, mais par des préoccupations cliniques et ont permis d'identifier les familles les plus susceptibles de bénéficier de l'intervention. Par ailleurs, les familles ont complété un minimum d'évaluations qui pourraient faire partie de l'évaluation habituelle des interventions en milieu clinique. Finalement, l'intervention en protection de la jeunesse s'est réalisée dans l'environnement habituel des services offerts par le milieu.

Plusieurs autres éléments distinguent les deux contextes d'implantation et d'évaluation du programme *Ces années incroyables*. Par exemple, le nombre d'intervenants engagés dans l'animation des

groupes de parents est beaucoup plus grand dans la recherche en protection de la jeunesse que dans la recherche TDAH. Par ailleurs, bien que tous les intervenants aient été formés à l'approche collaborative, ceux de la recherche TDAH avaient une supervision clinique plus soutenue (une fois par semaine) que ceux en protection de la jeunesse (une fois aux six semaines). Ces facteurs auraient pu être une source de plus grande variabilité dans la façon d'animer les groupes de parents et auraient pu contribuer à des effets différents de l'intervention d'un groupe à l'autre. Or nous observons des effets bénéfiques de l'intervention dans les deux recherches. Du point de vue des familles, celles en protection de la jeunesse présentaient des caractéristiques qui auraient pu nuire à leur assiduité aux rencontres. Or, ils ont montré un taux de participation remarquable en comparaison à la participation habituellement rapportée dans des études réalisées auprès de populations similaires. Ainsi, en dépit des différences en regard du contrôle exercé sur la sélection des participants, des caractéristiques des participants, du nombre d'intervenants ou de l'intensité de la supervision des intervenants, l'implantation du programme *Ces années incroyables* a été efficace dans les deux contextes de recherche et a permis d'observer des effets bénéfiques auprès des parents et des enfants.

Nous attribuons en partie cette efficacité à la qualité de l'implantation du programme et des moyens mis en place pour assurer la fidélité de l'implantation dans les deux contextes de recherche. Parmi les moyens mis en place pour assurer la fidélité de l'implantation, rappelons que tous les animateurs ont participé à une formation sur l'approche collaborative, qu'ils ont tous bénéficié d'une supervision clinique, bien que l'intensité varie selon la recherche. Toutes les équipes d'animateurs ont également eu le temps nécessaire pour planifier chaque rencontre de groupe et faire le suivi auprès des parents. Le déroulement de chaque rencontre était défini (contenu, vignettes à présenter, matériel à distribuer, jeux de rôles à faire, devoirs), ce qui libérait les animateurs de l'obligation de développer du matériel et leur permettait de se centrer sur la dimension clinique de leur travail avec chaque parent. Finalement, à chaque rencontre de groupe, les animateurs ont complété une fiche rendant compte du déroulement de la rencontre. Tous ces éléments ont

contribué à la fidélité de l'implantation du programme dans les deux contextes de recherche et à la qualité du travail clinique des intervenants.

La recherche réalisée au CJM-IU est la première à vérifier l'efficacité du programme *Ces années incroyables* auprès de parents suivis en protection de la jeunesse lorsque celui-ci est animé par des intervenants du milieu dûment formés. Cette innovation mérite qu'on s'attarde aux facteurs particuliers ayant été favorables à l'implantation du programme au CJM-IU. Premièrement, au CJM-IU, les chercheurs et les administrateurs ont travaillé en équipe, gardant en mémoire que le principal objectif était le succès du programme. Les administrateurs ont soutenu l'implantation du PEHP en fournissant les ressources nécessaires : ils ont donné le temps nécessaire aux intervenants pour recruter les familles et préparer les rencontres, ils ont facilité l'organisation des horaires de travail des intervenants et mis en place des rencontres régulières d'organisation afin de résoudre les problèmes qui pouvaient survenir. Les intervenants, de leur côté, ont accepté de suivre un programme d'intervention structuré et de compléter les évaluations de fidélité hebdomadaires. Avec le temps, le programme s'est intégré à la pratique des intervenants qui, avec les administrateurs, ont mis en place une série de mesures propres au milieu, notamment un processus d'inscription pour les parents, des critères de sélection pour les participants, l'intégration du programme dans les bilans cliniques, l'allocation du budget nécessaire au fonctionnement du programme et la concertation avec les intervenants-référents. Assez rapidement, un comité de liaison a été mis en place pour assurer les communications et la coordination des actions entre l'équipe de recherche et les équipes de travail du CJM-IU et entre les diverses équipes de travail. L'établissement d'un partenariat efficace entre les chercheurs et les milieux cliniques est un ingrédient clé de l'implantation d'une nouvelle intervention et peut prendre plusieurs formes (Hutchings, Bywater, Eames et Martin, 2008). Dans le cas présent, il faut souligner l'engagement de tous envers le programme, qui fait en sorte que chercheurs, administrateurs et animateurs ont fait les compromis nécessaires pour favoriser le succès de l'implantation. Les caractéristiques du programme ont aussi contribué au succès de cette implantation dans un milieu de pratique. La structure du contenu, la

disponibilité du matériel nécessaire (p. ex. : les vignettes vidéo, les documents à remettre aux parents), le manuel complet et spécifique (décrivant les détails de chaque session) ont joué un rôle dans le maintien d'un haut niveau de fidélité d'implantation et dans l'efficacité du programme.

La recherche sur l'intervention comporte des défis importants, qui imposent différentes limites aux études. Ainsi, seules des mesures complétées par les parents ont été utilisées. De plus, seul l'effet à court terme a été vérifié. Des mesures observationnelles, ainsi que l'observation des enseignants auraient été utiles, tant à court qu'à long terme, afin d'augmenter la validité de l'étude. Celles-ci sont disponibles pour la recherche sur le TDAH, mais il a été impossible de les colliger dans l'étude en protection de l'enfance. Dans la recherche sur le TDAH, l'échantillon semble légèrement plus favorisé que les participants habituels à ce genre de programme. Des vérifications pourront être faites afin d'assurer la possibilité de généraliser les résultats. Pour ce qui est de l'étude en protection de l'enfance, le nombre de participants est restreint, surtout dans le groupe contrôle. De plus, le taux d'abandon (10 abandons sur 36 participants) est élevé, bien que normal dans un tel contexte. Dans de prochaines études, il faudra explorer les caractéristiques de ces parents afin de favoriser leur implication. En conclusion, les deux recherches présentées ici ont montré d'une part que le PEHP *Ces années incroyables* est efficace pour modifier les pratiques éducatives parentales et le comportement des enfants dans deux contextes : auprès de familles d'enfants TDAH et auprès de familles suivies en protection de l'enfance. D'autre part, ces recherches ont montré la possibilité de généralisation d'un programme d'intervention reconnu efficace dans des milieux de pratiques tels que les services de protection de la jeunesse.

Remerciements

Les auteurs reconnaissent la qualité du travail des animateurs du programme au CJM-IU : Éliane Brosseau, Julie Carobene, Manon Chicoine, Denise Dufour, Lynn Maisonneuve et Éric Péloquin. Ils souhaitent également remercier les professionnels suivants pour leur confiance et leur soutien continu: Maryse Davreux, Sylvain Dupré, Manon St-Maurice and André Thomassin. L'étude a été rendue possible grâce à une subvention de recherche du CRSH attribuée à Sylvie Normandeau.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Anastopoulos, A. D., Shelton, T. L., DuPaul G. J., & Guevremont, D. C. (1993). Parent training for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *21*, 581-596.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. G., Anastopoulos, A. D., & Fletcher, K. E. (1992). A comparison of three therapy programs for treating family conflicts in adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, *60*, 450-462.
- Barth, R. P., Landsverk, J., Chamberlain, P., Reid, J. B., Rolls, J. A., Hurlburt, M. S., et al. (2005). Parent-training programs in child welfare services : Planning for a more evidence-based approach to serving biological parents. *Research on Social Work Practice*, *15*, 353-371.
- Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2007). *Handbook of parent training: Helping parents prevent and solve problem behaviors* (3rd ed.). New Jersey, NY: John Wiley & Sons.
- Conners, C. K. (1997). *Conners global index*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K., Epstein, J. N., March, J. S., Angold, A., Wells, K. C., Klaric, J., et al. (2001). Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 159-167.
- Corcoran, J. (2000). Family interventions with child physical abuse and neglect: A critical review. *Children and Youth Services Review*, *22*(7), 563-591.
- Funderburk, B. W., Eyberg, S. M., Rich, B. A., & Behar, L. (2003). Further psychometric evaluation of the Eyberg and Behar rating scales for parents and teachers of preschoolers. *Early Education & Development*, *14*, 67-81.
- Hartman, R.R., Stage, S.A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 388-398.

- Herbert, M. (2000). Parenting skills interventions. In P. Reeder, M. McClure, & A. Jolley (Eds.), *Family matters: Interfaces between child and adult mental health* (pp. 237-256). New York: Routledge.
- Horn, W. F., Ialongo, N., Greeberg, G., Packard, T., & Smith-Winberry, C. (1990). Additive effects of behavioral parent training and self-control therapy with attention deficit hyperactivity disorder children. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 98-110.
- Horn, W. F., Ialongo, N., Popvich, S., & Perdatto, D. (1987). Behavioral parent training and cognitive-behavioral self-control therapy with ADD-H children: Comparative and combined effects. *Journal of Clinical Child Psychology, 16*, 57-68.
- Hutchings, J., Bywater, T., Eames, C., & Martin, P. (2008). Implementing child mental health interventions in service settings: Lessons from three pragmatic randomised controlled trials in Wales. *Journal of Children's Services, 3*(2), 17-27.
- Kazdin, A.E. (2001). Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 59-66.
- Lundahl, B. W., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing child abuse : A meta-analysis of parent training programs. *Research on Social Work Practice, 16*(3), 251-262.
- Lundahl, B. W., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 86-104.
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 24*, 1127-1149.
- Majewicz-Hefley, A., & Carlson, J. S. (2007). A meta-analysis of combined treatments for children diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 10*, 239-250.
- MTA Cooperative Group (1999a). Fourteen-month randomized clinical trial treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (1999b). Moderators and mediators of treatment responses for children with ADHD: The MTA Study. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1088-1096.

- Nock, M.K., & Kazdin, A.E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies, 10*, 155-180.
- Normandeau, S., & Venet, M. (2000). Comment intervenir auprès et par l'entremise des parents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents : Tome 1 les problèmes internalisés* (pp. 141-188). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Pisterman, S., McGrath, P., Firestone, P., Goodman, J. T., Webster, I., & Mallory, R. (1989). Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 628-635.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., et al. (1992 a). The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*, 397-408.
- Pisterman, S., Firestone, P., McGrath, P., Goodman, J. T., Webster, I., Mallory, R., et al. (1992 b). The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Canadian Journal of Behavioral Science, 24*, 41-58.
- Robinson, E. A., Eyberg, S. M., & Ross, W. A. (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. *Journal of clinical child psychology, 9*(1), 22-29.
- Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behaviour in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Dalrymple, D., Tompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 402-408.
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., & 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*(2), 221-240.

- 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., & Hancock, L. (1998). Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. In J. M. Briesmeister & C. E. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training* (pp. 98-152). New Jersey, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). Strategies for helping parents with conduct disorders. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification: Vol. 29.* (pp. 121-142). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Co.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2006). Treatment and prevention of conduct problems: Parent training interventions for young children (2-7 years old). In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 616-641). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 3-29.
- Weisz, J. R. (2004). Parent training through video modeling and structured group discussion. In J.R. Weisz (Ed.) *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples* (pp. 353-386). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wolfe, D. A., & Wekerle, C. (1993). Treatment strategies for child physical abuse and neglect: A critical progress report. *Clinical Psychology Review, 13*(6), 473-500.
- Woolgar, M., & Scott, S. (2005). Evidence-based management of conduct disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 18*, 392-396.