UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

QUAND LE TDA/H CHEZ L'ENFANT S'ARRIME AVEC L'ÉPUISEMENT PARENTAL : LES LIENS AVEC L'AUTORÉGULATION ET LA PLEINE CONSCIENCE

ESSAI DE 3e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
SOPHIE BÉLISLE

JANVIER 2022

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.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Cet essai de 3e cycle a été dirigé par :

Lucie Godbout, Ph. D. — directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Lucie Godbout, Ph. D. — directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Yvan Lussier, Ph. D. — évaluateur interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Véronique Parent, Ph. D. — évaluatrice externe
Université de Sherbrooke

Sommaire

Dans la documentation scientifique, l'autorégulation et la pleine conscience ont souvent été étudiées sans distinction pour mieux comprendre leur impact chez l'individu qui fait face à l'adversité. D'un point de vue neuroscientifique, ces deux habiletés sollicitent le même substrat neurophysiologique qu'est le cortex préfrontal (Peter, 2010; Sullivan & Gratton, 2002; Van Eden, & Buijs, 2000) pour permettre à l'individu de s'adapter adéquatement à son environnement, mais leur rôle respectif mérite d'être mieux circonscrit. En parallèle, l'épuisement est un phénomène peu documenté à ce jour et qui pourrait être lié à ces habiletés. L'objectif de cette étude est de documenter de façon exploratoire les liens entre la pleine conscience, l'autorégulation et l'épuisement parental auprès de parents d'enfant ayant un trouble de déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H). L'échantillon est composé de 137 parents ayant rempli des questionnaires en ligne sur l'épuisement parental, la disposition à la pleine conscience (PC), la pleine conscience parentale (PCP) et l'autorégulation (inhibition, flexibilité cognitive, mémoire de travail). Les participants proviennent de deux groupes : 82 parents d'enfant ayant été diagnostiqué avec un TDA/H et 55 parents ayant un enfant sans diagnostic de TDA/H. Les résultats soutiennent l'hypothèse d'un lien modéré et négatif entre l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation. Aussi, les résultats indiquent que les parents du groupe ayant un enfant avec un TDA/H sont plus à risque de burnout parental et sont moins disposés à la PC et à la PCP que les parents d'enfant sans diagnostic de TDA/H. Pour l'autorégulation, les capacités d'inhibition sont significativement plus faibles chez les parents d'enfant ayant un TDA/H, tandis qu'ils ne diffèrent pas pour les

mesures de flexibilité cognitive et de mémoire de travail. Les résultats sont discutés de même que les limites méthodologiques. Enfin, des avenues de recherche sont proposées en lien avec l'intervention clinique.

Table des matières

Sommaire iii

Liste des tableaux vii

Liste des figures viii

Remerciements ix

Introduction 1

Contexte théorique 9

L'autorégulation 10

Les processus duaux : une approche neuroscientifique 11

L'apport des fonctions exécutives 13

L'inhibition cognitive 14

La mémoire de travail 15

La flexibilité cognitive 15

L'autorégulation dans une perspective parentale 16

La pleine conscience 18

Les bienfaits de la pleine conscience 22

Les effets psychologiques 23

Les effets cognitifs 24

Les effets neurobiologiques 26

Les fondements de la pleine conscience appliqués à la parentalité 29

L'état des recherches sur la pleine conscience parentale. 31

La pleine conscience et l'autorégulation dans une perspective intergénérationnelle 32

L'épuisement parental 33

Le principe du risque cumulé pour expliquer l'épuisement parental 36

Les conséquences physiques, psychologiques et relationnelles 39

L'intégration de l'autorégulation et de la pleine conscience pour expliquer l'épuisement parental 40

La réalité des familles avec un enfant présentant un TDA/H 43

L'état des recherches sur l'intervention de pleine conscience parentale 45

Objectif et hypothèses 47

Méthode 50

Participants 51

Critères d'inclusion 52

Critères d'exclusion 52

Déroulement 53

Instruments de mesure 56

Questionnaire sociodémographique 56

Inventaire médical et neuropsychologique 57

Inventaire de comportements reliés aux fonctions exécutives 57

La pleine conscience 58

Échelle de cinq facettes de la pleine conscience 58

Échelle de pleine conscience interpersonnelle dans la parentalité 59

Échelle d'évaluation de l'épuisement parental 60

Inventaire d'anxiété de Beck 61

Inventaire de dépression de Beck 62

Résultats 63

Analyses descriptives de l'échantillon 64

Analyses statistiques relatives aux hypothèses 66

Liens entre l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation 66

Comparaisons des groupes 67

Analyses exploratoires 70

Discussion 74

Retour sur les analyses principales 75

Association entre l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation 75

Comparaison entre les groupes avec/ sans enfant avec un TDA/H 80

Retour sur les analyses exploratoires 85

Forces, limites et recommandations 87

Conclusion 97

Références 99

Appendice A 123

Appendice B 125

Liste des tableaux

Tableau

1 Corrélations entre les variables de pleine conscience, d'épuisement parental et d'autorégulation 67

2 Comparatifs des moyennes entre les groupes 70

3 Régressions linéaires hiérarchiques prédisant l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation en contrôlant l'anxiété et la dépression ... 73

Liste des figures

Figure

1 Parentalité consciente, relation parent-enfant et ses retombées sur le jeune (Duncan et al., 2009 ; traduction libre) 30

2 Représentation schématique de la Balance du Risque et des Ressources (BR^2) de Mikolajczak et Roskam (2018 ; traduction libre) 37

Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier Madame Lucie Godbout pour son encadrement tout au long de mes études doctorales. Ce fût ardu, long et très demandant. J'ai toutefois eu la chance d'avoir une directrice humaine qui a su s'ajuster à mon rythme d'apprentissage. Sa compréhension m'a aidé à trouver un sujet de recherche qui importe à mes yeux.

Des remerciements aux cliniques respectives sont également de mises. Leur contribution a permis de recruter un bon nombre de parents pour pouvoir réaliser ce projet de recherche.

Je tiens à remercier Samuel Rochette pour son temps à m'expliquer, m'encadrer et me superviser dans les analyses statistiques selon les normes de présentation scientifique. Ses judicieux conseils ont été bien importants.

Enfin, je tiens à souligner mon entourage qui a cru en moi, qui m'a appuyé et qui m'a donné les moyens pour pouvoir me réaliser. Une pensée particulière est adressée à mon père, Pierre, pour le modèle de persévérance qu'il a été.

Introduction

Les nombreuses recherches en neurosciences documentent les bienfaits de l'autorégulation et de la pleine conscience sur le comportement de l'individu. L'autorégulation réfère à la capacité d'un individu à contrôler ses émotions, son attention et ses comportements orientés vers un but (Shaffer & Obradovic, 2017). En neuropsychologie, elle est le plus souvent mesurée par le biais de trois principales fonctions exécutives soient l'inhibition, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, Howerter, & Wager, 2000). Quant à la pleine conscience (PC), elle consiste à « porter son attention délibérément sur l'expérience qui se déroule au moment présent, sans y porter de jugement de valeur » (Kabat-Zinn, 1994, p.4). La PC est entre autres considérée comme un processus psychologique (Chambers, Gullone, & Allen, 2009), un état de conscience ou une pratique de méditation (Germer, Siegel, & Fulton, 2005). Malgré l'utilisation de ce terme dans différents contextes, une attention particulière est accordée au construit psychologique de pleine conscience, mieux connu sous le nom de disposition à la PC.

Dans la documentation scientifique, il est possible de constater que ces deux habiletés sont intimement liées. Par exemple, l'autorégulation et la PC ont fait l'objet de multiples études pour exposer leurs effets protecteurs chez l'individu. Avoir une meilleure autorégulation est identifié à des bienfaits sur le plan de la santé psychologique et physique. Le risque de dépendance à des substances serait à la baisse (Moffitt et al., 2011)

de même que le risque de souffrir d'obésité chez les individus ayant de meilleures capacités d'autorégulation (Tsukayama, Toomey, Faith, & Duckworth, 2010). À l'inverse, plusieurs recherches ont mis en évidence les liens entre l'émergence de psychopathologies et un manque d'autorégulation. À titre d'exemple, la schizophrénie, la dépression (Wang, Chassin, Eisenberg, & Spinard, 2015), les troubles de personnalité (Nigg, Silk, Stravo, & Miller, 2005), la dépendance (Zucker et al., 2011) et même le trouble obsessionnel-compulsif (Fineberg et al., 2014) sont associés à un manque d'autorégulation. Il en va de même pour la pleine conscience. Des études corrélationnelles rapportent un lien positif entre la disposition à la pleine conscience et le bien-être psychologique chez la population générale (Keng, Smoski, & Robins, 2011). Les affects positifs, l'empathie et la satisfaction de vie seraient associés positivement à la disposition à la PC (Brown & Ryan, 2003). À l'inverse, des relations négatives sont observées entre la disposition à la PC et des symptômes dépressifs (Cash & Whittingham, 2010), de l'anxiété sociale (Brown & Ryan, 2003) et des difficultés de régulation émotionnelle (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006).

En parallèle, les études en neurosciences qui s'intéressent à l'autorégulation et à la PC identifient certaines structures anatomiques impliquées dans ces deux processus. Plus spécifiquement, les régions frontales seraient activement sollicitées lorsque l'individu s'autorégule ou lorsqu'il se trouve en pleine conscience (Hölzel et al., 2007; Ives Deliperi, Solms, & Meintjes, 2011). De plus, certains modèles théoriques considèrent l'autorégulation comme une composante centrale dans le processus de la pleine

conscience (Bishop et al., 2004). À ce jour, peu d'études ont pris en compte l'autorégulation et la pleine conscience simultanément. Cette étude a pour but d'examiner leur relation respective avec l'épuisement parental. La PC sera étudiée d'un point de vue neuropsychologique, puisque nous considérons que la PC est possible notamment par la sollicitation de fonctions cognitives impliquées dans l'autorégulation.

Il est possible de constater que l'autorégulation et la pleine conscience influencent la parentalité. En effet, les habiletés d'autorégulation seraient fortement sollicitées dans le rôle parental. Un parent doté de bonnes capacités serait en mesure de s'arrêter, de réfléchir et d'évaluer son comportement dans l'interaction avec son enfant. À l'inverse, le manque d'habiletés à s'autoréguler peut se traduire par des comportements peu cohérents, impulsifs ou même déclenchés par un débordement émotionnel. Les habiletés à s'autoréguler sont considérées comme un processus fondamental soutenant le maintien de pratiques parentales positives, encourageantes et non abusives (Sanders & Mazzucchelli, 2013).

La pleine conscience parentale (PCP) semble également être une variable favorable à la parentalité. De manière générale, la PCP se veut être l'application des principes de la pleine conscience à travers les interactions parent-enfant (Duncan et al., 2009). La PCP contribue au développement des habiletés interpersonnelles telles que l'aptitude à se centrer sur le moment présent. Elle permet d'être plus réceptif devant les pensées et les émotions d'autrui et même de mieux réguler ses propres comportements (Duncan et al.,

2009). Ces habiletés sont donc transférables aux interactions parent-enfant et mènent à des comportements parentaux plus positifs et moins réactifs (Parent, McKee, Rough, & Forehand, 2015). Le parent qui tente d'être « pleinement conscient » avec son enfant est plus sensible et répond mieux aux besoins de celui-ci (Bögels & Restifo, 2014; Campbell, Thoburn, & Leonard, 2017). Au lieu de perpétuer des pratiques inadaptées qui découlent d'un mode automatique, les parents qui pratiquent une activité de PCP pourraient mieux accompagner l'enfant à ne pas réagir, à résister et à trouver des alternatives réfléchies aux obstacles auxquels ils sont confrontés (Duncan, Coatworth, & Greenberg, 2009).

Les neurosciences ont récemment été intégrées à une compréhension de la parentalité (Sanders & Mazzucchelli, 2013). L'amalgame des recherches en neurosciences permet de proposer une lecture novatrice pour la parentalité. En effet, cette grille d'analyse permet de s'intéresser à des habiletés qui sont habituellement étudiées dans une perspective individuelle plutôt qu'interpersonnelle. Sachant que la PC est intimement associée à l'autorégulation en raison des mêmes substrats neurophysiologiques sollicités (Lutz et al., 2014; Nozadi et al., 2015), les comportements ou les pensées d'un parent peuvent être étudiés sous l'angle de ses fonctions cognitives. En d'autres mots, les neurosciences permettent d'appuyer l'hypothèse que certaines habiletés personnelles, comme l'autorégulation et la pleine conscience, pourraient être bénéfiques sur le plan interpersonnel comme dans la relation d'un parent avec son enfant.

Avec une compréhension neuropsychologique de la parentalité, il est également pertinent de se pencher sur un syndrome parental encore peu étudié et qui serait potentiellement néfaste pour l'enfant. Il s'agit de l'épuisement des parents, aussi appelé burnout parental. L'intérêt porté à l'épuisement parental a considérablement augmenté depuis quelques années. Selon la revue de littérature menée par Sanchez-Rodriguez, Perier, Callahan et Séjourné (2019), les études recensées se concentrent principalement sur les familles des enfants avec une condition d'ordre physique (p. ex., cancer, diabète de type I, paralysie cérébrale). Il reste encore à étudier les familles qui composent avec un enfant ayant un trouble psychologique et même neurodéveloppemental.

En ce sens, les parents ayant un jeune avec un trouble de déficit de l'attention/ hyperactivité (TDA/H) peuvent être à risque de présenter des difficultés dans leur rôle parental en raison des soins et de l'attention supplémentaire que requiert l'enfant (Blanchard, Gurka, & Blackman, 2006). Plusieurs variables telles que le stress, le sentiment d'inefficacité et les pratiques éducatives négatives ont été identifiées comme facteurs de risque dans la parentalité (Jones & Prinz, 2005); Lange et al., 2005; Primack et al., 2012). À ceci s'accompagnent les études épidémiologiques qui relèvent une proportion considérable du TDA/H attribuable à l'hérédité (Faraone et al., 2015; Sullivan, Daly, & O'Donovan, 2012). Sachant cela, il devient pertinent d'examiner si les parents d'enfant présentant un TDA/H représentent une population à risque de burnout parental.

Malgré l'identification d'une population vulnérable, il faut être en mesure de cibler les habiletés qui auraient un effet protecteur face à l'épuisement parental. Jusqu'à présent, les facteurs parentaux sont identifiés comme un ensemble d'habiletés considérable dans l'explication du burnout parental (Mikolajczak, Raes, Avalosse, & Roskam, 2017). Néanmoins, il reste plusieurs éléments à étudier pour encore mieux comprendre la complexité de ce syndrome. En intégrant une approche neuropsychologique à la parentalité, l'autorégulation et la pleine conscience seraient considérées comme des habiletés permettant de s'éloigner d'un risque d'épuisement parental.

Dans un premier temps, l'objectif de cet essai doctoral est d'étudier les liens qui unissent l'autorégulation et les capacités de pleine conscience sur l'épuisement parental. Il serait adéquat de penser qu'un parent qui arrive à mieux s'autoréguler et qui adopte une attitude « pleinement consciente » se protégera face à l'épuisement parental. Dans un deuxième temps, l'objectif est de documenter l'épuisement parental auprès d'une population potentiellement à risque que représentent les parents avec un enfant ayant un TDA/H. Les résultats de recherche amènent à penser que ces parents rencontreraient des difficultés à se réguler eux-mêmes et à être pleinement conscients créant ainsi un risque d'épuisement parental plus important.

La première section de l'essai est consacrée au contexte théorique. Tout d'abord, les connaissances actuelles sur ces habiletés, soit l'autorégulation et la pleine conscience, seront expliquées d'un point de vue neuroscientifique. Par la suite, une compréhension de

l'épuisement parental et de la réalité des familles avec un enfant présentant un TDA/H sera abordée. Les sections suivantes présenteront l'étude auprès de la population cible, la méthodologie associée, les résultats et la discussion. Finalement, cet essai exposera les principales conclusions de cette étude.

Contexte théorique

Le contexte théorique présente la recension des écrits et se divise en quatre sections principales. La première section sera consacrée à l'autorégulation afin de bien cerner ce processus d'un point de vue cognitif. La deuxième section porte sur la seconde variable à l'étude qu'est la pleine conscience. La troisième section traite de l'épuisement parental tandis que la quatrième section s'attarde aux familles ayant un enfant avec un TDA/H. Le contexte théorique se termine par la présentation des objectifs de l'étude ainsi que des hypothèses de recherche qui en découlent.

L'autorégulation

Cette première section présente tout d'abord une définition de l'autorégulation et des difficultés conceptuelles qui y sont rattachées. Par la suite, il sera question d'une perspective neuroscientifique de l'autorégulation qui permettra d'aborder les fonctions cognitives sollicitées. Enfin, en raison du nombre grandissant d'études en lien avec l'autorégulation et les relations interpersonnelles, cette habileté d'auto-contrôle est expliquée à travers la parentalité.

Dans la documentation scientifique, l'autorégulation se retrouve parfois sous différentes appellations telles que l'auto-contrôle ou la maîtrise de soi (McClelland & Cameron, 2012). L'autorégulation réfère au processus global qui permet à l'individu de gérer les habiletés nécessaires sur le plan cognitif, comportemental et émotionnel pour

l'atteinte d'un objectif ou d'un but (Carver, & Scheier, 2011). Cette capacité serait façonnée par l'hérédité, l'influence du contexte ainsi que la maturation biologique de l'individu (Bouchard, 2004; Eisenberg, Smith, & Spinrad, 2011; Posner & Rothbard, 2000).

Il semble difficile de trouver un consensus dans la littérature quant à une définition de l'autorégulation (Karoly, 1993), puisque cette dernière semble englober un ensemble de capacités interreliées chez l'individu qui influence autant le corps que l'esprit (Williams, & Berthelsen, 2017). Par exemple, l'autorégulation serait un mécanisme sous-jacent à la pleine conscience tel qu'il sera abordé dans la section portant sur la pleine conscience. Le manque d'homogénéité et l'étendue du concept d'autorégulation rendent l'étude de cette dernière plus complexe. Dans cette étude, les aspects cognitifs reliés à l'autorégulation ont été ciblés. À ce jour, les données en neurosciences nous renseignent sur les structures anatomiques et les fonctions exécutives sollicitées dans l'autorégulation.

Les processus duaux : une approche neuroscientifique

Un des modèles répandus dans la documentation scientifique pour expliquer l'autorégulation est celui des processus duaux (Nigg, 2017; Norman, & Shallice, 1986; Posner, & Snyder, 2004). Sur le plan comportemental et neurocognitif, l'autorégulation peut être divisée en deux composantes. Il s'agit des processus « bottom-up » et « top-down ». Ces processus s'influencent mutuellement par l'activation de circuits neuronaux indépendants et partagés (Bridgett et al., 2015; Evans & Stanovich, 2013).

Le processus « bottom-up », autrement dit ascendant, consiste en une réponse automatique chez l'individu nécessitant peu d'effort cognitif (Posner & Snyder, 1975). Ce traitement de l'information ne requiert pas une attention consciente et volontaire. Il sert plutôt à traiter hâtivement les stimuli externes pour fournir une réponse rapide (Norman & Shallice, 1986). Conséquemment, des comportements impulsifs ou de fuite peuvent survenir en raison d'une suractivation des zones sous-corticales au détriment des régions frontales. Les structures impliquées dans ce processus automatique seraient entre autres l'amygdale et l'hippocampe (Kennis, Rademaker, & Geuze, 2013). Bien que de telles réponses soient indispensables dans des situations stressantes où la sécurité et la survie sont compromises, ces réactions sont peu élaborées et irréfléchies de sorte qu'elles ne correspondent pas en une réponse régulée chez l'individu.

À l'inverse, le processus « top-down », aussi nommé descendant, réfère à une régulation consciente et délibérée qui est sollicitée lorsque les actions ou les pensées ne sont pas automatisées (Posner & Snyder, 1975). L'individu peut moduler ses actions pour mieux répondre à l'environnement dans des situations nouvelles ou pour la résolution de situations complexes. Contrairement au processus « bottom-up », le processus « top-down » répond à des représentations internes telles que l'atteinte d'un but ou d'un objectif plutôt que de réagir à des stimuli sensoriels (Nigg, 2017). Neurologiquement, ce processus implique plusieurs régions cérébrales : cortex préfrontal dorsolatéral, cortex préfrontal ventral et cortex cingulaire antérieur (Borst et al., 2014). Cependant, le processus descendant requiert un coût cognitif plus important (Norman & Shallice, 1986). Prenons

l'exemple d'un parent qui doit consoler son enfant tout en continuant de veiller aux tâches quotidiennes. Si la réponse est ascendante, le parent sera désemparé et ses réactions pourraient être de hurler auprès de son enfant, lui dire de se débrouiller seul ou même d'abandonner. Ces réactions de fuite ou de combat telles que décrites dans les réactions possibles face à un stresseur activent les circuits limbiques et désengagent les régions frontales (Bridgett, Burt, Edwards, & Deater-Deckard, 2015). Si la réponse est descendante, le parent opterait vers une réponse régulée en privilégiant une approche calme et rassurante envers l'enfant tout en jetant un œil sur la cuisson de ses aliments par exemple. Certes, la deuxième réaction est plus énergivore, mais mieux adaptée et positive. Elle requiert notamment un contrôle exécutif adéquat pour se comporter de manière régulée (Berger, 2011; Gross, 2014).

Tel que présenté, différents comportements ou émotions découleraient en fonction du processus sollicité. Dans le cadre de cet essai, une attention particulière est portée au processus « top-down ». Ce processus, qui correspond à l'autorégulation, permettra de mettre en relation les comportements parentaux avec les fonctions cognitives à l'étude.

L'apport des fonctions exécutives

L'autorégulation est souvent étudiée par le biais des fonctions exécutives (Chan et al., 2008 ; Eslinger et al., 2004 ; McClelland et al., 2015 ; Miyake et al., 2000 ; Willoughby et al., 2012). En fait, les régions frontales soutiendraient les fonctions exécutives

impliquées dans le processus « top-down » (Banfield et al., 2014; Miller, & Cohen, 2001; Miyake et al., 2000).

À ce jour, il n'y a pas de consensus quant à une définition des fonctions exécutives (aussi appelées contrôle exécutif). Ce terme regroupe généralement plusieurs fonctions cognitives hétérogènes, associées au cortex préfrontal, qui permettent à l'individu de réguler ses émotions et ses comportements vers un but (Diamond, 2013). Malgré tout, Miyake et ses collaborateurs (2000) proposent un modèle avec trois principales fonctions exécutives comprenant l'inhibition, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail. Étant donné que ce modèle est souvent cité dans la littérature, ces trois fonctions exécutives ont été ciblées dans cette étude et seront définies ci-dessous pour mieux comprendre leur rôle dans le processus d'autorégulation.

L'inhibition cognitive. L'inhibition cognitive est un mécanisme qui permet d'inhiber délibérément des réponses automatiques ou dominantes lorsque nécessaire (Logan, 1994). Elle est considérée comme une fonction exécutive primaire pour les autres fonctions plus complexes telles que la résolution de problème et la planification. En effet, un fonctionnement inhibiteur efficace permet de créer un délai entre la mise en action de la fonction supérieure pour ainsi fournir une réponse plus adéquate face à l'environnement (Barkley, 1997; McClelland et al., 2015).

La mémoire de travail. La mémoire de travail est un autre aspect du fonctionnement exécutif qui est intimement lié au contrôle inhibiteur (Best & Miller, 2010). Elle fait référence à la capacité de garder plusieurs éléments en mémoire à court terme lors de l'exécution de tâches complexes telles que le raisonnement, la compréhension et l'apprentissage (Baddeley, 2010). Ce processus permet notamment d'aborder un problème, de résoudre un conflit ou d'anticiper les actions pouvant mener à des buts à long terme. En d'autres mots, la mémoire de travail constitue une compétence centrale pour l'autorégulation.

La flexibilité cognitive. La flexibilité cognitive favorise la capacité d'alterner entre des objectifs tout en contribuant aux fonctions exécutives supérieures, telles que la planification, l'organisation et la prise de décision (Eslinger & Grattan, 1993 ; Jurado & Rosselli, 2007). Les capacités de planification et d'organisation sont notamment nécessaires pour la résolution de problèmes grâce à un contrôle approprié de la mémoire de travail (Roth, Isquith, & Gioia, 2005).

Devant une tâche complexe, l'individu s'appuie sur ses capacités exécutives pour maintenir son attention, filtrer l'information pertinente, formuler un plan, envisager des alternatives et modifier un comportement afin d'atteindre un but (Buckner, Mezzacappa, & Beardslee, 2010). En parallèle, l'autorégulation est aussi perçue comme un apport positif dans les relations interpersonnelles (Tangney, Baumeister, & Boone, 2004). Que

ce soit en relation conjugale, en milieu de travail ou au sein de la famille, les capacités d'autorégulation auraient un impact sur la manière de se comporter avec autrui.

L'autorégulation dans une perspective parentale

Être parent est une expérience de vie des plus gratifiantes. Néanmoins, cela peut devenir exigeant et les défis à la parentalité peuvent être nombreux. À travers les activités quotidiennes, le parent doit être en mesure de s'ajuster aux besoins de l'enfant selon son stade développemental, de modifier son comportement lorsque nécessaire ou de le maintenir pour atteindre les buts désirés. En d'autres mots, les capacités d'autorégulation semblent grandement être mises à l'épreuve chez le parent. C'est pourquoi certains auteurs considèrent les fonctions exécutives comme un déterminant potentiel d'une saine parentalité (Chico, Gonzalez, Ali, Steiner, & Fleming, 2014 ; Crandall, Deater-Deckard, & Riley, 2015 ; Rutherford, Wallace, Laurent, & Mayes, 2015).

Sur le plan théorique, Sanders et Mazzuchhelli (2013) considèrent l'autorégulation à la manière dont le parent se perçoit comme étant compétent et efficace, capable de résoudre des problèmes de façon indépendante tout en adaptant les buts et compétences parentales à divers défis du quotidien (Karoly, 1993 ; Sanders, 2008 ; Sanders & Mazzucchelli, 2013). Pour y arriver, le parent doit nécessairement user de capacités inhibitrices (Shaffer & Obradovic, 2017) et faire preuve de flexibilité afin d'être cohérent dans ses interventions (Sanders & Mazzucchelli, 2013). À cet effet, des études identifient un lien positif entre les fonctions exécutives et certains attributs parentaux (Cuevas et al.,

2014 ; Deater-Deckard, Wang, Chen, & Bell, 2012 ; Gonzalez, Jenkins, Steiner, & Fleming, 2012 ; Sturge-Apple, Suor, & Skibo, 2014). Un parent bien régulé est en mesure d'accepter ses émotions, tout en les tempérant pour limiter l'interférence avec la poursuite d'objectifs (Koole, van Dillen, & Sheppes, 2011). Ses attentes seront positives et il sera en mesure de se remettre en question et d'identifier ses forces et ses faiblesses personnelles. Ces dernières capacités réfèrent plus directement à l'introspection qui est pertinente dans l'ajustement et le maintien d'un lien positif avec son enfant (Sanders & Mazzucchelli, 2013).

Dans une perspective cognitive, un manque d'autorégulation chez le parent pourrait se traduire par une incohérence dans sa manière de réagir face à un même comportement de la part de l'enfant, en adoptant parfois une attitude passive et à d'autres moments, en étant trop disciplinaire (Duckworth & Seligman, 2005). Cela amène le parent à croire qu'il ne peut pas gérer calmement et efficacement sa relation avec son enfant. Une perception de surcharge pour gérer les évènements peut mener à un évitement de la part du parent ou à des justifications externes pour expliquer une telle réaction (Patterson & Chamberlain, 1994).

Somme toute, l'autorégulation est une ressource critique pour l'ajustement relationnel. À l'inverse, les déficits d'autorégulation représentent une perte de contrôle, des comportements impulsifs ou d'évitement dans diverses circonstances comme dans le rôle parental. Pour approfondir une compréhension des relations familiales, il est essentiel

d'étudier les déterminants susceptibles d'influencer positivement l'autorégulation parentale. En ce sens, la prochaine section porte sur la pleine conscience, pratique instaurée dans les thérapies cognitivo-comportementales de troisième vague. Elle est considérée comme un facteur de protection, mais aussi comme un moteur de changement positif sur les émotions, les cognitions et les comportements de l'individu.

La pleine conscience

Cette section vise à mieux comprendre ce qu'est la pleine conscience. Quelques définitions de ce concept seront tout d'abord proposées. En raison du nombre grandissant d'études sur le sujet, les apports de cette pratique seront détaillés sur le plan psychologique, cognitif et neurologique. Par la suite, il sera question de la pleine conscience parentale, puisque cette pratique est une avenue d'intervention fort prometteuse. Enfin, l'apport respectif de la pleine conscience (PC) et de l'autorégulation dans la transmission intergénérationnelle sera abordé.

La PC n'a rien d'un concept nouveau. Historiquement, elle remonte aux racines bouddhistes il y a plus de deux millénaires. Toutefois, ce n'est qu'en 1979 que la pleine conscience est introduite à la culture occidentale à des fins thérapeutiques. À travers son programme intitulé *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), John Kabat-Zinn (1982) y introduit cette pratique de méditation pour les patients ayant des douleurs chroniques. Depuis, la pleine conscience est introduite à plusieurs thérapies pour améliorer le bien-être de différentes populations cliniques.

Bien qu'il n'ait présentement pas de consensus quant à la définition de la PC, l'explication offerte par Kabat-Zinn (1992) reste la plus admise. Il définit la PC comme une approche intentionnelle, basée sur nos capacités d'introspection, en adoptant une attitude de non-jugement du moment présent. La PC consiste à focaliser l'attention sur l'expérience des pensées, des émotions et des sensations corporelles, simplement en les observant au fur et à mesure qu'elles surviennent et disparaissent sans y émettre de jugement (Brown, Ryan, & Creswell, 2007).

La pleine conscience peut être conceptualisée en tant que « construit psychologique » et réfère à l'aptitude à porter son attention soutenue dans l'ici et maintenant (Brown & Ryan, 2003). Elle se retrouve souvent sous le nom de la disposition à la pleine conscience (*dispositional mindfulness*) ou de capacités de pleine conscience. La disposition à la PC serait une capacité innée chez les individus et serait variable d'une personne à l'autre (Brown & Ryan, 2003).

La pleine conscience peut également être perçue comme le résultat d'un entrainement fondé sur les interventions basées sur la PC (Fall, 2016). Il est possible de retrouver plusieurs études qui s'intéressent à l'efficacité des interventions basées sur la pratique de la pleine conscience. En effet, il s'agit d'évaluer, par le biais de questionnaires auto-rapportés, si la capacité de PC a augmenté à la suite d'interventions basées sur la pleine conscience (Fall, 2016).

D'un point de vue neuropsychologique, la PC peut être conceptualisé comme un entrainement cognitif permettant d'apprendre à orienter son attention (Carmody, 2009; Kang, Gruber, & Gray, 2013). Concrètement, l'individu apprend à ne pas se laisser distraire par les stimuli environnants (inhibition), à ramener son esprit lorsque celui-ci vagabonde (flexibilité cognitive) et à rester à jour avec les informations nouvelles obtenues en cours d'exécution (mémoire de travail). En d'autres mots, l'autorégulation serait impliquée dans la PC par le biais du contrôle exécutif.

D'un point de vue théorique, certains auteurs décrivent, dans leurs propres termes, l'implication de l'autorégulation dans la PC. Par exemple, Bishop et ses collaborateurs (2004) proposent une conceptualisation de la PC comprenant deux composantes. La première est rapportée comme étant « l'autorégulation de l'attention ». Cette composante comprendrait trois processus sous-jacents : l'inhibition, la flexibilité cognitive et l'attention soutenue. Mentionnons que l'attention soutenue requiert activement les capacités de mémoire de travail (Oberauer, 2019). Ce processus d'autorégulation permettrait de rediriger l'esprit sur l'instant présent afin d'augmenter la reconnaissance des pensées, des émotions et des sensations vécues par l'individu. Dans le cadre d'une pratique de PC, certains auteurs soutiennent l'importance de l'autorégulation de l'attention dans ce modèle (Chiesa et al., 2011; Chiesa & Serretti, 2010). La deuxième composante est caractérisée par l'ouverture, la curiosité et l'acceptation. Elle correspond à l'orientation vers l'expérience. Essentiellement, il s'agit d'être spectateur de ses pensées et de ses émotions qui émergent sans y porter de jugement.

Quant à Hölzel, Lazar et ses collaborateurs (2011), ils suggèrent plutôt quatre mécanismes sous-jacents à la PC. Parmi ces mécanismes l'on retrouve la « régulation de l'attention » qui permet de rediriger l'esprit lorsque celui-ci vagabonde. Pour ce faire, l'individu doit présenter les aptitudes cognitives nécessaires pour être en mesure de ramener l'esprit au moment présent. En d'autres mots, ce premier mécanisme implique l'autorégulation et serait considéré par plusieurs comme le mécanisme central de la PC (Fall, 2017). La perception corporelle, considérée comme le deuxième mécanisme, permettrait d'être plus conscient de ses sensations corporelles et par conséquent, l'individu serait plus apte à identifier ses émotions. La régulation émotionnelle est considéré comme le troisième mécanisme impliqué dans la PC. Elle servirait à donner un sens à une situation difficile et à consolider une approche d'acceptation et de non-jugement lors d'un évènement difficile à venir. Enfin, le changement métacognitif permettrait d'être observateur de ses propres actions, émotions et pensées. Ce changement dans la perspective de soi entrainerait une modification dans l'expérience subjective de l'individu.

Lorsque la PC est abordée d'un point de vue neuropsychologique, l'autorégulation semble nécessaire pour que l'individu puisse être en PC. C'est aussi ce que tente de faire valoir les recherches en neurosciences. Tel que discuté ultérieurement, plusieurs études rapportent une amélioration de l'autorégulation en lien avec une pratique de PC (Keng et al., 2011; Moore & Malinowski, 2009; Tang et al., 2007). Les études sont toutefois moins nombreuses sur les liens entre l'autorégulation et la disposition à la PC. C'est la raison

pour laquelle il est envisagé, dans cette étude, de mettre en relation la disposition à la PC avec des mesures d'autorégulation afin d'explorer leur rôle respectif.

La pleine conscience demeure un phénomène complexe aux multiples facettes sous-jacentes (Leary & Tate, 2007). Néanmoins, certains aspects semblent faire consensus tels que l'implication de ressources cognitives pour permettre l'attention soutenue sur le moment présent, l'effort délibéré pour orienter l'esprit et l'observation entourant les processus sensoriels, affectifs et cognitifs (Fall, 2016). Par ailleurs, plusieurs considèrent que la capacité d'être en pleine conscience peut être augmentée par des exercices de méditation. La section qui suit présente un bref survol des bénéfices individuels rapportés à la suite d'un entrainement de PC.

Les bienfaits de la pleine conscience

Dans la littérature scientifique, la pleine conscience est un sujet fort étudié depuis qu'elle a été introduite aux psychothérapies cognitives-comportementales de troisième vague. Les méthodologies sont multiples pour examiner ses bienfaits autant sur la santé psychologique que physique (Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004). On retrouve des études corrélationnelles qui mettent en relation la disposition à la PC avec diverses composantes psychologiques et physiques. Quant aux interventions basées sur la PC, elles sont étudiées pour connaitre leurs bienfaits sur des populations vulnérables ou sur la population générale. Il en va de même pour les études concernant les exercices guidés ou les interventions en psychoéducation basées sur la PC. Les recherches en neuro-

imagerie sont également de plus en plus nombreuses et notent des changements neurobiologiques en lien avec une pratique de pleine conscience. Un résumé de la littérature est donc présenté pour comprendre les apports positifs de la pleine conscience.

Les effets psychologiques. Jusqu'à présent, la disposition à la PC a été positivement associée à plusieurs indicateurs de bien-être. Par exemple, la disposition à la PC a été associée à la satisfaction de vie (LeBlanc et al., 2019) et au sentiment subjectif de bien-être (Brown & Ryan, 2003). Des associations négatives sont également rapportées avec la détresse psychologique (Chen et al., 2018), l'anxiété et la dépression (Barajas & Garra, 2014).

De manière générale, la pratique de la pleine conscience permettrait d'améliorer certains indicateurs de santé mentale. Une méta-analyse incluant 29 études (N = 2668) montre des effets au moins modérés sur le stress, les symptômes d'anxiété et de dépression ainsi que sur la qualité de vie chez des individus sains (Khoury, Sharma, Rush, & Fournier, 2015). En effet, les pratiquants auraient moins de ruminations, de suppressions de la pensée et de dysrégulations émotionnelles comparativement à des non-méditants (Ngô, 2013). La PC favoriserait entre autres la présence d'affects positifs, d'estime de soi, d'auto-actualisation et d'optimisme (Brown et al., 2007).

La pratique de pleine conscience serait aussi bénéfique pour la réduction de symptômes dans les psychopathologies. Pour les troubles anxieux, certaines études notent

des résultats encourageants avec une diminution de l'anxiété et des ruminations chez les patients ayant une phobie sociale à la suite d'un programme de huit semaines de MBSR (Goldin & Gross, 2010). Les individus souffrant de troubles anxieux généralisés ou d'attaques de panique bénéficieraient aussi de ce type d'intervention (Kim et al., 2009). En fait, les individus seraient plus aptes à s'adapter à une situation stressante (Weinstein, Brown, & Ryan, 2009). Pour ce qui est des troubles dépressifs, la pratique de PC pourrait permettre de diminuer les symptômes dépressifs (Klainin-Yobas, Cho, & Creedy, 2012) et serait efficace durant les phases aiguës de dépression (Eisendrath et al., 2008).

Plusieurs autres troubles psychopathologiques ont fait l'objet d'études avec une pratique de pleine conscience : les dépendances à des substances (Bowen et al., 2009; Garland, Gaylord, Boettinger, & Howard, 2010), les troubles obsessionnels-compulsifs (Hale, Strauss, & Lever-Taylor, 2013), les troubles psychotiques (Langer, Cangas, Salcedo, & Fuentes, 2012) et les troubles des conduites alimentaires (Alberts, Thewissen, & Raes, 2012). Malgré l'intégration de la PC dans le traitement de plusieurs psychopathologies, il n'en demeure pas moins que chaque programme se doit d'être adapté à la clientèle et ne constitue pas le même degré de bénéfices. Plusieurs recherches dans le domaine demeurent nécessaires pour mieux décrire les impacts de cette pratique auprès d'individus présentant un trouble de santé mentale.

Les effets cognitifs. Quelques études soulignent que la disposition à la pleine conscience est liée à de meilleures capacités exécutives par le biais de questionnaires auto-

rapportés (Lyvers et al., 2014; Riggs et al., 2015, Shin et al., 2016; Short et al., 2016; Wittmann et al., 2014).

Pour ce qui est des programmes de PC, certaines études soulignent l'amélioration des capacités attentionnelles (Chambers, Lo, & Allen, 2008; Chiesa, Calati, & Serretti, 2011; Dickenson, Berkam, Arch, & Lieberman, 2013; Malinowski, 2013). Les principales fonctions exécutives répertoriées que sont l'inhibition, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail sont justement influencées positivement par cette pratique.

Plus spécifiquement, les données indiquent que la PC augmente les capacités inhibitrices (Kang, Gruber, & Gray, 2013; Mrazek, Franklin, Phillips, Baird, & Schooler, 2013). En diminuant les pensées intrusives et l'interférence de stimuli émotionnels, l'individu serait plus apte à porter son attention sur le moment présent. Les réactions impulsives seront aussi diminuées grâce à une réorganisation cérébrale qui dé-automatise certains processus cognitifs. Quant aux capacités de mémoire de travail, la pratique de pleine conscience permettrait de prévenir la réduction de celles-ci (Keng et al., 2011) même dans un contexte d'expérience stressante (Chiesa et al., 2011). Bien que le nombre de recherches sur le sujet soit encore faible, les aptitudes en mémoire de travail joueraient un rôle médiateur entre le temps de pratique à la PC et les affects négatifs (Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong, & Gelfand, 2010). La flexibilité cognitive se verrait également augmentée. Les individus ayant pratiqué la PC développeraient une meilleure capacité à se désengager de comportements automatiques ou routiniers et à se réengager dans une

réponse plus adaptée au contexte (Moore & Malinowski, 2009). Toutefois, certaines études n'obtiennent pas des résultats concluants à la suite d'un entrainement de huit semaines de PC pour ces trois fonctions exécutives (voir la revue de Lao, Kissane, & Meadows, 2016). Les variations dans les concepts théoriques de référence, les instruments de mesure et le temps d'entrainement à cette pratique sont notamment évoqués pour expliquer des résultats contradictoires.

Les effets neurobiologiques. Grâce à l'imagerie en résonance magnétique (IRM) et l'électroencéphalographie (EEG), des changements sont constatés dans l'activité cérébrale à la suite d'une pratique de PC. Les recherches relèvent notamment des augmentations de l'activité cérébrale dans le cortex cingulaire postérieur, la jonction pariéto-temporale et le cervelet (Fletcher, Schoendorff, & Hayes, 2010; Hölzel, Carmody et al., 2011; Lazar, 2013). L'activation des régions frontales est également soulignée dans plusieurs études à la suite d'une pratique de PC (pour une revue de littérature, voir Trousselard, Claverie, Canini, & Steiler, 2014). Le cortex préfrontal est essentiel pour l'intégration de l'esprit et du corps et favorise le bon fonctionnement exécutif (Peter, 2010; Sullivan & Gratton, 2002; Van Eden & Buijs, 2000). L'activation soutenue des régions frontales entraine entre autres une diminution de l'activité de l'amygdale, le siège des émotions (Bondolfi, Jermann, & Zermatten, 2011; Chiesa et al., 2013; Froeliger, Garland, Modlin, & McClernon, 2012; Goldin & Gross, 2010; Lutz et al., 2014).

Qui plus est, les recherches mettent de l'avant le cortex cingulaire antérieure (CCA) comme étant une structure impliquée durant un entrainement de pleine conscience (Hölzel et al., 2007). Le CCA est d'intérêt puisqu'il est notamment impliqué dans le contrôle exécutif de l'individu (Posner, Sheese, Rothbart, & Tang, 2007 ; Tang & Tang, 2013). Ce qui est intéressant, c'est que le CCA et le cortex préfrontal travaillent conjointement. Ils s'unissent pour solliciter les autres régions cérébrales afin de répondre aux demandes attentionnelles, motivationnelles et comportementales (Bosh, Luu, & Posner, 2000). Quant à l'insula, il joue un rôle dans les mécanismes cérébraux impliqués dans l'empathie (Carr, Iacoboni, Dubeau, Mazziotta, & Lenzi, 2003). Cette structure est également sollicitée dans les représentations d'ordre supérieur comme la prise de conscience (*self-awareness*; Craig, 2009).

Avec seulement huit semaines d'un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR; Kabat-Zinn, 1982), une augmentation de la densité de la matière grise est constatée dans les régions impliquées dans la mémoire, l'apprentissage, la régulation émotionnelle et la prise de perspective (Hölzel, Carmody et al., 2011).

L'activation neuronale générée par la pratique de PC reste toutefois plus complexe et sollicite une multitude de circuits neuronaux. Trois réseaux semblent notamment s'activer grâce à une pratique de pleine conscience qui agissent de manière indépendante, mais demeurent interconnectés (Malinowski, 2013). Le premier réfère au réseau d'alerte, c'est-à-dire qu'il permet l'engagement de l'attention et implique les régions frontales et

pariétales droites. Le deuxième est le mécanisme d'orientation. Il sollicite la jonction temporo-pariétale, le lobe pariétal supérieur et certaines aires visuelles. Le troisième réfère au contrôle exécutif. Ce réseau implique l'activation du cortex préfrontal latéral, du cortex cingulaire antérieur et des ganglions de la base. L'interaction entre ces circuits est complémentaire. Voici un exemple pour expliquer l'interaction neuronale. Durant une séance de PC, l'individu centre son attention de manière prolongée sur un objet spécifique ce qui sollicite le réseau d'alerte. Si l'esprit tend à vagabonder, les processus exécutifs permettront de se désengager tandis que les processus d'orientation vont permettre de ramener l'attention sur l'objet de départ (Fall, 2016).

Néanmoins, il est encore difficile d'identifier les structures impliquées à la suite d'une pratique de PC en raison des différences individuelles propres à chacun et des lacunes sur le plan méthodologique des études (Tang, Halzel, & Posner, 2015). Ce constat amène à croire qu'un entrainement de pleine conscience provoque une complexité d'interactions avec plusieurs circuits neuronaux. Il reste à entreprendre d'autres études pour comprendre l'entièreté de la plasticité cérébrale engendrée par la PC.

Au-delà du domaine neuroscientifique, les recherches cliniques s'intéressent de plus en plus au volet interpersonnel de la pleine conscience, puisqu'elle permettrait d'augmenter la qualité des interactions sociales (Brown et al., 2007). La PC pourrait être un moyen alternatif à la prise en charge médicamenteuse chez ceux qui éprouvent des difficultés relationnelles (Chiesa & Serretti, 2009). À cet effet, l'intérêt porté à la PC au

sein des familles est une avenue pertinente. Étant donné la littérature grandissante sur le sujet, la « pleine conscience parentale » (*Mindful Parenting*; Duncan et al., 2009) sera abordée en détail dans la section suivante.

Les fondements de la pleine conscience appliqués à la parentalité

La pleine conscience parentale (PCP) consiste à appliquer les principes de la pleine conscience à la parentalité (Bögels & Restifo, 2014). Le parent tente d'être constamment dans l'instant présent à travers ses interactions avec l'enfant ce qui lui permet d'être plus attentif à la situation et l'empêche de se laisser envahir par une émotion négative (Duncan et al., 2009). Selon Duncan et ses collaborateurs (2009), cinq habiletés sont développées chez le parent qui s'adonne à la pleine conscience parentale et qui lui permet d'utiliser des pratiques parentales plus adaptées (voir Figure 1). La première est l'écoute attentive de l'enfant qui consiste à porter son attention dans les interactions parent-enfant sans se laisser envahir par des préoccupations externes. La deuxième réfère à l'adoption d'une attitude d'acceptation sans jugement, autant envers soi-même qu'envers l'enfant. La conscience émotionnelle est la troisième habileté développée, alors que la quatrième est l'autorégulation dans la relation parentale, c'est-à-dire la régulation des comportements parentaux. Enfin, le fait d'être sensible et de répondre autant à ses besoins qu'à ceux de l'enfant réfère à l'habileté de compassion.

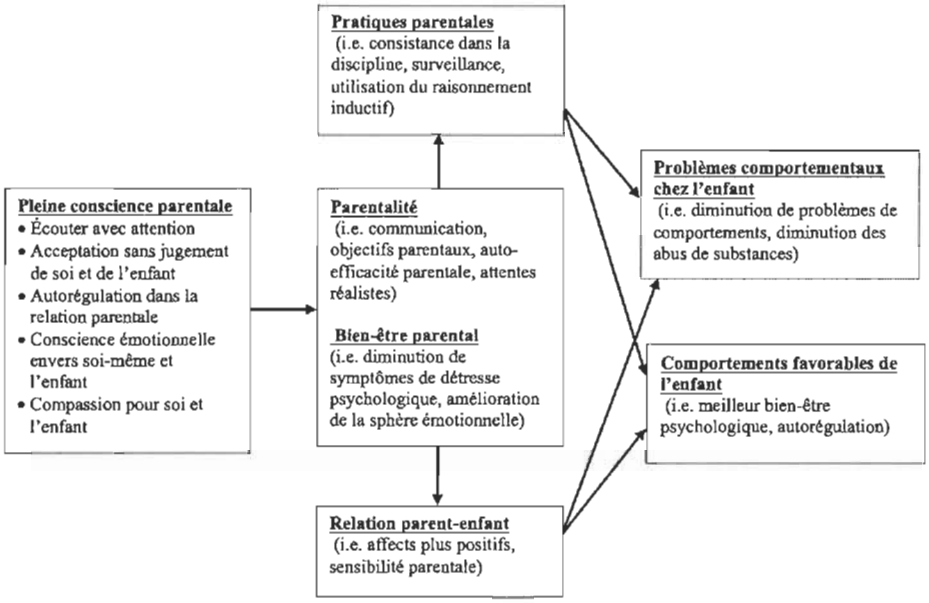

Figure 1. Parentalité consciente, relation parent-enfant et ses retombées sur le jeune (Duncan et al., 2009 ; traduction libre).

Selon Coatsworth et ses collaborateurs (2010), la PCP aurait deux processus, c'est-à-dire un processus intrapersonnel et un processus interpersonnel qui interagissent simultanément. Le processus intrapersonnel permet au parent de changer sa perspective concernant ses états internes tels que ses émotions, ses pensées, ses attitudes et ses valeurs. Quant au processus interpersonnel, il permet une meilleure proximité en adoptant une approche plus empathique, une prise de perspective et une plus grande conscience émotionnelle (Coatsworth et al., 2010). Ainsi, la PCP serait un niveau de conscience plus élevé que les parents développent sur leurs états internes, la façon dont ils pensent et dont ils réagissent à l'égard de leurs pensées. Plusieurs comportements parentaux positifs sont possibles lorsque le parent tente d'être pleinement présent, plus réceptif et moins sur le pilote automatique (Parent et al., 2015). Pratiquer la pleine conscience se veut donc un

désapprentissage des habitudes antérieures et l'appropriation de nouvelles, mieux adaptées.

L'état des recherches sur la pleine conscience parentale. Tout d'abord, les études corrélationnelles ont vérifié les liens unissant la pleine conscience et la parentalité. En lien avec ce modèle proposé par Duncan et ses collaborateurs (2009), les recherches font ressortir des résultats intéressants entre la disposition à la PC et les pratiques parentales (Bögels & Restifo, 2014, Parent et al., 2016; Van der Oord, Bögels, & Peijnenburg, 2012). Plus la disposition à la pleine conscience est présente, plus le parent s'ajuste adéquatement aux comportements de l'enfant (Geurtzen et al., 2015; Parent et al., 2016; Turpyn & Chaplin, 2016). De meilleures capacités de pleine conscience ont aussi été associées à un plus haut niveau de compassion (Gouveia, Carona, Canavarro, & Moreira, 2016). Il s'avère que la disposition à être en pleine conscience serait intimement liée à la PCP (Corthorn & Milicic, 2016; de Bruin et al., 2014; Parent et al., 2016).

Des programmes de pleine conscience parentale ont fait l'objet d'études pour quantifier et qualifier les impacts auprès des parents et de leur enfant. La récente méta-analyse menée par Shorey et Ng (2021) présente la recension de onze études portant sur des programmes de PCP (N = 1340). Malgré l'hétérogénéité des programmes évalués et des outils de mesure utilisés, un effet modéré est rapporté seulement sur les mesures de pleine conscience chez les parents ayant un enfant au développement typique (Shorey & Ng, 2021). D'autres études rapportent une augmentation des capacités de PCP

(Friedmutter, 2015) et de la disposition à la PC chez les parents ayant participé aux huit semaines d'entrainement de PCP (Corthorn, 2018). Des bénéfices sur la qualité de la relation parent-enfant et des pratiques parentales plus adaptées sont également rapportés (Coatsworth et al., 2010; Friedmutter, 2015). Par ailleurs, un meilleur ajustement comportemental de l'enfant semble observé par les parents (Geurtzen, Scholte, Engels, Tak, & van Zundert, 2015; Parent, McKee, Rough, & Forehand, 2016; Singh et al., 2010).

Toutefois, certaines études concluent que les données sont insuffisantes pour statuer que les ateliers de PCP sont attribuables à une amélioration du bien-être autant chez l'enfant que chez le parent (Friedmutter, 2015; Townshead et al., 2016; Zwi et al., 2011). De manière générale, les études portant sur les programmes de PCP présentent d'importantes limites. Pour la plupart des recherches, les parents et les enfants bénéficient chacun d'une intervention de pleine conscience. Il devient donc difficile d'attribuer uniquement les répercussions positives aux ateliers de PCP. Il importe de rappeler que la grande majorité de données est obtenue à l'aide de questionnaires auto-rapportés de sorte qu'il illustre uniquement le point de vue parental. L'hétérogénéité au sein des protocoles de recherche et des instruments de mesures utilisés permet plus difficilement de généraliser les résultats de recherche (Shorey et al., 2021).

La pleine conscience et l'autorégulation dans une perspective intergénérationnelle

Une des raisons de s'intéresser à ces habiletés est que la disposition à la pleine conscience et les capacités d'autorégulation seraient transmissibles d'une génération à

l'autre (Bridgett et al., 2015; Crouch et al., 2012; Jester et al., 2009; Melen, Peppinh, & O'Donovan, 2017; Pepping, Davis, & O'Donovan, 2015). Il est bien connu que le comportement d'un parent est influencé par sa propre expérience durant l'enfance (Belsky, Conger, & Capaldi, 2009). Pour transmettre des stratégies d'adaptation efficaces, le parent doit notamment être disposé cognitivement pour s'arrêter, prendre son temps et agir convenablement. Le parent conscient favorise aussi des relations plus positives avec son enfant (Medeiros, Gouveia, Canavarro, & Moreira, 2016). Par conséquent, il peut fournir un environnement familial optimal pour le développement de stratégies d'autorégulation du jeune (Pepping et al., 2016). Les enfants qui grandissent avec un modèle de parents plus sensibles développeront à leur tour de meilleures stratégies de régulation (Mukilincer & Florian, 2001). Ces enfants seront à même de prendre conscience de leurs propres besoins, intérêts et valeurs et obtiendront ainsi un plus grand bien-être. C'est la raison pour laquelle l'intervention auprès de parents épuisés pourrait briser un cycle de transmission intergénérationnelle de stratégies d'autorégulation inadéquates.

L'épuisement parental

Cette section aborde tout d'abord le phénomène de l'épuisement parental en y expliquant les symptômes et les conséquences reliés. Par la suite, une intégration des connaissances sur l'autorégulation et la pleine conscience est proposée pour aborder l'épuisement parental.

La parentalité est un sujet grandement étudié en raison du rôle primordial du parent dans le développement cognitif et psychoaffectif de l'enfant. La notion de la parentalité positive s'est développée il y a quelques années pour définir les balises comportementales qui favorisent une parentalité adéquate. Elle réfère à tout comportement ou attitude parentale qui est dans l'intérêt de l'enfant (Rodrigo, 2010). Le rôle du « parent positif » est de promouvoir une éducation chaleureuse, aimante et qui répond aux besoins de sécurité de l'enfant. C'est aussi de favoriser chez l'enfant un sentiment de compétence, lui offrir un encadrement, un environnement non violent en plus de le valoriser à travers une écoute active. Certes, cette définition demeure un idéal des comportements attendus et ce standard ne peut être atteint en permanence par le parent (Roskam, & Mikolajczak, 2018). Pour certains, l'écart entre le parent « idéal » et la réalité avec laquelle ils doivent composer peut générer de la frustration, de l'impuissance et du stress face à ces standards inatteignables. Cette situation peut mener à un sentiment de culpabilité, puisque leurs pratiques parentales s'éloignent du parent idéalisé. Conséquemment, certains d'entre eux sont susceptibles de vivre des difficultés persistantes au sein de la famille et peuvent ainsi glisser vers un épuisement parental.

L'épuisement parental ou le burnout parental est « un sentiment d'épuisement et d'inefficacité dans son rôle de parent » ainsi qu'une « perte de lien affectif avec son enfant » qui résulte d'un stress chronique. L'épuisement parental se distingue toutefois de la dépression, de l'anxiété et de l'épuisement professionnel (Roskam et al., 2017; Van Bakel, Van Engen, & Peters, 2018). La différence réside en fait dans l'origine des

symptômes objectivés (Roskam & Mikolajczak, 2018). Dans le cas présent, la symptomatologie se traduit dans la sphère parentale. C'est pourquoi il est possible de se retrouver en épuisement parental sans pour autant être épuisé au travail ou présenter une psychopathologie. Malgré cela, il a été montré que l'anxiété et la dépression sont corrélées avec l'épuisement parental (Riva et al., 2014; Séjourné, Sánchez-Rodriguez, Leboullenger, & Callahan, 2018).

Le burnout parental semble affecter autant les mères que les pères (Lindström, Aman, & Norberg, 2011). Cependant, certains auteurs considèrent qu'il se vit différemment selon le sexe et que les femmes seraient plus à risque. À ce jour, la prévalence du burnout parental varie entre 1,2% et 17% selon l'échantillon (Kawamoto, Furutani, & Alimardani, 2018; Roskam et al., 2017; Van Bakel et al., 2018).

Trois dimensions composent ce syndrome : l'épuisement physique et émotionnel, le sentiment d'inefficacité et la distanciation émotionnelle (Roskam & Mikolajczak, 2017). Tout d'abord, l'épuisement physique et émotionnel est causé par un excès d'investissement comparativement à ces propres capacités. Par exemple, les parents se sentent fatigués physiquement d'affronter une autre journée avec leurs enfants. Par le fait même, ils se sentent émotionnellement épuisés en raison des exigences trop élevées par rapport à leurs capacités (Mikolajczak, Raes et al., 2018). Ils agissent alors sur un mode automatique dans leur rôle parental (Roskam & Mikolajczak, 2018). Par la suite, les perceptions de leurs capacités à accomplir des tâches en lien avec l'activité parentale

correspondent au sentiment d'efficacité parental (Johnston & Mash, 1989 ; Junttila, Vauras, & Laakkonen, 2007). Pour les parents avec un sentiment d'efficacité positif, les pratiques parentales sont plus encourageantes, ce qui entraine une amélioration du fonctionnement de l'enfant (Ardelt & Eccles, 2001). À l'inverse, l'entretien de cognitions négatives envers leur rôle parental entraine des comportements peu valorisés. Finalement, en ce qui a trait à la distanciation émotionnelle, elle se définit comme un mécanisme de défense pour l'individu. Le parent prend une distance émotionnelle considérable avec son enfant, il devient de moins en moins impliqué dans son éducation et sa relation avec lui. Bien souvent, la distanciation émotionnelle se manifeste par une implication minimale, c'est-à-dire que les parents se limitent aux aspects fonctionnels au détriment des aspects émotionnels dans leur relation avec son enfant (Mikolajczak, Raes et al., 2017). Cette phase entraine notamment des comportements inappropriés de la part du parent.

Le burnout parental est le résultat d'une dynamique complexe d'une série de facteurs individuels, relationnels et contextuels. Mikolajczak et ses collaboratrices (2017) ont élaboré un modèle théorique axé sur les facteurs de risque. Ce modèle permet de mieux cerner l'émergence de ce syndrome pour intervenir auprès de cette population, mais aussi pour agir à titre préventif.

Le principe du risque cumulé pour expliquer l'épuisment parental

Les auteures (Roskam & Mikolajczak, 2017) conceptualisent le burnout parental en présentant la Balance des Risques et des Ressources (BR^2) pour illustrer la problématique

(voir Figure 2). En fait, c'est le déséquilibre entre les facteurs de risque et de protection qui rendent les parents susceptibles d'être en burnout parental.

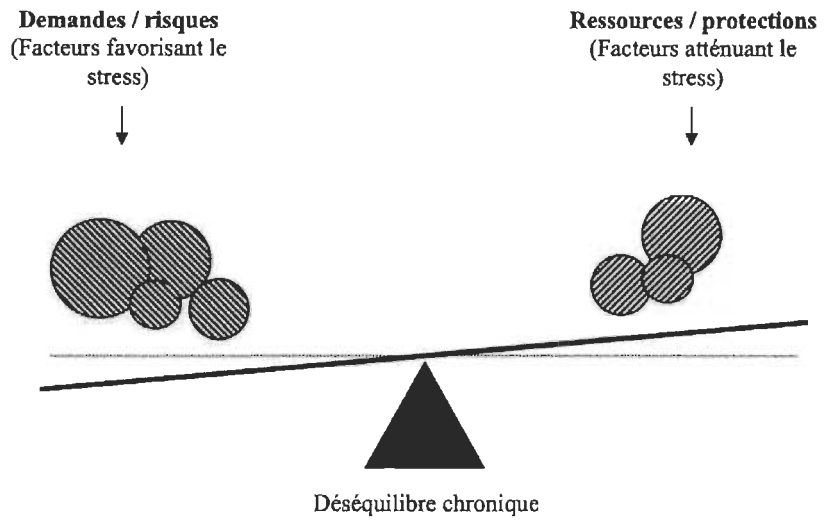

Figure 2. Représentation schématique de la Balance du Risque et des Ressources (BR^2; Mikolajczak et Roskam, 2018 ; traduction libre).

Concrètement, deux parents pourraient présenter des facteurs de risque similaires, mais seulement l'un d'entre eux serait en épuisement parental. La vulnérabilité du parent dépend de la présence ou non de ressources lui permettant de compenser au stress et aux demandes de l'environnement (Roskam & Mikolajczak, 2018). L'un d'entre eux pourrait accumuler plusieurs facteurs de protection lui permettant de s'éloigner du burnout parental malgré la prévalence de facteurs de risque.

L'étiologie du burnout parental serait multifactorielle (Mikolajczak, Raes et al., 2017). Jusqu'à présent, certains facteurs parentaux sont identifiés comme des facteurs de

protection importants dans l'épuisement parental (Mikolajczak, Raes et al., 2017). Parmi ceux-ci, les croyances d'auto-efficacité sont corrélés négativement avec le risque d'épuisement parental. Quant aux pratiques parentales positives, elles seraient négativement associées à l'épuisement parental. Certains traits de personnalité, comme le névrosisme et le perfectionnisme, ont été corrélés avec la présence d'épuisement parental (Hubert & Aujoulat, 2018; Le Vigouroux, Scola, Raes, Mikolajczak, & Roskam, 2017; Vinayak & Dhanoa, 2017).

Sachant que le simple fait d'être parent engendre un stress, les études se sont également intéressées aux familles avec un jeune nécessitant des soins particuliers d'ordre physique ou psychologique. Dans l'étude de Mikolajzcak et ses collaborateurs (2017), il était demandé aux parents si l'un de leur enfant présentait des problèmes de comportements, un handicap physique ou une maladie chronique. Les résultats indiquent de manière générale que les particularités de l'enfant augmentent peu le risque de burnout parental. Dans le même sens, une autre étude soulève le fait qu'il n'y aurait pas de différence significative pour les parents d'enfant nécessitant des soins pour une condition physique, un trouble comportemental, émotionnel ou des difficultés d'apprentissage comparativement aux parents avec un enfant typique (Gérain & Zech, 2018). Cependant, si l'enfant présente plusieurs comorbidités, le risque d'épuisement parental était significativement plus élevé. En parallèle, certaines études, qui identifient qu'une condition chez l'enfant augmentait le risque de burnout parental, n'utilisaient pas une mesure validée ou spécifique pour l'épuisement parental (Lindström, Aman, Norberg,

2011; Norberg, 2007; Nornerg, Mellgren, Winiarski, & Forinder, 2014; Weiss, 2002). Même s'il est bien établi que la santé psychologique puisse être plus fragile chez les parents d'un enfant aux besoins particuliers, il manque à ce jour des études qui départagent les conditions physiques et psychologiques chez l'enfant pour mieux déterminer s'il s'avère un facteur de risque pour le burnout parental. D'autres recherches sont donc nécessaires pour mieux comprendre le risque d'épuisement parental chez les parents ayant un enfant qui requiert une attention particulière.

Les conséquences physiques, psychologiques et relationnelles

Les conséquences du burnout parental sont belles et bien présentes et les impacts sur la qualité de la santé et du bien-être sont indéniables. Jusqu'à présent, les difficultés reliées au sommeil, les comportements addictifs (alcool, tabac, jeu, internet) et les conflits conjugaux se trouvent augmentés en présence de burnout parental (Kawamoto et al., 2018; Mikolajczak, Raes et al., 2017; Van Bakel et al., 2018). Une récente étude identifie les idéations suicidaires du parent comme significativement présentes avec l'épuisement parental (Mikolajczak, Gross, & Roskam, 2019). Le stress est aussi objectivé avec le niveau de cortisol qui serait deux fois plus élevé que chez les parents sans épuisement parental (Brianda, Roskam, & Mikolajczak, 2020). Ces résultats appuient l'hypothèse d'une activation prolongée de l'axe du stress. Par conséquent, ces indices portent à croire qu'il y aurait des atteintes neurophysiologiques engendrées par le burnout parental.

Outre les répercussions sur le parent, les comportements négligents constituent l'une des conséquences observées du burnout parental. Les comportements de négligence et de violence envers les enfants seraient dix fois plus présents selon l'étude qualitative menée par Mikolajczak et ses collaborateurs (2018). Par conséquent, les problèmes externalisés et internalisés sont plus fréquents chez l'enfant en lien avec les pratiques parentales inadéquates (voir la revue de McKee, Jones, Forehand, & Cuellar, 2013). Ces comportements inappropriés génèrent aussi un sentiment de culpabilité chez le parent puisque ces gestes sont contraires aux exigences culturelles d'une parentalité positive (Hubert & Aujoulat, 2018).

Somme toute, les conséquences engendrées par le burnout parental sont préoccupantes. Il est d'intérêt public de s'attarder aux facteurs contribuant à l'épuisement parental, mais aussi aux facteurs ayant un effet protecteur pour le parent et sa famille. Malgré le modèle théorique proposé, les facteurs de protection à l'égard de l'épuisement parental sont peu étudiés. C'est la raison pour laquelle cette étude explore spécifiquement l'impact de deux facteurs de protection, déjà bien documenté quant aux bienfaits individuels et qui peuvent s'inscrire dans la parentalité.

L'intégration de l'autorégulation et de la pleine conscience pour expliquer l'épuisement parental

Le but de cette section est de tracer des liens entre les connaissances du domaine parental, de l'autorégulation et de la pleine conscience. De cette manière, il sera possible

de faire des liens avec l'épuisement parental, puisque ce syndrome est encore bien peu étudié à ce jour d'un point de vue neuropsychologique.

Sur le plan exécutif, les déficits dans l'autorégulation pourraient refléter un risque d'épuisement parental. Il est présumé que le parent ne puisse se comporter adéquatement en raison de lacunes exécutives. Quelques études viennent justement appuyer cette hypothèse. Des aspects inadéquats de la parentalité tels que la qualité des soins, les manifestations d'affects négatifs et les comportements intrusifs ont été négativement associés au fonctionnement exécutif (Bridgett, Kanya, Rutherford, & Mayes, 2017; Sturge-Apple et al., 2014). Quant à l'impulsivité, qui réfère au manque d'inhibition, elle serait associée à un dysfonctionnement parental (Loney, Huntenburg, Counts-Allan, & Schmeelk, 2007; Shaffer & Obradovic, 2017). Le dysfonctionnement parental fait référence à une parentalité incohérente ou absente, un manque de chaleur et une mauvaise surveillance de la part du parent (Wootton, Frick, Shelton, & Silverthorn, 1997). À cet effet, un manque de cohérence dans la discipline et un manque de supervision sont mis en relation avec le manque d'inhibition (Latzman, Elkovitch, & Clark, 2009). D'autres études indiquent que les mères ayant de plus faibles capacités en mémoire de travail réagissent plus négativement aux comportements difficiles de l'enfant (Deater-Deckard, Sewell, Petrill, & Thompson, 2010) et sont moins sensibles dans les interactions avec celui-ci (Gonzalez et al., 2012). Une revue systématique présente l'analyse de 35 études examinant les capacités d'autorégulation chez des mères (Crandall et al., 2015). Il appert qu'une faible capacité de contrôle cognitif et émotionnel est associée à de la maltraitance envers

l'enfant. Ces résultats sont d'autant plus pertinents lorsque l'on pense aux conséquences associées à l'épuisement parental et aux fragilités que peuvent présenter ces parents.

D'un autre côté, l'épuisement parental n'est pas un phénomène encore bien étudié avec la présence attentive. Cependant, il est intéressant de mentionner que le burnout maternel serait négativement corrélé avec la disposition à la pleine conscience (Davis, Dubail, Sanchez-Rodriguez, & Séjourné, 2017).

Une récente étude a évalué l'impact d'interventions (cognitivo-comportemental et de pleine conscience) auprès de parents épuisés (Anclair, Hjärthag, & Hiltunen, 2017). À l'aide de questionnaire portant sur la qualité de vie, cette étude relate des améliorations significatives pour le bien-être psychologique après l'intervention dans les deux groupes. La satisfaction à l'égard de la relation avec l'enfant était aussi augmentée dans les deux groupes. Seulement pour le groupe ayant reçu l'intervention de PC, une amélioration pour certains indicateurs de santé physique (douleur physique et santé générale) est rapportée.

Bien que cette étude présente des limites importantes (petit échantillon, absence d'un groupe contrôle, aucune mesure spécifique d'épuisement parental), les données indiquent des premiers résultats concernant l'amélioration de la qualité de vie de parents épuisés. Il est possible de croire que ces interventions seraient bénéfiques pour plusieurs aspects de la parentalité. Dans la présente étude, une attention particulière est portée aux parents

d'enfant présentant un TDA/H en raison des défis supplémentaires auxquels ils font face dans leur rôle parental.

La réalité des familles avec un enfant présentant un TDA/H

Avoir un enfant présentant un TDA/H demande inévitablement des ajustements de la part de l'entourage. Les membres de la famille sont souvent influencés négativement par les comportements de l'enfant et conséquemment, le climat familial en est affecté (Barkley, 2005; Johnston & Mash, 2001; Podolski & Nigg, 2001). Deux motifs appuient l'idée d'étudier l'épuisement parental auprès des parents d'enfants ayant un TDA/H: les caractéristiques parentales déjà identifiées dans la littérature et les possibles déficits neuropsychologiques chez ceux-ci.

Premièrement, plusieurs caractéristiques étudiées auprès de ces parents amènent à penser qu'ils auraient un fonctionnement plus négatif et un risque d'épuisement parental considérable. Il est largement documenté que le stress parental est plus élevé dans ces familles comparativement à celles avec des enfants tout-venant (voir la méta-analyse de Theule, Tannock, & Jenkins, 2013). Ces parents sont plus enclins à présenter des symptômes anxieux et dépressifs (Johnston & Mash, 2001; Lecompte & Poissant, 2006). Ils entretiennent aussi des cognitions plus négatives envers leur compétence parentale (McLaughlin & Harrison, 2006) et celles-ci influencent la manière dont ils se comportent avec l'enfant. Conséquemment, ces parents ont tendance à utiliser des pratiques parentales coercitives et à adopter un style parental moins adéquat (DuPaul, McGoey, Eckert, &

VanBrakle, 2001; Ellis & Nigg, 2009; Johnston & Mash, 2001). Leurs pratiques parentales jouent un rôle important au sein de la dynamique relationnelle puisqu'elles alimentent ou désamorcent des comportements inadaptés chez l'enfant. Il n'est donc pas surprenant que des auteurs rapportent que des pratiques parentales inadaptées peuvent aggraver les symptômes du TDA/H chez l'enfant, son adaptation psychologique (Deault, 2010; Haack, Villodas, McBurnett, Hinshaw, & Pfiffner, 2014) et son développement exécutif (Hutchinson et al., 2016; Raffington et al., 2018). De plus, les conflits sont plus présents dans la relation parent-enfant (Lange et al, 2005 ; Lifford et al., 2009; Pressman et al., 2006) ainsi que dans la relation conjugale (Mohammadi et al., 2012). Parmi le survol de ces caractéristiques, il est intéressant de souligner que plusieurs caractéristiques contribuant au burnout parental se retrouvent au sein des familles avec un enfant présentant un TDA/H : le sentiment d'auto-efficacité du parent, la satisfaction conjugale, les pratiques parentales négatives et la désorganisation au sein de la famille (Mikolajczak, Raes et al., 2017). Même si la littérature actuelle propose des données divergentes quant au risque d'épuisement parental chez les familles ayant un enfant aux besoins particuliers, les parents d'enfant ayant un TDA/H pourraient être vulnérables en raison des facteurs parentaux identifiés comme étant à risque.

Deuxièmement, la littérature neuropsychologique sur le TDA/H laisse présager que les parents sont des sujets potentiels aux déficits d'autorégulation et spécifiquement sur le plan exécutif. Les parents d'enfant atteint d'un TDA/H sont plus susceptibles d'avoir eux-mêmes ce trouble puisqu'il y a une forte prévalence génétique (Faraone et al., 2015). En

effet, les enfants ayant un TDA/H auraient au moins un de leurs parents avec ce trouble dans 75% des cas (Sullivan, Daly, & O'Donovan, 2012). Les dernières études sur des jumeaux montrent que l'hérédité se manifesterait entre 70% et 90% des cas (Jepsen & Michel, 2006). Avec les connaissances actuelles, il est d'autant plus pertinent d'émettre l'hypothèse que les parents de ces jeunes puissent eux aussi présenter des lacunes exécutives qui viennent influencer leurs capacités d'autorégulation. Si le parent est constamment stressé, ses ressources cognitives ne sont pas pleinement disponibles pour faire face aux défis du quotidien. Combinant les connaissances du domaine de la parentalité et de l'autorégulation, l'incohérence et la désorganisation que l'on identifie à cette clientèle pourraient très certainement être associées à des lacunes exécutives. Tous ces éléments décrits ci-dessus portent à croire que ces parents puissent avoir certaines fragilités cognitives qui se répercutent dans leurs comportements parentaux. Qui plus est, certains d'entre eux pourraient probablement se retrouver en situation d'épuisement parental.

L'état des recherches sur l'intervention de pleine conscience parentale

Certaines recherches indiquent qu'un programme de PCP pourrait être bénéfique pour les parents d'enfants ayant un TDA/H. À la suite d'ateliers de pleine conscience destinés aux familles d'enfants présentant un TDA/H, les parents percevaient moins de symptômes de TDA/H chez eux-mêmes (Van der Oord, Bögels, & Peijnenburg, 2012), se sentaient plus conscients et ressentaient moins de stress (Haydicky et al., 2015; Van der Oord et al., 2012). Une étude aux résultats qualitatifs a également conclu que les parents percevaient

une amélioration à s'autoréguler au quotidien (Haydicky, Wiener, & Schecter, 2017). Sur le plan relationnel, ils seraient plus satisfaits dans leur rôle parental et dans leurs interactions avec leur enfant (Behbahani, Zargar, Assarian, & Akbari, 2018; Singh et al., 2007; Van der Oord et al., 2012). Ils rapportaient aussi moins de conflits familiaux (Singh et al., 2007).

Au sein de notre laboratoire, l'étude pré-expérimentale de Chillis-Rivard (2019) a permis de s'intéresser directement aux impacts d'ateliers de PCP sur les capacités d'autorégulation de mères avec un enfant avec un TDA/H (N = 7). Concernant l'autorégulation (inhibition, flexibilité cognitive, mémoire de travail), seule l'inhibition des mères s'était significativement améliorée à l'épreuve neuropsychologique. Quant à l'autorégulation émotionnelle, la mesure globale n'était pas significative post-traitement. Une amélioration de la disposition à la PC était notée sans toutefois être significative. Pour ce qui est du score de PCP, il était inchangé après les huit semaines d'intervention. Bien que l'ensemble des résultats ne réponde que partiellement aux attentes, il est pertinent de souligner les impressions positives des mères. Ces dernières soulignent une meilleure prise de conscience de leur vécu émotionnel ainsi qu'un ajustement comportemental plus adéquat. Ces données demeurent préliminaires auprès de cette clientèle bien spécifique. Des études comprenant des échantillons plus importants avec des méthodes de recherche plus rigoureuses seraient de mises dans les recherches futures.

Somme toute, les bénéfices d'une meilleure autorégulation et d'une capacité à être pleinement conscient tendent à se répercuter sur plusieurs comportements du parent. La pleine conscience serait également un puissant moteur de changement des pratiques parentales. Les études permettent de croire que les pratiques de pleine conscience sont susceptibles d'améliorer les capacités parentales plutôt que de perpétuer des comportements inadaptés qui découlent d'un mode automatique (Duncan et al., 2009).

Objectif et hypothèses

Les sections précédentes ont permis de placer les assises cliniques et théoriques en lien avec l'autorégulation, la pleine conscience et la parentalité. L'approche neuroscientifique est une avenue intéressante et novatrice pour comprendre la parentalité, mais aussi pour y étudier des habiletés protectrices face à l'épuisement parental chez des populations vulnérables. C'est la raison pour laquelle une attention particulière a été portée aux familles avec un enfant présentant un TDA/H, puisque le risque d'épuisement parental semble encore peu étudié malgré le portrait dépeint dans la littérature. En effet, si l'autorégulation est considérée comme une variable importante dans la parentalité, cette capacité pourrait être améliorée grâce à une amélioration de la disposition de la pleine conscience intégrée au quotidien. Avec un environnement plus constant et prévisible, l'enfant sera également plus enclin à développer harmonieusement ses ressources cognitives. C'est dans une approche neuropsychologique que cet essai a pour but d'étudier la clientèle des parents d'enfant ayant un TDA/H.

Le premier objectif vise à vérifier la nature des relations entre, d'une part, la pleine conscience et l'autorégulation et, d'autre part, l'épuisement parental. Plus spécifiquement, la disposition à la pleine conscience et la pleine conscience parentale seront significativement et négativement associées à l'épuisement parental (hypothèse 1). Il est attendu que les mesures d'autorégulation (inhibition, flexibilité cognitive, mémoire de travail) seront significativement et négativement associées à l'épuisement parental (hypothèse 2).

Le deuxième objectif consiste à vérifier si la réalité des parents d'enfant ayant un TDA/H diffère des parents ayant un enfant tout-venant. Des comparaisons seront effectuées avec les deux groupes en fonction de l'épuisement parental, de la pleine conscience et de l'autorégulation. Comparativement au groupe de parents avec un enfant tout-venant, il est attendu que les parents ayant un enfant avec un TDA/H auront un risque d'épuisement parental plus élevé (hypothèse 3) et que les mesures de la disposition de la pleine conscience seront moins élevées (hypothèse 4). De plus, il est attendu que les parents d'enfant présentant un TDA/H auront plus des difficultés d'autorégulation, c'est-à-dire que les scores d'inhibition, de flexibilité cognitive et de mémoire de travail seront plus faibles que dans le groupe de comparaison (hypothèse 5).

Puisque la présence des symptômes anxieux ou dépressifs peut aussi interférer avec le fonctionnement des régions frontales, une analyse exploratoire sera effectuée. Le but est de contrôler les variables d'anxiété et de dépression qui pourraient influencer les

résultats obtenus aux cotes de pleine conscience, d'autorégulation et d'épuisement parental chez les participants.

Méthode

Cette section présente la méthodologie associée à cette étude exploratoire. Elle expose les informations relatives aux participants, la manière dont s'est déroulé le recrutement et les instruments de mesure utilisés.

Participants

Afin de répondre aux objectifs de recherche, les participants de cette étude expérimentale forment deux groupes : un groupe composé de parents ayant au moins un enfant présentant un trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H ; $n = 82$) et un groupe composé de parents ayant au moins un enfant tout-venant, c'est-à-dire ne présentant pas de problèmes associés au TDA/H ($n = 55$).

Le groupe de parents avec un enfant présentant un TDA/H est composé de 4 hommes, 77 femmes et d'une personne n'ayant pas déclaré son sexe. L'âge moyen est de 39,95 ans (*ÉT* = 4,62) et la moyenne d'années d'étude complétée est de 14,42 ans (*ÉT* = 2,56). Les 82 participants rapportent avoir un enfant avec un diagnostic de TDA/H (57 garçons et 25 filles ; *âge moyen* = 10,22 ; *ÉT* = 2,98). Concernant les renseignements relatifs à l'enfant, 73% d'entre eux présentent une ou des comorbidités avec le TDA/H : trouble anxieux ($n = 18$), trouble d'apprentissage ($n = 13$), trouble du spectre de l'autisme ($n = 13$), trouble

du langage (n = 11), syndrome Gilles de la Tourette (n = 8), trouble comportemental (n = 8), trouble moteur (n = 7), douance (n = 6), trouble d'attachement (n = 3) et trouble dépressif (n = 1).

Pour le groupe de parents n'ayant pas un enfant présentant un TDA/H (groupe 2; n = 55), il est composé de deux hommes et de 53 femmes. L'âge moyen des participants de ce groupe est de 36,67 ans (*ÉT* = 6,38) et ils ont fait en moyenne 14,81 années d'études (*ÉT* = 2,90). Parmi les renseignements obtenus concernant l'enfant, il y a 27 garçons et 11 filles (*âge moyen* = 7,71 ans ; *ÉT* = 3,38). Les parents confirment que leur enfant n'a pas d'historique psychiatrique, neurologique ou physique nécessitant une prise de médication sur une base régulière (incluant le TDA/H).

Critères d'inclusion. Pour chaque groupe, l'enfant du participant devait encore habiter au domicile familial et avoir moins de 18 ans. Pour le premier groupe, les participants devaient être un parent d'un enfant ayant un diagnostic officiel de TDA/H, c'est-à-dire un diagnostic posé par un professionnel de la santé. En ce qui concerne le deuxième groupe, les participants devaient plutôt être un parent d'un enfant tout-venant, c'est-à-dire sans histoire psychiatrique ou neurologique. Ces critères étaient mentionnés explicitement dans le formulaire de consentement avant la complétion des questionnaires.

Critères d'exclusion. Certains parents ont été exclus à postériori et ils ne font pas partie de l'échantillon global. Ces participants présentaient soient une condition

neurologique (p. ex., Parkinson, sclérose en plaques; $n = 4$), un TDA/H pour le groupe de parents ne devant pas avoir un enfant présentant un TDA/H ($n = 5$), un trouble de personnalité limite ($n = 2$) ou mentionnaient avoir une condition neurodéveloppementale (p. ex., TSA, douance). Puisque toutes ces conditions pourraient interférer avec les variables d'intérêt, ces participants ont été retirés de l'étude.

Pour le deuxième groupe, les parents qui mentionnaient avoir un enfant avec un historique psychiatrique ou neurologique (incluant le TDA/H) ont été retirés de l'étude, puisque le fait d'avoir un enfant avec des besoins spéciaux implique des défis et des préoccupations qui peuvent influencer le bien-être du parent (Gouveia et al., 2016). Seulement un parent du deuxième groupe mentionnait avoir un enfant avec une condition neurodéveloppementale (TSA). De plus, 15 participants ayant un enfant en bas âge (1 à 3 ans) ont été retirés à postériori. Ces parents peuvent difficilement être comparés au groupe de parents avec un enfant diagnostiqué avec un TDA/H, puisque ce trouble est habituellement identifié durant la période scolaire (Lussier et al., 2017). C'est la raison pour laquelle ils sont exclus du groupe contrôle puisque la réalité d'un enfant en bas âge est difficilement comparable à celle d'un enfant plus âgé.

Déroulement

Le recrutement de ces participants s'est fait sur une base volontaire et aucune rémunération n'était associée. Dans le cadre de cette étude, les parents ont rempli

différents questionnaires en ligne. La plateforme de sondage *Google Forms* (https://docs.google.com/forms) a été utilisée pour cette étude.

Pour le premier groupe, les parents ont été recrutés de deux façons. Tout d'abord, une affiche était installée dans la salle d'attente de deux cliniques évaluant le trouble de déficit de l'attention/ hyperactivité chez l'enfant. Il s'agit de la Clinique Universitaire de services psychologiques de Trois-Rivières (CUSP) et de la clinique privée les Têtes Fortes située à Québec, toutes deux ayant des neuropsychologues qui répondent à des mandats d'évaluation concernant entre autres la présence d'un TDA/H à l'enfance. Cette affiche expliquait le projet de recherche, les tâches demandées aux participants ainsi que les critères pour y participer. Les parents intéressés ($n = 11$) sont entrés en contact par courriel avec la chercheuse et un lien internet leur était fourni pour avoir accès à la lettre d'information, le formulaire de consentement et aux questionnaires en ligne. Pour compléter le premier groupe, 71 parents ont été recrutés par les réseaux sociaux (Facebook). Afin d'interpeller les parents avec un enfant présentant un TDA/H, quelques groupes ont été approchés pour publier l'annonce auprès de leurs membres. Il s'agit spécifiquement de : *TDAH Mauricie Centre-du-Québec* (organisme communautaire offrant du soutien pour toute personne ou membre de l'entourage aux prises avec le TDA/H), *Ressources TDAH Québec* (groupe visant à partager des services, activités ou rencontres en lien avec le TDA/H), *TDAH enfant différent-parent différent Québec* (groupe de parents québécois dont les enfants sont touchés par ce trouble) et la *Maison de la Famille de Québec* (organisme communautaire ciblant les individus, les couples et les

familles). Les parents désirant participer pouvaient cliquer directement sur le lien internet et se diriger vers la lettre d'information, le formulaire de consentement et les questionnaires en ligne.

Pour le deuxième groupe, soit les parents d'un enfant sans TDA/H, le recrutement s'est fait entièrement à l'aide d'affiches sur les réseaux sociaux (Facebook). Les regroupements sélectionnés ont été choisis afin de rejoindre le plus possible des parents ayant un enfant tout-venant: *Parents d'enfants de 5 à 17 ans* (groupe de discussion pour les parents d'enfants de cette tranche d'âge), *Mamans et Cie Québec* (groupe d'échanges pour les mères au Québec qui souhaitent partager leurs expériences), *les parents bienveillants imparfaits* (rassemblement regroupant des parents pour échanger sur l'éducation positive) et *Ressource Espace Familles* (organisme sans but lucratif pour discuter sur la vie familiale). De plus, l'annonce a été transmise auprès de l'entourage de la chercheuse pour trouver des participants répondant aux critères. Il importe de mentionner qu'une erreur logistique dans la programmation du questionnaire informatique s'est glissée de sorte qu'une part de l'information n'a pas été demandée à certains participants. Les parents concernés ont été contactés par courriel pour avoir les informations manquantes sur leur enfant : sexe, âge, prise de médication, autre condition. Somme toute, 17 parents de ce groupe n'ont pas donné suite aux questions relatives à leur enfant. Malgré tout, l'ensemble des parents de ce groupe a été conservé, puisque les variables de l'étude portent spécifiquement sur les caractéristiques parentales.

Instruments de mesure

Dans le cadre de cette étude, les instruments utilisés sont des questionnaires auto-rapportés concernant le vécu du parent. Ces questionnaires renseignent sur le risque d'épuisement parental, la disposition à la pleine conscience, la pleine conscience parentale et l'autorégulation. Afin de répondre aux hypothèses de recherche, il importe de préciser le choix des échelles et sous-échelles utilisées pour les analyses statistiques. Pour l'épuisement parental et les mesures de pleine conscience, les échelles globales de ces questionnaires seront utilisées. En contrepartie, l'autorégulation sera étudiée à l'aide de trois sous-échelles de la BRIEF-A : l'inhibition, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail. Étant donné que ce questionnaire englobe plusieurs composantes exécutives, seules les trois fonctions qui font référence à l'autorégulation, telle qu'elle est définie plus haut, seront utilisées pour répondre aux questions de recherche. La présence de symptômes anxieux et dépressifs est également prise en compte (covariables). Le temps de passation pour ces questionnaires en ligne était d'environ 45 minutes.

Questionnaire sociodémographique

Ce questionnaire a pour but d'obtenir des informations relatives au participant tels le genre, l'âge, la scolarité, le champ d'études, le dernier diplôme complété, l'emploi actuel, l'état civil ainsi que le revenu annuel (voir Appendice B). Les informations concernant la composition de la famille est demandée (garde partagée ou famille traditionnelle). Si les parents sont séparés, il est demandé de spécifier les modalités de garde concernant l'enfant. La pratique de méditation est également prise en considération. Il est demandé

au participant le type de pratique et le nombre d'heures cumulées de méditation jusqu'à présent.

Inventaire médical et neuropsychologique

L'inventaire médical et neuropsychologique permet entre autres de documenter la présence de troubles ou conditions neurologiques chez le participant et de détailler des conditions de santé physique et mentale (voir Appendice B). Ces questions permettent l'exclusion à postériori des participants mentionnant présenter un trouble neurologique ou psychiatrique nécessitant des soins. Si le participant mentionne avoir présenter une santé mentale précaire (p. ex., dépression majeure), mais qui n'est pas d'actualité, il n'est pas exclu de l'étude. Par ailleurs, il est possible de savoir si le participant présente ou suspecte un TDA/H autant pour lui-même que pour son enfant. Quelques questions sont posées au participant concernant leur enfant : âge, sexe, prise de médication, autres troubles connus. Si le participant a plus d'un enfant répondant aux critères, il en choisit un et il répond aux questionnaires en fonction de sa relation avec cet enfant.

Inventaire de comportements reliés aux fonctions exécutives

L'autorégulation est évaluée à l'aide de l'Inventaire d'évaluation comportementale des fonctions exécutives pour adulte (Behavior Rating Inventory of Executive Function - Adult Version ; BRIEF-A ; Roth et al., 2005). L'adaptation française du BRIEF-A a été validée par Roy, Besnard, Lancelot, Le Gall et Fournet (2015). Ce questionnaire permet d'apprécier les différentes facettes du fonctionnement exécutif des participants dans la vie

quotidienne (p. ex., « J'ai de la difficulté à finir une tâche par moi-même »). Chaque énoncé est associé à une échelle Likert en 3 points (1 = *jamais*, 2 = *parfois*, 3 = *souvent*). Plus le score est élevé, plus les difficultés exécutives sont présentes chez l'individu. Il comprend 75 items répartis sur neuf échelles cliniques. Un score global est aussi généré avec l'échelle globale des fonctions exécutives (EGFE). Dans l'étude de Roth et ses collaborateurs (2005), les coefficients de cohérence interne varient de 0,93 à 0,96. La présente étude s'intéresse essentiellement aux informations contenues dans trois sous-échelles, lesquelles présentent une bonne cohérence interne : l'inhibition (α = 0,75), la flexibilité cognitive (α = 0,85) et la mémoire de travail (α = 0,86). Afin que les échelles pour l'autorégulation soient cohérentes avec les hypothèses, les scores bruts présentés seront inversés.

La pleine conscience

Deux questionnaires ont été utilisés pour mesurer la pleine conscience. Le premier permet de mesurer la disposition à la pleine conscience tandis que le deuxième questionnaire évalue la pleine conscience parentale.

Échelle de cinq facettes de la pleine conscience. Le *Five Facet Mindfulness questionnaire* (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) mesure la capacité du participant à être pleinement conscient (p. ex., « Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement »). Le questionnaire a été validé en français (Heeren, Douillez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011) et cette

version présente de bonnes propriétés psychométriques avec des coefficients de cohérence interne qui varient entre 0,76 et 0,89. Le participant doit choisir ce qui est généralement vrai pour lui à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 = *jamais ou très rarement vrai* jusqu'à 5 = *très souvent ou toujours vrai*. Ce questionnaire est composé de 39 items qui se distribuent selon cinq composantes. Certaines réponses doivent être inversées avant de calculer le score des sous-échelles mentionnées précédemment. Plus le score est élevé, plus le participant est en mesure d'être pleinement conscient dans son quotidien. Dans la présente étude, les sous-échelles présentent une très bonne cohérence interne comme l'indique l'alpha de Cronbach : l'observation de l'expérience présente (α = 0,81), la description de l'expérience présente (α = 0,92), l'action en pleine conscience (α = 0,88), la non-réactivité aux évènements psychologiques (α = 0,80) et le non-jugement (α = 0,86). Pour le score global, le coefficient de Cronbach est excellent (α = 0,92).

Échelle de pleine conscience interpersonnelle dans la parentalité. L'échelle de pleine conscience interpersonnelle dans la parentalité (*Interpersonal Mindfulness in Parenting scale* IM-P; Duncan, 2007) est aussi un questionnaire de 10 items servant à mesurer la pleine conscience parentale (p. ex., « J'écoute attentivement les idées de mon enfant même si je suis en désaccord avec ses idées »). Plusieurs versions ont été traduites et validées dans différentes langues jusqu'à présent telles qu'en portugais (Moreira & Canavaro, 2017), en allemand (de Bruin et al., 2014) et en vietnamien (Nguyen et al., 2020). Cependant, il n'existe pas de version française validée à ce jour. C'est pourquoi le questionnaire a été traduit librement pour ce projet de recherche (voir Appendice B). Pour

chaque item, le parent répond sur une échelle de type Likert en cinq points (1 = *jamais vrai*, 2 = *rarement vrai*, 3 = *parfois vrai*, 4 = *souvent vrai*, 5 = *toujours vrai*) en indiquant si l'item correspond à leur réalité au courant des deux dernières semaines. Ce questionnaire est composé de trois échelles de pleine conscience appliquées dans la relation parent-enfant en plus d'une échelle globale générée après avoir inversé les items ciblés. Comme pour le FFMQ, plus le score est élevé, plus le participant est en mesure d'être pleinement conscient dans sa relation avec son enfant. L'étude de Duncan (2007) indique un coefficient de cohérence interne adéquat (α = 0,74). Dans la présente étude, pour chaque sous-échelle du questionnaire, les coefficients de Cronbach sont les suivants : la sensibilité et l'attention portée au moment présent (α = 0,74), le non-jugement (α = 0,71) et la non-réactivité (α = 0,78). L'alpha de Cronbach est également acceptable pour l'échelle globale (α = 0,79).

Échelle d'évaluation de l'épuisement parental

L'échelle d'évaluation de l'épuisement parental (*Parental Burnout Assessment*; PBA; Roskam, Brianda, & Mikolajczak, 2018) évalue le risque que le parent soit épuisé (p. ex., « J'ai le sentiment d'être à bout de force à cause de mon rôle de parent »). Il a déjà été validé en français auprès de parents (Roskam et al., 2018). Pour chaque item, le participant répond à quelle fréquence cette situation leur arrive en utilisant une échelle de type Likert en sept points (0 = *jamais* à 6 = *chaque jour*). Il contient 23 items répartis en quatre facteurs : l'épuisement, la distanciation émotionnelle, la saturation (perte de plaisir dans le rôle parental) et le contraste dans le soi parental (écart entre les parents qu'ils étaient et

ce qu'ils sont devenus). Un score total établit le risque d'épuisement parental (31 et moins : pas de risque de burnout parental, 31 à 45 : risque faible, 46 à 60 : risque modéré, 61 à 75 : risque élevé, 76 et plus : présence de burnout parental). Dans l'étude de Roskam, Raes et Mikolajczak (2017), les coefficients de cohérence interne varient entre 0,89 et 0,94. Dans la présente étude, les coefficients de Cronbach pour les sous-échelles sont les suivants : l'épuisement (α = 0,95), la distanciation émotionnel (α = 0,94), la saturation parentale (α = 0,94) et le contraste dans le soi parental (α = 0,80). Le coefficient alpha de Cronbach pour l'échelle globale est de 0,98.

Inventaire d'anxiété de Beck

L'inventaire d'anxiété de Beck (Beck Anxiety Inventory ; BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1998) permet de mesurer rapidement la présence de symptômes d'anxiété au cours de la dernière semaine (p. ex., « crainte que le pire ne survienne »). Ce questionnaire a été traduit en français par Freeston et ses collaborateurs (1994) et obtient une bonne consistance interne avec un alpha de Cronbach de 0,85. Pour chaque item, une échelle de type Likert en quatre points est proposée (0 = *pas du tout*, 1 = *un peu*, 2 = *modérément*, 3 = *beaucoup*). Ce questionnaire présente un total de 21 items. Un score total établit la gravité de l'anxiété (0 à 7 : anxiété minimale, 8 à 15 : anxiété légère, 16 à 25 : anxiété modérée et 26 à 63 : anxiété sévère). L'étude de Beck et ses collaborateurs (1998) rapporte un excellent coefficient de cohérence interne (α = 0,92). Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,92, ce qui signifie que l'inventaire a une excellente cohérence interne.

Inventaire de dépression de Beck

L'inventaire de Beck pour la dépression (Beck Depression Inventory ; BDI ; Beck, Steer, & Garbin, 1988) est un questionnaire qui sert à mesurer rapidement la présence d'une symptomatologie dépressive au cours de la dernière semaine (p. ex., « Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant »). Pour chaque énoncé, le participant répond avec une échelle de mesure en quatre points (0 à 3 points de gravité) pour un total variant de 0 à 63 points. Cet inventaire est composé d'un total de 21 énoncés. Plus le score obtenu est élevé, plus les symptômes dépressifs sont sévères (0 à 9 = *absence de dépression*, 10 à 15 = *légèrement déprimé*, 16 à 23 = *modérément déprimé*, 24 et plus = *gravement déprimé*). Il a été validé en français par Bourque et Beaudette (1982) et le coefficient de cohérence interne est excellent (α = 0,92). Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,92, ce qui représente une excellente cohérence interne.

Résultats

Cette section vise à présenter les différents résultats de l'étude. Afin de s'assurer que les deux groupes ne diffèrent pas significativement l'un de l'autre, des caractéristiques sociodémographiques, psychologiques et médicales sont exposées. Par la suite, les analyses principales permettant de répondre aux hypothèses de recherche sont présentées. Cette section se termine par des analyses exploratoires afin de contrôler certaines variables (anxiété et dépression) qui pourraient influencer les résultats obtenus en lien avec les hypothèses de recherche. Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics 26 (IBM Corp, 2017).

Analyses descriptives de l'échantillon

L'objectif des analyses descriptives est de s'assurer que les groupes ne sont pas statistiquement différents entre eux sur des variables sociodémographiques ainsi que sur les variables qui seront contrôlées (anxiété et dépression). Pour y arriver, des tests *t* pour échantillons indépendants ont été effectués. L'une des conditions préalables pour les tests paramétriques n'était toutefois pas respectée, c'est-à-dire que certaines variances des groupes n'étaient pas homogènes. C'est pourquoi la méthode de rééchantillonage par Bootstrap (basé sur 5000 échantillons) est utilisée.

Les résultats du test *t* pour échantillons indépendants indiquent qu'il y a une différence significative entre les deux groupes par rapport à leur âge ; $t(134) = 9{,}86$, $p < 0{,}01$, c'est-à-dire que les parents du groupe de comparaison seraient plus jeunes de 3,28 ans en moyenne ; *IC95%* = [34,95 ; 38,40]. Aucune différence significative n'est notée entre les groupes concernant le nombre d'années d'études ; $t(135) = 0{,}82$, $p = 0{,}28$, le revenu ; $t(135) = -0{,}48$, $p = 0{,}55$ et la pratique de méditation ; $t(135) = 0{,}20$, $p = 0{,}70$. Concernant l'anxiété, le groupe de parents ayant un enfant avec un TDA/H ne diffère pas significativement ($M = 14{,}7$, $ÉT = 12{,}81$) du groupe de parents sans enfant présentant un TDA/H ($M = 11{,}76$, $ÉT = 10{,}08$; $t(135) = -1{,}53$, $p = 0{,}13$). Toutefois, le score de dépression est significativement différent entre les deux groupes ($t(135) = -2{,}03$, $p = 0{,}05$). En fait, le groupe parental avec un enfant présentant un TDA/H obtient un score de degré modéré pour les symptômes dépressifs ($M = 15{,}96$, $ÉT = 10{,}92$) qui est plus élevé que celui du deuxième groupe dont le score est légèrement dépressif ($M = 12{,}39$, $ÉT = 9{,}24$). Dans le groupe de parents avec un enfant ayant un TDA/H, 30% des participants mentionnent prendre des anxiolytiques ou antidépresseurs, tandis qu'il y en a 22 % de participants dans l'autre groupe. Aucun participant ne rapporte avoir un trouble de l'humeur (trouble anxieux ou dépression). Quatorze parents du groupe d'intérêt rapportent avoir un TDA/H tandis que 25 parents soupçonnent présenter un TDA/H sans avoir de diagnostic posé par un professionnel de la santé. Pour le groupe de comparaison, aucun parent n'a indiqué avoir ce trouble et 12 parents soupçonnaient présenter un TDA/H.

Analyses statistiques relatives aux hypothèses

Tout d'abord, les trois variables d'intérêt à l'étude, à savoir l'épuisement parental, la pleine conscience (disposition à la PC et PCP) et l'autorégulation (inhibition, flexibilité cognitive et mémoire de travail) ont fait l'objet d'analyses corrélationnelles. Par la suite, des analyses de variance ont permis de comparer si ces variables diffèrent significativement entre les parents d'enfant ayant un TDA/H et ceux n'ayant pas d'enfant avec un TDA/H.

Liens entre l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation

Le premier objectif a pour but d'étudier la présence d'une association entre l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation. Pour ce faire, des corrélations de Pearson sont calculées. Les analyses présentées dans le Tableau 1 révèlent que l'épuisement parental est significativement et négativement associé à la disposition à la pleine conscience et à la pleine conscience parentale. La force de ces corrélations est modérée. Les résultats montrent aussi que plus l'individu présente des difficultés d'autorégulation, plus il est à risque de burnout parental. Une fois les scores inversés pour chaque mesure d'autorégulation, la corrélation est modérée, significative et négativement associée au risque d'épuisement parental pour l'inhibition, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail. Ainsi, ces résultats permettent d'appuyer la première hypothèse de recherche (association entre l'épuisement et la PC) ainsi que la deuxième hypothèse de recherche (association entre l'épuisement et l'autorégulation).

Tableau 1

Corrélations entre les variables de pleine conscience, d'épuisement parental et d'autorégulation (N = 137)

		M	*ÉT*	1	2	3	4	5	6
1	PC	3,10	0,56	1					
2	PCP	3,52	0,48	0,51**	1				
3	BP	45,54	38,64	-0,52**	-0,37**	1			
4	IN	1,54	0,42	-0,49**	-0,28**	-0,39**	1		
5	FLEX	1,66	0,54	-0,59**	-0,43**	-0,49**	0,60**	1	
6	MDT	1,66	0,51	-0,45**	-0,23**	-0,47**	0,69**	0,68**	1

Note. Les résultats sont basés sur une méthode de rééchantillonnage par *Bootstrap* (5000 échantillons).
M = Moyenne ; *ÉT* = Écart-type ; PC = Pleine conscience ; PCP = Pleine conscience parentale ; BP = Burnout parental ; IN = Inhibition ; FLEX = Flexibilité cognitive ; MDT = Mémoire de travail.
$*p < 0,05$. $**p < 0,01$.

Comparaisons des groupes

Le deuxième objectif a pour but de comparer, à l'aide d'analyses de variance (ANOVA), le groupe de parents d'enfant avec un TDA/H avec celui ayant un enfant tout-venant. Il est attendu que les parents avec un enfant présentant un TDA/H seront plus à risque d'épuisement parental et auront de plus faibles scores de pleine conscience et de capacités d'autorégulation, comparativement au deuxième groupe.

Les résultats présentés dans le Tableau 2 indiquent que l'effet du groupe est significatif sur les scores d'épuisement parental : $F(1, 135) = 7{,}54$, $p = 0{,}007$, $\eta^2 = 0{,}05$. Les parents avec un enfant ayant un TDA/H présentent un risque modéré de burnout parental ($M = 52{,}67$, *IC95%* [43,47 ; 61,87]) qui est significativement plus élevé que celui du deuxième groupe qui présente un faible risque d'épuisement parental ($M = 34{,}73$, *IC95%* [26,91 ; 42,55]). Ces résultats appuient l'hypothèse 3 à l'effet que le risque d'épuisement parental est plus élevé chez les parents d'enfant ayant un TDA/H.

De plus, les résultats de l'analyse de variance indiquent que l'effet du groupe est statistiquement significatif sur la disposition à la pleine conscience : $F(1, 135) = 5{,}38$, $p = 0{,}02$, $\eta^2 = 0{,}04$. Les parents avec un enfant ayant un TDA/H obtiennent un score moyen significativement plus faible ($M = 3{,}02$, *IC95%* [2,89 ; 3,14]) que celui du groupe de comparaison ($M = 3{,}24$, *IC95%* [3,09 ; 3,38]). Également, les résultats relèvent un effet significatif du groupe sur la pleine conscience parentale : $F(1, 135) = 9{,}29$, $p = 0{,}003$, $\eta^2 = 0{,}06$. Les parents d'enfants ayant un TDA/H sont moins conscients dans leur rôle parental de manière significative ($M = 3{,}41$, *IC95%* [2,89 ; 3,14]), comparativement au deuxième groupe ($M = 3{,}67$, *IC95%* [3,09 ; 3,38]). Ces résultats permettent d'appuyer la quatrième hypothèse de recherche, c'est-à-dire que les mesures de PC sont moins élevées chez les parents du groupe d'intérêt comparativement au groupe de comparaison.

Concernant les capacités d'autorégulation, les résultats de l'analyse de variance ne répondent que partiellement aux hypothèses. Rappelons qu'un score élevé correspond à

la présence de difficultés chez l'individu. L'effet du groupe est significatif sur le score d'inhibition ($F(1, 135) = 7{,}87$, $p = 0{,}006$, $\eta^2 = 0{,}06$), c'est-à-dire que les parents ayant un enfant avec un diagnostic de TDA/H auraient moins d'inhibition (*M* = 1,62, *IC95%* [1,53 ; 1,71]) que les parents avec un enfant tout-venant (*M* = 1,42, *IC95%* [1,31 ; 1,52]). Bien que le groupe de parents avec un enfant ayant un TDA/H présente moins de flexibilité cognitive (*M* = 1,73, *IC95%* [1,61 ; 1,85]) que le groupe de comparaison (*M* = 1,56, *IC95%* [1,42 ; 1,70]), l'effet du groupe n'est pas statistiquement significatif ($F(1{,}135) = 3{,}40$, $p = 0{,}07$, $\eta^2 = 0{,}02$). De plus, l'effet du groupe n'est pas significatif sur le score de mémoire de travail ($F(1{,}135) = 1{,}51$, $p = 0{,}22$, $\eta^2 = 0{,}01$), malgré une moyenne qui reflète plus de difficultés chez les parents avec un enfant TDA/H (*M* = 1,70, *IC95%* [1,59 ; 1,82]) que celle du groupe de comparaison ; (*M* = 1,59, *IC95%* [1,46 ; 1,73]). L'hypothèse 5 n'est que partiellement confirmée, puisque les scores de flexibilité cognitive et de mémoire de travail ne diffèrent pas entre les deux groupes et que seul le score d'inhibition est plus faible chez les parents d'enfant présentant un TDA/H.

Tableau 2

Comparatifs des moyennes entre les groupes (N = 137)

Variable	Contrôle (n = 55)				Expérimental (Enfant avec un TDA/H) (n = 82)					
	M	*ÉT*	*IC 95%*		*M*	*ÉT*	*IC 95%*		η^2	Signification $F(1, 135)$
			INF	*SUP*			*INF*	*SUP*		
PC	3,23	0,53	3,09	3,38	3,02	0,57	2,89	3,14	0,04	5,38*
PCP	3,67	0,45	3,55	3,79	3,42	0,49	3,31	3,52	0,06	9,29**
BP	34,73	7,82	26,91	42,55	52,67	9,20	43,47	61,87	0,05	7,54**
IN	1,41	0,39	1,31	1,52	1,61	0,43	1,53	1,71	0,06	7,87**
FLEX	1,56	0,52	1,42	1,70	1,73	0,54	1,61	1,85	0,02	3,40
MDT	1,59	0,49	1,46	1,73	1,70	0,53	1,59	1,82	0,01	1,51

Note. Les résultats sont basés sur une méthode de rééchantillonnage par *Bootstrap* (5000 échantillons).
M = Moyenne ; *ÉT* = Écart-type ; IC = Intervalle de confiance ; INF = Borne inférieure ; SUP = Borne supérieure ; η^2 = taille de l'effet ; PC = Pleine conscience ; PCP. = Pleine conscience parentale ; BP = Burnout parental ; IN = Inhibition ; FLEX = Flexibilité cognitive ; MDT = Mémoire de travail.
$*p < 0{,}05$. $**p < 0{,}01$.

Analyses exploratoires

Étant donné que les comportements reliés aux régions frontales sont d'intérêt, il semble prudent de contrôler l'impact que l'anxiété et la dépression peuvent avoir sur les liens entre l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation. Pour ce faire, des régressions linéaires hiérarchiques sont effectuées afin de savoir si l'appartenance au groupe (avoir ou non un enfant avec un TDA/H) prédit significativement les scores de

pleine conscience, d'épuisement parental et d'autorégulation au-delà de la variance expliquée par les covariables choisies, c'est-à-dire l'anxiété et la dépression. Dans un premier bloc, les variables confondantes nécessitant un contrôle statistique (anxiété et dépression) sont introduites dans le modèle. Dans un deuxième bloc, la variable « groupe » est insérée dans le modèle de prédiction.

Le Tableau 3 indique qu'au premier bloc, la combinaison de l'anxiété et de la dépression explique une proportion significative de la variance du burnout parental (R^2 = 0,42; $F(2, 134) = 47{,}86$, $p < 0{,}01$), de la disposition à la pleine conscience ($R^2 = 0{,}44$, $F(2, 134) = 53{,}11$, $p < 0{,}01$) et de la pleine conscience parentale ($R^2 = 0{,}08$; $F(2, 134) = 5{,}83$, $p < 0{,}01$). Les variables contrôlées expliquent aussi de manière significative une proportion de la variance des scores d'autorégulation : inhibition ($R^2 = 0{,}24$; $F(2, 134) = 20{,}66$, $p < 0{,}01$), flexibilité cognitive ($R^2 = 0{,}35$; $F(2, 134) = 36{,}46$, $p < 0{,}01$) et mémoire de travail ($R^2 = 0{,}30$, $F(2, 134) = 28{,}99$, $p < 0{,}01$).

Concernant le deuxième bloc, l'appartenance au groupe explique une proportion significative de la variance du burnout parental ($\Delta R^2 = 0{,}02$, $p < 0{,}05$) et d'inhibition ($\Delta R^2 = 0{,}05$, $p < 0{,}01$). Toutefois, la proportion de la variance expliquée par l'appartenance au groupe n'est pas significative pour la disposition à la pleine conscience ($\Delta R^2 = 0{,}01$, $p = 0{,}17$), la pleine conscience parentale ($\Delta R^2 = 0{,}02$, $p = 0{,}10$), la flexibilité cognitive ($\Delta R^2 = 0{,}01$, $p = 0{,}31$), ni la mémoire de travail ($\Delta R^2 = 0{,}01$, $p = 0{,}32$).

En ce qui a trait aux contributions uniques (une fois l'effet des autres variables contrôlées), les coefficients bêtas standardisés montrent que la dépression ($\beta = 0{,}57$, $p < 0{,}001$) et le groupe ($\beta = 0{,}13$, $p = 0{,}05$) sont liés de manière significative à l'explication du burnout parental. Ainsi, plus les scores de dépression sont élevés, plus le burnout parental est élevé. Également, plus les participants appartiennent au groupe de parents d'enfant ayant un TDA/H, plus les cotes de burnout parental sont élevées. Les coefficients bêtas standardisés montrent aussi que la dépression ($\beta = 0{,}47$, $p < 0{,}001$) et le groupe ($\beta = 0{,}22$, $p < 0{,}001$) sont liés de manière significative à l'inhibition. Ainsi, plus les cotes de la dépression sont élevées, plus les difficultés d'inhibition sont élevées. Également, plus les participants appartiennent au groupe de parents d'enfant présentant un TDA/H, plus les difficultés d'inhibition sont élevées.

Tableau 3

Régressions linéaires hiérarchiques prédisant l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation en contrôlant l'anxiété et la dépression (N =137)

Variable prédictive	Variables dépendantes											
	PC		PCP		BP		IN		FLEX		MDT	
	R^2	ΔR^2	R^2	ΔR^2	R^2	ΔR^2	R^2	ΔR^2	R^2	ΔR^2	R^2	ΔR^2
Bloc 1.												
Variables de contrôle[a]	0,44**		0,08**		0,42**		0,24**		0,35**		0,30**	
Bloc 2.												
Groupe		0,01		0,02		0,02*		0,05**		0,01		0,01

Note. Les résultats sont basés sur une méthode de rééchantillonnage par *Bootstrap* (5000 échantillons).
[a] Les variables de contrôle comprennent le score d'anxiété et de dépression.
PC = Pleine conscience ; PCP = Pleine conscience parentale ; BP = Burnout parental; IN = Inhibition ; FLEX = Flexibilité cognitive ; MDT = Mémoire de travail ; R^2 = Proportion de variance expliquée ; ΔR^2 = changement de proportion de variance expliquée.
$*p < 0,05$. $**p < 0,01$.

Discussion

La section qui suit propose une réflexion quant aux résultats afin de mieux comprendre la nature des relations entre la pleine conscience, l'autorégulation et l'épuisement parental. En premier lieu, les résultats relatifs aux hypothèses de recherche seront abordés à la lumière des connaissances actuelles en neurosciences et l'épuisement parental. En deuxième lieu, une discussion sera entreprise en fonction des analyses exploratoires effectuées. En troisième lieu, les forces et les limites de cette recherche seront discutées, ce qui permettra de formuler des recommandations pour les recherches futures.

Retour sur les analyses principales

Cet essai doctoral a permis de porter un regard nouveau sur la parentalité en intégrant une vision neuropsychologique par l'entremise de l'autorégulation et de la pleine conscience. La toile de fond théorique derrière l'intégration de ces habiletés réfère au fait que certains processus cognitifs et mentaux sont fondamentaux dans notre manière de réagir, d'adopter des comportements sains et de s'ajuster dans une relation.

Association entre l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation

Le premier objectif avait pour but de documenter les liens entre l'épuisement parental, la pleine conscience et l'autorégulation. Pour la mesure de la disposition à la PC et la

pleine conscience parentale (PCP), la force de la relation est considérée modérée entre ces deux mesures de pleine conscience (Cohen, 1988). Dans la littérature, une seule étude s'est penchée sur la relation entre l'épuisement parental et la disposition à la PC (Davis et al., 2017) et ces auteurs rapportent une association négative et modérée. À notre connaissance, ce projet de recherche est le premier à identifier une corrélation entre l'épuisement parental et la pleine conscience parentale.

Le stress parental auprès des parents ayant un enfant avec un TDA/H pourrait être une explication aux associations modérées entre les mesures de pleine conscience et d'épuisement parental. Rappelons que l'épuisement parental serait la conséquence d'un stress parental chronique (Mikolajczak et al., 2017; Norberg, 2007; Lindström et al., 2011) et que des mesures physiologiques du stress sont observées (Brianda et al., 2020). De manière générale, le stress parental serait associé négativement à la disposition à la PC (Campbell et al., 2017) de même qu'à la PCP (Gouveia et al., 2016). Même si le stress parental ne faisait pas partie des variables à l'étude, il est possible de penser que le stress parental puisse jouer un rôle dans la disposition du parent. Activant les régions limbiques au détriment des régions frontales, le stress laisse peu de place aux réactions réfléchies et adaptées au contexte (Arnsten, 2009). En fait, l'épuisement parental pourrait limiter les habiletés réflexives du parent et par conséquent, sa disposition à la PC et à la PCP.

En parallèle, la PCP favoriserait plusieurs comportements, attitudes et pensées contraires à ce que l'on retrouve en situation d'épuisement parental. Il est donc possible

de faire le rapprochement avec les habiletés de PCP décrites par Duncan et ses collaborateurs (2011) et les composantes de l'épuisement parental (Mikolajczak et al., 2018). En contexte d'épuisement parental, le parent s'investirait en excès dans la relation parent-enfant en raison d'exigences élevées qu'il entretiendrait (Mikolajczak et al., 2018). Ce comportement est contraire à ce que l'on retrouve dans la pleine conscience parentale, c'est-à-dire un parent qui est à l'écoute de son enfant et de ses limites personnelles, ce qui lui permet de réguler ses comportements parentaux en conséquence. L'entretien de pensées négatives et le faible sentiment d'auto-efficacité décrit dans le burnout parental (Mikolajczak et al., 2018) rendraient le parent peu disposé à adopter une attitude d'acceptation et de non-jugement envers soi-même et l'enfant. Il est aussi rapporté, dans l'épuisement parental, que le parent maintiendrait une distance émotionnelle dans sa relation parent-enfant. Ce dernier est moins enclin à être dans le moment présent, ce qui pourrait engendrer des comportements parentaux moins adéquats. Rappelons que l'habileté de PCP rendrait un parent plus enclin à adopter des comportements parentaux positifs (Parent et al., 2015). Ainsi, le développement de PCP serait une habileté protectrice à l'égard de l'épuisement parental. Ces résultats contribuent aux recherches sur l'épuisement parental et soutiennent l'hypothèse 1 à l'effet que la pleine conscience (disposition à la PC et la PCP) est négativement corrélée au risque d'épuisement parental.

Pour ce qui est des capacités d'autorégulation, une corrélation négative et modérée est observée entre l'épuisement parental et l'inhibition, la flexibilité cognitive et la mémoire de travail (hypothèse 2). Plus le risque d'épuisement parental est élevé, moins le

parent présente une autorégulation adéquate. À notre connaissance, ce projet de recherche est le premier à mettre en relation des mesures d'autorégulation, par le biais des fonctions exécutives, avec l'épuisement parental.

Ces corrélations modérées soutiennent l'importance des capacités d'autorégulation dans la parentalité (Bridgett et al., 2015; Sanders & Mazzucchelli, 2013). À titre d'exemple, plusieurs comportements parentaux inadéquats ont également fait l'objet de relation négatives avec les fonctions exécutives : les comportements intrusifs, le manque de soins à l'enfant, les affects négatifs et la négligence parentale (Bridgett, Kanya, Rutherford, & Mayes, 2017; Crandall et al., 2015; Sturge-Apple et al., 2014). Bien que ces variables n'aient pas été mesurées directement avec l'épuisement parental, il est possible de les observer chez un parent épuisé tels que décrit par Mikolajczak et ses collaborateurs (2018).

Il est également possible de faire le parallèle entre des troubles psychopathologiques qui présentent des déficits exécutifs et l'épuisement parental. Si les capacités d'autorégulation sont moins présentes, il est attendu que les processus mentaux soient fragilisés et que le risque d'épuisement parental soit plus important. Dans une vision transdiagnostique, les lacunes exécutives sont considérées comme un possible facteur de risque dans l'ajustement comportemental et relationnel (Billieux, 2012) et représentent un symptôme commun à une santé mentale précaire (Carvalho et al., 2014; Polak et al., 2012). Ces résultats permettent d'attribuer des lacunes exécutives à un syndrome spécifique à la

sphère parentale. Les parents épuisés présenteraient des faiblesses cognitives qui peuvent entraver la manière dont ils se sentent, réfléchissent ou agissent à travers leur rôle parental.

Les fonctions exécutives sont principalement prises en charge par les lobes frontaux et en particulier le cortex préfrontal (Miller, & Cohen, 2001). En situation de stress, des changements neurobiologiques sont observés. L'activité du cortex préfrontal et de l'hippocampe seraient amoindries et entraineraient une hyperactivation de l'amygdale (McEwan, 2007). Conséquemment, les fonctions exécutives et la mémoire seraient négativement influencées par le stress (Girotti, Adler, Bulin, Fucich, Paredes, & Morilak, 2018; McEwan, 2007; Oei, Everaerd, & Elzinga, 2006; Plessow et al., 2007; Steinhauser et al., 2007). Une suractivation de l'amygdale entrainerait des stratégies inadaptées reliées au processus « bottom-up », telles que la tendance à l'évitement, les ruminations, les difficultés de désengager son attention de ses pensées et de ses émotions peuvent être présentes chez le parent épuisé.

Comme il a été expliqué dans le contexte théorique, des modèles neuroscientifiques considèrent l'autorégulation comme un mécanisme fondamental à la PC (Bishop et al., 2004; Hölzel et al., 2011). Ainsi, il se peut que le manque d'autorégulation soit en lien avec de faibles capacités de PC, puisque les fonctions exécutives permettent à l'individu de s'adapter aux changements de situation, de modifier certaines habitudes et de considérer des alternatives face à un problème (Barkley, 2001). Également, l'étude de Short et ses collaborateurs (2016) identifie les fonctions exécutives comme une variable

médiatrice entre la disposition à la PC et le bien-être. Chez les individus avec une meilleure disposition à la PC, il est observé qu'ils sont plus aptes à réguler leurs comportements (Anicha, Moeller, & Robinson., 2012). Bien que ces associations ne fassent pas parties des hypothèses de recherche, mentionnons des corrélations significatives observées entre, d'une part, les mesures de disposition à la PC et à la PCP et, d'autre part, l'autorégulation. Ceci appuie les modèles théoriques stipulant l'implication des fonctions exécutives sur l'aptitude à porter son attention sur le moment présent et l'effort délibéré pour orienter l'esprit à travers la pleine conscience (Fall, 2016). Somme toute, ces résultats appuient l'hypothèse 2 formulée, c'est-à-dire l'idée que l'autorégulation soit négativement associée au risque d'épuisement parental.

Comparaison entre les groupes avec/ sans enfant avec un TDA/H

Le second objectif avait pour but d'explorer un modèle neuropsychologique de l'épuisement parental auprès d'une population à risque, comme les parents d'enfant ayant un TDA/H, et de la comparer aux parents ayant un enfant tout-venant.

Concernant le risque d'épuisement parental, il est constaté que les parents avec un enfant présentant un TDA/H ont un risque plus élevé, comparativement aux parents n'ayant pas d'enfant présentant un TDA/H. Pour le groupe de parents avec un enfant tout-venant, le score d'épuisement parental correspond à un risque faible. Selon le barème d'interprétation (Roskam & Mikolajczak, 2018), les parents présentent suffisamment de facteurs de protection comparativement aux facteurs de risque. De manière générale, ils

s'investissent dans la relation avec leur enfant de même que leur éducation. Ils se considèrent comme de bons parents dans leur rôle parental. Pour ce qui est du groupe de parents d'enfants ayant un TDA/H, ceux-ci présenteraient un risque modéré de burnout parental selon le barème d'interprétation. Un score modéré signifie que le parent est plus à risque de burnout parental sans toutefois présenter ce syndrome. La fatigue serait plus présente et empêcherait le parent de s'investir pleinement dans sa relation avec son enfant. Il pourrait avoir l'impression de ne pas devenir le parent qu'il souhaite être. C'est pourquoi à ce stade, il serait important de renforcer les facteurs de protection du parent.

Le risque d'épuisement parental est plus élevé chez le groupe de parents d'enfant ayant un TDA/H. De manière générale, les parents ayant un enfant avec un TDA/H présentent plus de facteurs de risque liés à la parentalité. Rappelons quelques caractéristiques déjà identifiées auprès de cette population : le stress parental (Theule et al., 2013), des pensées négatives envers leurs capacités parentales (McLaughlin & Harrison, 2006), l'adoption d'un style parental moins adéquat (Ellis & Nigg, 2009), la présence de conflits avec l'enfant (Lifford et al., 2009) et dans la relation conjugale (Mohammadi et al., 2012). Selon le modèle proposé par Roskam et Mikolajczak (2018), l'épuisement parental serait le résultat d'un plus grand nombre de facteurs de risque que de facteurs de protection. Dans le cas du groupe de parents ayant un enfant avec un diagnostic de TDA/H, il se peut très bien que l'accumulation de facteurs de risque joue dans la balance et les rendent plus à risque de burnout parental. De manière générale, ce

résultat appuie l'hypothèse 3 à l'effet que le risque d'épuisement parental est plus élevé chez les parents d'enfant présentant un TDA/H.

En ce qui a trait à la pleine conscience, il ressort que la disposition à la PC est significativement moins élevée chez les parents d'enfant ayant un TDA/H, comparativement aux parents n'ayant pas d'enfant présentant un TDA/H et qu'ils sont moins disposés à être conscients à travers leur rôle parental (hypothèse 4). Pour ce qui est de la disposition à la PC, une explication pourrait être que les parents aient aussi un TDA/H. En fait, la disposition à la pleine conscience serait plus faible chez les individus ayant un TDA/H, puisqu'ils présenteraient des lacunes cognitives (Smalley et al., 2009). Dans le cadre de cette étude, 14 parents du groupe d'intérêt mentionnaient avoir un TDA/H tandis que 25 parents suspectaient présenter un TDA/H sans avoir de diagnostic posé par un professionnel de la santé. Pour le groupe de comparaison, aucun parent n'a indiqué avoir un TDA/H et 12 parents suspectaient présenter ce trouble.

En ce qui a trait à la PCP, l'étude de Murdock (2017) établit notamment une corrélation modérée et négative entre les symptômes du TDA/H du parent et la PCP chez ces derniers.

Conséquemment, le fait d'identifier un score plus faible pour la disposition à la PC et la PCP chez les parents d'enfant ayant un TDA/H constitue une piste de solution pour des interventions futures. Comme il a été mentionné précédemment, en cas d'un risque moyen

de burnout parental, il est important de miser sur le renforcement de facteur de protection. Ces résultats permettent, pour une première fois, de mettre en relation l'épuisement parental et la pleine conscience. Ces résultats pourront servir pour les études futures sur l'intervention en PCP auprès de parents à risque d'épuisement parental et ce, particulièrement s'ils ont un enfant avec un TDA/H.

Concernant les capacités d'autorégulation, l'hypothèse 5 n'est que partiellement confirmée. Il s'avère que la mesure d'inhibition est plus faible chez les parents d'enfant ayant un TDA/H, comparativement aux parents n'ayant pas d'enfant avec un TDA/H, mais aucune différence significative n'est identifiée pour la flexibilité cognitive et la mémoire de travail.

Une explication pourrait être, entre autres, qu'il y a une forte prévalence génétique dans le TDA/H (Faraone et al., 2015) et que les parents de ce groupe sont grandement susceptibles de présenter aussi ce trouble. Selon Barkley (1997), le manque d'inhibition serait le déficit fondamental au TDA/H et aurait des répercussions sur la plupart des fonctions cognitives d'ordre supérieur qui dépendent de l'inhibition. Les capacités inhibitrices peuvent être particulièrement pertinentes pour ignorer des distracteurs dans la vie quotidienne afin de diriger un comportement orienté vers une relation positive avec son enfant. De plus, les liens entre l'inhibition et certains attributs parentaux sont plus fréquents dans la documentation scientifique. À titre d'exemple, les capacités d'inhibition seraient positivement associées à des comportements sensibles (Shaffer & Obradovic,

2017). Selon Shaffer et Obradovic (2017), l'inhibition pourrait être l'unique prédicteur de l'encadrement et de l'enseignement adéquat dans les interactions parent-enfant. Dans ce cas, il est intéressant de relever de faibles capacités d'inhibition en lien avec une population parentale plus à risque d'épuisement parental et pour qui la disposition à la PC et la PCP est plus faibles chez ceux-ci. D'ailleurs, en lien avec les résultats sur la disposition à la PC obtenus précédemment, des études rapportent un lien entre le manque d'inhibition et la disposition à la pleine conscience (Black et al., 2011; Wittmann et al., 2014).

D'un autre côté, les lacunes de flexibilité cognitive et de mémoire de travail font aussi partie du tableau clinique dans le TDA/H. Dans ce groupe, 39 parents sur 82 présentent ou soupçonnent présenter un TDA/H. Or, même si les scores de flexibilité cognitive et de mémoire de travail reflètent tout de même une tendance à la baisse pour le premier groupe, les analyses statistiques n'atteignent pas le seuil de signification. Une hypothèse pouvant expliquer ces résultats est le fait que la moitié des participants (43 sur 82) ne mentionnent pas avoir un diagnostic de TDA/H. De ce fait, il est possible de croire que le portrait cognitif soit disparate au sein des participants du même groupe. D'un autre côté, une autre explication pourrait être que le profil du TDA/H chez ceux ayant ce trouble ou susceptible de l'avoir est souvent hétérogène. En effet, les différents profils possibles (prédominance inattentive, prédominance hyperactivité/impulsivité ou mixte) reflètent une symptomatologie et un profil cognitif qui peut varier d'un individu à un autre (APA, 2013;

Lussier et al., 2017). Ces raisons peuvent expliquer, en partie, les résultats non significatifs pour les mesures de flexibilité cognitive et de mémoire de travail.

Il se peut, également, que les mesures auto-rapportées des fonctions exécutives reposent davantage sur l'expérience subjective du participant plutôt que sur leurs réelles habiletés neurocognitives (Buchanan, 2016). Une piste de solution pourrait être d'évaluer l'apport des fonctions exécutives dans l'autorégulation par le biais de questionnaires et de tests neuropsychologiques. De cette manière, un portrait plus complet permettra une analyse détaillée de ces fonctions cognitives en lien avec leurs observations dans la vie quotidienne. Les études corrélationnelles entre les fonctions cognitives et la PC sont peu nombreuses actuellement, comparativement aux études qui s'attardent à l'amélioration des fonctions exécutives à la suite d'ateliers de PC. Malgré les liens évidents sur le plan théorique, des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux cerner les liens unissant le fonctionnement cognitif et la PC. Dans l'ensemble des variables cognitives ciblées, les données obtenues ne viennent que partiellement soutenir l'hypothèse 5 à l'effet que l'autorégulation est plus faible chez le groupe de parents ayant un enfant avec un TDA/H.

Retour sur les analyses exploratoires

Les analyses exploratoires avaient pour but de contrôler des variables pouvant elles aussi être reliées aux régions frontales. Dans cette étude, les scores d'anxiété et de

dépression sont insérés dans un modèle explicatif pour déterminer s'ils exercent une influence sur les résultats en lien avec les hypothèses de recherche.

Deux résultats sont significatifs. Tout d'abord, les résultats indiquent que l'appartenance au groupe prédit significativement l'épuisement parental après le contrôle de l'anxiété et de la dépression. Ce résultat permet de confirmer l'apport distinct de l'épuisement parental par rapport aux symptômes anxieux et dépressifs. Ce résultat de recherche met en lumière une certaine détresse parentale qui ne s'inscrit pas pour autant dans un trouble dépressif ou d'anxiété. Comme il a été mentionné auparavant, le burnout parental est fortement corrélé avec la dépression et l'anxiété (Sánchez-Rodriguez, Leboullenger, & Callahan, 2018), mais se différencie de ces symptômes (Roskam et al., 2017; Van Bakel, Van Engen, & Peters, 2018). Ce résultat renforce la distinction entre l'épuisement parental et cette symptomatologie. Le groupe de parents d'enfant ayant un TDA/H est donc exposé à une réalité bien spécifique qui teinte leur réalité parentale. Sur le plan clinique, ce résultat renforce l'idée de s'attarder à cette population et de veiller à augmenter les habiletés qui leur permettent de s'éloigner de l'épuisement parental.

De plus, les résultats indiquent que l'appartenance au groupe prédit significativement les capacités d'inhibition après le contrôle de l'anxiété et de la dépression. Ce résultat souligne qu'une fois pris en compte les effets de l'anxiété et de dépression, la capacité d'inhibition demeure déficitaire ou plus faible chez les parents d'enfant ayant un TDA/H. La présence du TDA/H auprès des parents pourrait expliquer un tel résultat. Comme

indiqué précédemment, le manque d'inhibition est la fonction centrale dans les modèles théoriques du TDA/H (Barkley, 1997). De manière générale, le manque d'inhibition laisse croire à une certaine fragilité cognitive chez le parent. Dans une approche transdiagnostique, le manque d'inhibition, qui est identifié dans plusieurs psychopathologies, serait associé à une détresse psychologique qui s'exprime différemment d'un individu à l'autre (Rothbart, 2011). Certes, ces résultats renforcent l'idée de proposer des ateliers de PCP pour cette population parentale présentant des lacunes inhibitrices.

Forces, limites et recommandations

À notre connaissance, cette étude serait la première à s'attarder spécifiquement à l'épuisement parental en mettant en relation l'autorégulation et la pleine conscience. Cette recherche contribue à une vision transdiagnostique du bien-être parental. Les connaissances sont nombreuses sur l'autorégulation et la PC comparativement à l'épuisement parental. En identifiant des relations entre ces variables, il est possible de bonifier la compréhension de l'épuisement parental par les connaissances sur la PC et l'autorégulation. Cette étude exploratoire pourra très certainement ouvrir la porte à de futures recherches sur les liens qui unissent ces variables et sur les avenues d'intervention possibles. Par exemple, les recherches constatent que la pleine conscience parentale pourrait être bénéfique (voir la méta-analyse de Friedmutter, 2015) de même qu'une intervention en PC pour l'épuisement professionnel (voir la méta-analyse de Vonderlin, Biermann, Bohus, & Lyssenko, 2020). En d'autres mots, le fait de mettre en relation le

risque d'épuisement parental et la pleine conscience amène fortement à croire qu'il sera possible de développer une pensée plus consciente auprès de ces parents à bout de souffle. Il reste donc à documenter les effets de l'intervention de PCP auprès de parents épuisés, puisque cela laisse croire qu'il y aurait des bénéfices. Les connaissances neuroscientifiques sur les fonctions exécutives ont aussi permis d'explorer une compréhension de la parentalité. Ainsi, avec de meilleures capacités d'autorégulation et de pleine conscience, il serait possible de briser un cycle de transmission intergénérationnel inadéquat chez les parents à risque d'épuisement parental.

Des retombées positives sont notées à la lumière de ce projet de recherche. Tout d'abord, étant donné que la documentation est encore embryonnaire sur le sujet, cette recherche a permis de contribuer aux connaissances scientifiques sur le burnout parental. En effet, la notion de parentalité positive est apparue il y a quelques années dans le but de définir des balises comportementales qui sont dans l'intérêt de l'enfant (Rodrigo, 2012). Le rôle du « parent positif » est de promouvoir une éducation chaleureuse, aimante et qui répond aux besoins de sécurité de l'enfant. C'est aussi de favoriser un sentiment de compétence, lui offrir un encadrement et des limites dans un environnement non violent en plus de valoriser l'enfant à travers une écoute active. Certes, cette définition s'avère être un idéal des comportements attendus par le parent et ce standard ne peut être atteint en permanence par celui-ci (Roskam & Goodman cité dans Roskam & Mikolajczak, 2018). Ces repères parentaux peuvent donc devenir contre-productifs et faire vivre une détresse chez certains parents qui ont l'impression de ne pas être à la hauteur des attentes.

Ainsi, le fait d'être en mesure d'identifier un risque d'épuisement parental est un apport positif pour les cliniciens afin de dépister certains clients qui vivent des enjeux en lien avec la parentalité et de leur offrir le soutien approprié. Une vision plus normative de la parentalité devrait notamment être véhiculée pour permettre une réflexion propre à chaque parent concernant ses limites personnelles, mais aussi pour souligner les défis relatifs à la parentalité et aux facteurs de risque associés à l'autorégulation et à la PC.

Cette recherche a permis d'identifier une population parentale vulnérable et plus à risque d'épuisement parental que sont les parents d'enfant ayant un TDA/H. Plusieurs caractéristiques parentales avaient préalablement été identifiées auprès de cette population. L'épuisement parental semble englober ces différentes caractéristiques pour permettre une compréhension plus cohérente unissant plusieurs variables.

Les résultats identifient que l'inhibition est une variable qui pourrait expliquer le risque d'épuisement parental auprès des parents d'enfant ayant un TDA/H, puisqu'elle est la seule variable d'autorégulation qui demeure significative après le contrôle de l'anxiété et de la dépression. Ce résultat permet de croire que l'hérédité pourrait avoir un rôle à jouer, puisque près de la moitié des participants du groupe d'intérêt présentent ou pensent présenter un TDA/H. Les études sont également plus nombreuses entre le manque d'inhibition (impulsivité) et les pratiques parentales négatives. Les liens entre l'inhibition, l'épuisement parental et les pratiques parentales seraient une avenue de recherche pertinente à explorer.

Dans un autre ordre d'idée, le présent échantillon est composé de parents québécois, ce qui renforce l'idée que l'épuisement parental va au-delà d'un contexte culturel. Jusqu'à présent, les premières études de validation pour le concept d'épuisement parental ont été faites en Europe auprès d'une population francophone (Anclair et al., 2017; Brianda et al., 2020; Mikolajczak et al., 2017; Mikolajczak et al., 2019). Les résultats indiquent que l'épuisement parental semble également présent au sein des parents québécois.

Malgré tout, certaines limites sont constatées dans cette étude. La parentalité est un sujet fort complexe aux multiples déterminants et ceux-ci n'ont été que partiellement scrutés. Puisque les facteurs parentaux semblent jouer un rôle prépondérant dans la prédiction du burnout parental (Mikolaczak et al., 2018), d'autres mesures propres à la parentalité, telles que le style parental, le niveau de compassion, le stress parental et les attributs positifs/négatifs envers l'enfant auraient pu contribuer à pousser davantage notre compréhension. Pour pallier cette limite, il aurait été pertinent d'y intégrer des questionnaires portant sur la parentalité. Dans le même ordre d'idée, une échelle de la sévérité des comportements pour l'enfant aurait pu faire partie du devis méthodologique. Une telle évaluation (p. ex., à l'aide du *Child Behavior Checklist* ; Achenbach, 1991) aurait pu être utilisée pour vérifier si la sévérité du comportement perçu joue un rôle médiateur sur les variables parentales à l'étude.

Des limites concernant le recrutement des parents sont également présentes. En effet, la grande majorité des participants a été recrutée sur les réseaux sociaux. Au départ, il était

question de recruter les parents par le biais de cliniques qui évaluent le TDA/H à l'enfance. De cette manière, il semblait plus judicieux de s'assurer qu'un réel diagnostic était posé par un professionnel ayant les compétences pour le faire. Or, en raison du peu de participation, nous avons dû recruter autrement pour obtenir un nombre suffisant de parents. Même s'il était mentionné aux parents qu'ils devaient avoir un enfant avec un diagnostic formel de TDA/H, il a été uniquement possible de se fier sur l'honnêteté de ceux-ci en ce qui a trait à la validité du diagnostic de l'enfant lors de la complétion du questionnaire. De plus, l'échantillon total provient de deux milieux différents, c'est-à-dire de milieux cliniques et des réseaux sociaux. Pour contrôler au mieux les variables, nous avons fait des analyses de comparaison (test *t*) qui ne montrent pas de différence significative sur la plupart des variables (années d'études, revenu, anxiété).

Parallèlement, l'étude de parents ayant un enfant avec un TDA/H s'avère un défi en soi. La présentation clinique du TDA/H est très vaste et peut différer d'un enfant à un autre. Conséquemment, l'impact des difficultés reliées au TDA/H est très variable et il semble difficile d'obtenir un profil clinique similaire d'un enfant à l'autre. À titre d'exemple, le fait d'avoir plusieurs comorbidités peut influencer différemment la relation parent-enfant et le vécu de chaque famille. Même si l'échantillon représente tout de même une réalité clinique, il s'agit d'une limite à cette étude qui appelle à la prudence concernant la généralisation des résultats. En ce qui a trait à la composition de l'échantillon, il faut noter que les pères sont sous-représentés ($n = 6$). Comme c'est le cas dans la plupart des études faites auprès des parents, les pères se sentent peu interpellés par ces études.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce constat. Par exemple, ils peuvent se sentir moins impliqués ou interpellés dans l'éducation parentale, comparativement à leur partenaire (Schoppe-Sullivan, Altenburger, Lee, Bower, & Kamp Dush, 2015). Cette situation fait en sorte que la réalité parentale des pères est peu documentée. Néanmoins, les données actuelles tendent à confirmer la présence d'épuisement parental chez les deux parents (Roskam et al., 2017). Le vécu serait toutefois différent d'un sexe à l'autre. Les hommes présentent un niveau plus élevé de conséquences préjudiciables que les mères. À titre d'exemple, les idées suicidaires et les comportements négligents envers l'enfant seraient plus fréquents chez les pères (Roskam & Mikolajczak, 2020). Sachant cela, il devient impératif de porter une attention particulière au vécu des hommes afin de leur apporter le soutien nécessaire. Les recherches futures devraient tenter d'avoir un échantillon autant masculin que féminin pour mieux cerner les enjeux découlant de l'épuisement parental.

À la lumière de ces résultats, le choix des instruments de mesure utilisés peut être également critiqué. D'emblée, le questionnaire BRIEF-A a été choisi pour évaluer l'autorégulation afin de faciliter l'adhésion de participants : le temps de passation étant relativement court comparativement à l'administration d'épreuves neuropsychologiques. Également, cet outil est largement utilisé en recherche et en clinique, ce qui en renforçait le choix. Les instruments de mesure disponibles pour l'autorégulation sont assez variés, parfois sollicitant des perceptions auto-rapportées ou des performances cognitives. Toutefois, dans le cas présent, les instruments d'auto-évaluation peuvent être problématiques parce que les participants qui ont des dysfonctions exécutives plus élevées

peuvent être moins à l'écoute de leurs propres émotions et de leur capacité de contrôle cognitif. Conséquemment, ils peuvent eux-mêmes évaluer leur capacité d'autorégulation comme élevée, mais pourraient exécuter plus difficilement les tâches neuropsychologiques (Solsnes, Skranes, Brubakk, & Løhaugen, 2014). Ces résultats remettent donc en question le choix des outils utilisés. Afin d'avoir une mesure plus objective, l'utilisation conjointe de tests neuropsychologiques aurait pu permettre de pallier cette lacune. Il serait également pertinent que les recherches futures continuent de décortiquer les fonctions sous-jacentes à l'autorégulation pour mieux comprendre le rôle de chacune des fonctions. Dans le cadre de cette étude, il a été judicieux d'étudier l'autorégulation avec les trois principales fonctions exécutives, puisque seule l'inhibition s'avère significative. De plus, un questionnaire qui cible l'autorégulation parentale comme le questionnaire *Me as a Parent* (Hamilton, Matthews, & Crawford, 2014) aurait permis d'évaluer conjointement les perceptions du parent quant à ses compétences dans son rôle parental.

Enfin, les réflexions à l'égard de cette étude mènent à d'autres pistes de recherche pour de prochaines études. Il y a encore un débat considérable concernant la définition du concept d'autorégulation ainsi que la terminologie utilisée pour parler de cet ensemble d'habiletés. L'autorégulation est étudiée dans un grand nombre de domaines qui utilisent tous des méthodes différentes pour la mesurer. Dans le cadre de la présente recherche, nous avons axé sur les fonctions exécutives dites « froides » (inhibition, flexibilité cognitive, mémoire de travail) pour quantifier les capacités d'autorégulation en lien avec

la théorie des processus duaux. Néanmoins, il existe aussi les fonctions exécutives dites « chaudes » qui correspondent notamment au délai de gratification ou à la prise de décision. Des aspects plus motivationnels et émotionnels sont impliqués dans ces dernières tandis que les fonctions exécutives « froides » découlent d'un raisonnement rationnel et décontextualisé (Zelazo & Mueller, 2002). Ces deux processus « top down » sont liés à des substrats neurologiques différents de la zone préfrontale : les fonctions « chaudes » activent la zone du cortex préfrontal ventromédian tandis que les fonctions « froides » sont associées au cortex préfrontal dorsolatéral (Rutherford et al., 2015 ; Zelazo & Mueller, 2002). Sachant que la sphère émotionnelle est indéniablement sollicitée dans la relation parent-enfant, les recherches futures devraient prendre en compte à la fois l'aspect rationnel et émotionnel du processus « top-down » pour réaliser une évaluation plus complète de l'autorégulation. Comme le mentionnent Shaffer et Obradovic (2017), il est essentiel que les études futures prennent en compte à la fois la régulation émotionnelle des parents et les fonctions exécutives pour identifier leurs contributions uniques au comportement parental et aux interactions parents-enfants.

Autant sur le plan conceptuel que neuropsychologique, les études futures devront continuer de faire la distinction entre la PC et l'autorégulation pour mieux comprendre les fonctions cognitives impliquées. Le fait que l'inhibition se démarque des autres mesures d'autorégulation appuie l'idée de poursuivre les études sur l'autorégulation en décortiquant les fonctions cognitives sous-jacentes. Dans l'avenir, il faudra continuer d'explorer les fonctions exécutives impliquées tout en clarifiant le rôle de la flexibilité

cognitive et de la mémoire de travail à travers l'épuisement parental. D'autres études corrélationnelles semblent aussi nécessaires pour mieux comprendre les liens entre l'autorégulation et la pleine conscience étant donné le peu d'études qui documentent ces concepts simultanément.

Au-delà d'un désir de compartimenter l'épuisement parental et d'y rattacher un cadre théorique, Blanchard et Heeren (2020) proposent une réflexion quant à la conceptualisation du burnout parental. Selon les auteurs, l'épuisement parental ne peut être séparé de son contexte familial spécifique et demande une intervention davantage systémique qu'individuelle. C'est pourquoi il serait fort intéressant d'évaluer l'impact d'ateliers de pleine conscience qui s'adresse autant à l'enfant que le parent et d'en mesurer les répercussions au sein d'une cellule familiale.

La taille de l'échantillon pourrait aussi expliquer le manque de puissance statistique obtenu dans les résultats. La réplication de cette étude avec un plus grand échantillon pourrait très certainement aider à soutenir les hypothèses en lien avec l'épuisement parental.

Somme toute, cet essai avait pour but d'intégrer une compréhension multidimensionnelle de l'épuisement parental pour mieux saisir les liens unissant le cortex préfrontal et le bien-être parental. Avec une littérature encore jeune sur le sujet, les

recherches futures pourront très certainement renchérir et nuancer la complexité entourant l'épuisement parental.

Conclusion

Ce projet de recherche a examiné la parentalité sous l'angle neuropsychologique. Il contribue au développement des connaissances à l'égard de la parentalité et plus spécifiquement de l'épuisement parental. En effet, il en ressort que la pleine conscience et l'autorégulation ont une relation négative et modérée avec le risque d'épuisement parental. À notre connaissance, cette étude est la première à prendre en compte ces trois variables simultanément. Les résultats de cette étude viennent appuyer l'idée théorique que l'intervention en pleine conscience parentale pourrait contrecarrer l'épuisement parental en augmentant les capacités d'autorégulation (Pickard, Caputi, & Grenyer, 2016). De plus, les données recueillies soutiennent un risque d'épuisement parental plus élevé, de plus faibles capacités d'inhibition, une disposition plus faible à la PC et à la PCP chez les parents d'enfant présentant un TDA/H. Cependant, les parents d'enfant ayant un TDA/H ne se différencient pas du groupe de comparaison sur la flexibilité cognitive et la mémoire de travail. D'autres recherches devraient être réalisées pour explorer en profondeur les liens unissant l'épuisement parental, les capacités cognitives sous-jacentes ainsi que les attitudes parentales. Les recherches futures pourraient également examiner l'impact à long terme d'une intervention de pleine conscience parentale et ses retombées sur le bien-être du parent et de l'enfant.

Références

Alberts, H.J.E.M., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite, 58*(3), 847-851.

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and profile.* Burlington, VT, University of Vermont Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.). Washington, DC: Auteur.

Anclair, M., Hjärthag, F., & Hiltunen, A.J., (2017). Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness for Health-Related Quality of Life: Comparing Treatments for Parents of Children with Chronic Conditions – A Pilot Feasibility Study. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 13,* 1-9. doi: 10.2174/1745017901713010001

Anicha, C. L., Ode, S., Moeller, S. K., & Robinson, M. D. (2012). Toward a cognitive view of trait mindfulness: Distinct cognitive skills predict its observing and nonreactivity facets. Journal of Personality, 80, 255–285. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494. 2011.00722.x.

Ardelt, M., & Eccles, J. (2001). Effect of mothers' parental efficacy beliefs and promotive parenting strategies on inner-city youth. *Journal of family issues, 22*(8), 944-972.

Arnsten, A. F. (2009). Stress signaling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature reviews. Neuroscience*, *10*(6), 410–422. Repéré à https://doi.org/10.1038/nrn2648

Baddeley, A. (2010). Working Memory. *Current Biology, 20*(4), R136-R140. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.cub.2009.12.014

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27–45. Repéré à https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Banfield, J. F., Wyland, C. L., MacRae, C. N., Munte, T. F., & Heatherton, T. F. (2004). The cognitive neuroscience of self-regulation. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.) New York: Guilford Press. In *The Handbookof Self Regulation* (pp. 62-83).

Barajas, S., & Garra, L. (2014). Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the mindful attention awareness scale (MAAS) in a Spanish sample. Clínica y Salud, 25(1), 49–56. https://doi.org/10. 1016/S1130-5274(14)70026-X.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, *121*(1), 65–94. Repéré à https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65

Barkley, R. A. (2001). The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuro- psychological perspective. Neuropsychology Review, 11, 1–29. http://dx.doi.org/10. 1023/A:1009085417776.

Barkley, R.A. (2005). *ADHD and the nature of self-control*. New York, NY: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3e éd.).* New York, NY: Guilford Press.

Beck, A.T., Epstein, N., Borwn, G., & Steer, R.A. (1998). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.

Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G.J. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100.

Behbahani, M., Zargar, F., Assarian, F., & Akbari, H. (2018). Effects of Mindful Parenting Training on Clinical Symptoms in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Parenting Stress: Randomized Controlled Trial. *Iranian journal of medical sciences*, *43*(6), 596–604.

Belsky, J., Conger, R., & Capaldi, M. (2009). The intergenerational transmission of parenting: introduction to the special section. *Developmental Psychology, 45*, 1201–1204.

Berger, A. (2011). Neurocognitive and neuromotivational mechanisms of self-regulation. In A. Berger (Eds), *Self-Regulation: Brain, Cognition, and Development* (pp.19-44). doi: 10.1037/12327-002.

Best, J. R., & Miller, P. H. (2010). A developmental perspective on executive function. *Child Development*, *81*(6), 1641–1660. doi:10.1111/ j.1467-8624.2010.01499.x

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology Science and Practice, 11*(3), 230-241.

Black, D.S., Semple, R.J., Pokhrel, P., & Grenard, J.L. (2011). Component processes of executive function- Mindfulness, self-control, and working memory- And their relationships with mental and behavioral health. *Mindfulness, 2*(3), 179-185.

Blanchard, L. T., Gurka, M. J., & Blackman, J. A. (2006). Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*, *117*(6), e1202–e1212. Repéré à https://doi.org/10.1542/peds.2005-2606

Blanchard, M.A., & Hereen, A. (2020). Why we should move from reductionism and embrace a network approach to parental burnout. *Child & Adolescent Development.* 159–168. doi: 10.1002/cad.20377

Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful Parenting in Mental Health Care. *Mindfulness*, *1*(2), 107–120. Repéré à: https://doi.org/10.1007/s12671-010-0014-5

Bögels, S.M., & Restifo, K. (2014). Mindful parenting: A guide for mental health practitioners. New York, NY: Springer.

Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness Training for Adolescents with Externalizing Disorders and Their Parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*, 193-209. Repéré à http://dx.doi.org/10.1017/S1352465808004190

Bondolfi, G., Jermann, F., & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la méditation de pleine conscience (mindfulness) : entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves. *Psychothérapies, 31*(3), 167-174. doi: 10.3917/psys.113.0167

Borst, G., Cachia, A., Vidal, 1., Simon, G., Fischer, c.,Pineau, A.,...Houdé, O. (2014). Folding of the anterior cingulate cortex partially explains inhibitory control during childhood: A longitudinal study. *Developmental Cognitive Neuroscience,* 9, 126-135. doi: 10.1016/j.dcn.2014.02.006

Bouchard, T. J., Jr. (2004). Genetic Influence on Human Psychological Traits: A Survey. *Current Directions in Psychological Science, 13*(4), 148–151. Repéré à https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00295.x

Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychometrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 14*(3), 211–218. https://doi.org/10.1037/h0081254

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, S., ..., Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse, 30*, 295-305.

Brianda, M. E., Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2020). Hair cortisol concentration as a biomarker of parental burnout. *Psychoneuroendocrinology, 117*, 104681. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104681

Bridgett, D. J., Burt, N. M., Edwards, E. S., & Deater-Deckard, K. (2015). Intergenerational transmission of self-regulation: A multidisciplinary review and integrative conceptual framework. *Psychological bulletin, 141*(3), 602–654. Repéré à https://doi.org/10.1037/a0038662

Bridgett, D. J., Kanya, M. J., Rutherford, H. J., & Mayes, L. C. (2017). Maternal executive functioning as a mechanism in the intergenerational transmission of parenting: Preliminary evidence. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 31*(1), 19–29. Repéré à https://doi.org/10.1037/fam0000264

Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 822-848.

Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry, 18*(4), 272-281.

Buckner, J.C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W.R. (2010). Self-Regulation and Its Relations to Adaptive Functioning Low Income Youths. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*(1), 19-30.

Buchanan, T. (2016). Self-report measures of executive function problems correlate with personality, not performance-based executive function measures, in nonclinical samples. *Psychological Assessment, 28*(4), 372-385. Doi: https://doi.org/10.1037/pas0000192

Bush, G., Luu, P., & Posner, M. I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in cognitive sciences, 4*(6), 215–222. https://doi.org/10.1016/s1364-6613(00)01483-2

Campbell, K., Thoburn, J.W., & Leonard, H.D. (2017). The Mediating Effects of Stress on the Relationship Between Mindfulness and Parental Responsiveness. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 6*(1), 48-59. Repéré à http://dx.doi.org/10.1037/cfp0000075

Carmody, J. (2009). Evolving Conceptions of Mindfulness in Clinical Settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*, 270-280.

Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *100*(9), 5497–5502. Repéré à https://doi.org/10.1073/pnas.0935845100

Carvalho, A.F., Miskowiak, K.K., Hyphantis, T.N., Kohler, C.A., Alves, G.S. (2014). Cognitive dysfunction in depression – pathophysiology and novel targets. CNS Neurology Disorders and Drug Targets, 13, 1819-1835.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2011). Self-regulation of action and affect. In K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications (2nd ed.) (pp. 3-21). New York, NY, US: Guilford Press.

Cash, M., Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness.* 177–182.

Chambers, R., Lo, B.C.Y., & Allen, N.B. (2008). The Impact of Intensive Mindfulness Training on Attentional Control, Cognitive Style, and Affect. *Cognitive Therapy and Research, 322*, 303–322. Repéré à https://doi.org/10.1007/s10608-007-9119-0

Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N.B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. Clinical Psychology Review, 29(6), 560-572.

Chen, X., He, J., Fan, X., & Cai, Z. (2018). Attachments, dispositional mindfulness, and psychological distress: A mediation analysis. Current Psychology, 1–9.

Chico, E., Gonzalez, A., Ali, N., Steiner, M., & Fleming, A. S. (2014). Executive function and mothering: Challenges faced by teenage mothers. *Developmental Psychobiology, 56*(5), 1027–1035. Repéré à https://doi.org/10.1002/dev.21185

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine*, *40*(8), 1239–1252. Repéré à https://doi.org/10.1017/S0033291709991747

Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical psychology review*, *31*(3), 449–464. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.003

Chiesa, A., Serretti, A., & Jakobsen, J. C. (2013). Mindfulness: top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clinical psychology review*, *33*(1), 82–96. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.006

Chillis-Rivard, R. (2019). *Les ateliers de pleine conscience parentale et leur effet à moyen terme sur les capacités d'autorégulation des mères : Étude pilote* (Essai doctoral inédit). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC.

Coatsworth, J. D., Duncan, L., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2010). Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: results from a randomized pilot intervention trial. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 203– 217. doi:10.1007/s10826-009-9304-8.

Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., Berrena, E., & Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: effects of the Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program. *Developmental psychology*, *51*(1), 26–35. Repéré à https://doi.org/10.1037/a0038212

Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Lawrence Erlbaum associates, publishers.

Corp, I. B. M. (2013). *IBM SPSS statistics for windows*, version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Corthorn, C., & Milicic, N. (2016). Mindfulness and Parenting: A Correlational Study of Non-meditating Mothers of Preschool Children. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(5), 1672-1683. Repéré à https://doi.org/10.1007/s10826-015-0319-z

Corthorn, C. (2018). Benefits of mindfulness for parenting in mothers of preschoolers in Chile. *Frontiers in psychology*, *9*, 1443.

Craig, A. D. (2009). How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. *Nature reviews. Neuroscience*, *10*(1), 59–70. Repéré à https://doi.org/10.1038/nrn2555

Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A.W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental Review, 36*, 105-126. doi:10.1016/j.dr.2015.01.004

Crouch, J. L., Shelton, C. R., Bardeen, J. R., Hiraoka, R., Milner, J. S., & Skowronski, J. J. (2012). Does attentional control mediate the association between adverse early experiences and child physical abuse risk? *Journal of Family Violence, 27*(2), 97–103. Repéré à https://doi.org/10.1007/s10896-011-9406-0

Cuevas, K., Deater-Deckard, K., Kim-Spoon, J., Watson, A. J., Morasch, K. C., & Bell, M. A. (2014). What's mom got to do with it? Contributions of maternal executive function and caregiving to the development of executive function across early childhood. *Developmental science*, *17*(2), 224–238. Repéré à https://doi.org/10.1111/desc.12073

Davis, M., Dubail, A., Sanchez-Rodriguez, R., & Séjourné, N. (2017). Burn-out maternel : relations avec la disposition à la pleine conscience et l'acceptation inconditionnelle de soi. Affiche présentée au 45e congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, Paris, France.

Deault, L. (2010). A systematic review of parenting in relation to the development of comorbidities and functional impairments in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Psychiatry & Human Development, 41*(2), 168–192. doi:10.1007/s10578-009-0159-4

Deater-Deckard, K., Sewell, M. D., Petrill, S. A., & Thompson, L. A. (2010). Maternal working memory and reactive negativity in parenting. *Psychological science*, *21*(1), 75–79. Repéré à https://doi.org/10.1177/0956797609354073

Deater-Deckard, K., Wang, Z., Chen, N., & Bell, M.A. (2012). Maternal Executive Function, Harsh Parenting, and Child Conduct Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(10), 1084-1091. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02582.x.

de Bruin, E.I., Zijlstra, B.J., Geurtzen, N., van Zundert, R.M., van de Weijer-Bergsma, E., Hartman, E.E., & Bögels, S.M. (2014). Mindful parenting assessed further: Psychometric properties of the Dutch version of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P). *Mindfulness,* 5, 200. doi: 10.1007/s12671-012-0168-4

Diamond, A. (2013). Executives functions. *Annual Review of Psychology, 64*, 135-168. doi: 10.1146/annurev-psych-113-11-143750

Dickenson, J., Berkman, E. T., Arch, J., & Lieberman, M. D. (2013). Neural correlates of focused attention during a brief mindfulness induction. *Social cognitive and affective neuroscience*, *8*(1), 40–47. Repéré à https://doi.org/10.1093/scan/nss030

Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. P. (2005). Self-Discipline Outdoes IQ in Predicting Academic Performance of Adolescents. *Psychological Science*, *16*(12), 939–944. Repéré à https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01641.x

DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(5), 508–515. Repéré à https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00009

Duncan, L. G. (2007). Assessment of mindful parenting among families of early adolescents: development and validation of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (Thèse de doctorat inédite). Université de l'État de Pelsylvannie, University Park. Repéré à https://search-proquest-com.biblioproxy.uqtr.ca/pqdtglobal/docview/304835763/110E92623DB74259PQ/1?accountid=14725

Duncan, L., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. (2009). A model of mindful parenting: implications for parent–child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12*(3), 255–270. doi:10.1007/s10567-009-0046-3

Eisenberg, N., Smith, CL., & Spinrad, TL. (2011). Effortful control: Relations with emotion regulation, adjustment, and socialization in childhood. Dans Vohs, KD., Baumeister, RF., editors. *Handbook of self-regulation. 2e éd.(p*p. 263-283). New York, NY: Guilford Press.

Eisendrath, S.J., Delucchi, K., Bitner, R., Fenimore, P., Smit, M., & McLane, M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*, 319-320.

Ellis, B., & Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: new findings suggest partial specificity of effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *48*(2), 146–154. Repéré à https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31819176d0

Eslinger, P. J., & Grattan, L. M. (1993). Frontal lobe and frontal-striatal substrates for different forms of human cognitive flexibility. *Neuropsychologia*, 31(1), 17–28. doi: 10.1016/0028-3932(93)90077-d

Eslinger, P.J., Flaherty-Craig, C.V., & Benton, A.L. (2004). Developmental outcomes after early prefrontal cortex damage. *Brain Cognitive, 55*, 84-103.

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E. J., Tannock, R., & Franke, B. (2015).

Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature reviews. Disease primers*, *1*, 15020. Repéré à https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20

Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Goudriaan, A. E., Stein, D. J., Vanderschuren, L. J., Gillan, C. M., Shekar, S., Gorwood, P. A., Voon, V., Morein-Zamir, S., Denys, D., Sahakian, B. J., Moeller, F. G., Robbins, T. W., & Potenza, M. N. (2014). New developments in human neurocognition: clinical, genetic, and brain imaging correlates of impulsivity and compulsivity. *CNS spectrums*, *19*(1), 69–89. Repéré à https://doi.org/10.1017/S1092852913000801

Fletcher, L. B., Schoendorff, B., & Hayes, S. C. (2010). Searching for mindfulness in the brain: A process-oriented approach to examining the neural correlates of mindfulness. *Mindfulness,* 1, 41-63. Repéré à http://www.springerlink.com.biblioproxy.uqtr.calcontent/2025m4g001n946h2/fulltext.pdf

Friedmutter, R. (2015). The effectiveness of mindful parenting interventions: a meta-analysis. Dissertation soumise. New York: St John's University.

Froeliger, B. E., Garland, E. L., Modlin, L. A., & McClernon, F. J. (2012). Neurocognitive correlates of the effects of yoga meditation practice on emotion and cognition: a pilot study. *Frontiers in integrative neuroscience*, *6*, 48. Repéré à https://doi.org/10.3389/fnint.2012.00048

Garland, E.L., Gaylord, S.A., Boettiger, C.A., & Howard, M.O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependance: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoaffective Drugs, 42*(2), 177-192.

Gérain, P., & Zech, E. (2018). Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children with mental and physical issues. *Frontiers in Psychology, 9,* 884. Repéré à http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00884

Germer, C.K., Siegelm R,D., Fulton, P.R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy.* New York, NY US: Guilford Press.

Geurtzen, N., Scholte, R. J., Engels, R. M. E., Tak, Y., & van Zundert, R. P. (2015). Association between mindful parenting and adolescents' internalizing problems: non-judgmental acceptance of parenting as core element. *Journal of Child and Family Studies, 24*(4), 1117– 1128. doi:10.1007/s10826-014-9920-9

Girotti, M., Adler, S.M., Bulin, S.E., Fucich, E.A., Paredes, D., Morilak, D.A. (2018). Prefrontal cortex executive processes affected by stress in health and disease.

Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 85(13), 161-179.

Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83–91. Repéré à https://doi.org/10.1037/a0018441

Gonzalez, A., Jenkins, J. M., Steiner, M., & Fleming, A. S. (2012). Maternal early life experiences and parenting: the mediating role of cortisol and executive function. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(7), 673–682. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.04.003

Gouveia, M.J., Carona, C., Canavarro, M.C., & Moreira, H. (2016). Self-Compassion and Dispositional Mindfulness Are Associated with Parenting Styles and Parenting Stress: the Mediating Role of Mindful Parenting. *Mindfulness, 7*, 700-712. doi: 10.1007/s12671-016-0507y

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 57*(1), 35–43. Repéré à https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7

Haack, L. M., Villodas, M. T., McBurnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffner, L. J. (2014). Parenting mediates symptoms and impairment in children with ADHD-inattentive type. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 45*(2), 155–166. doi:10.1080/ 15374416.2014.958840.

Hale, L. Strauss, C., & Lever-Taylor, B. (2013). The effectiveness and acceptability of mindfulness-based therapy for obsessive compulsive disorder: A review of the literature. *Mindfulness, 4*(4), 375–382. doi: 10.1007/s12671-012-0137-y

Hamilton, V., Matthews, J., & Crawford, S. (2014). Development and Preliminary Validation of a Parenting Self-Regulation Scale : « Me as a Parent ». *Journal of Child and Family Studies, 24*(10). doi: 10.1007/s10826-014-0089-z

Haydicky, J., Wiener, J., Schecter, C. (2017). Mechanisms of Action in Concurrent Parent-Child Mindfulness Training: a Qualitative Exploration. *Mindfulness, 8*(4). doi: 10.1007/s12671-017-0678-1

Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural consistency of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French sample. *European Review of Applied Psychology, 61*, 147-151

Heeren, A., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 403-409.

Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., & Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience letters*, *421*(1), 16–21. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.neulet.2007.04.074

Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., ...Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 5*(11*),* 11-17. Récupéré à https://doi.org/10.1093/scan/nsp034

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537-559. doi: 10.1177/1745691611419671

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.M., Gard, T., & Lazar, S.W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 191*(1), 36-43. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2010.08.006

Hubert, S., & Aujoulat, I. (2018). When exhausted mothers open up. *Frontiers in Psychology ,9,* 1021. Repéré à https://doi.org/ 10.3389/fpsyg.2018.01021

IBM Corp. Sortie en 2017. *IBM SPSS Statistics pour Macintosh, Version 26.0.* Armonk, NY: IBM Corp.

Jha, A. P., Stanley, E. A., Kiyonaga, A., Wong, L., & Gelfand, L. (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion (Washington, D.C.), 10*(1), 54–64. https://doi.org/10.1037/a0018438

Jepsen, J.R.M., & Michel, M. (2006). ADHD and the Symptom Dimensions Inattention, Impulsivity, and Hyperactivity: A Review of Aetiological Twin Studies from 1996 to 2004. *Nordic Psychology, 58*(2), 108-135. Repéré à https://doi.org/10.1027/1901-2276.58.2.108

Jester, J.M., Nigg, J.T., Puttler, L.I., Long, J.C., Fitzgerald, H.E., & Zucker, R.A. (2009). Intergenerational transmission of neuropsychological executive functioning. *Brain and Cognition, 70*(1), 145–153. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.01.005

Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology, 18*(2), 167-175. Repéré à https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 4*(3), 183–207. Repéré à https://doi.org/10.1023/A:1017592030434

Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review, 25*(3), 341–363. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004

Junttila, N., Vauras, M., & Laakkonen, E. (2007). The role of parenting self-efficacy in children's social and academic behavior. *European Journal of Psychology of Education, 22*(1), 41–61. Repéré à https://doi.org/10.1007/BF03173688

Jurado, M. B., & Rosselli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychology review*, *17*(3), 213–233. Repéré à https://doi.org/10.1007/s11065-007-9040-z

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Preliminary considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33–47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3

Kabat-Zinn, J. (1992). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. *Contemporary Psychology, 37*(6), 609p. doi: 10.1037/032287

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144 –156. Repéré à http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of behavioral medicine*, *8*(2), 163–190. Repéré à https://doi.org/10.1007/BF00845519

Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: A systems review. *Annual Review of Psychology, 44*(1), 23-52. doi: 10.1146/annurev.psych.44.1.23

Kang, Y., Gruber, J., & Gray, J.R. (2013). Mindfulness and De-Automatization. *Emotion Review, 5*(2), 192-201. Repéré à https://doi.org/10.1177/1754073912451629

Kawamoto, T., Furutani, K., & Alimardani, M. (2018). Preliminary Validation of Japanese Version of the Parental Burnout Inventory and Its Relationship with Perfectionism. *Frontiers in psychology*, *9*, 970. Repéré à https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00970

Keng, S. L., Smoski, M. J. & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Rev*iew, *31*(6), 1041-1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006

Kennis, M., Rademaker, A. R., & Geuze, E. (2013). Neural correlates of personality: An integrative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews,* 3 7(1), 73-95 . doi : 10.1016/j.neubiorev.2012.10.012

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, *78*(6), 519–528. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009

Khoury, B., Grégoire, S., Dionne, F. (2020). La dimension interpersonnelle de la pleine conscience. *Annales médico-psychologiques*, *179*, 239-244. Récupéré à https://www.em-consulte.com/es/article/1274624/la-dimension-interpersonnelle-de-la-pleine-conscience

Kim, Y.W., Lee, S.-H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C.M., Yook, K.H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 26,* 601-606.

Klainin-Yobas, P., Cho, M. A. A., & Creedy, D. (2012). Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: A meta-analysis. *International journal of nursing studies*, *49*(1), 109-121.

Koole, S. L., van Dillen, L. F., & Sheppes, G. (2011). The self- regulation of emotion. Dans K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Éd.), Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications, 2e éd., (pp. 22–40). New York, NY: Guilford Press.

Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., ... Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy, 27*(1), 76-96. Repéré à https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00300.x

Langer, A., Cangas, A. J., Salcedo, E., & Fuentes, B. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 40*(1), 105-109. doi: 10.1017/S1352465811000464

Lao, S. A., Kissane, D., & Meadows, G. (2016). Cognitive effects of MBSR/MBCT: A systematic review of neuropsychological outcomes. *Consciousness and cognition*, *45*, 109–123. https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.08.017

Latzman, R. D., Elkovitch, N., & Clark, L. A. (2009). Predicting parenting practices from maternal and adolescent sons' personality. *Journal of Research in Personality*, *43*(5), 847-855. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.05.004

Lazar, S. W. (2013). The neurobiology of mindfulness. Dans C. K. Germer, R. D. Siegel et P. R. Fulton (Éd.) *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 282-295). New York, NY: Guilford Press.

Leary, M.R., & Tate, E.B. (2007). The multi-faceted nature of mindfulness. *Psychological Inquiry, 18*(4), 251-255. Repéré à https://doi.org/10.1080/10478400701598355

LeBlanc, S., Uzun, B., & Aydemir, A. (2019). Structural relationship among mindfulness, reappraisal and life satisfaction: The mediating role of positive affect. Current Psychology, 1–10.

Lecompte, S., & Poissant, H. (2006). Facteurs de Risque du Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDA/H). Dans N.Chevalier et al. (Éd.). *Le trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité : Soigner, éduquer, surtout valoriser*. (pp.17-36). Montréal, Canada : Presses de l'Université du Québec à Montréal.

Le Vigouroux, S., Scola, C., Raes, M.-E., Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). The big five personality traits and parental burnout: Protective and risk factors. *Personality and Individual Differences, 119,* 216–219. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.07.023

Lindström, C., Aman, J., & Norberg, A. L. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, *100*(7), 1011–1017. Repéré à https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02198.x

Logan, G. D. (1994). On the ability to inhibit thought and action: A user's guide to the stop signal paradigm. Dans D. Dagenbach, & T. H. Carr (Éd.), *Inhibitory processes in attention, memory, and language* (pp. 189-239) San Diego, CA: Academic Press.

Loney, B.R., Huntenburg, A., Counts-Allan, C., & Schmeelk, K.M. (2007). A preliminary examination of the intergenerational continuity of maternal psychopathic features. *Aggressive Behav*iors, 33(1),14-25. doi:10.1002/ab.20163

Lussier, F., Chevrier, E., & Gascon, L. (2017). *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent : Troubles développementaux et de l'apprentissage, 3e éd.* Pias, France: Dunod.

Lutz, J., Herwig, U., Opialla, S., Hittmeyer, A., Jäncke, L., Rufer, ... Brühl, A. B. (2014). Mindfulness and emotion regulation-an fMRI study. *Social cognitive and affective neuroscience*, *9*(6), 776–785. Repéré à https://doi.org/10.1093/scan/nst043

Lyvers, M., Makin, C., Toms, E., Thorberg, F. A., & Samios, C. (2014). Trait mindfulness in relation to emotional self-regulation and executive function. Mindfulness, 5(6), 619–625. https://doi.org/10.1007/ s12671-013-0213-y

Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in neuroscience*, *7*, 8. Repéré à https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00008

McClelland, M. M., Geldhof, G. J., Cameron, C. E., & Wanless, S. B. (2015). Development and self-regulation. Dans W. Overton and P. C. M. Molenaar, *Handbook of Child Psychology and Developmental Science: Theoretical Models of Human Development*, 7e éd. (pp.1-43). Hoboken, NJ: Wiley.

McEwan, B.S. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiology Review, 87*, 873-904. Doi: 10.1152/physrev.00041.2006

McLaughlin, D.P., & Harrison, C.A. (2006). Parenting Practices of Mothers of Children with ADHD: The role of Maternal and Child Factors. *Child and Adolescent Mental Health, 11*(2). Repéré à https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00382.x

McKee, L.G., Jones, D.J., Forehand, R., & Cuellar, J. (2013). Assessment of parenting style, parenting relationships, and other parenting variables. Dans Saklofski, D., (Éd.). *Handbook of psychological assessment of children and adolescents* (pp.788-821). New York, NY: Oxford University Press.

Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). Burn-out parental : Quand s'occuper des enfants devient un cauchemar. *Cerveau & Psycho*, 88. Récupéré à https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/psychologie/burn-out-parental-quand-soccuper-des-enfants-devient-un-cauchemar-9619.php

Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child abuse & neglect*, *80*, 134–145. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.025

Mikolajczak, M., Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burn-out: The Balance between Risks and Ressources (BR2). *Frontiers in Psychology, 9,* 886. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00886

Mikolajczak, M., Raes, M.-E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2017). Exhausted Parents: Sociodemographic, child-related, parent-related, parenting and family-functioning correlates of parental burnout. *Journal of Child and Family Studies, 27*(2), 602–614. Repéré à http://dx.doi.org/10.1007/ s10826-017-0892-4

Mikolajczak, M., Gross, J.J., & Roskam, I. (2019). Parental Burnout: What Is It, and Why does It Matter? *Clinical Psychological Science,* 7(6), 1319-1329. doi: 10.1177/2167702619858430

Miller, E.K., Cohen, J.D. (2001). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 167-202.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive psychology*, *41*(1), 49–100. Repéré à https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734

Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., …Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108*(7), 2693–2698. Repéré à https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108

Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition, 18,* 176-186.

Mrazek, M. D., Franklin, M. S., Phillips, D. T., Baird, B., & Schooler, J. W. (2013). Mindfulness Training Improves Working Memory Capacity and GRE Performance While Reducing Mind Wandering. *Psychological Science*, *24*(5), 776–781. Repéré à https://doi.org/10.1177/0956797612459659

Murdock, K., B. (2017). *The association of parent dispositional mindfulness, ADHD, and parental stress.* Dissertation soumise. San Diego (États-Unis): Alliant International University of San Diego.

Ngô, T.-L. (2013). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Pleine conscience et psychiatrie, 28*(2). doi : 10.7202/1023988ar

Nguyen, T. M., Bui, T. T. H., Xiao, X., & Le, V. H. (2020). The Influence of Self-Compassion on Mindful Parenting: A Mediation Model of Gratitude. *The Family Journal*, *28*(4), 455–462. https://doi.org/10.1177/1066480720950421

Nigg, J. T., Silk, K. R., Stavro, G., & Miller, T. (2005). Disinhibition and borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, *17*(4), 1129–1149. Repéré à https://doi.org/10.1017/s0954579405050534

Norberg, A.L. (2007). Burn-out in mothers and fathers of children surviving brain tumour. Journal of clinical psychology in medical settings, 14(2), 130-137.

Norberg, A.L., Mellgren, K., Winiarski, J., Forinder, U. (2014). Relationship between problems related to child late effects and parent burn-out after pediatric hematopoietic stem cell transplantation. Pediatric Transplantation, 18(3), 302-309.

Norman, D. A., & Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior. Dans R. 1. Davidson, G. E. Schwartz, & D. E. Shapiro (Éd.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research and theory,* 4, 1-18. New York, NY: Plenum Press. Repéré le 2 août 2013 à http://ebookbrowsee.com/norman-attention-to-action-willed-and-automatic-control-of-behavior-pdf-d262714494

Nozadi, S. S., Spinrad, T. L., Eisenberg, N., & Eggum-Wilkens, N. (2015). Associations of anger and fear to later self-regulation and problem behavior symptoms. *J. Appl. Dev. Psychol.* 38, 60–69. doi: 10.1016/j.appdev.2015.04.005

Oei, N.Y., Everaerd, W.T., Elzinga, B.M.E., van Well, S., Bermond, B. (2006). Psychosocial stress impairs working memory at high loads: an association with cortisol levels and memory retrieval. *Stress, 9*, 133-14.

Oberauer, K. (2019). Working memory and attention - A conceptual analysis and review. *Journal of Cognition,* 2(1). 30-36. doi: 10.5334/joc.5

Parent, J., McKee, L., Rough, J., & Forehand, R. (2016). The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(1), 191–202. doi:10.1007/s10802-015-9978-x.

Parent, J., McKee, L. G., N Rough, J., & Forehand, R. (2016). The Association of Parent Mindfulness with Parenting and Youth Psychopathology Across Three Developmental Stages. *Journal of abnormal child psychology*, *44*(1), 191–202. https://doi.org/10.1007/s10802-015-9978-x

Patterson, G.R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance Durant parent training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 53-70.

Peter, G. (2010). *Développement des processus d'inhibition et de flexibilité du système superviseur attentionnel.* (Mémoire doctoral inédit). Université Laval, QC.

Pickard, J.A., Caputi, P., & Grenyer, B.F.S. (2016). Mindfulness and emotional regulation as sequential mediators in the relationship between attachment security and depression. *Personality and Individual Differences, 99*, 179–183. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.091

Plessow, F., Fischer, R., Kirschbaum, C., Goschke, T. (2011). Inflexibly focused under stress: acute psychosocial stress increases shielding of action goals at the expense of reduced cognitive flexibility with increasing time lag to the stressor. *Journal of Cognitive Neuroscience, 23*, 3218-3227.

Podolski, C. L., & Nigg, J. T. (2001). Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. *Journal of clinical child psychology*, *30*(4), 503–513. Repéré à https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3004_07

Polak, A.R., Witteveen, A.B., Reitsma, J.B., Olff, M. (2012). The role of executive function in posttraumatic stress disorder: a systematic review. Journal of Affective Disorder, 141, 11-21.

Posner, M.I., & Rothbart, M.K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology, 12*, 427–441. doi: 10.1017/S0954579400003096.

Posner, M.I., & Synder, C.R.R. (1975). Attention and cognitive control. In R.L. Solso (Ed.), *Information processing and cognition: The Loyola Symposium.* Potomac, MD: Erlbaum.

Posner, M. I., Rothbart, M. K., Sheese, B. E., & Tang, Y. (2007). The anterior cingulate gyrus and the mechanism of self-regulation. *Cognitive, affective & behavioral neuroscience*, *7*(4), 391–395. https://doi.org/10.3758/cabn.7.4.391

Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCracken, … Smalley, S. L. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(3), 346–354. Repéré à https://doi.org/10.1097/01.chi.0000192248.61271.c8

Primack, B. A., Hendricks, K. M., Longacre, M. R., Adachi-Mejia, A. M., Weiss, J. E., Titus, L. J., …Dalton, M. A. (2012). Parental efficacy and child behavior in a community sample of children with and without attention-deficit hyperactivity

disorder (ADHD). *Attention deficit and hyperactivity disorders*, *4*(4), 189–197. Repéré à https://doi.org/10.1007/s12402-012-0089-z

Riggs, N. R., Black, D. S., & Ritt-Olson, A. (2015). Associations between dispositional mindfulness and executive function in early adolescence. Journal of Child and Family Studies

Riva, R., Forinder, U., Arvidson, J., Mellgren, K., Toporski, J., Winiarski, J., & Lindahl Norberg, A. (2014). Patterns of psychological responses in parents of children that underwent stem cell transplantation. *Psycho-Oncology, 23,* 1307–1313. Repéré à http://dx.doi.org/10.1002/pon.3567

Rodrigo, M.J. (2010). Promoting positive parenting in Europe: New Challenges for the European Society for Developmental Psychology. *European Journal of Devlopmental Psychology, 7*(3), 281-294. doi: 10.1080/17405621003780200

Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2018). *Le burn-out parental: Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge.* Paris, France : De Boek Supérieur.

Roskam, I. et Mikolajczak, M. (2015). *Stress et défis de la parentalité*. Louvain-la-Neuve, Belgique : de Boeck Supérieur.

Roskam, I., Raes, M.-E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the parental burnout inventory. *Frontiers in Psychology, 8(*63). Repéré à https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163

Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in psychology*, *9*, 758. Repéré à https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758

Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2020). Gender Differences in the Nature, Antecedents and Consequences of Parental Burnout. *Sex Roles*, 1-14. doi: 10.1007/s11199-020-01121-5

Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (2005). *Behavior Rating Inventory of Executive Function—Adult Version.* Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.

Rothbart, M.K. (2011). *Becoming who we are: Temperament and personality in development.* New York, NY: Guilford Press.

Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion Regulation in Parenthood. *Developmental review, 36*, 1–14. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008

Sanchez-Rodriguez, R., Perier, S., Callahan, S., & Séjourné, N. (2019). Revue de littérature relative au burnout parental. *Psychologie canadienne, 61*(2), 77-89. Repéré à http://dx.doi.org/10.1037/cap0000168

Sanders, M. R. (2008). Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting. *Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43), 22*(4), 506–517. Repéré à https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.3.506

Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*(1), 1–17. Repéré à https://doi.org/10.1007/s10567-013-0129-z

Schoppe-Sullivan, S. J., Altenburger, L. E., Lee, M. A., Bower, D. J., & Kamp Dush, C. M. (2015). Who are the gatekeepers? Predictors of maternal gatekeeping. *Parenting, science and practice, 15*(3), 166– 186. Repéré à https://doi.org/10.1080/15295192.2015.1053321

Séjourné, N., Sánchez-Rodriguez, R., Leboullenger, A., & Callahan, S. (2018). Maternal burnout: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 36,* 276–288.Récupéré à http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2018.1437896

Shaffer, A., & Obradovic, J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent-child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology, 31*(2), 150-159. doi: 10.1037/fam0000269

Shin, H. S., Black, D. S., Shonkoff, E. T., Riggs, N. R., & Pentz, M. A. (2016). Associations among dispositional mindfulness, self-compassion, and executive function proficiency in early adolescents. Mindfulness, 7(6), 1377–1384. https://doi.org/10.1007/s12671- 016-0579-8.

Shorey, S., & Ng, E. D. (2021). The efficacy of mindful parenting interventions: A systematic review and meta-analysis. *International journal of nursing studies, 121,* 103996. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103996

Short, M. M., Mazmanian, D., Oinonen, K., & Mushquash, C. J. (2016). Executive function and self-regulation mediate dispositional mindfulness and well-being. Personality and Individual Differences, 93, 97–103. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.007.

Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, J., Curtis, W. J., Wahler, R. G., & McAleavey, K. M. (2007). Mindful parenting decreases aggression and increases social behavior in children with developmental disabilities. *Behavior modification, 31*(6), 749–771. Repéré à https://doi.org/10.1177/0145445507300924

Singh, N., Singh, A. N., Lancioni, G. E., Singh, J., Winton, A. S. W., & Adkins, A. D. (2010). Mindfulness training for parents and their children with ADHD increases the children's compliance. Journal of Child and Family Studies, 19, 157–174.

Solsnes, A. E., Skranes, J., Brubakk, A. M., & Løhaugen, G. C. (2014). Executive functions in very-low-birth-weight young adults: a comparison between self-report and neuropsychological test results. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, *20*(5), 506–515. Repéré à https://doi.org/10.1017/S1355617714000332

Steinhauser, M., Maier, M., Hubner, R. (2007). Cognitive control under stress: how stress affects strategies of task-set reconfiguration. *Psychol. Sci., 18*, 540-545

Sturge-Apple, M.L., Suor, J.H., & Skibo, M.A. (2014). Maternal child-centered attributions and harsh discipline: The moderating role of maternal working memory across socioeconomic contexts. *Journal of Family Psychology, 28*, 645-654. doi:10.1037/fam0000023

Sullivan, R. M., & Gratton, A. (2002). Prefrontal cortical regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal function in the rat and implications for psychopathology: side matters. *Psychoneuroendocrinology*, *27*(1-2), 99–114. Repéré à https://doi.org/10.1016/s0306-4530(01)00038-5

Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics, 13*(8), 537–51. doi: :10.1038/nrg3240

Tang, Y. Y., Ma, Y., Wang, J., Fan, Y., Feng, S., Lu, Q., ... Posner, M. I. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *104*, 17152–17156.

Tang, Y. Y., & Tang, R. (2013). Ventral-subgenual anterior cingulate cortex and self-transcendence. *Frontiers in psychology*, *4*, 1000. Repéré à https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.01000

Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature reviews. Neuroscience*, *16*(4), 213–225. Repéré à https://doi.org/10.1038/nrn3916

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, *72*(2), 271–324. https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x

Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting Stress in Families of Children With ADHD: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *21*(1), 3–17. Repéré à https://doi.org/10.1177/1063426610387433

Trousselard, M., Claverie, D., Canini, F., & Steiler, D. (2014). Pleine conscience, stress et santé. *Revue québécoise de psychologie,* 35(2), 21-45.

Tsukayama, E., Toomey, S.L., Faith, M.S., & Duckworth, A.L. (2010). Self-control as a protective factor against overweight status in the transition from childhood to adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 164,* 631-635. doi:10.1001/archpediatrics.2010.97

Turpyn, C.C., & Chaplin, T.M. (2016). Mindful parenting and parents' emotion expression: effects on adolescent risk behaviors. *Mindfulness, 7*, 246–54. doi:10.1007/s12671-015-0440-5

van der Oord, S., Bögels, S., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies, 21*(1), 139–147. doi:10.1007/s10826-011-9457-0

Van Eden, C.G., & Buijs, R.M. (2000). Functional neuroanatomy of the prefrontal cortex: autonomic interactions. *Progress in Brain Research*, 126, 49-62. Repéré à https://doi.org/10.1016/S0079-6123(00)26006-8

Van Bakel, H., Van Engen, M. L., & Peters, P. (2018). Validity of the Parental Burnout Inventory Among Dutch Employees. *Frontiers in psychology*, *9*, 697. Repéré à https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00697

Vinayak, S., & Dhanoa, S. K. (2017). Relationship of parental burnout with parental stress and personality among parents of neonates with hyperbilirubinemia. *The International Journal of Indian Psychology, 3*(6), 102– 111

Vonderlin, R., Biermann, M., Bohus, M., & Lyssenko, L. (2020). Mindfulness-based programs in the workplace: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Mindfulness.* Advance online publication. Repéré à https://doi.org/10.1007/s12671-020-01328-3

Wang, F.L., Chassin, L., Eisenberg, N., & Spinrad, T.L. (2015). Effortful Control Predicts Adolescent Antisocial-Aggressive Behaviors and Depressive Symptoms: Co-Occurrence and Moderation by Impulsivity. *Child Development*, *86*(6), 1812-1829. doi:10.1111/cdev.12406

Weinstein, N., Brown, K.W., & Ryan, R.M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. *Journal of Research in Personality, 43*, 374-385.

Weiss, M.K. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. Autism, 6, 115-130.

Williams, K. E., & Berthelsen, D. (2017). The development of prosocial behaviour in early childhood: Contributions of early parenting and self-regulation. *International Journal of Early Childhood, 49*(1), 73–94. Repéré à https://doi.org/10.1007/s13158-017-0185-5

Willoughby, M. T., Wirth, R. J., Blair, C. B., & Family Life Project Investigators (2012). Executive function in early childhood: longitudinal measurement invariance and developmental change. *Psychological assessment*, *24*(2), 418–431. Repéré à https://doi.org/10.1037/a0025779

Wittmann, M., Peter, J., Gutina, O., Otten, S., Kohls, N., & Meissner, K. (2014). Individual differences in self-attributed mindfulness levels are related to the experience of time and cognitive self-control. Personality and Individual Differences, 64, 41–45. https://doi.org/ 10.1016/j.paid.2014.02.011.

Wootton, J.M., Frick, P.J., Shelton, K.K., & Silverthorn, P. (1997). Ineffective parenting and childhood conduct problems: The moderating role of callous–unemotional traits. Journal Consulting Clinical Psychology, 65, 301–308.

Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). *Executive function in typical and atypical development.* In U. Goswami (Ed.), *Blackwell handbooks of developmental psychology. Blackwell handbook of childhood cognitive development* (p. 445–469). Blackwell Publishing. Repéré à https://doi.org/10.1002/9780470996652.ch20

Zucker, R. A., Heitzeg, M. M., & Nigg, J. T. (2011). Parsing the Undercontrol/Disinhibition Pathway to Substance Use Disorders: A Multilevel Developmental Problem. *Child development perspectives*, *5*(4), 248–255. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00172.x

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J.A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. Cochrane Database of Systematic Reviews, 12. Doi: 10.1002/14651858.CD003018.pub3.

Appendice A
Certificat éthique

UQTR
Savoir.
Surprendre.

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Effet de l'autorégulation sur l'épuisement parental: étude de l'approche par la pleine conscience**

Chercheur(s) : Sophie Bélisle
Département de psychologie

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-18-244-07.17

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 30 avril 2018 au 30 avril 2019

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 30 avril 2018

Appendice B
Questionnaires

Questionnaire sociodémographique

1. Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

2. Date de naissance :/Jour___/Mois_____/Année Âge : _

3. Quel a été votre champ d'études : _____

Dernier diplôme d'études complété :

4. Occupation (emploi) : _____

5. Statut civil : _____

6. Revenu brut (avant les déductions):

☐ moins de 20 000$ ☐ entre 20 000$ et 39 999$

☐ entre 40 000$ et 59 999$ ☐ entre 60 000 et 79 999$ ☐ 80 000$ et plus

7. Nombre d'enfant selon la tranche d'âge :
   a) 0 à 5 ans : _____
   b) 6 à 12 ans : _____
   c) 13 à 17 ans : _____

8. Au cours de la dernière année, avez-vous consulté un professionnel de la santé mentale (psychologue, travailleur social, psychiatre)? ☐ Oui ☐ Non

9. Prenez-vous des médicaments? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels?

10.a) Avez-vous déjà pratiqué de la méditation? ☐ Oui ☐ Non

b) Si oui, quel type? _____

c) Si oui, combien d'heures de pratique avez-vous cumulées jusqu'ici?
   1. de 0 à 5 heures
   2. de 6 à 20 heures
   3. de 21 à 100 heures
   4. 100 heures et plus

11. Actuellement, quelle est votre perception de votre avenir?
   1. Très pessimiste
   2. Assez pessimiste
   3. Indifférente
   4. Assez optimiste
   5. Optimiste

Inventaire médical et neuropsychologique

Avez-vous des problèmes de santé connus de type? :

-Cardiovasculaire : Oui Non

-Hypertension : Oui Non

-Traumatisme crânien/Coups à la tête : Oui Non

-Diabète : Oui Non

-Trouble du développement de type neurologique : Oui Non

Avez-vous des maladies neurologiques (ex : crises épileptiques)

Oui Non

Avez-vous une dyslexie :

Oui Non

Avez-vous un Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité :

Oui Non

Avez-vous un enfant présentant un Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) :

Oui Non

Si oui, répondez aux questions suivantes :

a) Sexe de l'enfant : Masculin /Féminin

b) Dans quelle tranche d'âge se situe-t-il ?

1) 0 à 5 ans

2) 6 à 12 ans

3) 13 à 17 ans

c) Cet enfant réside-t-il toujours au domicile familial ? Oui Non

d) Prend-t-il une médication ? Oui Non

e) Présente-t-il un autre trouble connu ? Si oui, lesquels?_____

Avez-vous un enfant présentant un trouble psychiatrique ou neurologique autre que le TDA/H ?

Oui Non

Si oui, précisez quel(s) trouble(s) : _____

Commentaires à ajouter :

Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (version française)

Les énoncés suivants décrivent différentes façons dont les parents communiquent avec leurs enfants sur une base quotidienne. Veuillez indiquer si l'énoncé est pour vous «Jamais vrai», «Rarement vrai», «parfois vrai», «Souvent Vrai» ou «Toujours vrai». Rappelez-vous, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez répondre en fonction de ce qui reflète vraiment votre expérience plutôt que ce que vous pensez que votre expérience devrait être. S'il vous plaît traiter chaque déclaration séparément de toute autre déclaration.

	Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Toujours vrai
1. Je me retrouve à écouter mon enfant d'une oreille parce que je suis en train de faire ou penser à autre chose en même temps	1	2	3	4	5
2. Quand je suis fâché contre mon enfant, je remarque ce que je ressens avant de passer à l'action	1	2	3	4	5
3. Je remarque comment le changement d'humeur de mon enfant affecte ma propre humeur	1	2	3	4	5
4. J'écoute attentivement les idées de mon enfant même si je suis en désaccord avec ses idées	1	2	3	4	5
5. Je réagis souvent trop rapidement à ce que mon enfant dit ou fait	1	2	3	4	5
6. Je suis conscient de la façon dont mes humeurs affectent la façon dont je traite mon enfant	1	2	3	4	5
7. Même quand il me rend mal à l'aise, je permets à mon enfant d'exprimer ses sentiments	1	2	3	4	5
8. Quand je suis fâché contre mon enfant, je lui dis calmement comment je me sens	1	2	3	4	5
9. Je me précipite au travers des activités avec mon enfant sans être vraiment attentif à lui	1	2	3	4	5
10. J'ai de la difficulté à accepter que mon enfant gagne en indépendance	1	2	3	4	5

Sensibilité et attention au moment présent : questions 1*-3-6-9*
Non-jugement : questions 4-7-10*
Non-réactivité : questions 2-5*-8

*Les items doivent être inversés