

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARIE-JOSÉE BOURASSA

LE STRESS PARENTAL CHEZ LES PARENTS D'ENFANTS AYANT UN

PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE : FACTEURS EXPLICATIFS

DIRECTS ET INDIRECTS

18 SEPTEMBRE 2001

2006

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Ce projet vise une meilleure compréhension des facteurs influençant directement et indirectement le niveau de stress parental vécu par les parents dont l'enfant présente un problème de santé mentale. De plus, il cherche à vérifier la pertinence du modèle ABCX de Hill (1949, 1958) pour cette problématique, modèle qui tient compte de l'intensité du stresseur (fonctionnement de l'enfant, élément A), des ressources parentales (élément B) et de la perception parentale de la situation de l'enfant (élément C). Quatre hypothèses sont émises: 1) toutes les variables indépendantes à l'étude seront corrélées au stress parental (effets directs : A/B/C → X); 2) lorsque toutes les variables sont prises en considération, la perception parentale de l'enfant sera la variable la plus influente dans l'explication du stress parental; 3) les ressources parentales et le fonctionnement de l'enfant auront un lien indirect avec le stress parental en passant par un lien avec la perception parentale de l'enfant (effets indirects : A/B → C → X); 4) le fonctionnement global de l'enfant sera en lien direct avec les ressources parentales (A → B). L'échantillon est composé de 140 parents, soit 90 mères et 50 pères, provenant de 93 familles dont l'enfant, âgé entre 2 et 9 ans, présente des problèmes de santé mentale et reçoit des services d'une clinique pédopsychiatrique. Les questionnaires administrés par des assistantes de recherche sont: un questionnaire de renseignements généraux, l'Index de stress parental (forme brève) (Abidin, 1995), l'Échelle de soutien familial (Dunst, Trivette, & Hamby, 1994), l'Inventaire sur l'alliance parentale (Abidin, & Brunner, 1995), l'Inventaire de comportements pour enfant (Stiffman, Orme, Evans,

Feldman, & Keeney, 1984) ainsi que l'Inventaire des compétences psychologiques (Strayhorn, Weidman, & Majumder, 1990). Des informations ont aussi été recueillies à partir du dossier médical de l'enfant. L'évaluation pédopsychiatrique a été mise à jour pour tous les dossiers, notamment au niveau de l'Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF) du DSM-IV (APA, 1994). Dans la présente étude, 64% des parents présentent un niveau de stress élevé selon les normes établies par Abidin. Les hypothèses ont été partiellement confirmées. En effet, des analyses corrélationnelles ont mis en évidence un lien direct entre le stress et les variables indépendantes: alliance parentale et perception parentale de l'enfant. Par contre, lorsque le nombre d'enfants dans la famille, le niveau socio-économique, le temps d'intervention, le fonctionnement global et l'alliance parentale sont pris en considération, la perception parentale de l'enfant et le temps d'intervention sont les seules variables indépendantes à avoir une contribution spécifique à l'explication du stress parental. L'ensemble des variables explique 42% de la mesure composée de stress parental, 25% de la détresse parentale et 50% de l'interaction parent-enfant dysfonctionnelle. La variance de la perception parentale de l'enfant est expliquée par le niveau de fonctionnement global et l'alliance parentale. Par contre, la variance de l'alliance parentale n'est pas expliquée significativement par le fonctionnement global. En résumé, suite aux analyses de régression multiple, la perception parentale de l'enfant est la seule variable indépendante à avoir un lien direct avec le stress parental, le fonctionnement global et l'alliance parentale ayant un lien indirect en passant tous deux par la perception parentale.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements.....	ix
Introduction	1
Contexte théorique	4
Être parent.....	5
Être parent d'un enfant présentant une dysfonction	6
Le stress parental	9
Modèle ABCX	11
Modèle double ABCX	13
Applications du modèle ABCX	14
Stresseurs (élément A)	15
Fonctionnement global.....	17
Ressources (élément B)	19
Soutien social (B1)	20
Alliance parentale (B2).	24
Perceptions (élément C)	28
Perception de problèmes de comportement (C1).....	28
Perception de compétences psychologiques (C2).....	30
Modèle conceptuel servant de cadre à la présente étude	32
Fonctionnement global de l'enfant et stress parental	32
Soutien social et stress parental	33
Relation conjugale et stress parental.....	33
Perception de problèmes de comportement chez l'enfant et stress parental	34
Perception de compétences chez l'enfant et stress parental	34
Différences entre les pères et les mères	37
Objectifs et hypothèses de recherche	40

Méthode	41
Participants	42
Instruments de mesure	44
Renseignements généraux	44
Données recueillies au dossier médical	44
Index de stress parental (forme brève) (ISP/FB)	45
Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)	46
Échelle de soutien familial	47
Inventaire sur l'alliance parentale	50
Inventaire de comportement pour enfant	50
Inventaire des compétences psychologiques.....	51
Perception parentale du fonctionnement de l'enfant.....	52
Fidélité des instruments de mesure pour la présente recherche	53
Déroulement	53
Résultats	56
Analyses descriptives	57
Stress parental (élément X)	58
Mères	58
Pères.....	58
Parents mis ensemble	59
Fonctionnement global de l'enfant (élément A)	59
Soutien social (élément B1)	60
Alliance parentale (élément B2)	61
Perception de problèmes de comportement (élément C1)	62
Perception de compétences psychologiques (élément C2)	63
Analyses corrélationnelles.....	64
Corrélations entre les variables démographiques et les mesures de stress parental	65
Corrélations entre les variables indépendantes et les mesures de stress parental	67
Corrélations entre les variables démographiques et les variables indépendantes.....	68
Liens entre les variables indépendantes	70
Analyses multi-factorielles	72
Discussion.....	84
Hypothèse 1	85
Fonctionnement global	85
Soutien social	87
Alliance parentale	88
Perception parentale de l'enfant	90
Hypothèse 2	91

Hypothèse 3	93
Hypothèse 4	96
Résultats complémentaires	97
Implication pour la recherche	99
Implication pour la pratique	101
Forces et limites de la recherche	102
 Conclusion	104
 Références	108
 Appendices	119
Appendice A: Questionnaire de renseignements généraux	120
Appendice B : Données recueillies au dossier médical	122
Appendice C : Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)	124
Appendice D : Échelle de soutien familial	126
Appendice E : Inventaire sur l'alliance parentale	128
Appendice F : Inventaire de comportements pour enfant	131
Appendice G : Inventaire des compétences psychologiques	133
Appendice H : Formulaire de consentement.....	136

Liste des tableaux

Tableau 1	Coefficients de Consistance Interne des Instruments de Mesure...	54
Tableau 2	Corrélations entre le stress parental et les variables démographiques, le fonctionnement global (A), les ressources (B) et les perceptions (C)	66
Tableau 3	Corrélations entre les variables démographiques et les différentes variables indépendantes (A, B et C)	69
Tableau 4	Corrélations entre les différentes variables indépendantes	71
Tableau 5	Analyse de régression multiple hiérarchique de la mesure composée du stress parental	74
Tableau 6	Analyse de régression multiple hiérarchique de la détresse parentale	75
Tableau 7	Analyse de régression multiple hiérarchique de l'interaction parent-enfant	77
Tableau 8	Analyse de régression multiple hiérarchique de la perception parentale de l'enfant (C)	79
Tableau 9	Analyse de régression multiple hiérarchique de l'alliance parentale (B)	80

Liste des figures

Figure 1	Modèle double ABCX	14
Figure 2	Modèle ABCX appliqué à l'étude	37
Figure 3	Modèle empirique des relations entre les variables	83

Remerciements

Je tiens à remercier tout spécialement mon directeur de recherche, Monsieur Carl Lacharité, professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et directeur du Groupe de recherche en développement de l'enfance et de la famille (GREDEF), pour son soutien, sa disponibilité, sa bonne humeur et ses précieux conseils.

Je tiens également à remercier les différents organismes m'ayant choisie comme boursière : Fondation du C.E.U, Fondation Universitaire du Centre-du-Québec, syndicat des professeurs et plus particulièrement le fonds FCAR, pour son soutien financier tout au long de mes études de maîtrise. Ces différentes bourses ont permis de réduire le stress financier et de diminuer mes heures de travail rémunéré en les réinvestissant dans mes études.

Je remercie la pédopsychiatre, les intervenants et le personnel du Pavillon Arc-En-Ciel de Trois-Rivières, pour leur précieuse collaboration. Merci également aux parents volontaires, sans qui cette recherche n'aurait pu être possible.

Finalement, je veux remercier mes parents, mes amis et particulièrement mon conjoint, qui ont cru en moi et m'ont soutenue tout au long de mes études.

Introduction

Être parent au quotidien implique la joie de voir grandir son enfant et de lui prodiguer son amour, mais cela implique aussi beaucoup de responsabilités, de besoins à combler, d'inquiétudes et de frustrations, notamment lorsque cet enfant présente une dysfonction. Plusieurs études ont évalué le stress parental vécu par des parents dont l'enfant présente différentes problématiques, au niveau de la santé mentale, en comparant ces problématiques entre elles et en les comparant à une population normale. Par contre, très peu de recherches se sont attardées à l'impact qu'a le niveau de dysfonctionnement de ces enfants sur leurs parents. Ce projet vise une meilleure compréhension des facteurs influençant directement et indirectement le niveau de stress parental vécu par les parents dont l'enfant présente un problème de santé mentale et ce, à la lumière du modèle ABCX de Hill (1949, 1958). Ce modèle permet de mettre en relation différents concepts : le stresseur, les ressources, les perceptions ainsi que le niveau d'adaptation ou de crise. La variable « stresseur » correspond ici au fonctionnement global de l'enfant; la variable « ressources », au soutien social et à l'alliance parentale; la variable « perception », à la perception des problèmes de comportement et à la perception de compétences psychologiques (qui sont combinées pour former la perception parentale de l'enfant) et la variable « adaptation ou crise » réfère, quant à elle, au stress parental.

Le premier chapitre de cette étude situe la problématique du stress parental chez des parents dont l'enfant présente un problème de santé mentale par une recension de la

documentation déjà écrite à ce sujet. Pour ce faire, les implications liées au fait d'être parent, particulièrement avec un enfant présentant une dysfonction, sont abordées; le stress parental est défini et précisé; un modèle théorique est présenté pour expliquer le stress parental et chacune des variables est examinée en fonction de la présence de dysfonctions diverses; puis chacune de ces variables est mise en relation avec le stress parental et traitée en fonction du sexe du parent. Finalement, les objectifs et les hypothèses de recherche complètent cette section.

Le deuxième chapitre, quant à lui, présente différents aspects de la méthodologie de cette étude : les caractéristiques des participants, les instruments de mesure utilisés, les coefficients de consistance interne de chacun des instruments pour l'échantillon examiné et le déroulement de l'expérimentation.

Pour ce qui est du troisième chapitre, il rapporte les analyses statistiques utilisées et les résultats obtenus. La première section présente les résultats d'analyses descriptives et la deuxième, les résultats d'analyses corrélationnelles, ces dernières servant à identifier les variables à inclure dans les analyses de régression multiple hiérarchique dont les résultats sont ensuite présentés.

Finalement, le dernier chapitre porte sur la discussion des résultats en fonction des différentes hypothèses de recherche évaluées. Une explication des résultats obtenus est présentée, suivie de diverses pistes pour la recherche et l'intervention. Ensuite, les forces et les faiblesses de cette étude sont mises en perspective.

Contexte théorique

Être parent

Devenir parent est une transition importante de la vie et amène son lot de changements. Malgré la forte croyance à propos des effets positifs à avoir et à élever un enfant que l'on retrouve chez les gens en général (Ross, Mirowsky, & Goldsteen, 1990) ainsi que le haut niveau de sens à la vie associé au fait d'avoir un enfant (Umberson & Gove, 1989), être parent est aussi associé à une augmentation des difficultés économiques, à des difficultés à organiser les soins (Bird, 1997) et à une diminution du bien-être des adultes (Ross et al., 1990). De plus, les parents, spécialement les mères, rapportent un niveau de détresse psychologique plus grand que les personnes n'ayant pas d'enfant (Bird, 1997). Ce phénomène est particulièrement vrai pour les mères seules, dû à un manque de temps et de ressources financières (Herman & Macenko, 1997). Être parent est donc un processus compliqué, spécialement difficile compte tenu de l'hétérogénéité des caractéristiques des enfants, de la complexité des processus développementaux et des demandes continues de soins (Crnic & Acevedo, 2000). Mais qu'en est-il, lorsqu'en plus d'être parent, on est parent d'un enfant présentant une dysfonction? C'est ce que la présente étude cherche à comprendre.

Être parent d'un enfant présentant une dysfonction¹

La psychopathologie chez les enfants est une problématique fréquente qui mérite une attention particulière, comme le démontrent les résultats suivants. Une étude américaine (Lavigne et al., 1996), effectuée auprès de 3860 enfants d'âge préscolaire et leur mère, estime que la prévalence de désordres sur l'axe 1 du DSM-III-R incluant les diagnostics purs et comorbides chez les enfants serait de 21%. Parmi les troubles les plus fréquents de cette étude, on remarque les troubles oppositionnels défiants (17%) et les troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention (2%). Selon la première partie de l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans (Breton et al., 1997), la prévalence d'au moins un trouble mental en fonction de l'âge, du sexe et de l'informateur, varie de 11 à 24%, ceci étant évalué à partir de critères du DSM-III-R auprès de 2 400 participants. Les troubles mentaux évalués sont les suivants: phobie simple, angoisse de séparation, hyper-anxiété, anxiété généralisée, dépression majeure, dysthymie, hyperactivité avec déficit de l'attention, trouble d'opposition et, enfin, trouble de la conduite.

Plusieurs études portent sur des troubles développementaux. Ces derniers peuvent être d'ordre comportemental, métabolique, génétique, moteur, neurologique, langagier, sensoriel, nutritionnel ou multiple (Schilling & Schinke, 1983). Parmi les problèmes

¹ Le terme dysfonction sera utilisé puisque les études à la base de ce contexte théorique ne portent pas uniquement sur des problèmes de santé mentale. Il servira donc à désigner les enfants présentant des troubles développementaux ou des problèmes de santé mentale.

fréquemment contenus sous le terme de trouble développemental rencontré dans les études, se retrouvent le spina bifida, le syndrome de Down, la paralysie cérébrale, l'épilepsie, les retards mentaux et l'autisme. La plupart des études qui sont à la base de ce contexte théorique portent donc sur des troubles développementaux de nature génétiques, moteurs ou neurologiques, alors que moins de recherches portent sur des troubles développementaux d'ordre comportemental tel que les déficits de l'attention avec hyperactivité, les troubles oppositionnels, les troubles de conduite et les troubles de l'apprentissage.

Plusieurs réactions, difficultés ou niveaux d'adaptation sont possibles face à la présence d'un enfant présentant une dysfonction. Lorsque l'on compare les parents d'enfants autistiques et les parents d'enfants « normaux »¹, on remarque que les pères d'enfants autistiques vivent un plus grand impact financier de l'enfant sur la famille et un plus grand impact au niveau de la planification que les pères d'enfants ne présentant pas de dysfonction (Rodrigue, Morgan, & Geffken, 1992). On remarque aussi qu'ils perçoivent significativement plus de problèmes parentaux et familiaux et plus de caractéristiques négatives de l'enfant et rapportent davantage de pessimisme face au futur de leur enfant (Sanders & Morgan, 1997). Les parents d'enfants ayant un handicap développemental ou une maladie chronique rapportent des changements majeurs au niveau du style de vie familiale, une diminution des opportunités d'emplois et une augmentation des dépenses (Knoll, 1992). De plus, les mères dont l'enfant est identifié

¹ Afin de ne pas alourdir le texte, les termes « normal » et « normaux » seront utilisés pour faire référence aux enfants ne présentant pas de dysfonction.

comme ayant des problèmes sévères et persistants se sentent moins compétentes dans leur rôle parental et présentent plus de symptômes dépressifs (Campbell, 1994). Cette fréquence élevée de symptômes dépressifs serait aussi identifiée par Johnston (1996) chez des parents d'enfants hyperactifs, par Fisman et Wolf (1991), chez des parents d'enfants ayant un retard développemental, par Griest et al. (1980), chez des parents d'enfants ayant des problèmes de comportement, de même que par Wolf, Noh, Fisman et Speechley (1989), chez des mères d'enfants autistiques. Selon Sloper et Turner (1993), chez les parents d'enfants présentant une dysfonction motrice sévère, 67% des mères et 39% des pères présentent un haut niveau de trouble émotif.

Malgré la présence d'un enfant ayant une dysfonction, certains parents s'adaptent bien. Cette bonne adaptation est associée à différents facteurs. Selon Trute et Hauch (1988a), les mères qui s'adaptent bien à leur enfant ayant un trouble développemental n'ont pas un niveau d'estime de soi différent de la normale et 82% présentent peu ou pas de dépression. De plus, ces familles présentent plus de force au niveau de l'expression affective, de l'implication, de la consistance des valeurs et des normes familiales lorsqu'on les compare à la norme.

Comme il existe différentes manifestations d'adaptation ou de crises, il importe d'examiner maintenant plus en détail le stress parental face aux problèmes que représente un enfant ayant une dysfonction.

Le stress parental

Le stress parental est défini comme l'écart que le parent ressent entre les demandes auxquelles il a l'impression de devoir répondre et les ressources et capacités qu'il a l'impression de posséder (Strauss & Kantor, 1987).

Plusieurs études sur l'adaptation parentale apportent des évidences raisonnables au fait que les parents d'enfants ayant une dysfonction ont en général plus de risque que les autres parents de souffrir de stress (Beckman, 1991; Campbell, 1994; Fisman & Wolf, 1991; Johnston, 1996; Kasak & Marvin, 1984 ; Sanders & Morgan, 1997; Wolf et al., 1989). Selon Beckman (1991), 44% des pères et 78% des mères d'enfants ayant un trouble développemental obtiennent des scores plus élevés de stress que les parents d'enfants n'ayant pas d'incapacité. Ils rapportent significativement plus de problèmes avec l'adaptabilité, les exigences, l'humeur, la distractivité en général et le niveau d'activité.

Par contre, plusieurs recherches ont aussi comparé les parents d'enfants ayant une dysfonction et les parents d'enfants normaux sans trouver de différences significatives au niveau du stress. En effet, selon Goldberg, Marcovitch, McGregor et Lojkasek (1986), le nombre de symptômes de détresse des pères et des mères dont l'enfant présente un retard développemental reste dans la normale. Selon Koegel, Schreibman, O'Neill et Burke (1983), il n'y a pas un plus haut niveau de stress général pour les parents d'enfants autistiques mesuré à travers de nombreux aspects du fonctionnement familial et ce comparativement aux données normatives des tests. De plus, selon Campbell (1994), il

n'y a pas de différence entre les mères d'enfants à problèmes identifiés par le parent, les mères d'enfants à problèmes identifiés par le professeur et les mères d'enfants du groupe contrôle provenant de la même classe, de même qu'entre les mères dont le garçon présente des problèmes persistants, les mères ayant un enfant sans problèmes persistants et les mères du groupe contrôle au niveau des événements de vie stressants. Par contre, ces mêmes groupes diffèrent lorsqu'on les compare à partir d'une mesure composée du stress. Cette mesure inclut les symptômes dépressifs, les événements stressants, les compétences parentales, le soutien de l'époux de même que le statut du parent, c'est-à-dire le fait qu'il soit célibataire ou en couple.

Certaines études ont examiné les différences entre différents types de dysfonctions. Selon Konstantareas, Homatidis et Plowright (1992), les enfants autistiques représentent la plus grande source de stress pour les parents, suivis des enfants ayant un retard mental puis des enfants ayant un trouble de l'apprentissage. Fisman et Wolf (1991) ainsi que Sanders et Morgan (1997) rapportent que les pères et les mères d'enfants autistiques perçoivent un plus grand stress que les mères et les pères d'enfants ayant le syndrome de Down. D'autres recherches démontrent par contre qu'il n'y aurait aucune différence entre certaines dysfonctions. Une étude faite auprès de parents d'enfants ayant le syndrome de Down, des problèmes neurologiques ou des problèmes d'étiologie inconnue, révèle que le groupe de diagnostic n'influencerait pas le stress des parents (Goldberg et al., 1986).

Plusieurs variables peuvent influencer l'adaptation des parents dont l'enfant présente une dysfonction. Ces différentes variables et leurs interactions peuvent être conceptualisées à l'aide du modèle ABCX de Hill (1949, 1958; McCubbins & Patterson, 1983).

Modèle ABCX

Le modèle ABCX résulte du travail de Reuben Hill (1949, 1958) fait auprès de 135 familles, sur les effets des séparations et des réunions dans les familles au cours de la deuxième guerre mondiale. Les familles de cette étude sont comparables à toutes autres familles. Il y a des familles de type patriarchal, matriarcal, centré sur les adultes, démocratique, ayant un ou plusieurs enfants. Plusieurs épreuves ont été vécues par la famille suite au départ du père. Parmi ces épreuves, on retrouve le fait d'être privé d'un compagnon, d'un père, d'un homme à tout faire, d'un protecteur, le fait d'avoir des problèmes financiers, d'avoir de la difficulté avec la discipline des enfants, d'avoir un enfant ayant un moins bon ou un mauvais ajustement à l'absence du père ainsi que la présence de maladies et d'insomnie chez la mère. Ces événements ne sont pas arrivés à toutes les familles et n'ont pas été vécus comme des épreuves par tous. La façon de vivre l'événement dépend des difficultés amenées par celui-ci, des ressources de la famille et de la définition que la famille se fait de l'événement. Les modes typiques d'ajustement vont d'une bonne et rapide adaptation à une pauvre adaptation à la séparation. Cette recherche fait ressortir la grande variabilité de l'expérience de la crise, d'une famille à l'autre.

Selon ce modèle, le stresseur (l'élément A) interagit avec les ressources de la famille (l'élément B), qui interagit à son tour avec les perceptions de la situation (l'élément C), ces différentes interactions produisant différents degrés d'adaptation (l'élément X). La réaction à un stresseur dépend donc de ces éléments qui regroupent plusieurs facteurs.

Hill (1949; 1958) définit peu les différentes variables de son modèle et tire de divers auteurs sa conception de chacune. Selon lui, le stresseur est un événement provocateur de crise, une situation pour laquelle la famille a eu peu ou aucune préparation préalable et qui doit donc être considéré comme étant problématique. Les ressources, quant à elles, sont liées à l'organisation de la famille (intégration familiale, adaptation familiale, accord quant à la structure des rôles, réponse aux besoins physiques et émotionnels amenant la satisfaction des membres de la famille, buts collectifs pour la famille) et leur présence ou leur absence protège ou précipite la famille dans une crise. Pour ce qui est de la perception de l'événement, elle réfère à la définition que la famille se fait du sérieux du stresseur vécu. Elle reflète en partie le système de valeur de la famille, les expériences passées face aux crises et les mécanismes employés précédemment dans les définitions des crises. La crise, elle, a été définie comme les situations qui créent un sens d'insécurité vif ou qui bloquent les modes habituels d'action et font appel à de nouveaux modes d'action. Les crises mettent à l'épreuve les ressources que la famille possède, épuisent le répertoire de réponses pré-fabriquées que la famille a pu se construire et forcent les membres de la famille à inventer des réponses de toutes pièces. La source de la crise peut être extra-familiale ou intra-familiale. L'expérience d'un succès face à la

crise met à l'épreuve et fortifie la famille, tandis qu'un échec face à cette crise est punitif sur la structure et la morale familiale.

Modèle double ABCX

Le modèle ABCX de Hill (1949, 1958) a été modifié par McCubbins et Patterson (1983). Le modèle ABCX met l'accent principalement sur les variables pré-crises. Le **modèle double ABCX** (voir Figure 1), pour sa part, ajoute des variables post-crises au modèle de Hill. Il fait montrer l'évolution de la famille à travers des périodes de transition, constituant donc un modèle étendu qui prend en considération les efforts de la famille afin d'anticiper et de répondre activement aux stresseurs au cours de sa vie. Aux variables A, B, C et X, s'ajoutent les variables aA, bB, cC et xX. La variable aA représente l'empilement de stresseurs, comprenant le stresseur initial et ses épreuves, les transitions normatives, les tensions antérieures, les conséquences des efforts de la famille pour faire face à la crise ainsi que l'ambiguïté à la fois familiale et sociale. La variable bB regroupe les ressources de trois types : les ressources personnelles des membres de la famille, les ressources internes du système familial et le soutien social. La variable cC représente la perception de aA, bB et cC. C'est l'unité familiale qui cherche à donner un nouveau sens à la situation. Finalement, la variable xX, l'adaptation, décrit les résultats des efforts que font les familles pour atteindre un nouvel équilibre après la crise. Malgré sa pertinence, le modèle double ABCX ne sera cependant pas utilisé en tant que tel dans cette étude, étant donné qu'elle ne s'inscrit pas dans une perspective longitudinale.

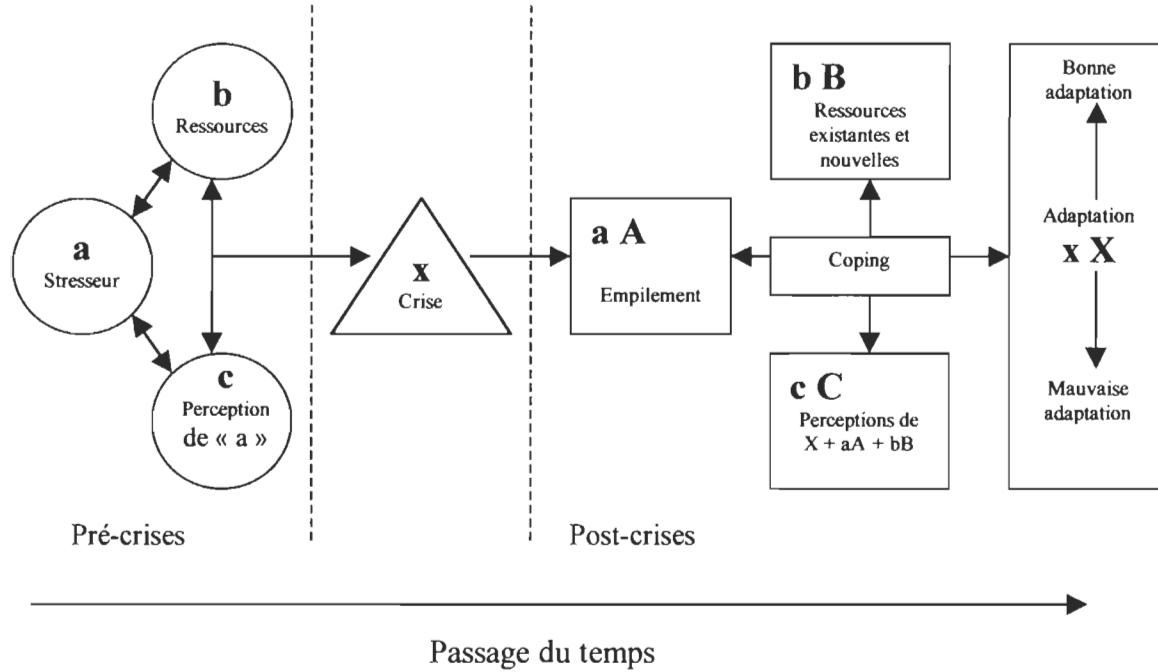


Figure 1. Modèle double ABCX

Applications du modèle ABCX

Le modèle ABCX a soulevé l'intérêt scientifique, comme le démontrent les différentes recherches qui suivent. Ce modèle a été utilisé par Herman et Marcenko (1997) pour des parents d'enfants ayant des problèmes développementaux, en privilégiant la perception des ressources comme médiateur de la dépression parentale. Il a aussi été sélectionné par Willoughby et Gliden (1995) pour explorer la relation entre la division des soins pour l'enfant et la satisfaction conjugale. Van Hook (1987) l'a utilisé pour identifier les besoins et définir des stratégies d'intervention chez les familles de fermiers en crise. Konstantareas (1991), quant à elle, s'en est servi chez des parents

d'enfants autistiques, ayant un trouble de l'apprentissage ou ayant un retard mental. Le modèle double ABCX, quant à lui, a été utilisé chez les aidants de personnes souffrant d'alzheimer (Rankin, Haut, & Keefover, 1992), chez des familles dont un enfant souffre de retard mental (Orr, Cameron, & Day, 1991), chez des parents d'enfants autistiques (Bristol, 1987) et pour étudier l'adaptation des enfants suite au divorce de leurs parents (Plunkett, Sanchez, Henry, & Robinson, 1997).

Pour bien comprendre les enjeux impliqués dans une famille dont l'enfant présente une dysfonction, il convient d'examiner chacune des variables indépendantes du modèle ABCX telles qu'évaluées par la présente étude.

Stresseurs (élément A)

Le diagnostic d'une psychopathologie chez son enfant est un stresseur (A) important dans la vie des parents. McCubbin et al. (1982) ont identifié huit groupes de stresseurs auxquels font face les parents d'enfants présentant une incapacité : 1) des relations changées avec les amis et les voisins; 2) des modifications dans les activités et les buts de la famille; 3) des inquiétudes de nature médicale; 4) des tensions intra-familiales; 5) des dépenses médicales; 6) des besoins de soins spécialisés pour l'enfant; 7) le fardeau relatif au temps requis pour les soins et 8) des consultations médicales.

Dans l'étude de l'impact qu'a la dysfonction de l'enfant sur le parent, la nature de la dysfonction de l'enfant est une des premières variables qui a été examinée de façon systématique (Konstantareas, 1991). On retrouve des études comparatives sur des

enfants ayant des troubles développementaux (Beckman, 1991; Goldberg et al., 1986; Kasak & Marvin, 1984; Sanders & Morgan, 1997; Wolf et al., 1989), sur des enfants ayant des problèmes de comportement (Campbell, 1994; Griest et al., 1980; Suarez & Baker, 1997) et sur des enfants hyperactifs (Johnston, 1996; Murphy & Barkley, 1996).

Les troubles développementaux de même que toute dysfonction constituent des stresseurs importants qui génèrent différentes demandes de soins, des besoins à combler ainsi que des restrictions financières et de temps. En voici quelques exemples. Chez des parents d'enfants ayant un handicap développemental ou une maladie chronique, 27 à 65% de ceux-ci doivent fournir une assistance extrême à leur enfant dans des activités de tous les jours, telles que le toilettage, le bain, le jeu, l'alimentation. À cela s'ajoutent les soins spécialisés, comme la médication et la surveillance du poids, de la température, de la respiration, etc. (Knoll, 1992). Par contre, selon Kornblatt et Heinrich (1985), même si la présence d'un enfant ayant un handicap développemental amène plus de besoins à combler chez 83% des parents, aucun des besoins ne se retrouve à un niveau critique. La présence d'un enfant ayant une dysfonction amène aussi une restriction au niveau du temps consacré à soi-même et au conjoint, en plus d'une restriction financière (Herman & Thompson, 1995; Kazac & Marvin, 1984).

Les comportements anormaux de l'enfant sont aussi des stresseurs pour les parents. En effet, selon une étude de Konstantareas et Homatidis (1989a), les comportements d'autodestruction de l'enfant sont les meilleurs prédicteurs du stress des parents d'enfants autistiques. L'âge de l'enfant ayant une dysfonction est également un

stresseur. En effet, ce sont les familles des patients les plus jeunes qui présentent le niveau le plus critique de besoin (Kornblatt & Heinrich, 1985) et qui rapportent le plus de stress (pour les pères seulement) (Beckman, 1991). Par contre, les enfants autistiques les plus jeunes sont évalués comme étant moins symptomatiques par les parents que par les cliniciens (Konstantareas & Homatidis, 1989a). Ces chercheurs avancent comme hypothèse que cette différence pourrait être expliquée par les défenses des parents qui n'ont pas encore accepté l'autisme de leur enfant.

Fonctionnement global

Dans la présente étude, le stresseur n'est pas mesuré en fonction du type de dysfonction, mais bien selon le niveau de fonctionnement de l'enfant, qui correspondra à l'évaluation du fonctionnement global selon l'axe-V du DSM-IV. Ce stresseur est une variable objectivée par une personne autre que le parent et qui permet d'évaluer différentes pathologies sur un même continuum d'intensité. Le fonctionnement global (axe V) prend une grande importance en psychiatrie puisqu'il s'agit de la variable de diagnostic la plus fortement associée à la décision d'hospitalisation (Ahn, Mezzich, Ahn, & Fabrega, 1994). Le fonctionnement global serait associé à différentes variables. Selon une étude faite auprès d'adolescents ayant un trouble de l'humeur, un faible niveau de fonctionnement global est associé à une augmentation du degré de trouble de la personnalité (Gallahorn, 1995). Selon Westermeyer et Neider (1988), un réseau social plus grand est associé à un meilleur fonctionnement global, tel qu'évalué par l'axe V du

DSM-III chez des patients ayant un problème d'abus de substances. Selon Neale et Rosenheck (1995), une forte alliance thérapeutique est associée à une diminution de la sévérité des symptômes et à une amélioration du fonctionnement global de la personne hospitalisée en psychiatrie.

À l'inverse du concept de fonctionnement se trouve le concept de sévérité. Plus l'enfant a un fonctionnement faible, plus la sévérité de sa problématique est élevée. Plusieurs recherches se sont attardées à la sévérité du stresseur, l'évaluant de différentes façons. Dans l'étude de Orr et al. (1991), la sévérité du stresseur correspond à la fréquence de comportements problématiques. Selon eux, la sévérité des symptômes affecte l'utilisation des ressources et la perception du problème. Par contre, selon Bristol (1987), la sévérité du handicap (évaluée à partir d'un score d'intelligence et de symptômes autistiques) n'ajoute pas significativement d'explication à la variance de la dépression et de la qualité de parentage¹ chez des parents d'enfants autistiques ou ayant un trouble de la communication. Cependant elle ajoute 3% d'explication de la variance de l'ajustement conjugal.

Suite à ce relevé de la documentation sur le stresseur, il ressort que peu de recherches ont étudié le fonctionnement global sur l'axe V du DSM-IV, particulièrement en fonction de l'impact que cet aspect de la situation de l'enfant peut avoir sur l'adaptation parentale.

¹ Le terme « parentage » correspond à l'expression « parenting » en anglais et réfère à l'exercice du rôle de parent.

Ressources (élément B)

Selon McCubbin et al. (1980), 4 facteurs affecteraient la réaction de la famille à un événement stressant: 1) les ressources personnelles et individuelles des membres de la famille, 2) les ressources internes du système familial, 3) le soutien social, 4) le coping. Par ressources personnelles et individuelles des membres de la famille, ils entendent les ressources financières, l'éducation, la santé et les ressources psychologiques. Par ressources internes du système familial, ils entendent les rôles flexibles, le pouvoir partagé, l'adaptabilité familiale, la cohésion, la gestion des ressources familiales et les habiletés de résolutions de problèmes. Ces ressources favorisent la croissance personnelle et l'autonomie des membres. Le soutien social, quant à lui, comprend l'assistance fournit par la famille et la parenté, les amis, les voisins, les organismes communautaires, etc. Finalement, pour ce qui est des stratégies de coping, il en existe deux types: les stratégies cognitives et les stratégies comportementales. Les premières visent à modifier ses perceptions subjectives des situations stressantes, tandis que les secondes vont diminuer la présence de facteurs de vulnérabilité, fortifier ou maintenir les ressources familiales, réduire ou éliminer les événements stressants et leurs souffrances spécifiques et impliquent le processus d'influencer activement l'environnement en faisant quelque chose pour changer les circonstances sociales.

Parmi les facteurs identifiés précédemment, qui affectent la réaction de la famille à un événement stressant, l'alliance parentale, une ressource interne du système familial, de

même que le soutien social seront étudiés, en raison de leur pertinence pour l'adaptation parentale.

Soutien social (B1)

Le soutien social réfère à l'aide et l'assistance émotionnelles, physiques, informationnelles, instrumentales et matérielles procurées par les autres afin de maintenir la santé et le bien-être, de promouvoir l'adaptation aux événements de vie et de favoriser le développement de façon adaptive (Dunst, Trivette, & Deal, 1988). Le soutien social se divise en deux types soit le soutien formel et informel. Le soutien social informel réfère aux frères et soeurs de la personne, amis, voisins, collègues de travail, groupes sociaux et autres, qui partagent des biens matériels et des services, du soutien émotionnel, de l'intimité, de l'affection et de l'information en réponse aux événements de vie prévus et imprévus, alors que le réseau de soutien formel réfère aux professionnels et aux agences qui sont formellement organisés pour porter assistance aux individus et aux familles cherchant de l'aide (Valentine, 1993).

Selon Schilling et Schinke (1983), la responsabilité première pour le bien-être de l'enfant appartient aux parents, mais ceux-ci ont besoin d'aide extérieure. Cette aide extérieure ne peut pas être obtenue seulement par le soutien informel, étant donné les nombreux besoins des enfants ayant un trouble développemental et de leur famille. Le soutien formel est donc nécessaire. Selon l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Breton et al., 1997), 20 à 50% des jeunes de 6 à 11 ans ayant au moins un

trouble mental ont reçu l'aide de professionnels pour des problèmes émotionnels ou de comportement au cours des six mois précédent l'enquête. Selon le second volet de cette même enquête (Breton et al., 1997), parmi les raisons qui ont empêché les parents de demander de l'aide, que leur enfant ait ou n'ait pas de trouble mental, on retrouve la pensée que les difficultés passeraient avec le temps, l'espoir de régler le problème soi-même et la pensée que le problème n'est pas suffisamment important. De plus, selon Herman et Thompson (1995), les familles utiliseraient en moyenne cinq services de soutien formel tels que le gardiennage, le répit ou les équipements adaptés. Les aidants du réseau formel auraient intérêt à utiliser le soutien informel qui existe déjà autour de la famille et dans le milieu et à le favoriser (Gabardino, 1983; Schilling & Schinke, 1983; Slater & Wikler, 1986). Au niveau du soutien informel, selon Trute et Hauch (1988a, 1988b), la famille est plus fréquemment demandée pour de l'aide matérielle, de l'assistance physique et du répit que les amis. Les amis, quant à eux, sont surtout sollicités pour du soutien émotionnel, des conseils et de l'information ainsi que pour des activités sociales. Les grands-parents auraient une importance toute particulière pour les pères dont l'enfant présente des retards développementaux. En effet, l'ajustement du père serait significativement corrélé avec le soutien des grands-parents (Sandler, Warren, & Raver, 1995). Toujours selon ces auteurs, le gardiennage serait l'aide la plus fréquente donnée par les grands-parents.

Le soutien social peut aussi être vu en terme de quantité de sources de soutien. À ce niveau, plusieurs études démontrent une diminution du soutien social, liée au fait d'avoir un enfant présentant une dysfonction et ce, pour différentes problématiques chez

l'enfant: autisme, spina bifida, retard mental. Selon Kazac et Marvin (1984), cette différence est particulièrement marquée au niveau du réseau d'amis. Selon Knoll (1992), 30% des parents d'enfants ayant un trouble développemental ou une maladie chronique disent qu'ils ne reçoivent pas d'aide de la parenté à l'extérieur de la famille immédiate et 33% disent ne pas recevoir d'aide du réseau de soutien informel à l'extérieur de la famille. Selon Sanders et Morgan (1997), les mères et les pères d'enfants autistiques rapportent moins de participation des membres de la famille dans des activités sportives, récréationnelles, politiques, sociales, intellectuelles et culturelles que les membres de familles dont l'enfant ne présente pas de problème développemental. Les parents dont l'enfant présente une dysfonction tel que l'autisme s'impliquent donc dans peu d'activités et se privent ainsi de sources de soutien possibles. La sévérité de la dysfonction aurait aussi une influence. En effet, selon Seybold, Fritz et MacPhee (1991), les mères d'enfants ayant les dysfonctions les plus sévères ont moins d'amis et de membres de la famille qui leur procurent du soutien. Finalement, selon Konstantareas et Homatidis (1989a), les parents d'enfants autistiques et les parents d'enfants normaux ne diffèrent pas quant au nombre de sources de soutien.

L'isolement social chez les familles d'enfants ayant une dysfonction, identifié par certains auteurs, n'est pas nécessairement associé à des difficultés d'adaptation chez ces familles. En effet, selon Trute et Hauch (1988a, 1988b), les familles qui s'adaptent bien à leur enfant présentent un plus petit réseau social mais une satisfaction plus élevée que la norme. De plus, selon Konstantareas et Homatidis (1989a), bien que les parents d'enfants autistiques et d'enfants normaux ne diffèrent pas quant au nombre de sources

de soutien, la différence serait significative au niveau de la perception du soutien social comme utile ou aidant. La satisfaction face au soutien ou la perception des sources de soutien comme étant aidantes est donc importante à différencier du nombre de sources de soutien.

Certaines études appuient le lien entre une satisfaction plus élevée face au soutien social et la présence d'un enfant ayant une dysfonction. Selon Erickson et Upshur (1989), les mères d'enfants ayant le syndrome de Down, souffrant d'un retard développemental et présentant une détérioration motrice, sont plus satisfaites du soutien reçu par les groupes communautaires que les mères dont l'enfant ne présente pas de dysfonction. À l'inverse, selon Seybold et al. (1991), les mères d'enfants ayant les dysfonctions les plus sévères sont moins satisfaites du soutien qu'elles reçoivent. Herman et Thompson (1995) spécifient que chez des parents dont l'enfant présente des troubles développementaux, le soutien social est perçu comme faiblement à modérément aidant. Enfin, certaines études ne démontrent aucune différence de niveau d'aide du soutien social. La différence ne serait pas significative entre les parents d'enfants hyperactifs et les parents d'enfants sans dysfonction (Johnston, 1996) de même qu'entre les mères d'enfants ayant le syndrome de Down, les mères d'enfants ayant des problèmes neurologiques et les mères d'enfants ayant des problèmes dont l'étiologie est inconnue (Goldberg et al., 1986). Selon Seybold et al. (1991), la satisfaction face au soutien est reliée au sentiment de compétence comme parent et à l'habileté de la mère à intégrer ses différents rôles.

Le soutien social aurait un effet à différent niveau. Selon Herman et Thompson (1995), les ressources de temps sont perçues comme plus adéquates lorsque le soutien social relié à l'enfant est le plus aidant. Pour ce qui est des ressources de base, des ressources financières et des ressources reliées à l'enfant, elles sont perçues comme plus aidantes lorsque le réseau de soutien personnel (époux, amis..) est vu comme étant plus aidant.

Certaines études font ressortir l'importance du soutien des époux, l'un envers l'autre, comparativement au soutien social. En effet, chez des parents dont l'enfant présente soit un retard mental sévère, soit des retards sévères multiples ou encore de l'autisme, parmi toutes les sources de soutien à la famille, l'autre parent est perçu comme étant le plus aidant suivi par l'école, les médecins et les autres enfants de la famille (Herman & Thompson, 1995). Suarez et Baker (1997) vont dans le même sens dans leur étude comparative de parents d'enfants ayant des problèmes de comportement moyennement externalisés, fortement externalisés et du groupe contrôle. Selon ces derniers, le soutien conjugal lié au rôle de parent ressort comme la variable la plus importante des ressources de cette étude soit l'ajustement conjugal, le soutien social global et le soutien conjugal. C'est ainsi que l'alliance parentale est ajoutée comme ressource (B).

Alliance parentale (B2)

La présence d'un enfant affecte la relation conjugale. En effet, avoir des enfants est associé à une diminution du soutien émotionnel et de la satisfaction conjugale (Ross et

al., 1990) de même qu'à un plus faible bonheur conjugal (Bird, 1997). Cette diminution de la satisfaction conjugale peut être expliquée, entre autres, par la participation des pères aux soins prodigués à l'enfant. En effet, les pères participent moins aux activités de soin à l'enfant que les mères et ce, que les mères travaillent à l'extérieur ou non. La participation du père, quant à elle, est significativement corrélée à la satisfaction conjugale autant pour les pères que pour les mères (Willoughby & Glidden, 1995).

Quant à l'effet d'un enfant physiquement ou développementalement handicapé sur la relation conjugale, les résultats d'études sont contradictoires (Fisman & Wolf, 1991). En effet, certaines études mettent en lumière un effet négatif sur la relation conjugale tel que le démontrent les résultats suivants. Les parents d'enfants hyperactifs (Johnston, 1996) et les parents d'enfants présentant des symptômes d'agression, de désobéissance et de vol (Kotler & Hammond, 1981) rapportent un moins bon ajustement conjugal que les parents d'enfants dits « normaux ». De plus, les parents d'enfants hyperactifs (Murphy & Barkley, 1996) et les parents d'enfants ayant un trouble de comportement (Lavigne et al., 1996) rapportent vivre plus de conflits conjugaux. Ces derniers ajoutent aussi la présence d'un plus faible niveau de cohésion familiale.

D'autres études, par contre, n'identifient aucune différence entre les parents d'enfants ayant une dysfonction et les parents d'enfants normaux quant à différentes mesures de la relation conjugale comme c'est le cas dans les recherches qui suivent. Lorsque l'on compare des parents d'enfants autistiques, d'enfants atteints du syndrome de Down et d'enfants normaux, il n'y a pas de différence significative au niveau de l'intimité

conjugale chez les mères (lorsque l'on contrôle les variables sociodémographiques) (Fisman & Wolf, 1991) et il n'y a pas de différence significative au niveau de la satisfaction conjugale chez les pères (Rodrigue et al., 1992). Il n'y aurait pas non plus de différence entre les parents d'enfants atteints du spina bifida et les parents d'enfants n'ayant pas de handicap, quant à leur niveau de satisfaction conjugale générale (Kazak & Marvin, 1984). Selon ces derniers, on noterait toutefois une plus grande perception d'affection dans le mariage par la mère et une évaluation plus élevée du degré de consensus par le père d'enfants atteints du spina bifida.

L'ajustement conjugal serait un facteur important pour un bon ajustement à un enfant ayant une dysfonction. En effet, selon Trute et Hauch (1988a), chez des familles ayant une bonne adaptation à leur enfant atteint de troubles développementaux, les époux ne voient pas la qualité de leur mariage différemment de la norme. De plus, les forces d'ajustement du couple sont corrélées avec les forces de fonctionnement familial.

Plusieurs études ont fait état de l'impact d'une dysfonction de l'enfant sur la satisfaction conjugale et l'ajustement conjugal. Par contre, peu d'entre elles se sont attardées à l'importance de se sentir soutenu par l'autre conjoint dans le rôle de parent. L'ajustement conjugal est significativement corrélé au soutien conjugal (Suarez & Baker, 1997) de même qu'à l'alliance parentale (Abidin, 1995). Les données obtenues sur l'ajustement conjugal peuvent aider à se situer au niveau de l'alliance parentale. Malgré cela, il n'en demeure pas moins que la satisfaction conjugale et l'alliance parentale sont deux construits distincts (Abidin, 1995).

Le concept d'alliance parentale a été créé par Weissman et Cohen en 1985 pour décrire la part de la relation conjugale qui concerne le fait d'être parent et d'élever des enfants. Une saine alliance parentale est établie si les conditions suivantes sont respectées: 1) chaque parent s'investit avec l'enfant, 2) chaque parent valorise l'implication de l'autre parent avec l'enfant, 3) chaque parent respecte le jugement de l'autre parent, 4) chaque parent désire communiquer avec l'autre parent. Cette définition montre bien la proximité entre le concept d'alliance parentale et celui du soutien du conjoint.

Différents résultats de recherches portant sur le soutien conjugal et l'alliance parentale seront maintenant abordés. Selon l'étude de Campbell (1994), les mères de garçons présentant des problèmes persistants ne diffèrent pas des mères de garçons ne présentant pas de problèmes persistants ou du groupe contrôle, en ce qui concerne le niveau du soutien de l'époux. Le soutien conjugal modère l'impact des tensions économiques sur la qualité du parentage pour les mères (Simons, Lorenz, Wu, & Conger, 1992) et sur la détresse émotionnelle (Conger, Rueter, & Elder, 1999). De plus le soutien conjugal perçu est inversement relié à la dépression et à l'anxiété de la mère (Rashap, 1998). L'alliance parentale, quant à elle, a un effet médiateur sur l'effet de la qualité de la relation conjugale sur l'expérience parentale (sentiment de compétence parentale et interaction négative avec l'enfant) (Floyd, Gilliom, & Costigan, 1998) et est un prédicteur significatif de l'implication du père dans des activités d'éducation de l'enfant (McBride & Rane, 1998). De plus, selon Bearss et Eyberg (1998), il y a une

corrélation significative entre l'alliance parentale et les problèmes de comportements de l'enfant.

Perceptions (élément C)

La variable perception du modèle ABCX a été étudiée de diverses façons: la perception des ressources (Herman & Macenko, 1997); le blâme externalisé, de même que la vision de l'événement comme une catastrophe (Bristol, 1987); le recadrage, soit la capacité de redéfinir un événement stressant pour le rendre plus agréable (Orr et al., 1991). Dans le cadre de cette étude, le facteur « C » sera évalué à partir de la perception parentale des problèmes comportementaux et des compétences psychologiques de l'enfant.

Perception de problèmes de comportement (C1)

Une recherche de Stallard (1993) indique que 16% des parents rapportent beaucoup d'inquiétude et 66% expriment quelques inquiétudes face aux comportements de leur enfant alors que 10% de ces enfants sont identifiés comme ayant des problèmes de comportement. Les enfants ayant des problèmes de comportement sont perçus par leur mère comme étant significativement moins bien ajustés c'est-à-dire retirés, hostiles, agressifs, comparativement à ceux du groupe non-clinique (Griest et al., 1980). Les enfants identifiés comme ayant des problèmes sévères et persistants (présentant plusieurs symptômes d'hyperactivité et de troubles oppositionnels défiants) sont évalués

par leur mère comme ayant plus de problèmes internalisés que les enfants du groupe contrôle (Campbell, 1994). Les résultats précédents amènent à croire que le fait que l'enfant présente des problèmes de comportement est associé à une plus grande perception de problèmes de comportements par les parents. Par contre, selon Webster-Stratton (1988), il n'y aurait pas de corrélation entre la perception de la déviance de l'enfant par le parent et la déviance observée.

La perception des parents serait associée à diverses variables, telles que l'état émotif des parents, le sexe de l'enfant, la conception de soi, l'ajustement conjugal ainsi que l'impact négatif de l'enfant. Selon Brody et Forehand (1986) de même que Griest, Wells et Forehand (1979), un haut niveau de dépression de la mère est associé à plus de perceptions de mauvais ajustement de l'enfant, comparativement à un faible niveau de dépression. Selon Konstantareas et Homatidis (1989b), chez les parents d'enfants ayant un trouble de l'apprentissage, les garçons sont évalués comme étant plus problématiques que les filles. Selon ces mêmes auteurs, les pères rapportant plus de problèmes de comportement chez leur enfant rapportent aussi une conception de soi plus faible que les pères d'enfants rapportés comme étant moins problématiques. Selon une étude portant sur des adolescents non référés pour des problèmes de comportements et une étude portant sur des mères d'enfants ayant des problèmes de comportement, l'ajustement conjugal est négativement corrélé à la perception de problèmes de comportement, plus particulièrement les comportements externalisés (Seiffge Krenke, & Kollmar, 1998) et les comportements hyperactifs (Webster-Stratton, 1988). Selon Suarez et Baker (1997), les comportements externalisés sont significativement reliés à l'impact de l'enfant sur le

parent, autant l'impact négatif dans des situations sociales que l'impact sur les sentiments face au fait d'être parent (l'impact étant ici considéré comme un concept surpassant le stress parental).

Plusieurs recherches ont étudié la perception de problèmes de comportement. Par contre, il existe peu d'études qui ont évalué l'effet sur le parent de percevoir peu ou plusieurs habiletés chez son enfant.

Perception de compétences psychologiques (C2)

Strayhorn (1988) définit les habiletés psychologiques comme des modes adaptatifs de pensées, d'émotions et de comportements employés de façon appropriée pour des circonstances particulières. Chaque habileté contribue à la compétence en général, qui peut être appelée santé mentale. Il y a neuf groupes d'habiletés: 1) l'intimité, la confiance et la construction de relations; 2) composer avec la séparation et l'indépendance; 3) composer avec les décisions communes et les conflits interpersonnels; 4) tolérer les frustrations et les événements non favorables; 5) se réjouir des bonnes choses et ressentir du plaisir; 6) travailler pour une gratification future; 7) relaxer et jouer; 8) employer des processus cognitifs qui utilisent des mots, des symboles et des images mentales; 9) avoir des projets et des buts personnels adaptés. Par contre, les recherches sur les habiletés portent principalement sur les habiletés sociales des enfants qui ne sont qu'un groupe d'habiletés parmi les neuf identifiés par Strayhorn (1988).

Plusieurs recherches comparent différentes populations d'enfants quant à leur niveau de compétences. Selon Booth (1999), en général, les mères dont l'enfant présente une dysfonction telle que la paralysie cérébrale, le spina bifida, un retard cognitif ou un trouble de la communication, voient leur enfant sous la moyenne pour les compétences sociales comparativement aux enfants du même âge, mais les voient au-dessus de la moyenne comparativement aux autres enfants ayant des besoins spéciaux. Selon Campbell (1994), les enfants à problèmes sont évalués par les parents comme étant moins socialement compétents que les enfants du groupe contrôle.

Les habiletés de l'enfant sont aussi étudiées sous l'angle de facteurs qui favorisent ou nuisent à son développement comme la maltraitance, l'expression émotionnelle dans la famille, l'attachement (Boyum & Parke, 1995; Fantuzzo, Weiss, Atkins, Meyers, & Noone 1998; Rubin, Booth, Rose-Krasnor, & Mills, 1995). D'autres études se sont attardées à diverses variables influençant la perception qu'ont les parents des habiletés de leur enfant telles que le sexe de l'enfant et la perception de problèmes de comportement. Selon Cole, Gondoli et Peeke (1998), le sexe de l'enfant influencerait aussi le type d'habiletés perçues par les parents. En effet, les parents et les professeurs évaluent les garçons comme étant plus compétents au niveau athlétique et les filles comme ayant un meilleur comportement que les garçons . La perception par le parent de compétences chez son enfant est également influencée par la perception de problèmes de comportement chez celui-ci, l'inverse étant aussi vrai. Selon Cohen, Kershner et Wehrspann (1988), les parents qui évaluent leur enfant comme ayant plus de problèmes

internalisés et externalisés évaluent aussi leur enfant comme étant moins compétent socialement. Ceux qui sont évalués par leurs parents comme ayant plus de problèmes externalisés sont aussi évalués comme étant moins compétents à l'école.

Modèle conceptuel servant de cadre à la présente étude

Les différentes variables du modèle ABCX de Hill servant à la présente étude ayant été décrites et identifiées, il convient maintenant d'en examiner l'influence sur le stress parental.

Fonctionnement global de l'enfant et stress parental

Peu d'études mettent en relation le stress parental et le fonctionnement global de l'enfant. C'est pourquoi les résultats qui suivent sont tirés d'études portant sur la sévérité des stresseurs. Dans une étude de Orr et al. (1991), la sévérité du stresseur correspond à la fréquence de comportements problématiques. Selon eux, la sévérité des symptômes semble être positivement corrélée au stress. Selon Noh, Dumas, Wolf et Fisman (1989), la fréquence et la sévérité des problèmes de comportements incluant les pleurs, la désobéissance et les demandes d'attention et d'assistance sont des sources de stress pour les parents d'enfants autistiques. De plus, selon Konstantareas et Homatidis (1989a), chez des parents d'enfants autistiques, la perception qu'ils ont de la sévérité de certains symptômes est reliée au niveau de stress vécu par ceux-ci.

Soutien social et stress parental

Le stress parental n'est pas influencé seulement par le type de dysfonction, il l'est aussi par le soutien social. Plusieurs auteurs rapportent qu'il y a une relation significative entre la qualité et l'étendue du réseau de soutien social (supportant/utile) et la diminution du stress (Bigras, Lafrenière, & Dumas, 1996; Dunst et al., 1988; Konstantareas & Homatidis, 1989a; McDonald, Poertner, & Pierpont, 1999; Rankin et al., 1992). Dunst et al. (1988) ajoutent que l'effet du soutien informel est généralement plus grand que celui attribuable aux sources de soutien formel.

Relation conjugale et stress parental

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire qu'un haut niveau de stress ou de détresse est associé à un faible ajustement conjugal (Bigras & Lafrenière, 1994; Bigras, Lafrenière, & Dumas, 1996; Bird, 1997; Gélinas, Lussier, & Sabourin, 1995). Par contre, selon Kazac et Marvin (1984), il n'y aurait pas de corrélation significative entre les mesures de stress et la satisfaction conjugale des pères et des mères d'enfants ayant le spina bifida et d'enfants n'ayant pas de handicap.

La relation conjugale aurait un impact plus direct sur le stress parental que le soutien social. En effet, pour les mères de garçons ne présentant pas de dysfonction, le stress parental est directement associé aux conflits conjugaux, puis indirectement influencé par l'isolement social (Bigras & Lafrenière, 1994). Par contre, selon une étude faite auprès de parents d'enfants ayant une dysfonction motrice sévère, les relations conjugales et

familiales perdent leur signification après l'ajout de variables plus fortement associées telles que la personnalité et les stratégies de recherche de soutien (Sloper & Turner, 1993).

Perception de problèmes de comportement chez l'enfant et stress parental

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le stress parental est relié aux comportements problématiques perçus par le parent (Bigras, Lafrenière, & Dumas, 1996; Booth, 1999; Konstantareas & Homatidis, 1989b; McDonald et al., 1999; Orr et al., 1991; Webster-Stratton, 1988). Konstantareas et Homatidis (1989b) ajoutent que les parents sont plus stressés par les comportements externalisés que par les comportements internalisés. Par contre, selon Schaughency et Lahey (1985), il n'y a pas de corrélations significatives, autant pour les pères que pour les mères, entre les mesures de perception du comportement de l'enfant et la détresse parentale chez des parents dont l'enfant a été référencé à cause de problèmes vécus à la maison et à l'école.

Perception de compétences chez l'enfant et stress parental

Percevoir des habiletés chez son enfant ou du moins le voir de façon positive est associé à un faible niveau de stress parental. Selon Booth (1999), le stress parental élevé est associé à une perception plus faible des habiletés sociales. Selon McDonald et al. (1999), une plus faible perception de l'enfant comme une source de conscience des problèmes à venir, un plus haut niveau de perception de l'enfant comme une source de

fierté et de coopération familiale ainsi qu'une attitude positive sont associés à un plus faible niveau de stress chez les personnes ayant principalement soin d'un enfant ayant un développement atypique ou un désordre émotionnel sérieux. Par contre, selon ces mêmes auteurs, les compétences de l'enfant ne sont pas reliées au stress. De plus, le stress parental des mères n'est pas relié aux habiletés d'adaptation, de langage ou cognitives chez des enfants ayant une dysfonction physique, un retard cognitif, un trouble de la communication ou étant à risque d'une de ces difficultés (Booth, 1999).

Comme nous avons pu le voir en présentant les différentes variables du modèle, plusieurs recherches ont étudié les liens entre différentes variables ici à l'étude, mais jamais sans prendre toutes les variables dans une seule et même recherche. À notre connaissance, aucune recherche ne s'est penchée sur le problème du stress parental à la lumière du modèle de Hill chez des parents d'enfants ayant un diagnostic en pédopsychiatrie, en utilisant le fonctionnement global sur l'axe 5 du DSM-4, l'alliance parentale et la perception de compétences psychologiques chez l'enfant.

Une étude se rapproche toutefois de la présente recherche. McDonald et al. (1999) ont étudié 259 personnes qui s'occupent d'un enfant ayant un développement atypique ou un désordre émotionnel sérieux. Leur analyse se base en partie sur le modèle ABCX. Il est intéressant de constater que plusieurs variables sont corrélées significativement au stress, mais lorsque les variables significatives sont toutes prises en considération, plusieurs ne le sont plus. Lors de simples corrélations, le fait d'avoir un haut niveau de problèmes de comportement internalisé et externalisé, d'avoir un emploi à temps plein

ou partiel, d'être mère, de race blanche, d'avoir peu de soutien social, d'utiliser un plus grand nombre de services, de posséder un moins haut niveau d'intégration, de coopération et d'optimisme, d'augmenter l'utilisation de la communication médicale et de la consultation, d'avoir une plus grande perception de l'enfant comme une source de fierté et de coopération et finalement avoir moins d'attitudes positives constituent autant de facteurs reliés à plus de stress pour la personne qui prend soin de l'enfant. Finalement, lorsque l'on tient compte de toutes ces variables, le prédicteur le plus fort du stress est la perception des problèmes de comportement internalisé suivi de la relation mère-enfant, de la conscience des problèmes futurs, de la race ainsi que des problèmes de comportement externalisé. Finalement, le soutien social, l'attitude positive, l'utilisation de la communication médicale et la consultation comme mécanisme de coping, de même que la perception de l'enfant comme une fierté et source de coopération ne sont plus significatifs. Le soutien de la parenté et des amis de même que les compétences, l'âge et le sexe de l'enfant ne sont pas reliés, même par simple corrélation au stress.

La présentation du modèle ABCX ainsi que le relevé de la documentation amène à un modèle théorique qui sera mis à l'épreuve dans la présente étude. La figure 2 présente les différents liens entre les variables du modèle ABCX qui seront évaluées, soit les liens directs et indirects.

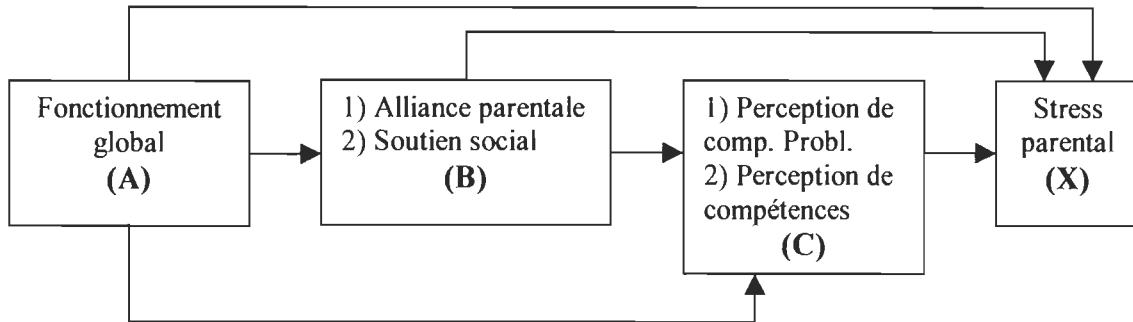


Figure 2. Modèle ABCX appliquée à l'étude

Différences entre les pères et les mères

Un relevé de la documentation permet de constater que ce sont surtout les femmes qui ont été étudiées. L'expérience du père ayant été moins abordée, elle apparaît comme importante à considérer.

Les femmes avec ou sans enfants (Gélinas et al., 1995), les mères d'enfants présentant des problèmes de comportement (Webster-Stratton, 1988), les mères d'enfants ayant le spina bifida (Kazak & Marvin, 1984), les mères d'enfants ayant une dysfonction motrice sévère (Sloper & Turner 1993), les mères d'enfants autistiques, ayant un retard mental, ayant un trouble de l'apprentissage ou ne présentant aucune dysfonction (Konstantareas et al., 1992) et les mères d'enfants ayant le syndrome de Down, des problèmes neurologiques ou des problèmes d'étiologie inconnue (Goldberg et al., 1986) rapportent vivre significativement plus de détresse parentale que les pères. Selon McDonald et al. (1999), cette différence n'est pas seulement vraie avec les pères, elle l'est aussi avec les autres personnes prenant soin de l'enfant.

Wolf et al. (1989) rapportent des résultats contredisant les recherches précédentes. Selon eux, les mères et les pères rapportent un même niveau de stress parental et ce, qu'ils soient parents d'un enfant autistique, ayant le syndrome de Down ou ayant un développement normal. De même, Konstantareas et Homatidis (1989a) rapportent que les mères et les pères d'enfants autistiques présentent des degrés similaires de stress.

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les mères et les pères ne diffèrent pas quant à leur perception du niveau d'aide du soutien social. C'est le cas de Beckman (1991) dans une étude auprès de parents d'enfants ayant diverses incapacités telles que la paralysie cérébrale et l'autisme. Il en est de même pour Herman et Thompson (1995), dans une étude auprès de parents d'enfants ayant soit un retard mental sévère, soit des retards sévères multiples ou de l'autisme. Par contre, selon Goldberg et al. (1986), les mères d'enfants ayant un retard développemental perçoivent les sources de soutien comme plus aidantes que les pères. De plus, elles rapportent recevoir un plus haut niveau de soutien que les pères (Konstantareas & Homatidis, 1989a). Trute et Hauch (1988a, 1988b) spécifient que les mères auraient un grand nombre de relations à l'intérieur de la famille mais peu de relations d'amitié et principalement des relations avec d'autres femmes. Beckman (1991) amène quant à elle une distinction quant au type de soutien. Selon elle, l'augmentation du soutien social informel est associée à une diminution du stress pour les pères et les mères et une augmentation du soutien formel est associée à une diminution du stress général mais seulement pour les pères.

Les mères d'enfants présentant des symptômes d'agression, de désobéissance et de vol rapportent plus d'insatisfaction conjugale que leur mari (Kotler & Hammond, 1981). Dans le même sens, les mères d'enfants ayant un retard développemental rapportent moins de soutien de la part de leur mari que les pères en rapportent de leur épouse (Goldberg et al., 1986). Par contre, plusieurs auteurs n'observent aucune différence au niveau de l'ajustement conjugal entre les hommes et les femmes en général (Gélinas et al., 1995), entre les pères et les mères d'enfants ayant ou étant à risque d'incapacité développementale (Willoughby & Glidden, 1995) et entre les pères et les mères d'enfants présentant des problèmes de comportement (Webster-Stratton, 1988). Même que les hommes et les femmes sont hautement en accord sur le niveau auquel ils se sentent soutenus l'un par l'autre. (Suarez & Baker, 1997).

Selon Seiffge-Krenke et Kollmar (1998), Webster-Stratton (1988,), Rosenberg et Joshi (1986) de même que Schaughency et Lahey (1985), il n'y a pas de différence significative quant à la perception de problèmes entre les mères et les pères. Par contre, selon Rosenberg et Joshi (1986), la différence de perception de problèmes de comportement entre les pères et les mères serait influencée par les conflits conjugaux. En effet, plus il y a présence de difficultés conjugales, plus il y a de différence entre l'évaluation que font les parents des difficultés de comportements de leur enfant. Selon Konstantareas et Homatidis (1989a), le stress de la mère correspond plus à la perception des symptômes de son enfant que le stress du père.

Objectifs et hypothèses de recherche

Ce projet vise une meilleure compréhension des facteurs influençant directement et indirectement le niveau de stress parental vécu par les parents dont l'enfant présente un problème de santé mentale. De plus, il cherche à vérifier l'applicabilité du modèle ABCX de Hill à cette problématique. Les résultats des pères et des mères seront comparés et, s'il y a des différences significatives au sein des variables à l'étude, les hypothèses suivantes seront mises à l'épreuve avec chaque sous-groupe de parents. Sinon, l'échantillon sera examiné globalement.

H1 : Toutes les variables indépendantes à l'étude, soit le fonctionnement global, le soutien social, l'alliance parentale, la perception de problèmes de comportement et la perception de compétences psychologiques, seront corrélées au stress parental (effets directs : A/B/C → X).

H2 : Lorsque toutes les variables sont prises en considération, la perception parentale de l'enfant sera la variable la plus influente dans l'explication du stress parental.

H3 : Les ressources parentales et le fonctionnement de l'enfant auront un lien indirect avec le stress parental en passant par un lien avec la perception parentale de l'enfant (effets indirects : A/B → C → X).

H4 : Le fonctionnement global de l'enfant sera en lien direct avec les ressources parentales (A → B).

Méthode

Le deuxième chapitre présente différents aspects de la méthodologie. Dans un premier temps, les caractéristiques de l'échantillon seront abordées. Ensuite, les instruments de mesure utilisés seront décrits, suivis par les coefficients de consistance interne de chacun, pour notre échantillon. Finalement, le déroulement de l'expérimentation sera expliqué.

Participants

Les participants de cette recherche ont été recrutés parmi les parents d'enfants recevant ou ayant récemment reçu des services en pédopsychiatrie au pavillon Arc-en-ciel de Trois-Rivières. L'échantillon est composé de 93 familles dont l'enfant consulte pour des problèmes développementaux dans la sphère comportementale, langagière ou neurologique. Cet échantillon correspond à 78% des familles dont l'enfant répond aux critères de sélection¹.

Au total, 140 parents ont participé à l'étude, soit 90 mères et 50 pères. La scolarité des parents est variée: 22.8% ont moins d'un secondaire V, 40% ont un diplôme d'étude secondaire ou des études collégiales non complétées, 24.3% ont un diplôme d'études collégiales ou des études universitaires non complétées et 12.9% ont un diplôme

¹ Être âgé de moins de 10 ans et recevoir des services depuis un mois ou plus.

universitaire. Quarante parents, soit 28.6%, sont sans emploi. L'index socio-économique de Blishen et McRoberts (1976) a permis d'évaluer les parents ayant un emploi. Parmi ceux-ci, 4% se situent à un niveau très supérieur de prestige occupationnel, un seul parent se situe à un niveau supérieur, 12% se situent à un niveau moyen supérieur, 20% à un niveau moyen, 41% à un niveau moyen inférieur et 22% à un niveau inférieur. Les mères ont un indice de prestige occupationnel significativement plus faible que les pères ($F=5.76, p<.05$), ces derniers se situent à un niveau moyen ($M=41.70, \bar{E.T.}=14.93$), alors que les mères se situent à un niveau moyen inférieur ($M=34.42, \bar{E.T.}=15.36$).

Les familles sont biparentales dans une proportion de 78.6%. Le nombre d'enfants dans la famille varie de 1 à 4, pour une moyenne de 2.2 par famille ($\bar{E.T.}=0.91$). Parmi les enfants cibles, 71 sont des garçons et 22 sont des filles. L'âge de ceux-ci varie de 2 à 9 ans, pour une moyenne de 6.4 ans ($\bar{E.T.}=1.7$ ans). Les diagnostics primaires les plus fréquents de l'échantillon sont : trouble envahissant du développement non-spécifié (25.8%), déficit de l'attention avec hyperactivité (14%), trouble de la première ou de la deuxième enfance ou de l'adolescence non-spécifié (11.8%) et trouble oppositionnel (10.8%). Le nombre de diagnostic varie de 1 à 5 : 17.2% des enfants ne reçoivent qu'un seul diagnostic, 47.3% deux diagnostics, 26.9% trois diagnostics, 7.5% quatre diagnostics et un seul enfant obtient cinq diagnostics. La durée d'intervention reçue par les enfants varie de 1 mois à 5.6 ans, pour une moyenne de 1.4 ans ($\bar{E.T.}=1.15$).

Instruments de mesure

Renseignements généraux

Un questionnaire de renseignements généraux a permis de recueillir diverses informations sur l'enfant et le parent : la date de passation du protocole de recherche, l'âge de l'enfant, le statut conjugal du parent, le milieu familial actuel, la fratrie, la scolarité du parent-répondant ainsi que l'occupation du parent (voir appendice A).

Parmi les variables démographiques, deux mesures sont représentatives du niveau socio-économique des parents, soit la scolarité et l'indice de prestige occupationnel. Ces deux mesures étant significativement corrélées ($r = .5, p < .001$), une analyse factorielle a été effectuée. Cette analyse factorielle montre que ces deux variables correspondent à un seul facteur, expliquant 75% de la variance, avec une saturation factorielle de .87 pour la scolarité et pour l'indice de prestige occupationnel. Cette nouvelle variable (exprimée sous forme de cote Z) correspondra, pour cette étude, au niveau socio-économique du répondant.

Données recueillies au dossier médical

D'autres renseignements, plus spécifiques, ont été obtenus à partir des dossiers des enfants à la clinique du Pavillon Arc-en-ciel : diagnostic, sexe, âge à l'entrée dans le service, date de la première consultation, date du diagnostic, date de la demande, nombre de catégories d'intervention, histoire des services préalables à la pédopsychiatrie (voir appendice B).

Index de stress parental (forme brève) (ISP/FB)

Le stress parental (élément X) sera évalué par la traduction française, ayant été validée auprès de parents québécois (Bigras, Lafrenière, & Abidin, 1996), du Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) (Abidin, 1995). Ce questionnaire a été créé à partir du Parenting Stress Index sous sa forme longue, comprenant 101 items. Il comprend 36 items, répartis en trois sous-échelles : la détresse parentale, les difficultés de l'enfant et l'interaction parent-enfant. Chaque item est sous la forme d'une échelle de type Lykert en 5 points, allant de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord ».

La première échelle, soit la détresse parentale, évalue l'inconfort du parent provenant de facteurs personnels influençant l'exercice de son rôle parental (par exemple le faible sentiment de compétence, les restrictions dues au rôle, etc.). Plus le score à cette échelle est élevée, plus le parent ressent une souffrance personnelle dans l'exercice de son rôle parental. La seconde échelle est celle des difficultés chez l'enfant. Elle évalue l'inconfort du parent qui provient des caractéristiques perçues chez l'enfant. Il s'agit donc ici de la facilité ou la difficulté du parent à gérer la conduite de son enfant. Finalement, la troisième échelle correspond à l'interaction parent-enfant dysfonctionnelle. Elle permet d'évaluer l'inconfort du parent qui provient des attentes parentales non-comblées. Cette échelle met l'accent sur la qualité du lien parent-enfant. Par contre, l'échelle des difficultés chez l'enfant est mise de côté dans les analyses de corrélation et de régression multiple, étant donné qu'elle s'apparente fortement à la variable perception de comportements problématiques chez l'enfant. Ce qui permet donc d'éviter un recouplement des mesures. Un nouveau score total a donc été créé à partir de l'échelle

interaction parent-enfant et de l'échelle détresse parentale, soit la mesure composée de stress parental.

Abidin (1995) rapporte que les coefficients de consistance interne (alpha) sont de .91 pour le stress total et de .80 à .87 pour les différentes échelles. Toujours selon cet auteur, le test-retest effectué à 6 mois d'intervalle donne des coefficients de stabilité temporelle de .84 pour le stress total et de .68 à .85 pour les différentes échelles. Ces résultats démontrent une bonne fidélité du PSI-SF. La corrélation entre le Parenting Stress Index sous sa forme brève et le Parenting Stress Index sous sa forme originale est de .94 pour le stress total. Il n'existe pas encore de recherches indépendantes qui supportent la validité de la forme brève. Il est toutefois très probable que la forme brève obtienne une validité se rapprochant de celle de la forme longue, puisqu'il en est directement tiré et qu'il y est fortement corrélé. La validité de la forme longue a quant à elle été démontrée dans de nombreuses recherches (Abidin, 1995).

Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)

Le stresseur, soit le fonctionnement global de l'enfant (élément A), a été évalué par la pédopsychiatre¹ traitant à l'aide du DSM-IV (APA, 1994). Le DSM-IV fournit des critères permettant au clinicien de porter un jugement diagnostique. On y retrouve un système comportant cinq axes. L'axe I porte sur les troubles cliniques; l'axe II sur les troubles de personnalité et le retard mental; l'axe III sur les affections médicales

¹ L'auteur tient à remercier Dr. Murielle Mury, pédopsychiatre au Pavillon Arc-En-Ciel du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières, pour sa contribution à l'évaluation et à la révision des évaluations des participants de cette recherche.

générales; l'axe IV sur les problèmes psychosociaux et environnementaux et finalement, l'axe V est une évaluation globale du fonctionnement.

Dans le cadre de cette recherche, seule l'information de l'axe V du DSM-IV a été retenue, soit l'Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF) (voir appendice C). Cette échelle permet au pédopsychiatre d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum allant de 0 à 100, de la maladie à la santé mentale. Plus la cote est élevée, plus l'enfant manifeste un fonctionnement optimal. La codification de l'EGF peut se rapporter à la période actuelle (ce qui est le cas dans la présente recherche) ou peut référer au niveau de fonctionnement le plus élevé maintenu pendant au moins quelques mois au cours de l'année précédente.

Selon Rey, Starling, Wever, Dossetor et Plapp (1995), la fidélité est modérée. En effet, l'accord inter-juge varie autour de 60%. De plus, près de 75% des évaluateurs s'entendent à l'intérieur d'un interval de 10 points.

Échelle de soutien familial

Le soutien social des parents (élément B1) sera évalué par une traduction française du Family Support Scale (Dunst, Trivette, & Hamby, 1994), soit l'échelle de soutien familial (Lacharité, Moreau, & Moreau, 1999) (voir appendice D). Cette dernière est composée de 18 items permettant d'évaluer jusqu'à quel point certaines sources de

soutien potentielles sont considérées comme aidantes par le parent¹. Le répondant peut aussi ajouter deux sources de soutien de son choix à la liste et l'évaluer au même titre que les autres sources de soutien. Chaque item se présente sous la forme d'une échelle de type Likert en 5 points, allant de « pas du tout aidant » à « extrêmement aidant ».

Dunst et al. (1994) ont pu démontrer la fidélité et la validité de cette mesure. Le coefficient de consistance interne est de .79. De plus, le test présente une bonne fidélité test-retest sur une courte période de temps (1 mois) avec des coefficients de stabilité temporelle moyenne de .75 pour les items séparés et de .91 pour le score total. La fidélité test-retest diminue sur une longue période de temps (1 et 2 ans après) avec des coefficients de stabilité temporelle moyenne de .42 pour les items séparés et de .50 pour le score total. La validité de construit est bonne. En effet, les facteurs identifiés représentent bien le modèle conceptuel à la base de ce questionnaire, soit le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979). La validité concomitante, quant à elle, est également bonne. En effet, le score total de soutien est significativement relié au score obtenu aux différentes échelles du « Questionnaire on Ressources and Stress » de Holroyd (1988). Un haut niveau de soutien est donc associé à un faible niveau de problèmes personnels et familiaux.

Ricard (1997) a procédé à la consultation de 20 experts afin de séparer les items de l'inventaire de soutien social en un réseau primaire et en un réseau secondaire.

¹ L'item #5 de l'échelle de soutien familial, mon conjoint (partenaire), ne sera pas comptabilisé au niveau du soutien familial mais plutôt ajouté au score d'alliance parentale, afin d'éviter un recouplement des mesures.

L'inventaire de soutien social et l'inventaire de soutien familial étant deux questionnaires provenant des mêmes auteurs et pratiquement similaires, la classification faite pour l'inventaire de soutien social a servi de base pour séparer les items du présent questionnaire. Les items de l'inventaire de soutien familial ont donc été séparés en deux catégories, soit le soutien formel et informel. Le soutien informel est constitué des sources suivantes : mes parents, les parents de mon conjoint (ou partenaire), mes frères/sœurs, les frères/sœurs de mon conjoint (ou partenaire), mes ami(e)s, les ami(e)s de mon conjoint (partenaire), mes propres enfants, les autres membres de la parenté et mes collègues de travail. Ces items de soutien informel correspondent aux items du réseau primaire identifié par Ricard (1997). L'item école/garderie du réseau primaire a toutefois été regroupé avec les items de soutien formel pour la présente étude, étant donné qu'elle ne s'inscrit pas, comme c'était le cas pour l'étude de Ricard (1997), dans un contexte de retard mental où les relations avec des services de garde sont plus fréquents. Le soutien formel, quant à lui, est composé des sources de soutien suivantes : les groupes/associations de parents, les groupes/clubs sociaux, les prêtres/religieux(ses), le médecin de famille, la ou les personne(s) donnant les cours prénataux, l'école/garderie, les aidants professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs, etc.), les organismes de la santé et des services sociaux (CLSC, Centre jeunesse, centre hospitalier, Bien-être social, etc.).

Une autre mesure a été dérivée de l'inventaire de soutien familial, soit le nombre de sources de soutien. Cette mesure correspond au nombre de sources de soutien ayant été

évaluées de « généralement aidant » à « extrêmement aidant » (cotes 3 à 5). Un score total a été calculé ainsi qu'un score de soutien formel et un score de soutien informel.

Inventaire sur l'alliance parentale

L'alliance parentale (élément B2) sera évaluée par l'Inventaire sur l'alliance parentale (Lacharité & Robidoux, 1996) qui a été traduit et adapté à partir du Parenting Alliance Inventory (PAI) de Abidin et Brunner (1995) (voir appendice E). Celui-ci est composé de 20 items qui permettent au parent de décrire jusqu'à quel point il forme une « équipe » avec son conjoint afin de remplir les diverses fonctions parentales. Chaque item est coté selon une échelle de type Lykert en 5 points, allant de « fortement d'accord » à « fortement en désaccord ». Au score de ce questionnaire a été ajouté le score à l'item « conjoint » de l'Inventaire de soutien familial (Dunst et al., 1994).

Comme le rapportent Abidin et Brunner (1995), ce questionnaire a une consistance interne élevée, son alpha étant de .97. Pour ce qui est de la validité concomitante, le test obtient une corrélation de .20 (pour les mères) et de .44 (pour les pères) avec une mesure de satisfaction conjugale. Finalement, une corrélation de -.26 (pour les mères) et de -.29 (pour les pères) entre le PAI et le score total du Parenting Stress Inventory fonde la validité de construit.

Inventaire de comportement pour enfant

La traduction par Lacharité et al. (1999) du Behavior Rating Inventory for Children (BRIC) (Stiffman, Orme, Evans, Feldman, & Keeney, 1984) sera utilisée pour évaluer la

perception qu'ont les parents des problèmes de comportement de leur enfant (élément B2) (voir appendice F). Ce questionnaire, composé de 13 items, sert à mettre en évidence la fréquence des problèmes de l'enfant observés par le parent. Les items du BRIC sont mesurés selon une échelle de type Lykert en 5 points, allant de « rarement ou jamais » à « la plupart du temps ». Les items 1, 6 et 10 ne sont pas calculés dans le score total, étant donné qu'ils mesurent des comportements positifs. Un score total de 30 ou plus indique que les parents considèrent que leur enfant manifeste une quantité significative de difficultés (Stiffman et al., 1984).

Ce test présente une assez bonne consistance interne avec un alpha variant entre .80 et .86 lorsqu'il est répondu par un adulte. Des tests-retests effectués sur une période de 1 à 5 semaines d'intervalle ont permis d'obtenir des coefficients de stabilité temporelle variant entre .71 et .89. Pour ce qui est de la validité, il y a une corrélation de .76 entre les scores au BRIC et au Child Behavior Checklist (Achenbach & Elderbrock, 1983), ce dernier étant composé de 118 items. De plus, la corrélation est de .65 entre le score au BRIC et le statut de traitement (recevoir ou non un traitement pour des problèmes de comportement).

Inventaire des compétences psychologiques

La perception par le parent de compétences psychologiques chez son enfant (élément C1) sera mesurée par l'Inventaire des compétences psychologiques (Lacharité et al., 1999) traduit et adapté du Psychological Skills Inventory (Strayhorn, Weidman, & Majumder, 1990) (voir appendice G). Dans sa forme brève, ce questionnaire est

composé de 22 items, chaque item devant être évalué à l'aide d'une échelle de type Lykert en 5 points, allant de « habileté presque nulle » à « habileté exceptionnelle ». La cote totale indique que l'enfant maîtrise de manière plus ou moins intense des habiletés psychosociales normalement présentes chez les enfants de son groupe d'âge.

La validité et la fidélité de ce test ont été démontrées par Strayhorn et al. (1990). La fidélité est bonne, avec un coefficient de consistance interne de .97 pour la version de originale du test et de .90 pour la version brève. La validité est supportée par une corrélation entre l'Inventaire de compétences psychologiques et cinq des six mesures de problèmes de comportement complétées par le parent (-.22 à -.42).

Perception parentale du fonctionnement de l'enfant

La perception de compétences psychologiques chez son enfant et la perception de problèmes de comportement étant corrélées ($r = -.53$, $p < .001$), ces variables ont été soumises à une analyse factorielle révélant un seul facteur qui explique 77% de la variance, avec une saturation factorielle de .88 pour les compétences et -.88 pour les problèmes. Afin de diminuer le nombre de variables et ainsi augmenter la puissance statistique des analyses multivariées, une seule variable sera donc utilisée dans les analyses de régression multiple, soit la variable perception parentale du fonctionnement de l'enfant, formée du score factoriel combinant ces deux variables (exprimé sous forme de cote Z). Plus ce score est élevé, plus la perception que le parent a de son enfant est positive, c'est-à-dire qu'il perçoit beaucoup de compétences et peu de problèmes de comportement.

Fidélité des instruments de mesure pour la présente recherche

Les différents questionnaires présentés précédemment ont été soumis à des analyses de consistance interne afin d'évaluer leur fidélité dans le cadre de la présente étude. Les alpha de Cronbach respectifs pour chacun des tests et leurs sous-échelles varient de .64 à .94 (voir Tableau 1). L'ensemble des instruments de mesure a donc une bonne fidélité. Le nombre de participants pour ces analyses varie de 137 à 140 (voir Tableau 1).

Déroulement

Cette recherche s'inscrit dans un projet de recherche plus large, examinant la collaboration entre les parents et l'équipe professionnelle en pédopsychiatrie. La totalité des participants à ce projet forme l'échantillon de la présente recherche. Le recrutement des participants s'est fait en collaboration avec la clinique pédopsychiatrique du Pavillon Arc-En-Ciel de Trois-Rivières. Les parents dont l'enfant de moins de 10 ans fréquente l'établissement depuis au moins un mois ou l'a fréquenté il y a moins de 6 mois ont tout d'abord été contactés par téléphone par la coordonatrice du projet. Suite à cet appel, les parents volontaires ont été rencontrés, à domicile ou à la clinique, pour la passation des questionnaires avec une des assistantes de recherche. L'assistante de recherche devait expliquer le but de la recherche, s'assurer de l'adéquacité de l'environnement pour la passation des questionnaires ainsi que rassurer les participants quant à la confidentialité

Tableau 1
Coefficients de Consistance Interne des Instruments de Mesure

Instruments	Alpha	Nombre de participants
Échelle de soutien familial (B1)	.71	138
Formel	.65	
Informel	.64	
Inventaire sur l'alliance parentale (B2)	.94	139
Inventaire de comportements pour enfants (C1)	.77	139
Inventaire des compétences psychologiques (C2)	.88	140
Index de stress parental forme brève (X)	.92	137
Détresse parentale	.84	
Interaction dysfonctionnelle	.78	
Difficultés chez l'enfant	.87	

des informations. Une formule de consentement à participer à la recherche a été signée avant que débute toute passation de questionnaire (voir appendice H). Par la suite, 13 questionnaires ont été administrés aux parents dans un ordre prédéterminé, parmi lesquels on retrouve les questionnaires retenus pour la présente recherche. L'assistante veillait à ce que les parents ne se consultent pas, s'assurait que les questionnaires étaient bien compris et remplis au complet et répondait aux questions des participants. Le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble des questionnaires variait de 1h 30 à 2h. La cueillette des données a été effectuée en une seule vague et s'est étalée sur une période de 6 mois.

Quant aux diagnostics des enfants à l'axe V du DSM-IV, la pédopsychiatre traitant a révisé tous les dossiers retenus pour cette recherche. Cette révision s'est faite dans les 2 mois précédent ou suivant la passation des questionnaires par les parents. De plus, tous les dossiers ont été évalués par le même pédopsychiatre.

Résultats

Le troisième chapitre présente les résultats des différentes analyses statistiques effectuées. Dans un premier temps, les résultats des analyses descriptives pour chacune des variables seront examinés. Ensuite, les résultats des analyses corrélationnelles seront décrits suivis par les résultats des analyses de régression multiple hiérarchique. Ces différentes analyses se feront à un seuil de signification de .05. Finalement, un modèle empirique des liens entre les variables sera proposé.

Analyses descriptives

Des analyses descriptives ont été effectuées sur les différentes variables du modèle vérifié, soit le stress parental, le fonctionnement global, le soutien social, l'alliance parentale, la perception de problèmes de comportement et la perception de compétences psychologiques. Ces différentes analyses permettent de vérifier l'état de distribution des variables puis de mettre en évidence les différences entre les pères et les mères et ainsi évaluer si chaque hypothèse sera mise à l'épreuve avec chaque sous-groupe de parents ou si l'échantillon sera évalué globalement.

Stress parental (élément X)

Mères

La moyenne de stress parental total des mères est de 94.82 ($\bar{E.T.} = 22.35$), les situant au 92^{ième} percentile. En ce qui a trait aux différentes échelles, les mères se situent en moyenne au 92^{ième} percentile au niveau de l'interaction parent-enfant ($M=28.33$, $\bar{E.T.}=7.88$), au 92^{ième} percentile au niveau des difficultés de l'enfant ($M= 36.93$, $\bar{E.T.}=9.94$) et au 75^{ième} percentile au niveau de la détresse parentale ($M=29.59$, $\bar{E.T.}= 8.23$). Pour ce qui est de la mesure composée de stress parental, la moyenne est de 57.92 ($\bar{E.T.}=14.36$). Cinquante neuf mères (67%) ont un niveau de stress élevé soit au 85^{ième} percentile ou plus (point de coupure clinique).

Pères

La moyenne de stress parental total des pères est de 89.20 ($\bar{E.T.} = 16.55$) les situant au 88^{ième} percentile. En ce qui a trait aux différentes échelles, les pères se situent en moyenne au 92^{ième} percentile au niveau de l'interaction parent-enfant ($M= 28.00$, $\bar{E.T.}=5.70$), au 85^{ième} percentile au niveau des difficultés de l'enfant ($M= 33.12$, $\bar{E.T.}=6.27$) et au 65^{ième} percentile au niveau de la détresse parentale ($M=27.86$, $\bar{E.T.}= 7.37$). Pour ce qui est de la mesure composée de stress parental, la moyenne est de 55.96 ($\bar{E.T.}=11.86$). Vingt-huit pères (57%) ont un niveau de stress élevé soit au 85^{ième} percentile ou plus.

Les mères présentent un niveau de stress parental plus élevé que les pères mais la différence n'est significative que pour l'échelle des difficultés chez l'enfant ($F = 6.11$, $p<.05$), les mères étant significativement plus stressées par les caractéristiques de leur

enfant que ne le sont les pères. Toutefois, cette échelle n'est pas utilisée dans les analyses étant donné le recouplement avec la perception parentale des problèmes chez l'enfant. L'absence de différence significative permet d'examiner globalement les résultats pour les deux parents mis ensemble.

Parents mis ensemble

La moyenne de stress parental total des parents est de 92.81 ($\bar{E.T.}= 20.58$) les situant au 91^{ième} percentile. En ce qui a trait aux différentes échelles, les parents se situent en moyenne au 92^{ième} percentile au niveau de l'interaction parent-enfant ($M= 28.21$, $\bar{E.T.}= 7.13$), au 89^{ième} percentile au niveau des difficultés de l'enfant ($M= 35.54$, $\bar{E.T.}= 8.95$) et au 70^{ième} percentile au niveau de la détresse parentale ($M= 28.97$, $\bar{E.T.}= 7.95$). Pour ce qui est de la mesure composée de stress parental, la moyenne est de 57.22 ($\bar{E.T.}= 13.51$). Quatre-vingt-sept parents (64%) ont un niveau de stress élevé, soit au 85^{ième} percentile ou plus. Finalement, la distribution des participants à ce questionnaire se fait selon la courbe normale.

Fonctionnement global de l'enfant (élément A)

Le niveau de fonctionnement global des enfants tel qu'évalué par la pédopsychiatre varie de 10 à 95, 10 représentant un fonctionnement très dysfonctionnel et 95 représentant un très bon fonctionnement. Le score moyen à l'EGF est de 59, ce qui situe ces enfants à un niveau dont les symptômes sont d'intensité moyenne. Parmi les enfants, 32% présentent des symptômes importants (50 et moins), allant même pour

deux d'entre eux jusqu'à de graves symptômes tels qu'un danger d'auto ou d'hétéro-agression (20 et moins). Quinze enfants (14%) présentent des symptômes minimes avec un fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines (81 et plus), allant même pour trois d'entre eux à un niveau supérieur de fonctionnement (91 et plus). Quant à la distribution des participants à ce questionnaire, elle se fait selon la courbe normale.

Soutien social (élément B1)

Étant donné que la différence de moyennes entre les pères et les mères n'est pas significative au niveau de la satisfaction face au soutien informel ($F=2.39, p>.05$), formel ($F= 0.78, p>.05$) et total ($F= 0.29, p>.05$), les parents seront analysés ensemble. Pour les parents mis ensemble, les moyennes par item de satisfaction face au soutien social formel, informel et total sont respectivement de 2.13 ($\bar{E.T.}= 0.61$), 2.32 ($\bar{E.T.}= 0.61$) et 2.23 ($\bar{E.T.}= 0.49$). Ces résultats amènent à croire que les parents voient les sources de soutien (formel, informel et total) comme n'étant que parfois aidantes. Le conjoint est vu comme étant la source de soutien la plus aidante ($M=3.81, \bar{E.T.}=1.34$) suivi des aidants professionnels (travailleurs sociaux, psychologues...) ($M=3.45, \bar{E.T.}=1.48$) et de l'école ou la garderie ($M=3.16, \bar{E.T.}=1.19$). Ces sources, identifiées comme étant les plus aidantes, varient entre « généralement aidantes » et « très aidantes ». Selon notre échantillon de parents ($M=40.17, \bar{E.T.}= 8.72$), ceux-ci considèrent les sources de soutien comme étant significativement moins aidantes ($t=7.61, p\le.01$), comparativement à l'échantillon de Dunst et al. (1994). Cet échantillon

est composé de 224 parents d'enfants ayant un problème développemental ou étant à risque d'un pauvre développement et dont la moyenne de satisfaction face au soutien social est de 48.42 ($\bar{E.T.} = 10.73$). De plus, l'échantillon est distribué selon la courbe normale pour ce questionnaire.

Pour ce qui est du nombre de sources de soutien utilisées et considérées comme au moins généralement aidantes, les mères et les pères ne diffèrent pas quant à la moyenne identifiée ($F=0.62, p>.05$). Les parents mis ensemble identifient 6.77 sources de soutien considérées comme au moins généralement aidantes ($\bar{E.T.} = 3.0$, étendue = 0-15), dont 3.07 ($\bar{E.T.} = 2.0$) sont formelles et 2.89 ($\bar{E.T.} = 1.63$) sont informelles. De plus, 13% des parents utilisent trois sources ou moins de soutien considérées comme au moins généralement aidantes tandis que 12% utilisent 11 sources ou plus.

Alliance parentale (élément B2)

L'alliance parentale moyenne par item étant de 4.09 ($\bar{E.T.} = 0.62$) pour les mères et de 4.17 ($\bar{E.T.} = 0.51$) pour les pères, la différence de moyennes n'est pas significative ($F=2.13, p>.05$). Pour les parents mis ensemble, la moyenne par item est de 4.12 ($\bar{E.T.} = 0.59$), ce qui amène à croire que la majorité des parents sont plutôt d'accord avec les divers énoncés d'alliance parentale. Ils se sentent donc soutenus par l'autre conjoint dans leur rôle de parent. À peine 2% sont en désaccord avec les énoncés d'alliance parentale. Il y a donc un très faible pourcentage de parents qui ne se sentent pas soutenus dans leur rôle de parent par leur conjoint. Les résultats de notre étude

($M(\text{mères})= 80.53$, $\bar{E.T.}=12.28$; $M(\text{pères})=82.74$, $\bar{E.T.}=10.20$) ont été comparés à ceux de Abidin et Brunner (1995) ($M(\text{mères mariées})=84$, $\bar{E.T.}=13.1$; $M(\text{pères mariés})= 86.1$, $\bar{E.T.}= 9.0$). Cette comparaison amène à dire que les mères et les pères du présent échantillon ont en moyenne un niveau d'alliance parentale significativement plus faible que les mères ($t= 2.15$, $p\leq.05$) et les pères ($t= 2.25$, $p\leq.05$) de l'échantillon utilisé par Abidin et Brunner, soit une population non-clinique. Finalement, les résultats à l'Inventaire sur l'alliance parentale des participants de la présente étude sont distribués selon la courbe normale.

Perception de problèmes de comportement (élément C1)

Le score moyen de perception de problèmes de comportement traduit sur une échelle de 0 à 100 est de 39.75 ($\bar{E.T.}= 14.91$) pour les pères et de 42.44 ($\bar{E.T.}= 18.06$) pour les mères. Par contre, la différence de moyennes entre les pères et les mères n'est pas significative ($F=.80$, $p>.05$). Pour les parents mis ensemble, le score moyen de perception est de 41.47 ($\bar{E.T.}= 17.00$). Utilisant le seuil clinique de Stiffman et al. (1984), 70% des parents perçoivent leur enfant comme ayant des problèmes de comportement significatifs. Parmi les problèmes de comportement rapportés par les parents comme étant les plus problématiques, on retrouve « ne pas porter attention lorsqu'il le devrait » ($M= 3.40$, $\bar{E.T.}= 1.15$), « abandonne un travail ou une activité avant de l'avoir terminé » ($M= 3.31$, $\bar{E.T.}= 1.22$) et « se sent facilement bouleversé ou pleure

facilement » ($M= 3.10$, $\bar{E.T.}= 1.23$). Pour ce qui est de la distribution de l'échantillon à ce questionnaire, elle se fait selon la courbe normale.

Perception de compétences psychologiques (élément C2)

Le score moyen par item de perception de compétence chez son enfant est de 2.76 ($\bar{E.T.}= .46$) pour les parents mis ensemble, 2.87 ($\bar{E.T.}= .46$) pour les pères et 2.69 ($\bar{E.T.}= .46$) pour les mères. La différence de moyennes entre les pères et les mères s'avère significative ($F= 4.69$, $p<.05$), les mères percevant moins d'habiletés chez leur enfant que les pères. Soixante-six pour cent des parents voient leur enfant comme ayant moins d'habiletés que les autres enfants du même âge. Parmi les compétences psychologiques de l'enfant, dont le niveau est perçu par le parent comme étant le plus élevé (se situant entre « habiletés moyennes ou comme les autres enfants de son âge » et « habiletés élevées »), on retrouve : la capacité de ressentir de la joie et du plaisir ($M= 3.51$, $\bar{E.T.}= .74$), avoir du plaisir à être gentil face à quelqu'un d'autre ($M= 3.32$, $\bar{E.T.}= .82$) et retirer de la satisfaction des choses qu'il accomplit ($M= 3.23$, $\bar{E.T.}= .87$). La distribution des participants à ce questionnaire se fait selon la courbe normale.

Suite à l'analyse descriptive des différentes variables, les seules variables pour lesquelles la différence entre les pères et les mères est significative sont la perception de compétences et l'échelle des difficultés chez l'enfant issue de l'inventaire de stress parental. La perception de compétences ne sera pas utilisée telle quelle mais plutôt à l'intérieur d'une mesure composée de la variable perception de l'enfant. Pour cette

mesure composée, il n'y a pas de différences significatives de moyennes entre les pères et les mères ($F=2.88, p>.05$). Quant à l'échelle des difficultés chez l'enfant, elle n'est pas utilisée, étant donné son rapprochement avec la perception de problèmes de comportement. Les parents seront donc mis ensemble pour les analyses subséquentes. Les analyses mettront donc en relief ce que les pères et les mères ont en commun.

Analyses corrélationnelles

Des analyses de corrélation ont été effectuées pour les différentes variables démographiques (sexe de l'enfant, âge de l'enfant, nombre d'enfants, niveau socio-économique, milieu familial et temps d'intervention), les variables indépendantes (fonctionnement global, satisfaction face au soutien social, nombre de sources de soutien social, alliance parentale et mesure composée de perception parentale) ainsi que les variables dépendantes (mesure composée de stress, détresse parentale et interaction dysfonctionnelle). Ces analyses corrélationnelles permettent de vérifier la première hypothèse de cette étude selon laquelle toutes les variables indépendantes sont corrélées au stress parental ainsi que la quatrième hypothèse selon laquelle le fonctionnement global sera en lien direct avec les ressources parentales. De plus, elles permettent de retirer les variables non significatives des analyses subséquentes, ce qui permet de diminuer le nombre de variables et ainsi augmenter la puissance statistique des analyses multivariées.

Corrélations entre les variables démographiques et les mesures de stress parental

Dans un premier temps, les relations entre les différentes variables démographiques et le stress ont été évaluées afin d'identifier les co-variables à inclure dans les analyses de régression multiple hiérarchique afin de les contrôler. Parmi les co-variables vérifiées, on retrouve le sexe et l'âge de l'enfant, le nombre d'enfants de la famille, le niveau socio-économique, le milieu familial (biparental ou monoparental) et le temps d'intervention (voir tableau 2).

Le nombre d'enfants de même que le niveau socio-économique sont corrélés à plusieurs mesures de stress parental. En effet, le nombre d'enfants est corrélé à la mesure composée de stress ($r(136)=.19, p<.05$), de même qu'aux difficultés dans l'interaction parent-enfant ($r(138)=.17, p<.05$), ainsi plus le nombre d'enfant est élevé, plus le stress parental est élevé (mesure composée et échelle interaction parent-enfant) . Le niveau socio-économique est significativement corrélé à toutes les mesures de stress parental : la détresse parentale ($r(136)=-.19, p<.05$), l'interaction dysfonctionnelle ($r(138)=-.19, p<.05$) et la mesure composée de stress ($r(136)=-.21, p<.05$). Ces corrélations démontrent que plus les parents ont un niveau socio-économique élevé, plus leur niveau de stress parental est faible. Le temps d'intervention, quant à lui, fut d'abord évalué de façon continue, mais sans donner de résultat clair. Par contre, lorsque l'on utilise le temps d'intervention de façon dichotomique (en regroupant les enfants recevant des services pédopsychiatriques depuis un an ou moins (45%) et les personnes dont le temps d'intervention dépasse un an (55%)), les corrélations deviennent significatives.

Tableau 2

Corrélations entre le stress parental et les variables démographiques, le fonctionnement global (A), les ressources (B) et les perceptions (C)

	Mesure composée de stress (¹ et ²)	Détresse parentale ¹	Interaction dysfonctionnelle ²
Variables démographiques :			
Sexe de l'enfant	.06	.09	.02
Âge de l'enfant	-.03	-.06	.00
Nombre d'enfants	.19*	.15	.17*
Niveau socio-économique	-.21*	-.19*	-.19*
Milieu familial	-.09	-.16	.00
Temps d'intervention (continue)	-.12	-.17*	-.03
Temps d'intervention (>, ≤ 1 an)	-.26**	-.25**	-.21*
Stresseur (variable A) :			
Fonctionnement Global	-.04	.04	-.13
Ressources (variable B) :			
Satisfaction face au soutien Social (B1)			
Global	-.07	-.10	-.02
Formel	.03	.01	.05
Informel	-.13	-.14	-.07
# de sources de soutien social			
Global	-.10	-.13	-.05
Formel	-.02	-.04	-.00
Informel	-.12	-.13	-.07
Alliance parentale (B2)	-.23**	-.22**	-.20*
Perception (variable C) :			
Perception parentale (composée)	-.60***	-.40***	-.69***

* $p < .05$. ** $p \leq .01$. *** $p < .001$

En effet, le temps d'intervention ($>$, < 1 an) est significativement corrélé à toutes les mesures de stress : la détresse parentale ($r(135) = -0.25, p < .01$), l'interaction parent-enfant dysfonctionnelle ($r(138) = -0.21, p < .05$) et la mesure composée de stress ($r(135) = -0.26, p < .01$), le niveau de stress étant plus faible après un an d'intervention. Le point de coupure à un an a été choisi puisqu'avant un an, le parent est considéré dans une période d'adaptation alors qu'après un an, l'intervention faite auprès de ces familles amène un certain équilibre. Le temps d'intervention utilisé dans les analyses subséquentes correspondra donc à cette nouvelle variable dichotomique. Les variables sexe de l'enfant, âge de l'enfant et milieu familial, quant à elles, ne sont pas corrélées significativement aux mesures de stress. Les co-variables à inclure dans les analyses de régression multiple sont donc le nombre d'enfants, le niveau socio-économique et le temps d'intervention (dichotomisé).

Corrélations entre les variables indépendantes et les mesures de stress parental

Le tableau 2 présente également, les relations entre les différentes variables indépendantes du modèle ABCX et les mesures de stress parental. Il ressort que le fonctionnement global de l'enfant à l'axe V du DSM-IV (**Variable A**) n'est corrélé significativement à aucune des mesures de stress parental. La satisfaction face au soutien social (**Variable B1**) global, formel et informel de même que le nombre de sources de soutien social global, formel et informel ne sont corrélés significativement à aucune des mesures du stress parental. L'alliance parentale (**Variable B2**), quant à

elle, est corrélée à toutes les mesures de stress parental, soit la mesure composée de stress ($r(135) = -.23, p<.01$) de même qu'avec les échelles la constituant, c'est-à-dire la détresse parentale ($r(135) = -.22, p=.01$) et l'interaction dysfonctionnelle ($r(137) = -.20, p<.05$). Finalement, la perception parentale composée (**variable C**) est aussi corrélée à toutes les mesures de stress parental, soit la mesure composée de stress ($r(135) = -.60, p<.001$), la détresse parentale ($r(135) = -.40, p\leq.001$) et l'interaction dysfonctionnelle ($r(137) = -.69, p<.001$). Les variables gardées dans l'analyse de régression multiple sont le fonctionnement global, l'alliance parentale et la perception parentale composée. Le fonctionnement global sera gardé malgré qu'il ne soit pas corrélé aux mesures de stress, étant donné qu'il est le seul élément de la variable A du modèle et que nous voulons évaluer non seulement les liens directs avec le stress parental, mais également les liens indirects. La variable soutien, par contre, ne sera pas utilisée dans les analyses de régression multiple, étant donné qu'une autre mesure de la variable B, l'alliance parentale, est corrélée au stress parental.

Corrélations entre les variables démographiques et les variables indépendantes

Il importe maintenant d'examiner les relations significatives entre les variables démographiques et les différentes variables indépendantes afin d'identifier les co-variables potentielles pour les analyses multivariées (voir tableau 3). Le sexe de l'enfant est significativement corrélé au fonctionnement global ($r(186)=.15, p<.05$) et au nombre de sources de soutien formel ($r(139)=-.21, p<.05$), les filles ayant un niveau de

Tableau 3

Corrélations entre les variables démographiques et les différentes variables indépendantes (A, B et C)

	Variables démographiques					
	Sexe de l'enfant	Âge de l'enfant	Nombre d'enfants	Niveau socio-économique	Milieu familial	Temps d'interv.
Stresseur (variable A) :						
Fonctionnement Global	.15*	.15*	.12	.06	-.02	.10
Ressources (variable B) :						
Satisfaction face au soutien social						
Global	-.05	-.03	-.12	.01	.07	.04
Formel	-.16	-.04	-.18*	-.07	-.07	.01
Informel	.06	-.01	-.03	.08	.15	.05
# de sources de soutien social						
Global	-.08	-.01	-.05	.04	.21*	.04
Formel	-.21*	.02	-.12	-.04	.04	.06
Informel	.03	-.02	.01	.05	.17*	.01
Alliance parentale	-.01	.01	-.26**	-.09	.16	.10
Perception (variable C) :						
Perception parentale (composée)	-.03	-.04	-.19*	.18*	-.00	.13

* $p\leq.05$. ** $p<.01$. *** $p<.001$

fonctionnement global plus élevé que les garçon et les parents de celles-ci identifiant moins de sources de soutien informel que les parents de garçons. L'âge de l'enfant n'est significativement corrélé qu'au fonctionnement global ($r(186)=.15, p<.05$), les enfants plus âgés présentent donc un meilleur niveau de fonctionnement global. Le nombre d'enfants, quant à lui, est corrélé significativement à la mesure de perception composée ($r(139)=-.19, p<.05$), à l'alliance parentale ($r(139)=-.26, p<.01$) et à la satisfaction face au soutien formel ($r(138)=-.18, p<.05$), ainsi, plus le nombre d'enfants est élevé, plus le parent perçoit son enfant négativement, plus l'alliance parentale entre les conjoint est élevée et moins le parent est satisfait du soutien formel qu'il reçoit. Le niveau socio-économique est significativement corrélé à la mesure de perception composée ($r(139)=.18, p<.05$), en effet, plus le niveau socio-économique est élevé, plus le parent perçoit positivement son enfant. Le milieu familial, soit monoparental ou biparental, est significativement corrélé au nombre de sources de soutien social global ($r(139)=-.21, p<.05$) et informel ($r(139)=-.17, p=.05$), les familles biparentales ayant un plus grand nombre de source de soutien social global et informel que les familles monoparentales.

Liens entre les variables indépendantes

Voyons maintenant les liens entre les différentes variables indépendantes du modèle (voir tableau 4). La seule variable significativement corrélée au fonctionnement global de l'enfant est la mesure de perception composée ($r(139) = .23, p<0.01$). En ce qui a trait au soutien social, toutes les variables de soutien (satisfaction face au soutien social global, formel et informel, nombre de sources de soutien social global, formel et

Tableau 4
Corrélations entre les différentes variables indépendantes

	Soutien social						Alliance parentale	Perception parentale Composée		
	Satisfaction			# de sources						
	Global	Formel	Informel	Global	Formel	Informel				
Stresseur (variable A) :										
Fonctionnement Global	.00	-.04	.05	-.00	-.03	.01	-.15	.23**		
Ressources (variable B) :										
Satisfaction face au soutien social										
Global										
Formel		.76***	.83***	.90***	.70***	.77***	.15	-.04		
Informel			.27***	.65***	.90***	.25**	.03	-.12		
# de sources de soutien social										
Global					.74***	.85***	.21*	.02		
Formel						.30***	.07	-.06		
Informel							.20*	.08		
Alliance parentale								.17*		
Perception (variable C) :										
Perception (composée)								-.88***		

* $p \leq .05$. ** $p < .01$. *** $p \leq .001$

informel) sont significativement corrélées les unes aux autres ($p<0.01$). L'alliance parentale est significativement corrélée avec la satisfaction face au soutien social informel ($r(138) = .20, p<0.05$), le nombre de sources de soutien social total ($r(138) = .21, p<0.05$) et informel ($r(138) = .20, p<0.05$) et la mesure composée de perception ($r(138)=.17, p=.05$).

Analyses multi-factorielles

Finalement, des analyses de régression multiple ont été utilisées afin de voir l'apport de chaque variable à l'explication du stress parental. L'ordre d'entrée des variables s'est fait selon le modèle ABCX, donc en commençant par le fonctionnement global, l'alliance conjugale puis la perception parentale de son enfant tout en contrôlant le nombre d'enfants, le niveau socio-économique et le temps d'intervention. Ces différentes analyses de régression multiples permettent de vérifier la deuxième hypothèse de cette étude, selon laquelle une fois toutes les variables prises en considération, la perception parentale de l'enfant sera la variable la plus influente dans l'explication du stress parental. Elles permettent également de vérifier la troisième hypothèse selon laquelle les ressources parentales et le fonctionnement de l'enfant auront un lien indirect avec le stress parental en passant par un lien avec la perception parentale de l'enfant.

Une première régression multiple a permis de vérifier la contribution de chacune des variables à l'explication de la mesure composée de stress parental (tableau 5). Dans un premier temps, le nombre d'enfants, le niveau socio-économique et le temps d'intervention (moins d'un an, plus d'un an) ont été entrés dans l'équation afin de les contrôler. Ces derniers expliquent 13% de la variance de la mesure composée de stress parental ($F(3.129)= 6.49, p<.001$), chacun d'eux ayant une contribution spécifique ($p<.05$). L'ajout de la variable fonctionnement global contribue pour 0.2% seulement à la variance expliquée. L'alliance parentale ajoute 4% de variance expliquée, celle-ci ayant une contribution spécifique ($p<.05$). L'ajout de la perception parentale composée ajoute 25% de variance expliquée, celle-ci ayant une contribution spécifique ($p<.001$). Une fois toutes les variables prises en considération, 42% de la variance est expliquée ($F(6.126)=15.38, p<0.001$). Par contre, seule la perception parentale composée ($\beta=-0.55, p<.001$) et le temps d'intervention ($\beta=-0.18, p<.05$) contribuent spécifiquement à l'explication de la variance de la mesure composée de stress.

Une seconde régression multiple hiérarchique a permis de vérifier la contribution de chacune des variables à l'explication de la détresse parentale (tableau 6). Les variables démographiques ont été entrées dans un premier temps, afin de les contrôler. Ainsi, le nombre d'enfants, le niveau socio-économique et le temps d'intervention expliquent 12% de la variance de la détresse parentale ($F (3.129)=5.75, p<0.01$). Par contre, parmi ces variables, seul le niveau socio-économique et le temps d'intervention ont une contribution spécifique ($p<.05$). Le fonctionnement global, quant à lui, n'ajoute pas

Tableau 5
Analyse de régression multiple hiérarchique de la mesure composée
du stress parental

	Mesure composée de stress parental							
	Première étape		Deuxième étape		Troisième étape		Quatrième étape	
	β	t	β	t	β	t	β	t
Nombre d'enfants	.18	2.2*	.19	2.2*	.14	1.6	.04	.6
Niveau socio-économique	-.20	-2.4*	-.20	-2.4*	-.22	-2.7**	-.10	-1.4
Temps d'intervention	-.20	-2.3*	-.19	-2.3*	-.18	-2.2*	-.18	-2.5*
Fonctionnement Global (A)			-.04	-.5	-.07	-.8	.07	1.0
Alliance parentale (B)					-.21	-2.5*	-.12	-1.6
Perception parentale (C)							-.55	-7.4***
R	.36		.36		.42		.65	
R^2	.13		.13		.17		.42	
F	6.49***		4.90**		5.33***		15.38***	

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Tableau 6
Analyse de régression multiple hiérarchique de la détresse parentale

	Détresse parentale							
	Première étape		Deuxième étape		Troisième étape		Quatrième étape	
	β	t	β	t	β	t	β	t
Nombre d'enfants	.15	1.7	.14	1.7	.09	1.1	.03	.4
Niveau socio-économique	-.19	-2.2*	-.19	-2.2*	-.20	-2.5*	-.13	-1.6
Temps d'intervention	-.21	-2.5*	-.21	-2.5*	-.20	-2.4*	-.20	-2.5*
Fonctionnement Global (A)			.04	.5	.02	0.25	.11	1.3
Alliance parentale (B)					-.20	-2.3*	-.14	-1.7
Perception parentale (C)							-.33	-4.0***
<i>R</i>	.34		.35		.40		.50	
<i>R</i> ²	.12		.12		.16		.25	
<i>F</i>	5.75**		4.36**		4.70***		6.98***	

* $p<.05$. ** $p<.01$. *** $p<.001$

d'explications significatives de la variance. L'ajout de l'alliance parentale ajoute 4% de variance expliquée, celle-ci ayant une contribution spécifique ($p<.05$). L'ajout de la perception parentale composée ajoute 9% de variance expliquée et ce, avec une contribution spécifique ($p<.001$). Lorsque toutes les variables sont prises en considération, 25% de la variance de la détresse parentale est expliquée ($F(6.126)=6.98$, $p<.001$). Par contre, seuls la perception parentale composée ($\beta=-0.33$, $p<.001$)⁷⁶ temps d'intervention ($\beta=-0.20$, $p<.05$) ont une contribution spécifique.

Une troisième régression multiple hiérarchique a permis de vérifier la contribution de chacune des variables à l'explication de l'interaction parent-enfant (tableau7). Le nombre d'enfants, le niveau socio-économique et le temps d'intervention expliquent 9% de la variance de l'interaction parent-enfant ($F(3.129)=4.47$, $p<.01$) et seul le temps d'intervention n'a pas une contribution spécifique ($p>.05$). L'ajout du fonctionnement global ajoute 2% de variance expliquée, sans toutefois que sa contribution spécifique ne soit significative ($p>.05$). L'alliance parentale, quant à elle, ajoute 3% de variance expliquée et ce, avec une contribution spécifique ($p<.05$). La perception parentale composée ajoute 36% de variance expliquée, également avec une contribution spécifique ($p<.001$). Lorsque toutes les variables sont prises en considération, 50% de la variance de l'interaction parent-enfant est expliquée ($F(6.126)=20.90$, $p<.001$). Par contre, seule la perception parentale composée contribue spécifiquement à l'explication de la variance ($\beta=-0.66$, $p<.001$).

Tableau 7

Analyse de régression multiple hiérarchique de l'interaction parent-enfant

	Interaction parent-enfant							
	Première étape		Deuxième étape		Troisième étape		Quatrième étape	
	β	t	β	t	β	t	β	t
Nombre d'enfants	.18	2.2*	.20	2.4*	.16	1.8	.04	.6
Niveau socio-économique	-.17	-2.0*	-.17	-2.0*	-.19	-2.2*	-.04	-.6
Temps d'intervention	-.14	-1.6	-.13	-1.5	-.12	-1.4	-.11	-1.7
Fonctionnement Global (A)			-.13	-1.5	-.15	-1.75	.21	.3
Alliance parentale (B)					-.18	-2.1*	-.06	-.9
Perception parentale (C)							-.66	-9.5***
R	.31		.33		.37		.71	
R^2	.09		.11		.14		.50	
F	4.47**		3.94**		4.09**		20.90***	

* $p<.05$. ** $p<.01$. *** $p<.001$

D'autres analyses de régression multiple ont été faites afin d'évaluer comment les variables indépendantes du modèle sont associées les unes aux autres (effets directs et indirects). Pour ce faire, les mêmes co-variables ont été utilisées, soit le nombre d'enfants, le niveau socio-économique et le temps d'intervention.

Une analyse de régression multiple a permis de vérifier la contribution des variables démographiques sélectionnées, du fonctionnement global et de l'alliance parentale à l'explication de la perception parentale composée (tableau 8). Le nombre d'enfants, le niveau socio-économique et le temps d'intervention expliquent 8% de la variance de la perception parentale composée ($F(3.133)=3.75$, $p<.05$). Par contre, le temps d'intervention n'a pas de contribution spécifique ($p>.05$). Le fonctionnement global ajoute 6% de variance expliquée, celui-ci ayant une contribution spécifique ($p<.01$). L'alliance parentale, quant à elle, ajoute 2% de variance expliquée, également avec une contribution spécifique ($p<.05$). Lorsque toutes ces variables sont prises en considération, 16% de la perception parentale composée est expliquée ($F(5.131)=5.04$, $p<.001$). Parmi ces variables, seul le temps d'intervention n'a pas de contribution spécifique à l'explication de la variance ($\beta=0.03$, $p>.05$).

Une analyse de régression multiple a permis de vérifier la contribution des variables démographiques sélectionnées et du fonctionnement global dans l'explication de l'alliance parentale (tableau 9). Le nombre d'enfants, le niveau socio-économique et le temps d'intervention expliquent 8% de la variance de l'alliance parentale ($F(3.133)=3.78$, $p<.05$). Par contre, seul le nombre d'enfants contribue

Tableau 8

Analyse de régression multiple hiérarchique de la perception parentale de l'enfant (C)

	Perception parentale					
	Première étape		Deuxième étape		Troisième étape	
	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>	β	<i>t</i>
Nombre d'enfants	-.20	-2.4*	-.24	-2.9**	-.20	-2.4*
Niveau socio-économique	.18	2.2*	.19	2.3*	.20	2.4*
Temps d'intervention	.06	.7	.04	.5	.03	.3
Fonctionnement Global (A)			.24	3.0**	.26	3.2**
Alliance parentale (B)					.17	2.0*
<i>R</i>	.28		.37		.40	
<i>R</i> ²	.08		.14		.16	
<i>F</i>	3.75*		5.18***		5.04***	

* $p<.05$. ** $p<.01$. *** $p<.001$

Tableau 9

Analyse de régression multiple hiérarchique de l'alliance parentale (**B**)

Alliance parentale				
	Première étape		Deuxième étape	
	β	t	β	t
Nombre d'enfants	-.25	-2.9**	-.23	-2.6**
Niveau socio-économique	-.07	-.8	-.07	-.8
Temps d'intervention	.06	.7	.07	.8
Fonctionnement Global (A)			-.12	-1.45
<i>R</i>	.28		.30	
<i>R</i> ²	.08		.09	
<i>F</i>	3.68*		3.31*	

* $p<.05$. ** $p<.01$. *** $p<.001$

spécifiquement à l'explication de la variance ($p<.01$). Le fonctionnement global ajoute 1% de variance expliquée. Par contre ce dernier n'a pas de contribution spécifique ($p>.05$). Lorsque toutes ces variables sont prises en considération, 9% de la variance de l'alliance parentale est expliquée ($F(4,132)=3.31$, $p<.05$), mais seul le nombre d'enfants a une contribution spécifique ($\beta=-0.23$, $p<.01$).

Ces différentes analyses de régression multiple ont permis de formuler un modèle empirique des diverses relations entre les différentes variables à l'étude (Figure 3). Ces analyses permettent de présenter le modèle comme étant A/B → C → X au lieu de A → B → C → X. Un meilleur niveau de fonctionnement global (**A**) et une bonne alliance parentale (**B**) n'ont pas d'effet direct sur le stress, mais sont associés à une perception positive de l'enfant (**C**) qui elle est associée à une diminution du niveau de stress parental (composé) de même que de la détresse parentale et de l'interaction dysfonctionnelle (**X**). La perception parentale de l'enfant est donc la seule variable indépendante de notre modèle à avoir un impact direct sur le stress parental. L'effet le plus fort de la perception se trouve au niveau de l'interaction parent-enfant dysonctionnelle, suivi de la mesure composée de stress et de la détresse parentale. Le stresseur et la ressource de notre étude passent donc par la perception de l'enfant pour finalement avoir un effet sur le stress parental. Ce modèle prend forme après avoir contrôlé certaines caractéristiques du contexte (niveau socio-économique, nombre d'enfants et temps d'intervention).

À ce modèle empirique (A/B → C → X) s'ajoutent les effets significatifs des variables démographiques sur chacune des variables du modèle (A, B, C, X). Ainsi, un niveau socio-économique élevé est associé à une perception positive de l'enfant, mais n'a pas d'impact direct sur le stress parental. Le nombre d'enfants, quant à lui, a un effet à la fois sur l'alliance parentale et sur la perception de l'enfant, mais sans avoir d'effets directs sur le stress parental. En effet, plus le nombre d'enfants est élevé, plus

l'alliance parentale est faible et plus la perception de l'enfant cible est négative. Le temps d'intervention a quant à lui un effet direct sur la mesure composée de stress parental et sur la détresse parentale. À plus d'un an d'intervention, le niveau de stress parental est donc plus faible. Finalement, les variables démographiques influençant le fonctionnement global sont l'âge et le sexe de l'enfant, les filles et les enfants les plus âgés ayant un meilleur niveau de fonctionnement global.

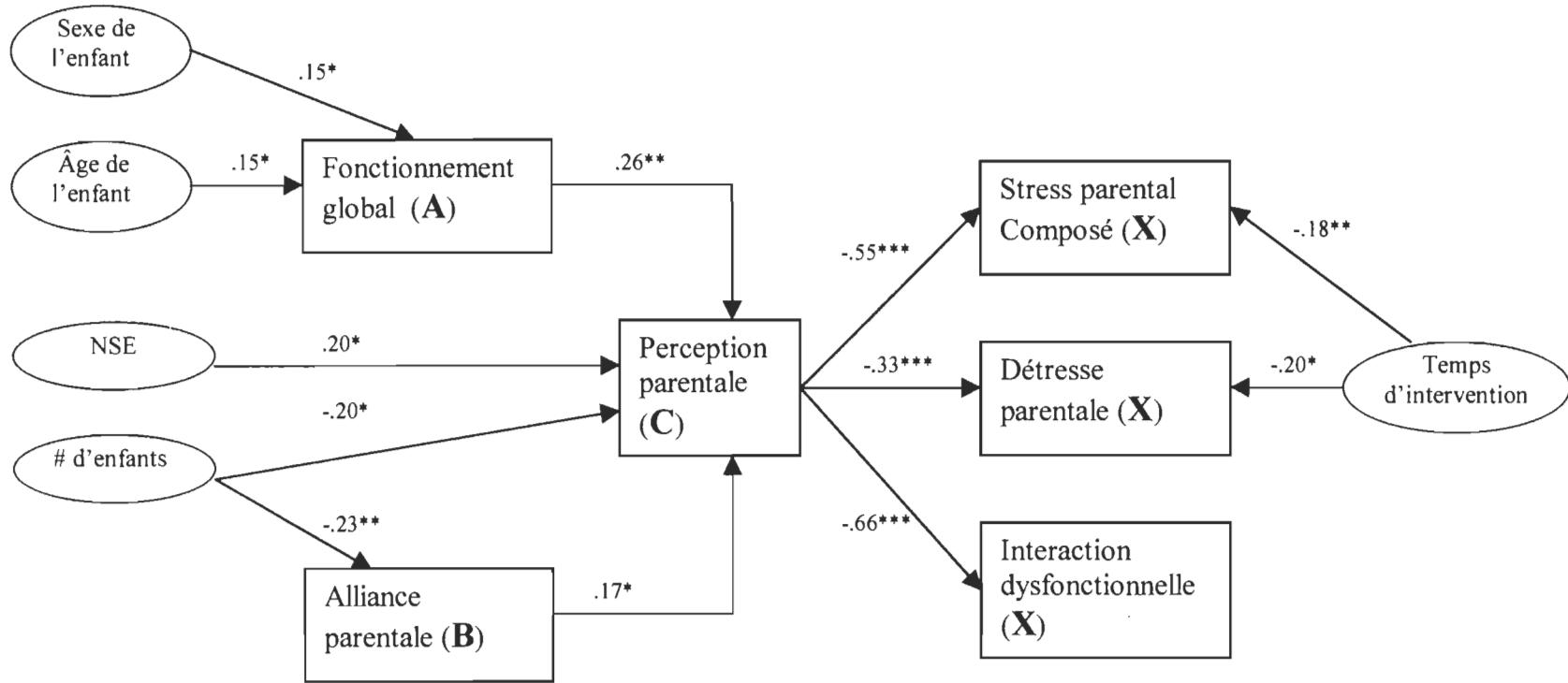


Figure 3
Modèle empirique des relations entre les variables

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'améliorer la compréhension des facteurs influençant directement et indirectement le niveau de stress parental vécu par les parents dont l'enfant présente un problème de santé mentale. Chez les parents composant notre échantillon, 64% présentent un niveau de stress cliniquement élevé. Cette réalité est donc importante à bien comprendre afin de pouvoir identifier les variables entrant en jeu et sur lesquelles une intervention peut être faite.

Hypothèse 1 : toutes les variables seront corrélées au stress parental
(effets directs : A/B/C → X).

L'hypothèse selon laquelle toutes les variables du modèle sont reliées au stress parental n'a pas été confirmée, tel que l'indique le tableau 2. En effet, l'hypothèse a été infirmée pour le fonctionnement global et pour le soutien social qui, pour le présent échantillon, ne sont pas associés au degré de stress rapporté par les parents.

Fonctionnement global

La variable A, soit le fonctionnement global de l'enfant à l'axe V du DSM-IV, n'est corrélée ni à la mesure composée de stress parental ni aux échelles la composant, soit la détresse parentale et l'interaction parent-enfant. Ces résultats peuvent s'expliquer par le

fait que les données ayant permis d'avancer l'hypothèse d'une corrélation proviennent de recherches basées sur des mesures de la sévérité du diagnostic correspondant à des comportements problématiques ciblés. Ceux-ci ont été évalués par les parents eux-mêmes (Konstantareas & Homatidis, 1989a; Noh et al., 1989; Orr et al., 1991), ce qui ne correspond pas à la définition de ce facteur dans le modèle ABCX. Dans le cadre de cette recherche, les comportements problématiques tel que perçus par les parents correspondent à la variable C pour laquelle une corrélation avec le stress parental est effectivement trouvée.

De plus, les recherches sur lesquelles se basent cette hypothèse utilisent un échantillon ayant une seule catégorie de dysfonction chacune, alors que la présente recherche évalue conjointement l'effet sur le stress parental de plusieurs problématiques. Le fait d'avoir évalué différents problèmes de santé mentale ensemble et sans distinction fait en sorte que certaines variables propres à chaque diagnostic n'ont pas été contrôlées. L'influence possible de ces variables est donc difficile à identifier clairement. Il serait intéressant d'évaluer le fonctionnement global, mais au sein d'une population ayant un diagnostic homogène. Le nombre restreint de sujets dans chaque catégorie diagnostique n'a pas permis ce type d'analyse dans le cadre de cette étude. Finalement, le niveau de fonctionnement global n'est peut-être pas une mesure appropriée, étant donné qu'elle évalue de façon conjointe des aspects sociaux, psychologiques et professionnels. Il s'agit d'ailleurs d'une critique qui lui est faite par plusieurs auteurs, notamment Goldman,

Skodol et Lave (1992). Il est possible, par exemple, que certains aspects mesurés soient en lien avec le stress parental et que d'autres ne le soient pas.

Soutien social

Même si plusieurs aspects du soutien social ont été évalués, soit la satisfaction face au soutien, la quantité de sources de soutien, le soutien formel et informel, aucune de ces variables relatives au soutien social (élément B1) n'est corrélée au stress parental. Ainsi, la présente étude ne confirme pas l'hypothèse voulant qu'il y ait un lien significatif entre ces deux variables. Ceci peut être attribuable au fait que les études qui appuient cette hypothèse diffèrent de notre étude à différents égards, notamment au niveau de la mesure de soutien utilisée (Bigras, Lafrenière, & Dumas, 1996; McDonald et al., 1999) et de la population étudiée (Bigras, Lafrenière, & Dumas, 1996; Konstantareas & Homatidis, 1989a; McDonald et al., 1999; Rankin et al., 1992). Les raisons présentées précédemment sont toutefois discutables puisqu'une étude, utilisant une mesure de soutien similaire à celle de cette recherche et une population ayant une problématique diversifiée, démontre un lien significatif entre le soutien social et le stress parental (Beckman, 1991).

L'absence de relation entre le soutien social et le stress parental, observé dans la présente étude, peut s'expliquer par le haut niveau d'alliance parentale rapporté par le parent. En effet, selon Simons et al. (1993), les écrits suggèrent que le soutien social sert de ressource secondaire au soutien conjugal et devient plus important quand le

soutien conjugal est déficient. Dans notre étude, le soutien conjugal n'est pas déficient, l'autre parent ayant été identifié comme la source de soutien la plus satisfaisante. Ces résultats abondent dans le même sens que ceux de Herman et Thompson (1995) ainsi que Suarez et Baker (1997). En fait, la forte alliance parentale implique de se sentir soutenu et valorisé par son conjoint, ce qui sous-entend également que l'autre parent s'implique face à l'enfant et qu'une bonne communication est présente. Cette implication accrue de l'autre conjoint diminue le besoin d'avoir recours à d'autres sources de soutien pour répondre aux besoins de l'enfant. Le soutien du conjoint est donc à l'avant scène.

Alliance parentale

Pour ce qui est de l'alliance parentale (variable B2), l'hypothèse est confirmée. L'alliance parentale est associée au stress parental. Ce résultat apporte un éclairage nouveau étant donné que les recherches établissaient un lien entre l'ajustement conjugal et le stress parental. L'alliance parentale a donc sa place dans l'étude du stress parental. Selon les créateurs du concept d'alliance parentale (Weissman & Cohen, 1985), le soutien mutuel lié à l'alliance parentale facilite le processus de « parentage » en promouvant la régulation des tensions inhérentes au fait d'élever des enfants. Cette régulation des tensions est ce que l'on observe par une diminution du stress parental. Le lien entre l'alliance parentale et le stress parental va dans le même sens que diverses recherches portant sur le soutien conjugal et l'alliance parentale en relation avec

différentes variables, telles que la qualité du parentage pour les mères (Simons et al., 1992), la détresse émotionnelle (Conger et al., 1999), la dépression et l'anxiété de la mère (Rashap, 1998), l'expérience parentale (sentiment de compétence parentale et interaction négative avec l'enfant) (Floyd et al., 1998) et le stress parental (Bigras, Lafrenière, & Dumas, 1996).

De plus, les résultats de la recherche actuelle amènent un éclairage sur les échelles de stress qui sont significativement reliées à l'alliance. Ainsi, un bon niveau d'alliance parentale est associé à un faible niveau de détresse parentale. Le parent qui se sent soutenu et valorisé dans son rôle de parent par son conjoint vit moins d'inconfort provenant de facteurs personnels tels qu'un faible sentiment de compétence, des restrictions dues au rôle parental et la présence de symptômes dépressifs. Un bon niveau d'alliance parentale est associé également à un faible niveau d'interaction parent-enfant dysfonctionnelle. Le parent qui se sent soutenu et valorisé dans son rôle de parent par son conjoint vit donc moins d'inconfort provenant des attentes parentales non-comblées face à son enfant, probablement parce que la bonne communication avec son conjoint l'amène à jeter un regard plus réaliste sur son enfant et qu'il se sent soutenu dans son interaction.

Le modèle ABCX nous a amené à proposer un lien unidirectionnel de l'alliance au stress parental. Par contre, cette relation ne va pas que dans un sens. La relation conjugale peut également souffrir d'un haut niveau de stress, ainsi, un parent préoccupé par son enfant et vivant un certain niveau de détresse parentale peut être moins

disponible pour soutenir son conjoint. L'étude de Gélinas et al. (1995) va dans ce sens, en effet, plus les conjoints présentent des symptômes de détresse psychologique, moins leur relation conjugale est satisfaisante. Donc le lien entre l'alliance parental et le stress parental n'est pas unidirectionnel.

Perception parentale de l'enfant

La perception parentale de l'enfant (variable C) est aussi significativement corrélée au stress parental. Ce qui va dans le même sens que plusieurs études portant tantôt sur les habiletés, tantôt sur les problèmes de l'enfant (Bigras, LaFrenière, & Dumas, 1996; Booth, 1999; Konstantareas & Homatidis, 1989b; McDonald et al., 1999; Orr et al., 1991; Webster-Stratton, 1988). Percevoir peu d'habiletés chez son enfant, en avoir donc une perception plutôt négative, amène le parent à se questionner sur son rôle dans l'acquisition de ces habiletés. En effet, selon Booth (1999), le parent qui perçoit peu de compétences sociales chez son enfant a tendance à accorder moins d'importance aux habiletés sociales, à voir une plus grande difficulté à enseigner ces habiletés et à attribuer les faibles habiletés sociales aux caractéristiques de son enfant. Selon elle, ceci permet au parent de prendre une certaine distance face au blâme potentiel venant de lui-même ou des autres. Par contre, la difficulté à enseigner et l'attribution interne à l'enfant sont associées à une augmentation du stress parental. Booth explique ce résultat par le fait que voir les comportements de son enfant comme hors de son contrôle peut être lié à l'augmentation du stress chez ces parents.

Encore une fois, le lien entre la perception parentale et le stress parental n'est pas unidirectionnel. Le stress parental influence la perception parentale. Selon Szatmari, Archer, Fisman et Steiner (1994), le stress parental explique la différence de perception entre les mères et les professeurs. En effet, selon ces derniers, une mère qui vit plus de stress parental va rapporter moins d'habiletés d'adaptation et plus de symptômes autistiques chez son enfant que le professeur. Plus de détails sur le lien entre le stress parental et les perceptions seront donnés dans l'explication de l'hypothèse 2.

Hypothèse 2 : Lorsque toutes les variables sont prises en considération, la perception parentale de l'enfant sera la variable la plus influente dans l'explication du stress parental.

Cette deuxième hypothèse est confirmée, tel que le démontrent les résultats rapportés au tableau 5. Lorsque l'on prend en considération toutes les variables indépendantes vues précédemment, qui sont en corrélation avec le stress parental (le fonctionnement global, l'alliance parentale et la perception parentale de l'enfant), de même que les variables démographiques pour expliquer la variance du stress parental, les liens ne restent plus significatifs, sauf pour la perception parentale de l'enfant et le temps d'intervention. Tout ceci va dans le même sens que l'étude de McDonald et al. (1999) qui identifient les problèmes de comportement internalisé comme étant le prédicteur le plus fort du stress parmi toutes les variables de leur étude. Une fois toutes les variables prises en considération, la perception parentale est la seule variable indépendante du

modèle à être directement associée au stress parental, les autres passant par elle. Elle ressort donc comme une variable centrale dans l'explication du stress parental.

Cette prépondérance de la perception est présente dans la thérapie cognitive qui part de l'hypothèse que les émotions et les comportements des gens sont influencés par leur perception de l'événement. Ce n'est donc pas tant la situation en elle-même qui détermine ce que la personne vit, mais surtout la construction mentale qu'elle se fait de la situation (Beck, 1995).

Le fort lien entre le stress parental et la perception parentale de l'enfant peut aussi s'expliquer par l'interaction entre le stress parental et les comportements de l'enfant. Un haut niveau de stress parental est associé à une faible qualité de comportements maternels face à son enfant (Bigras & Lafrenière, 1994) et est associé à des pratiques parentales plus négatives et contrôlantes (Bigras, Lafrenière, & Dumas ,1996). Selon l'approche systémique, la famille cherche à garder un équilibre. Ainsi, un changement chez l'un des membres amène des changements chez les autres. Les comportements de la mère face à son enfant (qui sont influencés par le stress parental) peuvent donc influencer à leur tour les comportements de l'enfant. Le lien entre la perception parentale et le stress parental peut donc être renforcé par le fait que le stress vécu par les parents peut avoir un effet sur l'enfant, qui présentera des comportements encore plus problématiques, ce qui augmente le stress parental.

En plus d'être corrélée à la mesure composée de stress parental, la perception parentale de l'enfant est corrélée aux deux échelles la composant. Plus le parent voit positivement son enfant, moins il vit d'inconfort lié, par exemple, à un faible sentiment de compétence, à de la dépression et plus l'interaction avec son enfant est source de renforcement et correspond à ses attentes. La perception parentale prédit plus fortement l'interaction parent-enfant dysfonctionnel que la détresse parentale (voir tableau 2).

Hypothèse 3 : Les ressources parentales et le fonctionnement de l'enfant auront un lien indirect avec le stress parental en passant par un lien avec la perception parentale de l'enfant (effets indirects : A/B → C → X).

L'objectif de l'étude étant d'identifier les liens directs et indirects d'influence sur le stress parental, il est intéressant de constater que le fonctionnement global et l'alliance parentale n'ont pas de lien direct avec le stress parental (voir tableaux 5,6 et 7) mais passent par la perception parentale de l'enfant (voir tableau 8), pour influencer le stress parental. Parmi ces deux variables, le fonctionnement global est celle qui a le plus grand impact sur la perception parentale.

Le fonctionnement global a donc un lien indirect avec le stress parental. Il s'avère donc important d'aller vérifier les liens indirects, étant donné que cette variable n'était pas reliée directement au stress dans les analyses corrélationnelles. Ce n'est pas la sévérité objective de la condition de l'enfant qui influence le stress parental, mais bien la lecture que le parent se fait de la situation. Par contre, la lecture du parent peut être

influencée par la lecture faite par le professionnel. En effet, un niveau de fonctionnement global élevé, tel qu'évalué par le pédopsychiatre, est associé à une perception positive de l'enfant par le parent.

Le lien entre le fonctionnement global et la perception parentale peut s'expliquer par le fait que l'évaluation pédopsychiatrique est basée sur le fonctionnement objectif de l'enfant et c'est ce même fonctionnement sur lequel se base la perception du parent. Par contre, selon Griest et al. (1980), les mères d'enfants ne présentant pas de dysfonction basent leur perception des comportements de leurs enfants seulement sur les comportements de ceux-ci, alors que les mères d'enfants présentant des problèmes de comportement basent leur perception sur une combinaison de l'anxiété personnelle et des comportement des enfants. Le fait que les mères de la population clinique ne se basent pas uniquement sur les comportements objectifs de leurs enfants fait en sorte que la corrélation entre le fonctionnement de l'enfant évalué par le pédopsychiatre (qui lui est peu impliqué émotionnellement) et la perception parentale n'est pas parfaite ou très forte. Le lien peut aussi s'expliquer par le fait que l'évaluation pédopsychiatrique peut être influencée par la perception du parent, puisque celui-ci est une importante source d'informations dans l'évaluation de son enfant.

L'alliance parentale a aussi un lien indirect avec le stress parental, en passant par la perception parentale de l'enfant. D'autres auteurs ont observé un lien direct entre la relation conjugale et la perception de comportements chez son enfant (Seiffge-Krenke & Kollmar, 1998; Webster-Stratton, 1988). De façon plus spécifique, le lien entre

l'alliance parentale et la perception parentale a aussi été démontré par Bearss et Eyberg (1998) au niveau des problèmes de comportement. Le fait d'être soutenu et valorisé par son conjoint semble amener le parent à examiner davantage ce que l'enfant est capable de faire plutôt que ses limites.

Le lien entre la perception parentale et l'alliance parentale peut s'expliquer par un plus faible sentiment de compétence. En effet, selon Johnston (1996), les parents d'enfants autistiques ont un sentiment de compétence parentale plus faible que les parents d'enfants normaux. Les parents d'enfants ayant un problème de santé mentale peuvent donc avoir un plus faible sentiment de compétence parentale, étant donné que les causes expliquant les problèmes de leurs enfants sont souvent vagues. Ceux-ci peuvent donc avoir tendance à s'en attribuer la cause, ce qui nuit à leur estime de soi. Selon Konstantareas et Homatidis (1989b), la perception de problèmes de comportement chez son enfant est associée à une conception de soi plus faible chez le père. L'alliance parentale peut donc entrer en jeu en améliorant le sentiment de compétence du parent et ainsi l'amener à voir son enfant plus positivement.

La relation conjugale influence aussi la façon dont le parent interagit avec son enfant. En effet, selon Bristol (1987), la cohésion familiale contribue significativement à l'explication de la variance de la qualité du parentage observé. Dans le même sens, les conflits conjugaux sont associés négativement à la qualité du contact, de la supervision maternelle et de la base de sécurité que la mère offre à son enfant (Bigras & Lafrenière, 1994). Peut-être qu'un milieu familial plus harmonieux, où les parents se soutiennent et

se valorisent mutuellement, favorise le développement de compétences chez l'enfant et diminue l'occurrence de problèmes de comportement. Ainsi, l'enfant serait perçu plus positivement par le parent.

Hypothèse 4 : Le fonctionnement global de l'enfant sera en lien direct avec les ressources parentales (A → B).

Cette quatrième hypothèse n'est pas confirmée. En effet, le fonctionnement global n'est corrélé à aucune mesure de ressources, autant le soutien que l'alliance comme l'indique le tableau 4. Les résultats de cette recherche contredisent les résultats obtenus par Westermeyer et Neider (1988), selon lesquels un meilleur fonctionnement global est associé à un réseau social plus grand. Comme il a été démontré plus haut, les résultats au niveau du soutien social sont peu représentatifs des résultats attendus, la relation avec le fonctionnement global ne faisant pas exception. Pour ce qui est de l'alliance parentale, les résultats obtenus ici contredisent ceux de Bristol (1987), selon lesquels la sévérité du handicap (évaluée à partir d'un score d'intelligence et de symptômes autistiques) ajoute 3% d'explication de la variance de l'ajustement conjugal. Cette différence peut s'expliquer par le fait que Bristol mesure la sévérité par des symptômes autistiques et non par une mesure globale de fonctionnement. Par contre, les résultats de la présente étude vont dans le même sens que Willoughby et Glidden (1995), qui n'ont pas trouvé de relation entre le niveau de fonctionnement (composé de mesures provenant de diverses sources: diagnostic, QI, perception du parent des habiletés physiques,

mentales et sociales et observation par le chercheur du fonctionnement de l'enfant) et la satisfaction conjugale. Cette mesure étant plus globale, elle se rapproche du niveau de fonctionnement global de l'axe V du DSM-IV.

L'adaptation parentale étant un processus complexe, l'évaluation conjointe de différentes variables selon un modèle théorique permet une compréhension plus riche du vécu des parents. Les différentes hypothèses évaluées par la présente étude mettent en évidence la pertinence d'utiliser un modèle multivarié tel que le modèle ABCX. En effet, tenir compte de plusieurs facteurs a permis d'identifier la perception parentale comme variable centrale dans l'explication du stress parental et de démontrer l'utilité d'évaluer le fonctionnement global qui pourtant n'a pas de lien direct avec le stress parental.

Résultats complémentaires

Étant donné que le relevé de la documentation a mis en lumière des résultats contradictoires, aucune hypothèse spécifique n'avait été avancée au niveau du sexe du parent. Les résultats de cette recherche vont donc dans le même sens que les différents auteurs n'ayant pas vu de différence entre les pères et les mères au niveau du stress parental (Konstantareas & Homatidis, 1989b; Wolf et al., 1989), au niveau du soutien social (Beckman, 1991; Herman & Thompson, 1995), au niveau de l'ajustement conjugal (Gélinas et al., 1995; Suarez & Baker, 1997; Webster-Stratton, 1988; Willoughby & Glidden, 1995) et au niveau des perceptions parentales (Konstantareas &

Homatidis, 1989b; Rosenberg & Joshi, 1986; Schaughency & Lahey, 1985; Seiffge-Krenke & Kollmar, 1998; Webster-Stratton, 1988) et ce, pour diverses problématiques chez l'enfant. La seule variable pour laquelle une différence de moyenne significative a été obtenue pour la présente étude est la perception de compétences psychologiques tel que le démontrent les résultats d'analyses descriptives (p.57-63). Les pères perçoivent plus de compétences psychologiques que les mères, ce qui peut s'expliquer par le fait que le père est plus souvent impliqué dans les jeux que les mères (Hornby, 1994), donc dans un contexte amical où les compétences de l'enfant sont mises en action. Le jeu permet aussi de voir son enfant en interaction avec d'autres enfants mettant ainsi à l'épreuve les capacités de communication, de compréhension, de résolution de conflits et autres.

Le temps d'intervention est la seule variable démographique à avoir un lien direct avec le stress parental (voir tableaux 5 et 6). Par contre, aucune hypothèse spécifique n'a été avancée à ce sujet. L'intervention faite auprès de l'enfant semble avoir un impact sur le stress vécu par les parents, puisque les parents dont l'enfant reçoit des services depuis plus d'un an vivent moins de stress parental (mesure composée et détresse parentale). Par contre, le lien n'est pas vrai pour l'interaction parent-enfant dysfonctionnelle qui pourtant est en lien avec les comportements de l'enfant qui eux sont visés par l'intervention. L'effet n'est donc pas au niveau des attentes du parent envers son enfant, mais au niveau de la détresse parentale vécue, soit le sentiment de compétence, la dépression ainsi que la restriction de rôle. Il se peut qu'après un an, le

diagnostic de l'enfant et le prognostic soient bien établis et une routine soit installée, ce qui peut sécuriser le parent.

On aurait pu s'attendre à une amélioration de la perception parentale de l'enfant avec le temps. Mais le parent dont l'enfant reçoit des services depuis un an ne perçoit pas différemment son enfant que le parent dont l'enfant reçoit des services depuis moins d'un an. Pourtant, il est permis de croire que les enfants qui sont soumis à une intervention depuis au moins un an ont fait plus de progrès que les enfants dont l'intervention est plus récente. Il se peut toutefois que les progrès soient très lents et qu'un an ne soit pas un temps suffisamment long pour voir une différence. De plus, les enfants n'ont pas les mêmes interventions et intervenants. Cette réflexion est toutefois limitée, étant donné que cette recherche ne s'inscrit pas dans une perspective longitudinale et que ce ne sont pas les mêmes parents qui ont été évalués à des moments différents de leur adaptation.

Implications pour la recherche

Cette discussion permet de retracer différentes pistes de recherche. Dans les études ultérieures, plus d'accent devrait être mis à l'étude des liens indirects puisque leur importance ressort suite à cette étude et que la majorité des recherches ne s'intéressent qu'aux liens directs. De plus, il serait intéressant d'évaluer les trajectoires d'adaptation dans le temps par des études de type longitudinal qui permettraient, entre autres, d'observer les effets de l'intervention faite auprès de l'enfant sur le parent. Dans le

même ordre d'idée, il serait pertinent de vérifier le vécu des parents « avant diagnostic » et « après diagnostic ». Ces études pourraient s'inscrire dans le modèle double ABCX (McCubbins & Patterson, 1983), qui tient compte de la période pré-crise et post-crise.

Il est aussi possible de formuler quelques recommandations plus spécifique pour chacune des variables. Au niveau de l'évaluation du fonctionnement global, d'autres recherches sont nécessaires afin d'évaluer s'il s'agit d'une mesure qui permet de discriminer les parents, quant à leur niveau de stress parental, en utilisant une population homogène quant au diagnostic. De plus, il serait intéressant d'étudier l'impact qu'aurait l'évaluation faite par un intervenant ayant des contacts fréquents avec l'enfant (par exemple, psychoéducateur ou psychologue) en comparaison avec l'évaluation pédopsychiatrique. Celle-ci pourrait être plus près de celle du parent que celle du pédopsychiatre. L'observation directe de l'enfant par le chercheur serait aussi à considérer dans l'évaluation du fonctionnement de l'enfant. Pour sa part, l'alliance parentale ayant été peu étudiée, elle mérite d'être plus approfondie. Il serait bon de mieux connaître la nature du lien entre l'alliance parentale et les différentes variables reconnues comme ayant une influence sur le stress parental. En ce qui a trait aux perceptions, plus de recherches sont nécessaires pour mettre en lumière les raisons qui font en sorte que les pères perçoivent plus de compétences psychologiques chez leur enfant que les mères.

Implications pour la pratique

Les parents de cet échantillon ayant un niveau de stress parental élevé, il serait important que les intervenants portent une attention particulière aux parents d'enfants présentant des problèmes de santé mentale. Par contre, les moyens du système public sont plutôt limités pour répondre à l'ensemble de la famille et c'est pourquoi l'enfant est souvent le seul à obtenir des services. Dans la pratique actuelle, l'intervention auprès des parents vise souvent à diriger ceux-ci vers diverses sources de soutien. Toutefois, notre étude ayant fait ressortir l'importance du soutien conjugal, l'emphase devrait être mis sur ce type de soutien. L'intervention devrait encourager les conjoints à s'offrir un soutien mutuel. Également, une attention devrait être portée à l'alliance parentale des parents de l'enfant traité puisqu'elle influence la perception qu'a le parent de son enfant et que, ainsi, elle influence le stress parental vécu.

De plus, l'intervention devrait toucher la perception parentale, d'autant plus qu'elle ressort comme une variable centrale dans l'explication du stress parental. L'intervention au niveau des perceptions peut se faire à deux niveaux, soit en changeant la perception du parent, soit en changeant les comportements de l'enfant. Par contre, les résultats semblent indiquer que changer les comportements de l'enfant n'est pas suffisant. Les intervenants auraient donc intérêt à intervenir auprès du parent en favorisant la perception plus nuancée de celui-ci envers son enfant. De plus, il est important de diminuer les symptômes, mais il serait aussi important de favoriser l'apparition

d'habiletés puisque la perception parentale est en lien avec le fonctionnement de l'enfant.

Forces et limites de la recherche

Contrairement à plusieurs recherches procédant par envoi de questionnaires, les participants de cette étude ont été rencontrés en personne, éliminant ainsi la possibilité de consultation entre les parents, qui aurait pu biaiser les résultats. De plus, les questions des parents ont pu être répondues par les assistantes de recherche assurant ainsi une bonne compréhension et diminuant la présence de données manquantes. Une force importante de cette étude est la taille de l'échantillon, qui a permis d'effectuer des analyses de régression multiple avec une bonne puissance statistique. De plus, même s'il s'agit ici d'un échantillon clinique, il y a une bonne variation de niveau de fonctionnement entre les enfants.

Les résultats de cette recherche doivent être considérés en tenant compte de certaines limites. L'échantillon ayant été recruté auprès d'une seule clinique pédopsychiatrique et les enfants de l'échantillon étant âgés entre 2 et 9 ans, ceci constitue une limite à la généralisation de cette étude à l'ensemble des parents dont l'enfant présente un problème de santé mentale. De plus, une seule prise de mesure a été faite et un seul pédopsychiatre a évalué les enfants, aucun accord interjuge n'a donc été fait. À cela s'ajoutent diverses variables qui n'ont pas été contrôlées et qui peuvent avoir eu une influence sur les résultats telles que les événements stressants, le type

d'intervention reçu, la relation avec l'intervenant, la présence de problèmes médicaux en plus des problèmes de santé mentale et les effets secondaires de la médication. Finalement, les résultats de cette recherche ont été traités de façon unidirectionnelle en se basant sur le modèle ABCX, mais ils ne sont pas de nature causale.

Conclusion

Le stress parental ressort comme une variable importante à considérer dans le vécu des parents d'enfants ayant un problème de santé mentale, puisque ces parents présentent un niveau de stress parental élevé. L'objectif de l'étude étant d'identifier les liens directs et indirects d'influence sur le stress parental, il est intéressant de constater que parmi les variables indépendantes, la perception parentale de l'enfant a une influence directe sur le stress parental et que le fonctionnement global de l'enfant et l'alliance parentale passent par cette perception pour avoir un impact sur le stress. Il ressort donc que le modèle ABCX constitue un cadre de référence valide pour comprendre l'expérience des parents ayant un enfant qui présente des problèmes pédopsychiatriques, ce qui démontre l'importance de prendre en considération les éléments qui entrent en jeu entre le stresseur et l'adaptation.

Peu de recherches ont porté sur l'impact qu'a le fonctionnement global de l'enfant sur le parent, la majorité ayant plutôt abordé des problématiques ciblées telles que l'autisme, l'hyperactivité ou les retards mentaux. Cette recherche vise à aller au delà du diagnostic et à évaluer les enfants selon une mesure commune pour différentes problématiques. Par contre, l'importance du fonctionnement global n'a été démontrée que dans son rôle d'influence sur la perception parentale de l'enfant. Il ressort donc que ce n'est pas le fonctionnement objectif de l'enfant qui influence le stress parental mais le fonctionnement perçu par le parent.

L'importance de l'alliance parentale, quant à elle, a été mise en évidence par son lien indirect avec le stress parental, en passant par la perception parentale de l'enfant. Un lien direct avec le stress parental existe, mais celui-ci n'est plus significatif une fois que la perception parentale est prise en considération. Le soutien du conjoint dans le rôle parental devrait être étudié plus amplement et pris en considération dans l'intervention faite auprès des familles consultant en pédopsychiatrie.

La perception parentale de l'enfant ressort comme une variable centrale dans l'explication du stress parental. Les intervenants auraient donc intérêt à favoriser une perception plus nuancée de l'enfant chez le parent. La perception parentale aurait aussi intérêt à être évaluée dans son lien avec d'autres indicateurs d'adaptation parentale tel que la dépression, l'anxiété, l'estime de soi, etc.

Les pères et les mères semblent avoir une expérience assez similaire au niveau du stress parental, de l'alliance parentale, du soutien social et de la perception de problèmes de comportement. La seule différence se situe au niveau de la perception de compétences psychologiques chez l'enfant, où le père perçoit plus de compétences que la mère. Les facteurs à l'origine de cette différence restent encore à clarifier.

Finalement, le temps d'intervention a une influence directe sur la mesure composée de stress parental de même que sur la détresse parentale. Par contre, il n'est pas lié à l'interaction parent-enfant dysfonctionnelle qui est pourtant plus en lien avec les comportements de l'enfant (qui eux sont une cible de l'intervention) que ne l'est la

détresse parentale. Des études plus approfondies seraient donc nécessaires afin d'explorer davantage cet aspect, par exemple en utilisant des études longitudinales.

Références

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index: Professional Manual* (3e éd.). Odessa, FL: Psychological Assessment Ressources, inc..
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31-40.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT : University Associates in Psychiatry.
- Ahn, C. W., Mezzich, J. E., Ahn, S., & Fabrega, H. (1994). Nonparametric mixture logistic regression models for clinical disposition. *Journal of Psychiatric Research*, 28(1), 23-33.
- American Psychiatric Association. *Mini DSM-IV*: Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson : Paris.
- Bearss, K. E., & Eyberg, S. (1998). A test of the parenting alliance theory. *Early Education and Development*, 9(2), 179-185.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy : Basics and beyond*. New-York : Guilford.
- Beckman, P. J. (1991). Comparision of mothers' and fathers' perceptions of the effect of young children with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation*, 95(5), 585-595.
- Bigras, M., & Lafrenière, P. J. (1994). L'influence du risque psychosocial, des conflits conjugaux et du stress parental sur la qualité de l'interaction mère-garçon et mère-fille. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 26(2), 280-297.
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental : Manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Toronto : Multi-Health Systems.
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Dumas, J. E. (1996). Discriminant validity of the parent and child scales of the Parenting Stress Index. *Early Education and Development*, 7(2), 167-178.
- Bird, C. E. (1997). Gender differences in the social and economic burdens of parenting and psychological distress. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 809-823.

- Blishen, B. R., & McRoberts, H. A. (1976). A Revised Socio Economic Index for occupations in Canada. *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie*, 13(1), 71-79.
- Booth, C. L. (1999). Beliefs about social skills among mothers of preschoolers with special needs. *Early Education and Development*, 10(4), 455-474.
- Boyum, L. A., & Parke, R. D. (1995). The role of family emotional expressiveness in the development of children's social competence. *Journal of Marriage and the Family*, 57(3), 593-608. (Tiré de Psyclit, 1997, Abstract No: 41403-005)
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., St-Georges, M., Houde, L., Lépine, S., & Daveluy, C. (1997). Prévalence des troubles mentaux (partie 1). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans*, 1992, v. 2 : Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services. Montréal : Santé Québec.
- Breton, J. J., Valla, J. P., Bergeron, L., Berthiaume, C., Gaudet, N., Toupin, J., Blais, R., Lambert, J., St-Georges, M., & Daveluy, C. (1997). Utilisation des services (partie 2). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans*, 1992, v. 2 : Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services. Montréal : Santé Québec.
- Bristol, M. M. (1987). Mothers of children with autism or communication disorders: Successful adaptation and the double ABCX model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17(4), 469-486.
- Brody, G. H., & Forehand, R. (1986). Maternal perceptions of child maladjustment as a function of the combined influence of child behavior and maternal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 237-240.
- Bronfenbrenner, U (1979). *The ecology of human development : experiments by nature and design*. Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Campbell, S. B. (1994). Hard to manage preschool boys: Externalizing behaviors, social competence, and family context at two-year followup. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(2), 147-166.
- Cohen, N. J., Kershner, J., & Wehrspann, W. (1988). Correlates of competence in a child psychiatric population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 97-103.

- Cole, D. A., Gondoli, D. M., & Peeke, L. G. (1998). Structure and validity of parent and teacher perceptions of children's competence: A multitrait-multimethod-multigroup investigation. *Psychological Assessment, 10*(3), 241-249.
- Conger, R. D., Rueter, M. A., & Elder, G. H. Jr. (1999). Couple resilience to economic pressure. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(1), 54-71.
- Crnic, K., & Acevedo, M. (2000). Everyday stresses and parenting. Dans Bornstein, M. H. (Éd), *Handbook of parenting*, Vol. 4 : *Applied and practical parenting* (277-297). Mahwah, N. J. : Lawrence Erlbaum Associates.
- Dunst, C., Trivette, C., & Deal, A. (1988). *Enabling and Empowering Families : Principles and guidelines for practice*. Cambridge, MA, USA : Brookline Books.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., & Hamby, D. W. (1994). Measuring social support in families with young children with disabilities. Dans C. J. Dunst, C. M. Trivette & A.G. Deal (Éds), *Supporting and Strengthening Families*, Vol. 1: *Methods, Strategies and Practices* (pp. 152-160). Cambridge, MA, USA: Brookline Books.
- Erickson, M., & Upshur, C. C. (1989). Caretaking burden and social support: comparison of mothers of infants with and without disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 94*(3), 250-258.
- Fantuzzo, J. W., Weiss, A. D., Atkins, M., Meyers, R., & Noone, M. (1998). A contextually relevant assessment of the impact of child maltreatment on the social competencies of low income urban children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*(11), 1201-1208.
- Fisman, S., & Wolf, L. (1991). The handicapped child : Psychological effects of parental, marital, and sibling relationships. *Psychiatric Clinics of North America, 14*(1), 199-217.
- Floyd, F. J., Gilliom, L. A., & Costigan, C. L. (1998). Marriage and the parenting alliance: Longitudinal prediction of change in parenting perceptions and behaviors. *Child-Development, 69*(5), 1461-1479.
- Gabardino, J. (1983). Social support networks : Rx for the helping professions. Dans Whittaker, J. K. & Gabardino, J. (Éds), *Social support networks : Informal helping in the human services* (pp.3-28). New-York : Aldine de Gruyter.
- Gallahorn, E. M. (1995). Personality disorder diagnoses in affectively ill adolescents: Issues of comorbidity. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 56*(5-B), 2863.

- Gaudet, M.-P. (2000). *Lien entre le stress parental du père et la sévérité des symptômes chez l'enfant fréquentant une clinique pédopsychiatrique.* Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Gélinas, C., Lussier, Y., & Sabourin, S. (1995). Adaptation conjugale: Le rôle des attributions et de la détresse psychologique. *Revue canadienne des sciences du comportement, 27*(1), 21-35.
- Goldberg, S., Marcovitch, S., MacGregor, D., & Lojkasek, M. (1986). Family responses to developmentally delayed preschoolers: Etiology and the father's role. *American Journal of Mental Deficiency, 90*(6), 610-617.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV : A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry, 149*(9), 1148-1156.
- Griest, D. L., Forehand, R., Wells, K. C., & McMahon, R. J. (1980). An examination of differences between non-clinic and behavior-problem clinic-referred children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology, 89*(3), 497-500.
- Griest, D., Wells, K. C., & Forehand, R. (1979). An examination of predictors of maternal perceptions of maladjustment in clinic-referred children. *Journal of Abnormal Psychology, 88*(3), 277-281.
- Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (1994). *Inventaire de compétences psychologiques.* Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Herman, S. E., & Marcenko, M. O. (1997). Perceptions of services and resources as mediators of depression among parents of children with developmental disabilities. *Mental Retardation, 35*(6), 458-467.
- Herman, S. E., & Thompson, L. (1995). Families' perceptions of their resources for caring for children with developmental disabilities. *Mental Retardation, 33*(2), 73-83.
- Hill, R. (1949). *Families under stress : Adjustment to the crisis of war separation and reunion.* Westport, Connecticut : Greenwood press (réimprimé par New-York: Harper & Row).
- Hill, R. (1958). Social stress on the family. *Social Casework, 39*, 139-150.

- Holroyd, J. (1988). A review of criterion validation research on the questionnaire on ressources and stress for families with chronically ill or handicapped members. *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 335-354.
- Hornby, G. (1994). Effects of children with disabilities on fathers : A review and analysis of the litterature. *International Journal of Disability*, 41(3), 171-184.
- Johnston, C. (1996). Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 85-104.
- Kazak, A. E., & Marvin, R. S. (1984). Differences, difficulties and adaptation : Stress and social networks in families with a handicaped child. *Family Relations*, 33, 67-77.
- Knoll, J. (1992). Being a family : The experience of raising a child with a disability or chronic illness. Dans Bradley, V. J., Knoll, J. & Agosta, J. M. (Éds), *Emerging issues in family support* (pp-9-56). Washington, DC : American Association on Mental Retardation.
- Koegel, R. L., Schreibman, L., O'Neill, R. E., & Burke, J.-C. (1983). The personality and family-interaction characteristics of parents of autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 683-692.
- Konstantareas, M. M. (1991). Autistic, learning disabled and delayed children's impact on their parents. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 23(3), 358-375.
- Konstantareas, M. M., & Homatidis, S. (1989a). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(3), 459-470.
- Konstantareas, M. M., & Homatidis, S. (1989b). Parental perception of learning-disabled children's adjustment problems and related stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 177-186.
- Konstantareas, M. M., Homatidis, S., & Plowright, C. M. S. (1992). Assessing resources and stress in parents of severely dysfunctional children through the Clarke modification of Holroyd's questionnaire on ressources and stress. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(2), 217-234.
- Kornblatt, E. S., & Heinrich, J. (1985). Needs and coping abilities in families of children with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 23(1), 13-19.

- Kotler, T., & Hammond, S. B. (1981). Marital quality and disturbed child behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 20(3), 187-198.
- Lacharité, C. (1997). Inventaire de comportement pour enfant. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lacharité, C., Moreau, M.-L., & Moreau, J. (1999). *Agir ensemble: le point de vue des parents sur la collaboration avec l'équipe professionnelle en pédopsychiatrie*. Rapport déposé à la Régie Régionale de la Mauricie et du Centre du Québec dans le cadre du Programme de Subventions en santé publique.
- Lacharité, C., & Robidoux, S. (1996). La qualité de la relation conjugale, le soutien du conjoint et la détresse parentale des mères négligentes ou à risque sur le plan psychosocial. Dans R. Tessier, G.M. Tarabulsky et L.S. Éthier (sous la direction de), *Dimension de la maltraitance*. Ste-Foy : PUQ.
- Lavigne, J. V., Gibbons, R. D., Christoffel, K. K., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H., Dawson, N., Sobel, H., & Isaacs, C. (1996). Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(2), 204-214.
- McBride, B. A., & Rane, T. R. (1998). Parenting alliance as a predictor of father involvement: An exploratory study. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 47(3), 229-236.
- McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M., & Needle, R. H. (1980). Family stress and coping: A decade review. *Journal of Marriage and the Family*, 42(2), 855-871.
- McCubbin, H. I., Nevin, R. S., Cauble, A. E., Larsen, A., Comeau, J. K., & Patterson, J. M. (1982). Family coping with chronic illness : the case of cerebral palsy. Dans McCubbin, H. I., Cauble, A. E., & Patterson, J. M. (Éds), *Family stress, coping, and social support* (pp. 169-188). Springfield, Illinois : Charles Thomas.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). Family Transition: Adaptation to Stress. Dans H. I. McCubbin, & C. R. Figley (Éds), *Stress and the Family*, Vol. 1: *Coping with normative transition* (pp. 5-25). New York : Brunner Mazel.
- McDonald, T. P., Poertner, J., & Pierpont, J. (1999). Predicting caregiver stress: An ecological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69(1), 100-109.
- Murphy, K. R., & Barkley, R. A. (1996). Parents of children with attention deficit/hyperactivity disorders: Psychological and attentional impairment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 93-102.

- Neale, M. S., & Rosenheck, R. A. (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatric Services, 46*(7), 719-723.
- Noh, S., Dumas, J. E., Wolf, L. C., & Fisman, S. N. (1989). Delineating sources of stress in parents of exceptional children. *Family Relations, 38*, 456-461.
- Orr, R. R., Cameron, S. J., & Day, D. M. (1991). Coping with stress in families with children who have mental retardation: An evaluation of the Double ABCX model. *American Journal of Mental Retardation, 95*(4), 444-450.
- Plunkett, S. W., Sanchez, M. G., Henry, C. S., & Robinson, L. C. (1997). Double ABCX model and children's post-divorce adaptation. *Journal of Divorce and Remarriage, 27*(3-4), 17-37.
- Rankin, E. D., Haut, M. W., & Keefover, R. W. (1992). Clinical assessment of family caregivers in dementia. *Gerontologist, 32*(6), 813-821.
- Rashap, J. L. (1998). The psychological adjustment of mothers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 59*(3-B), 1378.
- Rey, J. M., Starling, J., Wever, C., Dossetor, D. R., & Plapp, J. M. (1995). Inter-rater reliability of global assessment of functioning in a clinical setting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 36*(5), 787-792.
- Ricard, J. (1997). *La relation entre la qualité du fonctionnement familial et le soutien social des parents ayant un jeune enfant présentant des retards de développement*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Rodrigue, J. R., Morgan, S. B., & Geffken, G. R. (1992). Psychosocial adaptation of fathers of children with autism, Down syndrome, and normal development. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 22*(2), 249-263.
- Rosenberg, L. A., & Joshi, P. (1986). Effect of marital discord on parental reports on the Child Behavior Checklist. *Psychological Reports, 59*, 1255-1259.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: The decade review. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 1059-1078.
- Rubin, K. H., Booth, C., Rose-Krasnor, L., & Mills, R. S. L. (1995). Social relationships and social skills : A conceptual and empirical analysis. Dans Shulman, S. (Éd.), Human development, Vol. 7 : *Close relationships and socioemotional development* (pp.63-94). Norwood, N.J. : Ablex Publishing Corporation.

- Sanders, J. L., & Morgan, S. B. (1997). Family stress and adjustment as perceived by parents of children with autism or Down Syndrome: Implications for intervention. *Child and Family Behavior Therapy, 19*(4), 15-32.
- Sandler, A. G., Warren, S. H., & Raver, S. A. (1995). Grandparents as a source of support for parents of children with disabilities: A brief report. *Mental retardation, 33*(4), 248-250.
- Schaughency, E. A., & Lahey, B. B. (1985). Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: Roles of child behavior, parental depression and marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(5), 718-723.
- Schilling, R. F., & Schinke, S. P. (1983). Social support networks in developmental disabilities. Dans Whittaker, J. K. & Gabardino, J. (Éds), *Social support networks : Informal helping in the human services* (pp.383-403). New-York : Aldine de Gruyter.
- Seiffge Krenke, I., & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between mothers' and fathers' perceptions of sons' and daughters' problem behaviour: A longitudinal analysis of parent-adolescent agreement on internalising and externalising problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 39*(5), 687-697.
- Seybold, J., Fritz, J., & MacPhee, D. (1991). Relation of social support to the self-perceptions of mothers with delayed children. *Journal of Community Psychology, 19*(1), 29-36.
- Simons, R. L., Lorenz, F. O., Wu, C.-I., & Conger, R. D. (1992). Support from spouse as mediator and moderator of the disruptive influence of economic strain on parenting. *Child Development, 63*(5), 1282-1301.
- Slater, M. A., & Wikler, L. (1986). "Normalized" family resources for families with a developmentally disabled child. *Social Work, 31*(5), 385-390.
- Sloper, P., & Turner, S. (1993). Risk and resistance factors in the adaptation of parents of children with severe physical disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*(2), 167-188.
- Strauss, M., & Kantor, G. (1987). Stress and child abuse. Dans R. Helfer & R. Kempe, G. (Éds), *The battered Child* (4e éd). Chicago: University of Chicago Press.
- Stallard, P. (1993). The behaviour of 3 year-old children: Prevalence and parental perception of problem behaviour: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 34*(3), 413-421.

- Stiffman, A. R., Orme, J. G., Evans, D. A., Feldman, R. A., & Keeney, P. A. (1984). A brief measure of children's behavior problems: The Behavior Rating Index for Children. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 16*, 83-90.
- Strayhorn, J. M. (1988). The nature of the skills x methods matrix. *The Competent Child: an approach to psychotherapy and preventive mental health* (pp. 1-19). New-York: The Guilford Press.
- Strayhorn, J. M., Weidman, C. S., & Majumder, A. (1990). Psychometric characteristics of a psychological skills inventory as applied to preschool children. *Journal of Psychoeducational Assessment, 8*(4), 467-477.
- Suarez, L. M., & Baker, B. L. (1997). Child externalizing behavior and parents' stress: The role of social support. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 46*(4), 373-381.
- Szatmari, P., Archer, L., Fishman, S., & Steiner, D. L. (1994). Parent and teacher agreement in the assessment of pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 24*(6), 703-717.
- Trute, B., & Hauch, C. (1988a). Building on family strength: A study of families with positive adjustment to the birth of a developmentally disabled child. *Journal of Marital and Family Therapy, 14*(2), 185-193.
- Trute, B., & Hauch, C. (1988b). Social network attributes of families with positive adaptation to the birth of a developmentally disabled child. *Canadian Journal of Community Mental Health, 7*(1), 5-16.
- Umberson, D., & Gove, W. R. (1989). Parenthood and psychological well-being. *Journal of Family Issues, 10*(4), 440-462.
- Valentine, D. P. (1993). Children with special needs: Sources of support and stress for families. *Journal of Social Work and Human Sexuality, 8*(2), 107-121.
- Van Hook, M. P. (1987). Harvest of despair: Using the ABCX model for farm families in crisis. *Social Casework, 68*(5), 273-278.
- Webster Stratton, C. (1988). Mothers' and fathers' perceptions of child deviance: Roles of parent and child behaviors and parent adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 909-915.
- Weisman, S. H., & Cohen, R. S. (1985). The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatry, 12*, 24-45.

- Westermeyer, J., & Neider, J. (1988). Social networks and psychopathology among substance abusers. *American Journal of Psychiatry, 145*(10), 1265-1269.
- Willoughby, J. C., & Glidden, L. M. (1995). Fathers helping out: Shared child care and marital satisfaction of parents of children with disabilities. *American Journal on Mental Retardation, 99*(4), 399-406.
- Wolf, L. C., Noh, S., Fisman, S. N., & Speechley, M. (1989). Brief report: Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 19*(1), 157-166.

Appendices

Appendice A
Questionnaire de renseignements généraux

PAVILLON ARC-EN-CIEL

PROJET DE RECHERCHE

COLLABORATION PARENTS/PROFESSIONNELS

Date de passation du protocole de recherche : _____

Numéro de dossier Recherche : _____ mère père autre _____

Âge de l'enfant : _____

Statut conjugal : marié(e) séparé(e) célibataire
Divorcé(e) veuf-veuve conjoint de fait

Milieu familial actuel :

01 parents	<input type="checkbox"/>	06 famille d'accueil	<input type="checkbox"/>
02 père seul	<input type="checkbox"/>	07 institution-foyer de groupe	<input type="checkbox"/>
03 mère seule	<input type="checkbox"/>	08 garde partagée	<input type="checkbox"/>
04 reconstitué père	<input type="checkbox"/>	09 autre (parenté, etc.)	<input type="checkbox"/>
05 reconstitué mère	<input type="checkbox"/>		

Fratrie dans la famille d'origine :

nombre de frères	<input type="checkbox"/>	commentaires : _____
nombre de sœurs	<input type="checkbox"/>	_____
rang dans la fratrie	<input type="checkbox"/>	_____

Scolarité du parent-répondant :

Primaire	<input type="checkbox"/>	commentaires : _____
secondaire	<input type="checkbox"/>	_____
collégial	<input type="checkbox"/>	_____
universitaire	<input type="checkbox"/>	_____
autre	<input type="checkbox"/>	_____

Occupation du parent-répondant : _____

Appendice B
Données recueillies au dossier médical

Données à recueillir au dossier paec

Diagnostic : _____

Sexe de l'enfant : _____

Âge à l'entrée dans le service (incluant l'évaluation) : _____

Date de la première consultation : _____

Date du diagnostic : _____

Date de la demande : _____

Nombre de catégories d'intervention : _____

Histoire des services préalables à la pédopsychiatrie :

Appendice C

Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF)

Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF) **(Echelle G.A.F. ou Global Assessment of Functioning Scale)**

Évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitant d'ordre physique ou environnemental.

Code (NB : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex. 45, 68, 72)

- 100 Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.
- 90 Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex. conflits occasionnels avec des membres de la famille).
- 80 Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p.ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. retard temporaire du travail scolaire).
- 70 Quelques symptômes légers (p.ex. humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
- 60 Symptômes d'intensité moyenne (p. ex. émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).
- 50 Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
- 40 Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p.ex. discours par moment illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
- 30 Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
- 20 Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouiller d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).
- 10 Danger persistant d'auto ou d'hétéro-aggression grave (p. ex. accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou gestes suicidaires avec attente précise de la mort.
- 0 Information inadéquate

Source : American Psychiatric Association. Mini DSM-IV : Critères diagnostiques (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson : Paris.

Appendice D
Échelle de soutien familial

No. De sujet : _____

Inventaire de soutien familial

(Dunst, Jenkins et Trivette, 1994)

Traduit et adapté par le Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (1996)

Voici une liste de personnes, de groupes et d'organismes qui sont souvent amenés à procurer de l'aide aux membres d'une famille qui a de jeunes enfants. Ce questionnaire vous demande d'indiquer dans quelle mesure ces personnes/groupes/organismes sont « aidant » pour votre famille. Encerclez le chiffre qui correspond au type d'aide que ces personnes/groupes/organismes ont apporté à votre famille durant les six derniers mois. Si une personne/groupe/organisme n'était pas disponible durant cette période pour vous apporter de l'aide, encerclez la réponse ND (non-disponible). Si vous n'avez pas eu besoin d'aide de la part d'une personne/groupe/organisme, encerclez le chiffre « 1 ».

<i>Jusqu'à quel point les personnes/ groupes/organismes suivants ont-ils été aidants pour vous et votre famille?</i>	Non disponible	Pas du tout aidant OU	Parfois aidant	Généralement aidant	Très aidant	Extrêmement aidant
	Pas eu besoin d'aide					
1. Mes parents	ND	1	2	3	4	5
2. Les parents de mon conjoint (ou partenaire)..	ND	1	2	3	4	5
3. Mes frères/sœurs	ND	1	2	3	4	5
4. Les frères/sœurs de mon conjoint (partenaire)	ND	1	2	3	4	5
5. Mon conjoint (partenaire)	ND	1	2	3	4	5
6. Mes ami(e)s	ND	1	2	3	4	5
7. Les ami(e)s de mon conjoint (partenaire)	ND	1	2	3	4	5
8. Mes propres enfants	ND	1	2	3	4	5
9. Autres membres de la parenté.....	ND	1	2	3	4	5
10. Collègues de travail	ND	1	2	3	4	5
11. Groupes/associations de parents	ND	1	2	3	4	5
12. Groupes/clubs sociaux	ND	1	2	3	4	5
13. Prêtres/religieux(ses)	ND	1	2	3	4	5
14. Médecin de famille	ND	1	2	3	4	5
15. Personne(s) donnant les cours prénataux	ND	1	2	3	4	5
16. École/garderie	ND	1	2	3	4	5
17. Aidants professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs, etc.).....	ND	1	2	3	4	5
18. Organismes de la santé et des services sociaux (CLSC, Centre Jeunesse, Centre hospitalier, Bien-être social, etc.)	ND	1	2	3	4	5
19. _____	ND	1	2	3	4	5
20. _____	ND	1	2	3	4	5

Source : Dunst, C.J., Trivette, C.M., Deal, A.G. (1994). *Supporting and Strengthening Families*. Cambridge, MA : Brookline Books.

Appendice E
Inventaire sur l'alliance parentale

No. De sujet : _____

Inventaire sur l'alliance parentale(version femme)

(Abidin, 1995)

Traduit et adapté par le Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (UQTR)

Instructions : Les questions suivantes portent sur ce qui peut se passer *entre vous et l'autre parent dans votre famille* ou tout autre adulte de l'autre sexe qui partage avec vous la responsabilité des soins à votre enfant. Il est possible qu'il n'y ait pas de choix de réponse qui corresponde exactement à ce que vous vivez, dans ce cas, encerclez la réponse qui se rapproche le plus de votre situation actuelle.

Rappelez-vous que l'expression « autre parent » peut servir à désigner non seulement le parent biologique de l'enfant mais également toute autre personne adulte de l'autre sexe qui assume actuellement une responsabilité directe face aux soins donnés à l'enfant.

Indiquer ici le prénom de la personne qui sera appelée « autre parent » : _____

	Fortement d'accord	D'accord	Incertain	En désaccord	Fortement en désaccord
1. L'autre parent apprécie se retrouver seul avec notre enfant	5	4	3	2	1
2. Durant la grossesse, l'autre parent me faisait sentir qu'il avait confiance en ma capacité d'être une bonne mère	5	4	3	2	1
3. Lorsqu'il y a un problème avec notre enfant, l'autre parent et moi arrivons à trouver ensemble une solution valable	5	4	3	2	1
4. L'autre parent et moi communiquons bien ensemble lorsque la conversation concerne notre enfant	5	4	3	2	1
5. L'autre parent accepte de faire des sacrifices personnels pour aider à prendre soin de notre enfant	5	4	3	2	1
6. Discuter de notre enfant avec l'autre parent est une chose que j'apprécie et que je recherche	5	4	3	2	1
7. L'autre parent est très attentif à notre enfant	5	4	3	2	1
8. L'autre parent et moi sommes d'accord sur ce que notre enfant doit faire et ne pas faire	5	4	3	2	1
9. Je me sens proche de l'autre parent lorsque je le vois jouer avec notre enfant	5	4	3	2	1
10. L'autre parent « a le tour » avec les enfants	5	4	3	2	1
11. L'autre parent et moi formons une bonne « équipe »	5	4	3	2	1
12. L'autre parent considère que je suis une bonne mère	5	4	3	2	1
13. Je considère que l'autre parent est un bon père	5	4	3	2	1
14. L'autre parent fait des choses pour rendre plus facile ma tâche de mère	5	4	3	2	1
15. L'autre parent et moi avons la même façon de percevoir notre enfant	5	4	3	2	1

	Fortement d'accord	D'accord	Incertain	En désaccord	Fortement en désaccord
16. Si l'autre parent avait à décrire (ou à parler de) notre enfant, il dirait à peu près la même chose que moi	5	4	3	2	1
17. Si notre enfant doit être puni, l'autre parent et moi sommes habituellement d'accord sur le type de punition qu'il doit recevoir ..	5	4	3	2	1
18. Je fais confiance à l'autre parent en ce qui concerne ce qui est bien pour notre enfant. Je sens qu'il a un bon jugement à ce sujet	5	4	3	2	1
19. L'autre parent me dit que je suis une bonne mère	5	4	3	2	1
20. L'autre parent et moi partageons les mêmes objectifs en ce qui concerne notre enfant	5	4	3	2	1

N.B. La version homme de l'Inventaire sur l'alliance parentale a été administrée aux pères.

Appendice F
Inventaire de comportement pour enfant

No. De sujet : _____

INVENTAIRE DE COMPORTEMENT POUR ENFANT

Stiffman et coll. (1984)¹
Traduit et adapté par Lacharité (1997)

Pour chacun des énoncés suivants, encercllez le chiffre qui correspond le plus à ce que vous observez chez votre enfant qui fréquente le Pavillon-Arc-En-Ciel.

En général, est-ce que votre enfant :

	Rarement ou jamais	Parfois	Quelques fois	Souvent	La plupart du temps
1. Se sent heureux ou détendu?	1	2	3	4	5
2. Cache ses pensées aux autres personnes?	1	2	3	4	5
3. Dit ou fait des choses vraiment étranges?.....	1	2	3	4	5
4. Ne porte pas attention lorsqu'il le devrait?...	1	2	3	4	5
5. Abandonne un travail ou une activité avant de l'avoir terminé?	1	2	3	4	5
6. S'entend bien avec les autres?	1	2	3	4	5
7. Frappe, pousse ou blesse les autres?	1	2	3	4	5
8. S'entend difficilement avec les autres?	1	2	3	4	5
9. Se sent facilement bouleversé ou pleure facilement?.....	1	2	3	4	5
10. Fait des compliments ou aide les autres?	1	2	3	4	5
11. Se sent malade?	1	2	3	4	5
12. Triche?.....	1	2	3	4	5
13. Perd son calme ou fait des crises?	1	2	3	4	5

¹ Stiffman, A.R., Orme, J.G., Evans, D.A., Feldman, R.A., & Keeney, P.A. (1984). A brief mesure of children's behavior problems : The Behavior Rating Index for Children (BRIC). *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 16, 83-90.

Appendice G
Inventaire des compétences psychologiques

No. De sujet : _____

Inventaire des compétences psychologiques

Strayhorn (1988)

Traduit et adapté par le Groupe de recherche en développement de l'enfant et de la famille (1994)

Voici une liste d'habiletés personnelles et sociales que les enfants et les adolescents apprennent à manifester au cours de leur développement. Indiquez en encerclant le chiffre approprié dans quelle mesure, comparé aux enfants du même âge, votre enfant possède actuellement chacune de ces habiletés.

	Habileté Presque Nulle	Habileté Minimale	Habileté Moyenne/ Comme les autres Enfants du même Âge	Habileté Élevée	Habileté Exceptionnelle
1. Entrer en contact avec d'autres personnes de son âge	1	2	3	4	5
2. Prendre des décisions réfléchies	1	2	3	4	5
3. Montrer de l'appréciation envers les autres	1	2	3	4	5
4. Apprendre et profiter au maximum de ses propres échecs ou erreurs	1	2	3	4	5
5. Parler des sentiments	1	2	3	4	5
6. Tirer de la satisfaction des choses qu'il accomplit	1	2	3	4	5
7. Profiter au maximum de la situation lorsque cela ne se passe pas comme il le désire	1	2	3	4	5
8. Être compréhensif et se préoccuper des sentiments des autres	1	2	3	4	5

	Habileté Presque Nulle	Habileté Minimale	Habileté Moyenne/ Comme les autres Enfants du même Âge	Habileté Élevée	Habileté Exceptionnelle
9. Apprécier, ou du moins tolérer, faire des sacrifices pour les autres.....	1	2	3	4	5
10. Régler des conflits de façon rationnelle avec les autres jeunes de son âge	1	2	3	4	5
11. Défendre ses propres idées	1	2	3	4	5
12. Avoir du plaisir à être gentil face à quelqu'un d'autre	1	2	3	4	5
13. Être, à certains moments, calme et tranquille	1	2	3	4	5
14. Tolérer la critique	1	2	3	4	5
15. Avoir du plaisir à se retrouver seul..	1	2	3	4	5
16. Se conformer à une autorité raisonnable	1	2	3	4	5
17. Être capable de faire confiance et de s'en remettre à une autre personne...	1	2	3	4	5
18. Ressentir de la joie et du plaisir.....	1	2	3	4	5
19. Se retenir de faire ou d'avoir quelque chose qui apporte un plaisir immédiat de façon à obtenir un plaisir plus grand dans le futur.....	1	2	3	4	5
20. Être honnête même dans les moments où cela peut s'avérer difficile.....	1	2	3	4	5
21. Maintenir, sur une période de temps raisonnable, son attention dans des tâches	1	2	3	4	5
22. Contrôler suffisamment sa peur pour qu'elle ne l'empêche pas de faire des choses.....	1	2	3	4	5

Source: Strayhorn, J. M., Weidman, C. S., & Majumder, A. (1990). Psychometric characteristics of a psychological skills inventory as applied to preschool children. *Journal of Psychoeducational Assessment* 8(4) 467-477.

Appendice H
Formulaire de consentement

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du but de la recherche et des conditions de participation à ce projet. Je comprends que cette participation implique que je reçois chez moi un membre de l'équipe de recherche pour une rencontre au cours de laquelle je remplirai des questionnaires. Je comprends également que j'ai tout le loisir, durant cette rencontre, de poser des questions sur les thèmes qui sont abordés. Je comprends que l'équipe de recherche recueillera des informations supplémentaires à l'intérieur du dossier de mon enfant. Je comprends enfin que les informations recueillies et les réponses aux questionnaires demeureront confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche.

Sous ces conditions, je m'engage à participer au projet de recherche « **Déterminants de la collaboration parents-équipe professionnelle en clinique pédopsychiatrique** ». Cet engagement ne m'enlève en rien mon droit de me retirer du projet à tout moment. Je m'engage cependant, le cas échéant, d'en faire part à Marie-Louise Moreau, coordonnatrice du projet de recherche, que vous pouvez rejoindre au Pavillon Arc-en-ciel.

En foi de quoi, j'ai signé à _____ (ville),
le _____ (date).

Signature du parent

no dossier PAEC

no dossier recherche